

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1110

2021 TOU3 1111

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Audrey BAUDELET

Et

Camille BOHEC

Le mardi 16 novembre 2021

à la Faculté de médecine de Toulouse-Purpan

RESSENTIS ET PRÉOCCUPATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

CONCERNANT LEUR SÉCURITÉ EN EXERCICE LIBÉRAL

Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes des Hautes-Pyrénées

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Florence DURRIEU

JURY :

Président : Professeur Pierre MESTHÉ

Assesseur : Docteur Florence DURRIEU

Assesseur : Docteur Pauline MUNIER

Assesseur : Docteur Eva DECOTTE

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur GRAND Alain	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LANG Thierry	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur RISCHMANN Pascal	
		Professeur RIVIERE Daniel	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	P.U. Médecine générale	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. BOYER Pierre	
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUIROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERRROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytogologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytogologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

DÉDICACES AUX MEMBRE DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,
Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette étude, et vous nous avez apporté de précieux conseils.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre aide, et votre bienveillance.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Florence DURRIEU
Maître de Stage des Universités de Médecine Générale

Nous te remercions de nous avoir aidé et d'avoir partagé ton savoir faire pour la direction de cette thèse.

Tu as été présente et disponible tout au long de notre travail, tes conseils et tes encouragements nous ont permis d'avancer sereines et confiantes.

Nous te prions de recevoir notre profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Pauline MUNIER
Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissantes de participer à ce jury de thèse et vous en remercions. Soyez assurée de recevoir notre profond respect.

Madame le Docteur Eva DECOTTE
Maître de Stage des Universités de Médecine Générale

Nous te remercions de nous faire l'honneur de participer à ce jury et de juger notre travail avec toute la bienveillance que nous te connaissons.

DÉDICACES PERSONNELLES AUDREY

A toi, mon Bobo, mon petit ange des débuts de médecine. Toutes ces années à tes côtés ont été ponctuées par du rire, des mots doux et des “trois remerciements”. Il me tarde de voir la suite de nos aventures. Merci pour tout ce que tu es dans ma vie, et la place que tu me laisses dans la tienne (la votre). Nana grâce à toi et je ne t’en remercierai jamais assez.

A mes parents qui m’ont toujours soutenu, et m’ont poussé à déplacer des montagnes. Merci Maman pour tes câlins de réconfort, tes petits plats doudous de la P1, tes attentions qui réchauffent le cœur et les SMS d’encouragement. Merci Papa pour tes blagues, ton optimisme à mon égard et tes “diamond in the sky”.

A mon Zouille. Tu m’as toujours montré que tu étais fier de moi quoi qu’il arrive, même dans mes pires chutes, gaffes, déguisements extravagants, moments de crédulité et mes yaourts rattrapés en plein vol. Je voulais te dire à quel point moi aussi je suis fier de toi, fier d’être ta sœur. Merci d’avoir cru en moi toutes ces années.

A vous, Docteur Pierre Mesthé et Eva, vous qui m’avez enseigné cette belle spécialité qu’est la médecine générale. Vous avez mis en lumière tout ce que j’adore dans la médecine de ville et je vous en remercie.

A toi ma coloc de fin d’internat avec qui les soirées partagées sont toujours parfaites. Merci pour ta bonne humeur, ton tact légendaire, ton soutien et ton regard laser. Quel plaisir d’avoir partagé ces six mois à tes côtés.

A toi ma Gegette, merci pour ta douceur et ton soutien. Ta présence même à des centaines de kilomètres est d’une valeur inestimable. Nos appels ont toujours illuminé mes journées et mes semaines et j’en voudrais encore des milliers comme ça.

Et enfin à toi Nils, chouchou, mon rayon de soleil de cette fin d’internat. Nous avons vécu de jolis moments ensemble durant ces (presque) six mois et j’ai hâte de découvrir ce qui nous attend. Merci d’être si présent tous les jours depuis ce weekend de mai.

DÉDICACES PERSONNELLES CAMILLE

À toi ma belle Audrey, tu es devenue Nana durant ce travail de thèse, sache que tu as une grande place dans notre famille. Merci pour ta gentillesse inconditionnelle, ton soutien, ta motivation et ton petit côté rebelle. D'amie très proche tu es devenue ma cochercheuse, je suis fière de ce que nous avons produit ensemble. J'ai hâte de partager des millions d'autres choses avec toi.

À ma tendre Mamilou, qui aura attendu plus de dix ans pour me voir soutenir ma thèse. J'espère que tu es aussi fière que moi de voir un nouveau Docteur BOHEC au sein de notre famille. Quel honneur de devenir une consœur de Papilou !
J'admire ta force, ta joie et ton humour à 95 ans, merci d'être toujours là près de moi.
Une pensée particulière pour Cédric et son adorable famille qui ont vécu les pires moments de leur vie cette année. J'ai le cœur meurtri que la médecine n'ait pas pu faire plus pour eux...

À mon Papido, mon colocataire, mon garant durant ces études. Je suis admirative de l'intérêt que tu portes personnellement à chaque membre de ta tribu, peu importe la distance, tu veilles sur nous avec bienveillance et fierté. J'aurais aimé que Mamianne soit là pour voir ça. Merci d'être présent.

À mes parents, qui m'ont soutenu dès la première année. Le parcours a été long mais jusqu'à la relecture de cette thèse vous avez été disponibles pour moi. Merci de m'aimer, de m'aider à relativiser et de me faire rire. Votre poupette qui vous aime.

À ma sœur, mes deux frères et leurs moitiés, merci de m'encourager dans chacune des étapes de ma vie. En Bretagne ou en Espagne, je peux toujours compter sur votre amour. Sachez que je serai toujours là pour vous.

Je te remercie tout particulièrement ma Titou, pour ton écoute bienveillante et ta sagesse lorsque j'ai cru ne jamais réussir à terminer ce travail. Je suis très reconnaissante du temps que tu m'as accordé dans ta vie déjà bien chargée.

À mes amies de toujours, les PGA, qui ont suivi à distance ma scolarité interminable. Je suis très émue de partager avec vous ces derniers moments d'étudiante. Je remercie chacune de vos personnalités d'exister, elles colorent ma vie depuis plus d'une dizaine d'années et me sont si précieuses. Je suis impatiente de continuer à partager les grandes étapes de nos vies.

Et à toi mon Jeannot, plus de quatre ans que tu partages mon quotidien et sans qui je n'irais pas bien loin. Merci pour ta force tranquille, ta justesse et ton amour infailible. Cette année aura compté de nombreuses victoires, la plus belle est sans aucun doute de vous avoir avec Billie près de moi.

CITATIONS

“La sécurité de la Cité tient moins à la solidité de ses fortifications qu’à la fermeté d’esprit de ses habitants.”

Thucydide 460-395 av. J.-C. (1)

“Nous avons besoin de quitter une culture qui encourage les médecins à cacher leur détresse et leurs difficultés pour une culture où nous apprenons à les partager et à demander de l’aide.”

Smith R. All doctors are problem doctors. BMJ, Mar 1997, 314, 841-2. (2)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE	20
I. Choix de la méthode	20
A. Type d'étude	20
B. Objectifs de l'étude	20
C. Sélection des sujets	20
D. Guide d'entretien	21
II. Analyse des données	22
A. Retranscription	22
B. Analyse	22
III. Rôles des chercheurs	22
RÉSULTATS	24
I. Données sociodémographiques	24
A. Caractéristiques de l'échantillon	24
1. Nombre de médecins recrutés	24
2. Age et sexe des participants	24
3. Durée d'exercice	24
4. Milieu d'exercice	24
5. Mode d'exercice	25
II. Données qualitatives	26
A. Les ressentis concernant l'insécurité	26
1. L'exposition à l'insécurité en médecine générale	26
a) Des médecins	26
La prévalence de l'insécurité	26
Les formes d'insécurité	27
Les moments d'insécurité	28
b) Des intervenants du cabinet	29
2. Les évolutions dans l'exercice de la médecine	30

B. Les conséquences de l'insécurité	31
1. Les répercussions psychologiques	31
a) Les sentiments des médecins	31
b) Les médecins confus face aux réactions des patients	32
c) Les comportements agressifs justifiés par les médecins	32
2. Les retentissements sur l'exercice	33
3. L'impact de l'insécurité sur l'installation des médecins	34
C. L'attitude des médecins face à l'insécurité : prévention et action	36
1. Les moyens mis en place et les propositions des médecins	36
a) L'aménagement du lieu de travail	36
b) La formation de l'ensemble du personnel	38
2. Le soutien du Conseil national de l'Ordre des médecins	39
DISCUSSION	40
I. Discussion des résultats	40
A. L'insécurité : une réalité minimisée	40
1. Un métier exposé	40
a) La sécurité des médecins : des incivilités à la violence	40
b) Des ressentis différents selon le contexte d'exercice	42
c) La sécurité des intervenants du cabinet : principale préoccupation	43
2. Des évolutions bénéfiques dans la pratique	43
B. Des conséquences nuancées	44
1. Les répercussions psychologiques relativisées	44
a) Un sentiment de stress contrôlé	44
b) Des patients excusés	45
c) Un paradoxe avec le métier accepté	45
2. La mise en danger du métier de médecin généraliste	46
3. L'insécurité : un frein à l'installation	47
C. La prévention : un sujet à approfondir et à généraliser	48
1. Les prémices d'une réflexion sur l'insécurité en médecine générale	48
2. La protection des différents intervenants du cabinet	49
a) Prévenir les violences	49

Investir dans la relation soignant-soigné	49
Repenser l'environnement et l'organisation du cabinet	49
Connaître et utiliser les ressources à disposition	51
Se former	52
b) Faire face aux situations de violence	52
Contrôler la situation	52
Demander de l'aide	53
c) Accompagner les victimes	53
Déclarer l'agression	53
Trouver une écoute pour se confier	54
II. Discussion sur la méthode	55
A. Forces et faiblesses	55
1. Forces	55
a) Validité interne	55
b) Validité externe	55
2. Faiblesses	56
a) Biais de mémorisation	56
b) Biais de déclaration	56
c) Biais d'investigation	56
CONCLUSION	57

TABLE DES ANNEXES

Annexe I - Mail envoyé pour le recrutement des sujets	58
Annexe II - Guide d'entretien : première et deuxième version	59
Annexe III - Tableau des caractéristiques des médecins interrogés	62
Annexe IV - Affiche pour une relation patient-médecin en toute confiance	63
Annexe V - Aperçu de la fiche de recensement des incidents	64
Annexe VI -Fiche pratique des méthodes possibles de prévention	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS : Aide Soignant(e)

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MSU : Maître de Stage des Universités

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

INTRODUCTION

L'insécurité selon le dictionnaire Larousse est définie comme le "sentiment de vivre dans un environnement physique ou social favorisant les atteintes aux personnes et aux biens".

C'est un fait d'actualité en France, qu'il s'agisse d'insécurité dans les villes (délinquance), sur le plan professionnel (harcèlement au travail) ou au sein des foyers (violences conjugales). Des solutions émergent dans ces différents domaines afin de prévenir et de limiter la propagation de ce sentiment d'insécurité.

Selon l'Observatoire national des violences en santé (ONVS) créé en 2005 par le ministère de la Santé, la médecine n'échappe pas à cette réalité qui touche de manière privilégiée toutes les professions qui rendent service aux concitoyens. (3)

D'une part, la pénurie des médecins généralistes s'intensifie partout en France. La pratique de la médecine est devenue chronométrée, les nouveaux patients à absorber sont toujours plus nombreux.

D'autre part, la nouvelle génération de médecins semble vouloir trouver un meilleur équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle. Cela d'autant plus que la proportion de femmes exerçant la médecine est de plus en plus importante, 58% de médecins femmes en activité régulière en 2021. (4)

On observe donc d'un côté des médecins sur-sollicités et de l'autre des patients qui peinent à consulter leur médecin ou à en trouver un. Il semble évident que cela puisse générer de l'impatience et de l'agressivité.

Ce phénomène est aggravé par une altération de la confiance des patients dans le système de santé. La crise sanitaire du COVID-19 a transformé une problématique de santé en un débat politique mettant à mal la confiance de la population. D'autres scandales sanitaires avaient déjà détérioré la confiance des patients en leur traitement (Médiator, Lévothyrox) et les laboratoires pharmaceutiques (vaccin contre l'hépatite B).

Dès l'année 2002, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) crée un observatoire pour la sécurité des médecins toutes spécialités confondues pour recenser et accompagner les médecins victimes de violences. (5)

Le 28 janvier 2003, l'Assemblée nationale vote un projet de loi sur la Sécurité intérieure. Par les articles 20 et 20bis de cette loi les professionnels de santé et leurs familles voient leur

protection renforcée contre les agressions en tout genre. Les sanctions pour les agresseurs s'élevant à 30 000 euros d'amende pour une menace, 75 000 euros d'amende et 5 ans d'emprisonnement pour une menace de mort ou d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes. Une nouvelle version est entrée en vigueur le 26 août 2021 majorant à 45 000 euros l'amende pour une menace. (6)

Un protocole national de sécurité est signé le 12 août 2005 entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur. Il permet un rapprochement entre le personnel soignant et les forces de l'ordre à des fins de protection des milieux hospitaliers publics et privés. Le ministère de la Justice s'associe à la signature en 2010 et le protocole est étendu à la médecine de ville le 20 avril 2011. Le protocole est décliné dans chaque département afin de s'adapter aux problématiques locales. (7)

En 2020, 955 incidents ont été déclarés toutes spécialités médicales confondues, dont 16 dans le département des Hautes-Pyrénées. La médecine générale est la spécialité la plus touchée (62%). Le milieu urbain représente 54% des incidents. Les agressions sont majoritairement verbales (637 incidents sur 955) avec menaces ou injures.

Les déclarations réalisées montrent une répartition de 53% de femmes agressées et 47% d'hommes.

La grande majorité des incidents sont liés à l'acte médical (retard dans la consultation, refus par le médecin de délivrer un document attendu par le patient ou reproche du patient quant à la consultation). Le patient et son entourage sont les principaux agresseurs. (8)

De nombreuses thèses ont été réalisées sur le sujet de la violence et de l'insécurité à l'encontre des médecins généralistes. L'ensemble de ces études montre la réalité d'une insécurité bien présente sur le terrain et la nécessité de prévenir les agressions. (9–13)

Plusieurs témoignages nous ont interpellés au cours de nos stages de praticiens niveau 1 relatant des incidents ayant eu lieu en France :

- séquestration au domicile d'un patient d'une femme médecin au cours d'une garde de nuit dans le Gers
- agression d'une femme médecin au cours d'une visite à Marseille en 2019
- une femme médecin demandant à son mari de rester en salle d'attente lorsqu'elle voit son dernier patient de la journée
- une femme médecin se rendant systématiquement en visite avec son chien

Devant ces constatations et étant en stages d'internat à Tarbes et Bagnères-de-Bigorre nous avons décidé d'étudier davantage les ressentis et les préoccupations des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées concernant leur sécurité dans leur exercice libéral.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Choix de la méthode

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Le type d'étude a été choisi afin de pouvoir recueillir des données non chiffrables.

B. Objectifs de l'étude

Nous avons entamé un travail de thèse afin de répondre aux objectifs suivants :

- Recueillir les préoccupations et ressentis des médecins afin d'évaluer le niveau d'insécurité perçu en exercice libéral
- Évaluer les répercussions d'une agression
- Amener les médecins à réfléchir pour la prévention des incidents auprès de tous les intervenants au cabinet

Nous avons cherché à étudier les violences subies par les médecins généralistes qu'elles soient physiques ou verbales en écartant la notion d'insécurité financière ou juridique.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'informer les médecins sur l'existence de l'insécurité en médecine générale et de les aider à la maîtriser.

C. Sélection des sujets

Les sujets étaient des médecins généralistes libéraux installés ou non, en exercice, en zone urbaine, semi-urbaine ou rurale.

Le Pr. MESTHÉ nous a transmis la liste de contacts des Maîtres de Stages des Universités (MSU) en Hautes-Pyrénées. Un premier contact a eu lieu par mail puis par téléphone pour ceux qui étaient intéressés.

Les participants avaient reçu le sujet de la thèse ainsi que nos présentations par mail. Un bref résumé de notre sujet de thèse était ajouté au mail (Annexe I).

Notre volonté initiale était de rencontrer les médecins en face à face pour les entretiens, malheureusement la crise sanitaire du COVID-19 ne l'a pas permis. Nous les avons appelés pour confirmer et maintenir les entretiens en visioconférence.

Les caractéristiques des médecins contactés étaient variées (sexe, âge, durée d'exercice, mode d'exercice) afin d'avoir une population d'étude diversifiée.

Nous avons bénéficié de la technique "boule de neige" de la part des médecins interrogés encourageant leurs confrères et consoeurs à participer ce qui nous a permis de recruter des médecins généralistes non MSU et des médecins généralistes remplaçants.

Les refus se sont exprimés sous forme de non-réponse à nos mails et relances. Aucun contact n'a refusé directement de participer à un entretien.

D. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré avant les entretiens puis modifié à la suite des deux premiers entretiens (Annexe II). Nous avons veillé à poser des questions ouvertes, nous en avons supprimé certaines dont les réponses n'étaient pas pertinentes pour répondre à notre question de thèse (exemple : circonstances de l'agression).

Le guide d'entretien a été rédigé autour de trois axes :

- apprécier le sentiment ou non d'insécurité des médecins dans leur métier, en décrivant les différentes situations vécues
- évaluer les diverses répercussions suite aux agressions
- connaître les moyens de prévention mis en place et ce que les médecins proposaient pour améliorer la sécurité dans leur exercice

II. Analyse des données

A. Retranscription

Le recueil des données a été réalisé au cours d'entretiens individuels. Nous avons utilisé la visioconférence grâce à la plateforme Zoom Meetings ®. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de dictaphones numériques avec l'accord des participants. Nous n'avons pas eu de refus.

Nous avons écouté et retranscrit intégralement les entretiens sur Google Documents ®. Les réactions non verbales ont été retranscrites grâce à une prise de notes au cours des entretiens. Les noms des médecins étaient nommés M pour médecin suivi d'un chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens pour maintenir l'anonymat.

B. Analyse

Les données ont été analysées grâce au logiciel Google Sheets ®. Nous avons créé des codes nous permettant de classer les verbatims. Nous avons trié les codes en catégories et sous-catégories.

Le type d'analyse était une approche par théorisation ancrée.

Nous avons tenu au courant le Dr DURRIEU Florence de l'avancée de notre travail par visioconférences. Nous avons réalisé une triangulation des chercheurs garantissant une validité interne. Les verbatims étaient relues par les deux chercheurs, elles étaient codées avec une confrontation des idées dans un deuxième temps.

III. Rôles des chercheurs

La question de recherche a été pensée ensemble dans les suites d'une réunion de préparation à la thèse dans les Hautes-Pyrénées en août 2019.

Nous avons réalisé un atelier avec une documentaliste de la bibliothèque universitaire de Ranguel en septembre 2019. Les recherches bibliographiques ont été faites chacune de notre côté avec une mise en commun ultérieure. Nous avons lu chacune l'intégralité des documents que nous avons répertorié grâce au logiciel Zotero ®.

L'ébauche du guide d'entretien a été réalisée par Camille, puis corrigée en commun.

Audrey a réalisé l'intégralité des entretiens en visioconférence afin d'avoir une homogénéité sur l'ensemble des échanges de novembre 2020 à janvier 2021.

Les entretiens ont été retranscrits sur Google Documents ® à part égale.

La rédaction de la thèse s'est faite en binôme grâce au logiciel Google Documents ®.

Nous sommes conscientes que nous avons interrogé les médecins avec un prérequis : l'existence de l'insécurité en médecine générale. Cela a pu influencer leurs réponses.

RÉSULTATS

I. Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des médecins interrogés sont regroupées dans le tableau en annexe (Annexe III).

A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Nombre de médecins recrutés

Quinze entretiens ont été réalisés d'une durée moyenne de vingt et une minutes.

La saturation des données s'est faite de manière empirique. Elle correspond au moment où les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours. A partir de la réalisation du treizième entretien les idées avaient déjà été émises. Nous avons programmé deux entretiens supplémentaires afin de le confirmer.

2. Age et sexe des participants

De 29 ans à 67 ans pour un âge moyen de 43 ans.

Sept femmes et huit hommes.

3. Durée d'exercice

Durée d'exercice variant de 1 an à 41 ans (médecins installés et remplaçants).

4. Milieu d'exercice

En milieu urbain : dix médecins dont un remplaçant.

Ensemble d'habitations tel qu'aucune ne soit séparée de la plus proche de plus de 200 mètres et qui comprend au moins 2 000 habitants. (14)

En milieu semi-urbain : trois médecins dont un remplaçant.

Zone où la densité de population est comprise entre 200 et 499 habitants par kilomètre carré, et s'il s'est urbanisé tout en conservant des activités et des caractéristiques rurales. Cette zone est à mi-chemin entre le milieu rural et urbain. (15)

En milieu rural : deux médecins.

Ce milieu représente les communes de moins de 2 000 habitants. (16)

5. Mode d'exercice

En cabinet seul : un médecin

En cabinet de groupe : sept médecins

En maison de santé pluridisciplinaire : sept médecins

Les secrétariats étaient sur place ou à distance, certains praticiens combinaient les deux.

La plupart des médecins avaient des consultations sur rendez-vous et des visites, cinq médecins travaillaient en “sans rendez-vous” et sept médecins réalisaient des gardes.

II. Données qualitatives

A. Les ressentis concernant l'insécurité

Lorsque nous avons défini notre question de thèse, il a fallu caractériser le terme d'insécurité. Nous avons traité uniquement les violences physiques (aux personnes et aux biens) et verbales.

Certains médecins interrogés n'avaient pas réfléchi au sujet de l'insécurité au cours de leur exercice.

M5 : "En fait ... on a pas vraiment pensé à la sécurité au cabinet ... on s'est pas vraiment posé la problématique de la sécurité"

Ce qui nous a amené à redéfinir le terme d'insécurité avec les participants.

M4 : "C'est quand tu ne peux pas exercer ta profession sans craindre pour ta santé."

M7 : "Au fait de ressentir un ressentiment, une petite anxiété quand on arrive au travail"

1. L'exposition à l'insécurité en médecine générale

a) Des médecins

La prévalence de l'insécurité

Concernant la prévalence des situations d'insécurité, la rareté des événements ressortait en premier lieu.

M2 : "je me suis retrouvé devant ce genre de situation de façon très très rare."

M3 : "Après non parce que c'est quand même très très rare enfin je crois"

M4 : "Ba comme tu vois en 13 ans y a pas beaucoup d'expériences de situations insécures"

M9 : "Sentiment d'insécurité que j'ai extrêmement rarement"

Après avoir réfléchi, les participants reconnaissaient s'être sentis en danger plusieurs fois chaque année.

M1 : "Ça peut arriver deux à trois fois dans l'année pour moi."

M10 : "Ça arrive une à deux fois par an."

Cinq médecins déclaraient ne pas se sentir en insécurité au travail malgré le fait d'avoir vécu des agressions verbales et physiques.

M2 : "je ne me sens pas en insécurité et mes collègues non plus pas que je sache"

M3 : "Je ne me suis jamais sentie en insécurité"

M4 : "c'est vrai que dans la mesure où j'ai pas de sentiment d'insécurité dans mon travail ... je ne vois pas de danger."

M13 : "Moi je ne me sens pas en danger."

Les médecins installés estimaient avoir une relation de confiance avec leurs patients qu'ils suivaient pour certains depuis plusieurs années.. Ces liens créés avec leur patientèle étaient décrits comme un facteur protecteur.

M2 : "Donc là je ne me sens pas en insécurité parce que je les connais bien"

M2 : "Les gens on les connaît, on les a un peu apprivoisés et ils savent comment on fonctionne."

M9 : "Après on est dans un village donc les gens me connaissent, ils connaissent mon mari qui est du village enfin ce n'est pas pareil que quand on est en ville quoi."

M13 : "Après c'est un peu privilégié (...) tout le monde se connaît, tu connais tout le monde."

Les formes d'insécurité

L'insécurité évoquait en premier lieu une peur de l'agression physique.

M13 : "en général c'est quand t'as l'impression que ton intégrité physique est en danger quoi."

M14 : "c'est-à-dire se sentir mis en danger physiquement par un patient."

Pour beaucoup de médecins les agressions verbales n'engendraient pas systématiquement de l'insécurité. Ces situations étaient beaucoup plus fréquentes que les agressions physiques.

M5 : "Ensuite être victime d'agression verbale ça m'est déjà arrivé mais je ne me suis jamais senti en insécurité"

M2 : "Des incivilités ouais ça c'est courant."

M12 : "Souvent ils commencent à se lever ; à crier et donc ça finit avec la porte qui claque ouais (rires). C'est arrivé ouais 2-3 fois cette année."

M15 : *“Euh, bah je pense à l’agressivité, verbale dans notre métier plutôt parce que quand on est pas d’accord avec l’exigence d’un patient c’est vrai qu’on a ... qu’on peut tomber sur un obstacle.”*

Les moments d’insécurité

La plupart des médecins interrogés se sentaient moins en sécurité lorsqu’ils se retrouvaient seuls au cabinet.

M1 : *“mais dans l’ancien cabinet j’y pensais davantage parce que dans plus de séquences je me retrouvais seul en fait. ”*

M6 : *“la situation d’exercice ça va être le moment où je suis toute seule au cabinet avec euh ... juste un patient dans la salle d’attente qui pourrait être agressif”*

M9 : *“Donc si il y a une période de la semaine je dirais, ça serait plus le samedi matin où on exerce tout seul.”*

Les gardes sont décrites comme anxiogènes par les médecins, principalement du fait de l’isolement et de la solitude ressentie.

M4 : *“il y a l’exercice en garde ou on est moins ... on est moins à l’aise.”*

M4 : *“A la maison médicale de garde, là où elle était située dans l’hôpital on était isolé dans un recoin”*

M8 : *“Les fois où je me suis senti en danger, bah les gardes ”*

M12 : *“Euh, alors c’est vrai que quand même, rien que le fait de le soir en garde de retourner au cabinet vers 22h00 - 23h00 toute seule ce n’est pas quelque chose de très confortable.”*

Concernant les périodes de la journée les plus sujettes au sentiment d’insécurité, la période nocturne a été citée plusieurs fois.

M2 : *“J’ai eu trois situations, c’était toujours de nuit,”*

M2 : *“Bien sûr on est forcément mieux à deux heures de l’après midi qu’à deux heures du mat ”*

M12 : *“C’est vrai là, tu me demandes ça ... Même si ça ne m’est jamais arrivé dans ces moments là c’est quelque chose que je ressens, enfin je ne suis pas très à l’aise d’aller consulter tard comme ça.”*

Certains avaient vécu des agressions au cours de visites à domicile, d'autres se sentaient à l'inverse totalement en sécurité.

Le fait de connaître les patients lors des visites à domicile diminuait le risque d'insécurité selon les médecins interrogés. Les agressions répertoriées au cours des visites s'étaient déroulées chez des patients étrangers du médecin.

M1 : "Sur les visites de mes patients je ne me suis jamais senti en difficulté."

M2 : "Moi je n'ai jamais eu de problème en visite, donc je n'ai jamais eu l'impression d'être en insécurité"

Les visites sont souvent requises pour des patients âgés ou grabataires, limitant le risque d'agression selon les praticiens.

M11 : "Les visites, bah c'est que des gens grabataires qui sont vraiment très touchés donc voilà."

M15 : "donc non après moi les visites c'est souvent en maison de retraite ou chez les personnes âgées qui sont en générale très contents qu'on vienne les voir et qu'on les aide."

b) Des intervenants du cabinet

Les médecins généralistes sont en contact direct avec les patients ainsi que les secrétariats qui sont parfois encore plus exposés.

M1 : "parce qu'on est dans des relations en vis à vis, en face à face,"

M12 : "Et les secrétaires aussi parce que souvent les secrétaires sont beaucoup plus exposées que nous."

M14 : "et malheureusement en fait il faudrait voir avec les secrétaires parce que c'est vraiment elles qui sont en première ligne."

Les médecins estimaient que les secrétaires temporaient parfois les conflits, en réduisant les tensions.

M1 : "Et donc je pense que le secrétariat physique quand même ça fait un petit peu matelas vis à vis de ça"

Les médecins interrogés étaient pour la plupart MSU, ils disaient vouloir prendre en compte la sécurité de leur interne.

M1 : "Et moi j'y pense aussi pour mes internes, mes internes en SASPAS ..."

M8 : "beh pour mes petites internes et mes remplaçantes, je vais réfléchir."

2. Les évolutions dans l'exercice de la médecine

Les médecins notaient une évolution de leur pratique au fil des années.

La mise en place de la régulation lors des gardes a permis de cadrer leur pratique en triant les appels et ainsi de sécuriser leurs interventions au domicile des patients.

M2 : "Je pense que les nombreux appels sont quand même bien triés."

M2 : "Et puis maintenant ce n'est pas comme avant quand même, parce que les gardes sont régulées"

M2 : "enfin maintenant c'est plus pareil"

L'association de médecins en cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire rassurait et sécurisait les praticiens.

M3 : "J'étais dans un cabinet où je n'étais pas toute seule, avec une secrétaire sur place, déjà on a moins le sentiment d'insécurité"

M9 : "C'est vrai qu'au cabinet dans la mesure où j'ai mes associés à côté, je sens que je ne crains absolument rien."

M14 : "Mais encore au cabinet j'ai un mode d'exercice qui fait aussi que j'ai toujours du monde autour, il y a les secrétaires, donc vraiment il n'y a pas d'insécurité à ce niveau là."

Plusieurs médecins appréciaient pouvoir débriefer des incidents avec leurs confrères. Cela permettait d'échanger et de relativiser.

M2 : "en fait il faut pas hésiter à en parler avec les collègues"

M11 : "Mais euh ensuite si c'est toujours agréable de parler entre nous"

M14 : "Je dirais ça : formation, groupe de parole, et numéro d'urgence."

B. Les conséquences de l'insécurité

1. Les répercussions psychologiques

a) Les sentiments des médecins

Au cours des agressions, les médecins ont décrit des sentiments de stress, de peur, et d'inquiétude avec les ressentis physiques associés.

M2 : "mais ça a duré une demie heure quand même, de stress, où je me demandais si je n'allais pas me prendre un coup de baramine sur la tronche "

M3 : "Après ce sont des conséquences immédiates je pense, c'est juste un stress, voilà un peu de palpitations, le cœur qui s'accélère, un peu d'inquiétude quoi"

M4 : "c'est vrai que là du coup y a un p'tit stress quand même."

Les incidents vécus qu'ils soient verbaux ou physiques étaient "ruminés" par les médecins et généraient un mal être a posteriori chez quelques-uns d'entre eux.

M1 : "Après sur le plan personnel dans la demi-journée qui suit c'est quand même un petit peu difficile"

M6 : "Alors y a pu avoir... ouais des... des euh... des difficultés... des troubles du sommeil quelques jours... enfin voilà éventuellement un peu récurrent mais sans plus non plus enfin pas d'énormes..."

La plupart des médecins interrogés révélèrent oublier rapidement la situation.

M1 : "mais franchement pour moi c'est mineur, je n'ai jamais eu besoin de consulter pour ça et puis le lendemain on y pense pas et le surlendemain on y pense plus."

M2 : "enfin j'ai jeté ça dans l'oubli en me disant que voilà c'était épisodique"

M6 : "enfin c'est assez vite mis de côté"

Certains médecins ne décrivaient pas de répercussions psychologiques notables suite aux agressions.

M4 : "mais ça a pas ... euh ... j'ai pas ... dans ma vie professionnelle ou personnelle ça ne m'a pas altéré."

b) Les médecins confus face aux réactions des patients

Les médecins étaient perturbés face à l'agressivité de quelques patients, ils trouvaient cela paradoxal par rapport au but premier de leur métier qui est d'aider les patients.

M1 : "vis à vis de la personne j'essaie de rappeler mon statut et de dire que moi à la base je suis médecin quand même : j'essaie de rendre service aux gens "

M10 : "Voilà, ça remet en cause le fait qu'on se donne beaucoup de mal pour les patients"

M11 : "Mais en tout cas moi je pense que je le vivrai mal déjà parce qu'on est plutôt aidant ici"

M11 : "Je le vivrai mal ça c'est sûr parce que j'ai l'impression qu'on essaye de faire attention aux gens"

Les médecins étaient parfois confus devant les réactions des patients. Certains patients laissaient penser que le médecin était volontairement en opposition avec lui.

M1 : "Et donc j'ai du mal à imaginer que le patient considère que si on prend une décision négative c'est pour faire pression sur lui ou pour l'embêter "

M14 : "nous on sait qu'on ne peut pas le faire, et eux ont du mal à comprendre, c'est vrai que là ils ont tendance à s'énerver"

M14 : "où il nous reproche de ne pas le comprendre ou de ne pas faire ce qu'il nous demande"

M14 : "mais on fait ça pour leur bien et parce qu'on a pas le droit de le faire autrement, et eux ne le comprennent pas forcément"

c) Les comportements agressifs justifiés par les médecins

L'exposition à des agressions en médecine générale était parfois vécue comme une fatalité.

M1 : "on a des situations où on est obligé de dire "Non" à des demandes, donc je pense que forcément on s'expose avec des agressions au moins verbales."

M11 : "Et euh, il y a ça et après franchement il y a des endroits où on a l'impression qu'on peut faire ce que l'on veut, l'insécurité y sera."

Les médecins justifiaient parfois le comportement agressif de leur patient par le fait que ces derniers étaient malades. Cette violence est dirigée contre la maladie et contre la situation inconfortable qu'elle induit et non réellement contre le médecin.

M3 : "Souvent les personnes quand elles sont agressives et menaçantes, elles ne sont pas agressives et menaçantes envers nous en tant que personne, elles sont menaçantes parce que la situation ne leur convient pas."

M7 (en parlant de l'expérience d'une de ses internes) : "elle confondait tout (...) le patient a refusé des traitements, a dit que c'était de la merde et a dit qu'elle était trop jeune pour savoir ces choses là.(...) (lève les yeux au ciel). Certes c'est déplacé mais ce n'était pas elle en tant que personne ; dans sa vie personnelle qui était visée. On ne l'accusait pas d'être trop jeune ou d'être une femme euh mais le patient avait besoin de casser du sucre sur le dos d'un médecin et ce remplaçant ou ce stagiaire est passé par là. Donc elle, elle s'est un peu crispée et les gens le sentent."

2. Les retentissements sur l'exercice

Les consultations suivantes au cours de la journée étaient souvent impactées.

M1 : "Les conséquences je peux les voir sur les patients qui vont suivre ... oui ... sur le jour-même"

M6 : "Et après ce qui est très difficile c'est la gestion des patients ensuite, ceux qui suivent, ceux qui éventuellement assistent à la scène"

M6 : "Mais voilà des troubles du sommeil et le problème de la gestion des patients après."

Deux médecins ont douté de leur capacité à exercer correctement leur métier suite à des agressions verbales évoquant la notion de démotivation vis-à-vis du métier et de culpabilité.

M3 : "au début quand ça m'est arrivée oui je prenais beaucoup pour moi"

M10 : "des fois il suffit qu'il y ait un seul patient avec qui ça se passe mal et c'est vrai que ça peut vous faire douter."

M10 : "oui c'est des situations auxquelles on pense souvent plutôt, ça nous démotive quoi"

M14 : "parce qu'ils nous font croire voilà qu'on fait mal notre travail alors que nous on essaye juste de rester droit, enfin moi, parce que je dis nous mais moi "

M14 : *“On se dit : Mais mince, c’est vrai qu’on les met en difficulté en refusant quelque chose ! ”*

M15 : *“ça m’a fait tout remettre en question, t’a envie de tout arrêter en fait”*

Leur mode exercice n’avait pas été affecté pour autant.

M2 : *“Non pas du tout, je n’ai pas changé ma façon de fonctionner”*

M3 : *“Et après avec les autres non, ça ne change pas mon comportement”*

M10 : *“Après non je n’ai jamais remis en cause ma façon de faire, enfin, dans mon exercice mais bon.”*

3. L’impact de l’insécurité sur l’installation des médecins

Les médecins étaient partagés, dans la majorité des cas l’insécurité n’était pas jugée comme un frein à l’installation.

M6 : *“Euh dans des endroits relativement calme ou qui ont mis en place des systèmes pour que ce soit ... j’y crois pas j’y crois pas.”*

M7 : *“en discutant avec des internes, je ne crois jamais avoir entendu parler de préoccupation par rapport à ça”*

Une des médecins installée depuis 2020 ainsi qu’une médecin remplaçante disaient ne jamais y avoir pensé.

M3 : *“Je ne pense pas qu’on y pense vraiment quand on s’installe. Enfin moi en tout cas je n’y penserai pas.”*

M12 : *“moi d’ailleurs ça ne m’est jamais venu à l’esprit”*

Certains médecins étaient plus nuancés en fonction du lieu d’installation. La question pouvant se poser dans les zones défavorisées.

M4 : *“probablement plus valable dans certains secteurs que dans d’autres”*

M6 : *“Dans certains endroits je dirais, là où ça se transmet de bouche-à-oreille, là où ils savent que les médecins ont été agressés etc... oui oui c’est possible.”*

M9 : *“Alors chez nous non ! A la Reynerie à Toulouse très probable !”*

M10 : “Et je pense que pour certains confrères, dans certaines zones de Toulouse ou des grandes villes c’est évident”

Un médecin racontait la réticence de certains jeunes médecins à participer aux gardes du fait de l’insécurité à la maison médicale de garde.

M7 : “Euuuuuh par contre sur Tarbes j’ai entendu des jeunes médecins s’en préoccuper quant à leur participation à la permanence d’accès aux soins, des gardes à la maison médicale”

Un des médecins interrogés émettait l’idée que le fait de ne pas avoir sa propre patientèle permettait de prendre du recul sur les violences vécues.

M14 : “Moi je pense je dirais que ça peut être un frein pour certain et que du coup ils préfèrent rester dans ce rythme de remplacement où finalement il n’y a pas l’attachement à la patientèle et au moins si ça se passe mal, eh bin ça se passe mal une fois et après on entend plus parler.”

Les médecins interrogés admettaient qu’il était intéressant d’y réfléchir afin de trouver des solutions pour permettre une installation sereine.

M1 : “Je pense que c’est une piste de réflexion intéressante, qui peut peut-être parasiter une installation...”

M6 : “Enfin après peut-être que c’est une ouverture enfin justement ... enfin si y a ce frein ben il va se transformer peut-être en : “Ouais ba je vais plutôt m’installer en maison pluripro des choses comme ça”.”

C. L'attitude des médecins face à l'insécurité : prévention et action

Au cours de l'entretien, plusieurs médecins se sont interrogés sur leur sécurité et celles des différents intervenants.

M3 : "C'est vrai que je n'avais pas pensé, enfin réfléchi à ça donc c'est intéressant d'approfondir un peu"

M6 : "c'est toujours aidant de réfléchir parce que ça fait réfléchir à la pratique et à la manière de la faire évoluer. Super !"

1. Les moyens mis en place et les propositions des médecins

Les entretiens ont permis de rassembler les moyens de prévention que les médecins avaient déjà mis en place et d'entamer une réflexion sur ce qui pourrait être amélioré au cours de leur exercice.

M13 : "ça peut faire réfléchir à ce qu'on peut mettre en place au cabinet pour la sécurité de médecins ou pas."

a) L'aménagement du lieu de travail

Les médecins ont évoqué en premier lieu des modifications dans l'organisation du cabinet:

- fermer des portes à clés et mettre en place des persiennes aux fenêtres afin de limiter l'accès au cabinet principalement lorsque le médecin se retrouve seul

M1 : "Par exemple, une consigne... bon déjà on ferme la porte intermédiaire quand il n'y a plus de secrétaire, des salles d'attente et des bureaux"

M3 : "il y a une porte vitrée, quand les secrétaires ne sont pas là, elle est fermée, verrouillée de l'intérieur."

M6 : "elle je la ferme jamais alors que j'ai remarqué que les remplaçants la fermaient,"

M11 : "Après nous au fenêtre on a mis des barreaux enfin non c'est pas des barreaux c'est genre des volets c'est joli, qui s'ouvrent et qui se rabattent, mais qui par contre empêchent que quelqu'un rentre."

- ajouter un interphone pour contrôler l'entrée des personnes dans les locaux

M4 : *“avoir un système d'interphone quelque chose comme ça qui permette quand le médecin est tout seul de limiter le libre accès à la salle d'attente par exemple.”*

- cloisonner des pièces grâce à un système de sens-unique

M11 : *“Quand on a construit, on a fait comme on a voulu donc on a mis des portes qui s'ouvrent que de notre côté.”*

M13 : *“T'as des portes de sécurité, tu sais des portes qui se claquent et qui se ferment toute seule.”*

- avoir une seconde issue et un lieu pour se mettre en sécurité

M2 : *“j'ai une issue derrière au bout du couloir je peux la prendre, j'ouvre et je suis dans la rue d'à côté, c'est pas plus mal”*

M4 : *“Nan ça peut-être ça aussi une pièce sécurisée ou on peut se retirer si on se sent agressé ou en danger ... ça pourrait être ça.”*

- utiliser des signaux sonores pour alerter les autres personnes présentes dans le cabinet

M1 : *“Ils ont mis en place une alerte sonore si par exemple quelqu'un tombait dans les pommes en salle d'attente mais si aussi elles avaient un problème avec un patient agressif.”*

M5 : *“C'est-à-dire avoir un système d'alarme interne quand on est en difficulté .. euh ... pour que les autres puissent intervenir.”*

- avoir un contact discret et rapide avec les forces de l'ordre

M5 : *“Système d'alarme interne ou externe via la gendarmerie ou le commissariat j'imagine ... du secteur quoi ! Un peu comme une alarme de banque quand il y a un braquage.”*

M10 : *“Ou mettre en place une liaison locale avec le service de gendarmes, une ligne directe, voilà quelque chose qui permet d'aller plus vite en cas de problème. ”*

- un médecin s'interrogeait sur l'achat de bombes lacrymogènes et le cadre légal qui s'y rapportait

M1 : *“ça fait très longtemps que je pense à mettre des bombes lacrymogènes dans chaque bureau”*

M1 : *“Il paraît que c'est plus ou moins interdit en France, oui il paraît que c'est interdit d'attaquer quelqu'un avec une bombe lacrymogène”*

La mise en place d'une vidéosurveillance vraie ou factice était plusieurs fois rapportée par les médecins interrogés, ils trouvaient ce système rassurant et pouvant permettre de diminuer l'ardeur de certains patients agressifs.

M1 : "peut-être le soir on devrait mettre une caméra à l'entrée pour qu'on arrive à voir qui rentre après que les secrétaires soient parties."

M2 : "donc on s'est dit qu'on en mettrait uniquement s'il y a avait vraiment un accident. Mais comme il n'y en a pas eu on a abandonné. Des caméras factices ou non factices."

M7 : "La vidéo-surveillance, on dit que ça diminue l'agressivité, en tout cas que ça freine un peu les gens"

M13 : "Après tu as toujours les vidéos, les caméras, même si elles sont fausses, ça peut dissuader."

M15 : "Alors c'est ça que j'aime bien, il y a des caméras dans les salles d'attente."

Plusieurs méthodes telles qu'un agent de sécurité ou la vidéosurveillance pour certains médecins semblaient inadaptées en médecine générale.

M9 : "Et finalement voilà avoir un vigile avec nous qui paraissait complètement disproportionné par rapport au grand calme de quasiment tous les patients."

M14 : "avoir un agent de sécurité dans les cabinets (rires) mais non on est pas à l'hôpital..."

M3 : "Bon après les caméras je ne suis pas trop favorable"

M12 : "Tu ne peux pas trop mettre ni de caméra ni de... voilà, dans un cabinet ce n'est pas possible avec le secret médical et tout ça."

b) La formation de l'ensemble du personnel

Les médecins interrogés rapportaient une carence au cours des études de médecine, le sujet de l'insécurité n'étant pas ou très peu abordé.

M7 : "Euh, peut être qu'il faudrait commencer par aborder le sujet lors de notre formation car ce n'est jamais le cas."

M13 : "dans les formations d'interne on a pas énormément de cours où ce type de sujet est abordé"

Ils proposaient des formations pour apprendre à communiquer afin de désamorcer un conflit, pour les médecins mais aussi pour les secrétaires.

M1 : “L’année prochaine on va envoyer nos secrétaires se former à ça quand même, pour ne pas faire monter en ébullition la relation.”

M3 : “la formation pour apprendre à gérer un conflit une agressivité oui, pour se sentir plus en sécurité oui je pense que ça peut être intéressant.”

M5 : “Ah oui... Ah je pense qu’apprendre... je pense qu’il y a pas mal de techniques de communication qui permettent de désamorcer euh ... les crises”

M15 : “C’est peut être de se former à la situation à la communication en fait”

L’idée de cours d’auto-défense était soumise par deux praticiens.

M2 : “Pourquoi pas avoir des formations d’auto-défense pourquoi pas”

M9 : “Des cours d’auto-défense (rires) ça me semble déjà la chose la plus utile”

2. Le soutien du Conseil national de l’Ordre des médecins

La plupart des médecins agressés se sentaient soutenu par le CNOM. Il s’agissait d’une ressource importante plusieurs fois mentionnée, les modalités pratiques pour les contacter étaient peu connues.

M6 : “bon l’Ordre a fait des choses, l’Observatoire enfin tu as dû voir euh de la sécurité... tu peux au moins avoir un référent, au moins une écoute à ce niveau là.”

M14 : “Il y a le Conseil de l’Ordre qui est là pour nous aider dans ce genre de situation et c’est vrai qu’il y a peut être des numéros d’urgence, que moi même je ne connais pas, et que l’on peut appeler.”

M15 : “Après le Conseil de l’Ordre a été de bon conseil.”

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

A. L'insécurité : une réalité minimisée

Nous avons abordé le sujet de l'insécurité en médecine générale pour la première fois en débutant notre travail de thèse.

Au cours de nos études, nous avons appris à gérer le patient atteint d'une pathologie psychiatrique en décompensation, potentiellement dangereux. Cependant les différentes études déjà réalisées montrent que l'insécurité peut exister avec tous les patients. (9,11,13,17)

Au cours de nos stages d'internat certains MSU nous ont relaté des incidents plus comme des "histoires de chasse" que comme une réalité dont nous devons nous soucier.

Ces constatations nous ont incitées à nous questionner sur les préoccupations des médecins généralistes concernant leur sécurité, savoir si elles existaient et sous quelles formes.

1. Un métier exposé

a) La sécurité des médecins : des incivilités à la violence

"Les médecins généralistes sont-ils confrontés à des situations d'insécurité ?"

Il semblerait que nous puissions répondre "Oui".

Les résultats de notre étude révèlent que les médecins généralistes libéraux vivent des situations de violences.

Certains médecins estiment qu'aux vues de la rareté des événements, il ne s'agit pas d'une réelle préoccupation. La majorité des médecins interrogés n'auraient pas évoqué cette facette de leur métier si nous n'avions pas abordé le sujet.

Selon une thèse menée dans les Haut-de-France en 2017, les médecins jugent avoir de très bonnes voir d'excellentes conditions de travail. Au cours de cette étude les chercheurs notent qu'au fur et à mesure des entretiens la parole des médecins se libère, avouant alors être confrontés régulièrement aux incivilités. (12)

Dans le cadre de nos entretiens nous observons les mêmes résultats : après un temps de réflexion, les médecins citent plusieurs agressions vécues et concèdent l'existence de situations insécures.

Comme les médecins interrogés sous-évaluent les agressions verbales, ils ne se sentent pas en insécurité. En effet, celles-ci ne représentent pas dans leurs esprits des événements marquants. Ils considèrent la plupart de ces incidents comme des incivilités sans conséquences majeures.

Les incivilités sont définies dans le dictionnaire Larousse comme : “une attitude, un propos, qui manque de courtoisie, de politesse, un comportement qui ne respecte pas une partie ou l'ensemble des règles de vie en communauté.”

Selon l'historien et sociologue Laurent MUCCHIELLI : “ (...) ce sont ces incivilités et non les formes les plus graves de délinquance qui empoisonnent le plus la vie des citoyens aujourd'hui. Les incivilités constituent ainsi un élément très important dans l'analyse du sentiment d'insécurité.” (17)

L'exposition aux incivilités produit les mêmes effets délétères que la violence tels qu'un stress chronique, un mal-être, une perte de confiance, une démobilisation des équipes, une dégradation de l'ambiance générale, des dysfonctionnements et de l'absentéisme. (18)

En comparant avec les autres travaux de thèse, les résultats concordent pour dire que les agressions verbales représentent la majorité des épisodes de violences. (9,11,17)

Le danger en les sous-estimant est de les banaliser et de finir par accepter ces comportements. En tolérant ces agissements, les médecins prennent le risque de se confronter à une escalade de l'agressivité, pouvant engendrer des agressions plus graves.

Cependant, les violences ne sont pas propres aux métiers de la santé. Elles concernent toutes les professions rendant service à la population comme l'évoque le rapport de l'ONVS 2020. (3)

Cette vérité ne doit pas pour autant minimiser l'exposition des médecins. Une enquête IPSOS de 2002 révèle que 48% des médecins estiment que les professionnels de santé connaissent une insécurité supérieure à celles des autres professions dans leur ensemble. (2)

Néanmoins, les médecins s'accordent à dire que la relation de confiance soignant-soigné propre aux métiers de la santé protège et structure les rapports.

Cette idée est revenue plusieurs fois dans les recherches bibliographiques révélant que l'expérience du médecin, associée à la connaissance de son patient et à un suivi régulier, parfois depuis plusieurs générations, permet de favoriser un respect mutuel et un lien stable et durable. (17,19)

Le CNOM a d'ailleurs développé des affiches pour la salle d'attente pour une relation médecin-patient en toute confiance (Annexe IV).

b) Des ressentis différents selon le contexte d'exercice

Les temps d'exercices perçus comme les plus inquiétants sont décrits lorsque le médecin se retrouve seul, en garde ou au cabinet.

Selon une thèse réalisant un état des lieux de l'insécurité des médecins en Loire-Atlantique, 81% des praticiens craignent un accident en garde alors même que 94% des incidents ont lieu au cabinet médical. (9)

Un constat similaire peut-être fait pour la période nocturne qui est une source d'anxiété pour la majorité des professionnels interrogés.

Il s'agit d'un fait universel que la pédiatre Dr Catherine GUEGUEN exprime dans son livre "Vivre heureux avec son enfant": "la nuit, les êtres humains sont plus fragiles, ont plus de peurs, d'angoisses (...) peut-être parce que le cerveau rationnel ne contrôle plus, n'analyse plus les pensées et laisse place au cerveau émotionnel qui alors devient dominant."

Elle ajoute que la nuit peut faire resurgir les peurs vécues dans l'enfance. En effet, celles-ci restent fixées, mémorisées inconsciemment à vie dans l'amygdale cérébrale et continuent à agir à l'âge adulte. De plus, la tombée de la nuit fait écho naturellement au moment de se coucher, elle rappelle les moments de séparation dans l'enfance avec les parents. (20)

L'isolement qu'il soit physique ou visuel semble être un facteur majeur d'anxiété chez l'être humain. Cela explique que la période nocturne, l'isolement au sein du cabinet et les gardes soient ressortis comme les plus anxiogènes pour les médecins.

c) La sécurité des intervenants du cabinet : principale préoccupation

La sécurité des secrétaires sur place est une réelle source d'inquiétude pour les médecins interrogés. Leur position "en première ligne" les expose davantage à la colère des patients. Certains médecins émettent l'hypothèse que les secrétaires sur place apaisent les tensions et permettent de limiter le conflit avec le patient. Les secrétaires servent d'intermédiaire dans le conflit médecin/patient. (9)

Nous avons pu constater durant nos stages que les secrétaires se plaignent des patients qui ne tiennent pas le même discours face aux médecins. Ces situations engendrent du stress chronique et de l'incompréhension entre tous les partis (médecin, secrétaire, patient).

Dans les établissements de santé les personnes agressées sont représentées pour 47% par des infirmières diplômées d'état, 45% des aides-soignants et autres soignants, 8% des médecins et 5,5% des administratifs. (3)

Il serait intéressant d'étudier et de comprendre les raisons pour lesquelles les patients se permettent davantage d'être agressifs avec les secrétaires. Le niveau hiérarchique rentre certainement en compte dans le comportement des patients.

2. Des évolutions bénéfiques dans la pratique

Les médecins minimisent l'insécurité car ils comparent leur exercice aux anciennes pratiques qui semblaient parfois encore plus à risque.

Depuis la régulation des gardes, les médecins constatent une amélioration concernant leurs déplacements au domicile des patients. Les médecins savent pour quel motif ils sont déclenchés, cela leur permet d'anticiper la consultation (en cabinet ou en visite).

La généralisation des cabinets de groupe est un autre point important d'amélioration des pratiques selon les médecins interrogés.

Le travail en groupe permet au médecin de sécuriser sa pratique. Le regroupement physique (permanent ou temporaire), en rompant l'isolement des professionnels, contribue à la sécurité des conditions de travail. (21)

De plus, l'installation en groupe permet aux praticiens de pouvoir se livrer au sujet d'une agression vécue avec la mise en place de groupes de paroles réactifs, internes au cabinet.

Certains de ses groupes de paroles peuvent suivre un concept qui a été proposé dans les années 40 par Michael Balint, médecin et psychanalyste hongrois. Il élabore à l'époque une formation spécifique pour les médecins généralistes et développe une réflexion sur la relation soignant-soigné. Il définit la technique du "penser" pour "panser".

Trouver un espace de parole est nécessaire pour le médecin. Se soutenir entre pairs, échanger sur ses pratiques, en parler pour déculpabiliser est une aide précieuse pour avancer. (17)

B. Des conséquences nuancées

1. Les répercussions psychologiques relativisées

a) Un sentiment de stress contrôlé

Plusieurs travaux ont étudié les répercussions psychologiques des professionnels de santé suite à une agression. Le sentiment de stress et de peur de l'agression physique est omniprésent dans les conclusions. (9,11,17)

Au cours de notre étude, les médecins doivent réfléchir avant de nous décrire les conséquences des violences vécues. Aucun médecin interrogé n'est fortement marqué par des situations.

La plupart des médecins se détachent rapidement de l'événement car ils ne se sentent pas visés personnellement.

b) Des patients excusés

Dans notre étude, les médecins ne tiennent pas rigueur de l'agressivité de certains patients. Ils justifient leurs agissements avec cette idée de fatalité. Dans l'étude de nos confrères picards de 2019, les professionnels de santé décrivent une forme d'acceptation et de tolérance vis-à-vis des agressions subies. (11)

La médecine s'expose à la détresse et au mal-être des gens. La santé de chacun est un sujet particulièrement délicat qui peut générer des comportements intenses lorsqu'il est mis en danger.

Cette tolérance explique aussi la sous-déclaration des agressions selon une thèse réalisée en Corse en 2018 concernant les motifs de sous-déclarations. Les résultats montrent que 40,5% des médecins n'ont pas déclaré l'incident car ils pensent que la gravité des faits ne justifie pas une plainte et 17,6% par compassion pour les patients. (13)

De plus, il semble que la relation d'aide attachée aux professions de santé crée une sorte d'incompatibilité avec tout jugement de punition. (3)

Il est important de se rappeler que "l'empathie naturelle des personnels de santé ne doit pas aboutir à accepter l'inacceptable". (18)

c) Un paradoxe avec le métier accepté

Une idée intéressante est ressortie des résultats, celle du paradoxe entre les fondements de la médecine générale et le vécu de certains patients concernant leur prise en charge.

Le but premier de notre métier est, pour citer Hippocrate, "primum non nocere" : premièrement ne pas nuire.

Plusieurs médecins interrogés ont été confrontés à des réactions violentes des patients après une proposition de prise en charge sans comprendre cette réaction.

Un des motifs d'agression les plus cités est le reproche quant à l'acte médical ou la consultation. (11,17,22)

L'évolution de la médecine et de la société a permis de remettre le patient au cœur du système de soins. La loi Kouchner de 2002 a reconnu « le rôle et les droits des patients dans leur parcours de santé ». (23) Le modèle paternaliste disparaît pour laisser place à un vrai partenariat. (22)

Les patients n'ont plus une "confiance aveugle" en leur médecin. Ils ont accès à beaucoup d'informations concernant leur santé sur internet, des informations qui ne sont pas toujours vérifiées ou adaptées au cas par cas.

Les médecins peuvent parfois se retrouver en difficulté face à des diagnostics pré-établis et erronés et entrer en opposition avec les patients.

2. La mise en danger du métier de médecin généraliste

Les violences en santé portent atteinte à la mission du service public, elles mettent en danger la continuité et l'accès aux soins. Le stress généré par les violences participe à l'épuisement des professionnels et démoralise le personnel. (3)

Les répercussions portent également atteinte à la qualité des soins dispensés. (18)

Il est vrai que les médecins interrogés se sentent parfois démoralisés face aux comportements des patients. Ils ont la sensation de donner beaucoup de leur temps et de leur énergie, tout ça parfois dans un climat hostile à leur égard.

On retrouve la notion de lassitude, de "ras-le-bol" de la part des médecins. (17)

Selon le rapport d'octobre 2001 des affaires sociales, l'insécurité au travail est une entrave à l'exercice professionnel. Certains remplaçants ne veulent plus exercer dans des zones à risque, ce qui empêche les médecins titulaires de prendre des vacances. Parfois même les tours de garde ne sont pas assurés. (21)

Les violences subies par les professionnels de santé engendrent le retrait des services de santé, notamment les cabinets médicaux des quartiers difficiles.

Ces stratégies d'évitement adoptées par les professionnels de santé sont une des réponses et des conséquences de l'augmentation des manifestations de violence et de l'insécurité ressentie. (21)

Selon la gravité des faits, les praticiens cessent parfois totalement leurs activités. (9)
Des conséquences néfastes s'ajoutent avec l'abandon de leur cabinet qui a un coût économique. C'est une épreuve professionnelle et humaine douloureuse.
Fort heureusement, ce processus n'est pas irréversible grâce à l'amélioration de la prévention au cabinet et en visite.

Des répercussions moins graves mais gênantes sont décrites par les médecins interrogés telles que la gestion des consultations suivantes qui s'avère difficile.
Des patients ont pu être témoins des faits ou subir le stress du médecin par la suite. Il s'agit d'un ensemble de patients incommodés par un climat d'insécurité. (3)

3. L'insécurité : un frein à l'installation

L'insécurité peut entraver le désir des jeunes médecins à s'installer, cette interrogation varie selon le lieu de l'installation. La plupart des médecins interrogés ne s'étaient jamais posé la question. Après réflexion, ils sont plus nuancés en supposant que l'insécurité peut effectivement "parasiter" une installation.

Plusieurs études confirment cette notion. Les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural s'estiment plus chanceux que leurs confrères en secteur urbain. (12)

Selon une thèse de médecine générale de 2016 traitant des incivilités, les médecins ayant fait un signalement entre 2003 et 2014 étaient majoritairement en milieu urbain. (17)

Un intérêt moindre de l'exercice en libéral se fait ressentir du côté des nouvelles générations de médecins avec une baisse des effectifs de 0.1% et une majoration de l'activité salariée de 0.8%.

La diffusion lente des nouvelles organisations d'exercice (délégations, exercices coordonnés) susceptibles d'optimiser le temps médical doit être encore améliorée. (4)

C. La prévention : un sujet à approfondir et à généraliser

1. Les prémices d'une réflexion sur l'insécurité en médecine générale

D'après les retours des médecins interrogés, cette étude a permis de débiter une réflexion sur le sujet. L'insécurité n'est pas abordée ou très peu sur leur lieu de travail, car elle ne relève pas d'une préoccupation quotidienne.

C'est un phénomène que l'on explique en partie par la science, notre cerveau nous protège des menaces nuisibles en niant leur existence. (24)

Pourtant les incidents n'arrivent pas qu'aux autres. Il ne s'agit pas d'alarmer à outrance les médecins mais de les avertir avec bienveillance de la réalité des violences dans notre métier. Il est intéressant de noter que les études réalisées sur des dangers sous-estimés peuvent susciter de l'anxiété par la prise de conscience éventuelle. (12)

Des organismes publics comme la Poste et la SNCF se préoccupent depuis plusieurs dizaines d'années de l'exposition de leurs salariés aux incivilités. Devant les préoccupations grandissantes au sujet de la sécurité de leurs employés, la Poste crée en 2010 un club inter-entreprises (40 entreprises dont la SNCF, Monoprix, la Ville de Paris...) qui se réunit régulièrement pour échanger sur des pratiques de prévention et de protection des salariés. (25)

Ce travail de thèse aura permis aux médecins de faire un état des lieux de leurs connaissances concernant les outils d'aide à la déclaration et de prévention.

Pour approfondir la réflexion sur la sécurité nous pouvons utiliser les trois axes de prévention suivant :

- prévention primaire : prévenir les violences
- prévention secondaire : faire face à la violence
- prévention tertiaire : accompagner les victimes

2. La protection des différents intervenants du cabinet

La gestion d'un cabinet incombe au rôle de chef d'entreprise du médecin généraliste. Il doit alors considérer la sécurité des intervenants de son cabinet comme une priorité afin de travailler dans un espace sûr.

a) Prévenir les violences

Les résultats de notre étude permettent de parcourir l'ensemble des moyens de prévention connus des médecins interrogés et de réfléchir ensemble aux autres solutions.

Il nous semble primordial d'acquérir un minimum de connaissances sur la gestion des conflits afin de réduire le stress et permettre d'adopter la bonne attitude.

Investir dans la relation soignant-soigné

Les médecins interrogés se félicitent de la relation de confiance qu'ils ont avec leurs patients.

Plusieurs attitudes permettent de prévenir les conflits :

- savoir écouter attentivement le patient avec respect et empathie
- informer et s'assurer que le patient a compris les explications, lui proposer de reformuler
- discerner le type de patient en évaluant ses propos et son attitude afin de s'adapter à la personne
- proposer de consulter un confrère ou un tiers en cas de différend sur la prise en charge
- réorienter au bon moment le patient vers un confrère, en s'assurant de la continuité des soins. (22)

Repenser l'environnement et l'organisation du cabinet

Un travail de thèse réalisé en 2009 rapporte que l'agencement optimal d'un cabinet médical est un compromis entre : la sécurité, l'accessibilité, l'hygiène, la confidentialité et une relation médecin-malade de qualité. (19)

Il semble évident que la création d'un environnement sain et calme participe au bon accueil des patients.

Quelques exemples d'aménagement de la salle d'attente sont proposés par le guide pratique de l'ONVS tels que la présence de plantes (les contenants ne doivent pas pouvoir servir de projectiles), d'écrans diffusant des messages de prévention ou de films silencieux, de la lumière et des couleurs limitant le sentiment d'oppression et l'ajout d'un aquarium ayant un rôle apaisant. (1)

L'aménagement du cabinet dès la conception du bâtiment permet d'anticiper les incidents :

- la sécurisation des issues régule les entrées et les sorties par la mise en place d'un sas en mode ouvert, en mode sas (une porte fermée sur les deux) ou blockhaus.

Certains médecins interrogés optent pour un sens unique de circulation ou la fermeture des portes en fonction du nombre de personnes en salle d'attente.

- l'espace situé devant l'accueil ne doit pas être trop large pour permettre un entretien confidentiel et limiter l'attente debout devant le secrétariat. L'isolement physique du secrétariat semble être une solution efficace qui a d'ailleurs été mise en place dans plusieurs cabinets du fait de la pandémie mondiale du COVID-19.
- les espaces vitrés apportent une meilleure visualisation des déplacements au sein du cabinet et laissent pénétrer la lumière naturelle qui limite le sentiment d'oppression.

(1)

Plusieurs dispositifs techniques de surveillance sont proposés par les médecins :

- les sonnettes avec visiophone lorsque le secrétariat sur place est fermé afin de contrôler les arrivées
- la vidéosurveillance est controversée par plusieurs médecins interrogés qui se posent la question du cadre légal

Selon la Délégation aux coopérations de sécurité (DCS) du Ministère de l'Intérieur, il s'agit d'une réglementation très encadrée : (26)

- Si le médecin reçoit ses patients sans rendez-vous, le cabinet est alors considéré comme un lieu ouvert au public . Il doit solliciter une autorisation auprès de la préfecture.

- Si le médecin reçoit exclusivement ses patients sur rendez-vous, le cabinet médical est alors considéré comme un lieu professionnel recevant un public défini. Si le médecin enregistre les images filmées, il doit se déclarer auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Sinon, aucune procédure préalable n'est nécessaire.

Lorsque la vidéo protection est simplement utilisée pour confirmer l'arrivée des patients ou évaluer l'affluence de la salle d'attente, et que les images ne sont pas enregistrées, il n'y a pas de procédure particulière à suivre.

Connaître et utiliser les ressources à disposition

Les médecins interrogés connaissent peu les aides existantes pour la prévention des incidents ou les aides pour réagir face à un événement violent. Il semble indispensable d'encourager les médecins à se renseigner sur les ressources qui existent.

Certains médecins interrogés proposent de mettre en place un lien avec les forces de police et de gendarmerie. Ce sont des outils qui existent déjà mais qui sont rarement utilisés.

Les forces de l'ordre peuvent se rendre au cabinet afin de délivrer des conseils de sûreté gratuitement. Les médecins doivent faire la demande auprès du Conseil de l'Ordre de leur département, seul interlocuteur des forces de police et de gendarmerie habilité à transmettre ces demandes. (7)

Des informations sur la sécurité sont disponibles sur le site internet CESPLUSSUR de la préfecture de Police.

Il s'agit pour les médecins de se renseigner sur les mesures mises en place au plan local telles qu'un numéro d'appel d'urgence dédié ou le recours aux dispositifs électroniques d'alarme géo-localisée. (7)

De même, il existe un partenariat avec les forces de l'ordre pour les visites à domicile dans certaines villes. A Paris, la procédure la plus courante est la pré-alerte. Le soignant prévient de son déplacement à domicile en fournissant les coordonnées complètes du patient et en indiquant le motif justifiant une pré-alerte. Un véhicule peut se rapprocher du lieu et patrouiller à proximité avec la possibilité de réagir immédiatement en cas d'alerte.

Toujours à Paris, des applications pour smartphone ont été développées afin d'informer les professionnels sur les événements de sécurité. (27)

Se former

Les médecins interrogés proposent des formations, au cours de nos études mais aussi en formation continue.

Des formations d'auto-défense peuvent être envisagées pour parer à la menace physique.

Un des médecins interrogés prévoit de former son secrétariat à la communication.

Des organismes privés tels que Action First proposent des formations sur la gestion de l'agressivité et des situations conflictuelles en cabinet médical.

D'autres formations existent déjà dans plusieurs professions afin de gérer son stress. Elles utilisent des techniques de "coping" qui permettent un meilleur contrôle émotionnel en cas d'agression. Il s'agit de l'ensemble des processus que le professionnel interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. (2)

b) Faire face aux situations de violence

Contrôler la situation

La meilleure réponse face à une montée des tensions est l'anticipation de ces situations et la possibilité de les désamorcer. L'objectif est de réduire le risque de violence grâce à des compétences de communication verbales et non verbales.

Le programme "Talk Down" de Safewards apporte des outils concrets pour réagir face à un patient agressif, il a été rédigé pour les patients psychiatriques mais les éléments sont transposables à n'importe quelle situation de violence. Il a été traduit en français par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide pratique des stratégies de désamorçage de situations à risque de violences. (28,29)

Demander de l'aide

La présence de plusieurs professionnels au sein du cabinet permet de demander de l'aide, par l'intermédiaire d'un signal sonore ou d'une interpellation directe.

Certains médecins interrogés ont le numéro direct d'un agent de police ou de gendarmerie du coin pour prévenir en urgence en cas d'incident.

Suite au protocole signé en 2011, des interlocuteurs clairement identifiés sont désignés au niveau local, dans les services de police et les unités de gendarmerie.

Il existe même une procédure d'alerte au plan local pour le recours immédiat aux services de police et de gendarmerie. (7)

A Cayenne (Guyanne) des applications sur smartphone permettent d'émettre une alerte d'urgence en cas de danger, alerte reçue directement par les services de police. (22)

c) Accompagner les victimes

Déclarer l'agression

Le CNOM est de plus en plus présent pour faciliter l'exercice des médecins avec la création d'outils de déclaration et d'aide. La fiche de signalement est téléchargeable directement en ligne (Annexe V). (5)

Au cours de notre étude, un seul médecin avait réalisé un signalement auprès du CNOM concernant une agression. Qu'il s'agisse d'un incident à l'encontre du médecin ou d'un personnel du cabinet, il y a une absence de déclaration de la part des médecins généralistes. (9,13)

Les médecins signalent la majorité des incidents marquants principalement aux forces de l'ordre. (13)

Néanmoins la plupart des médecins savent qu'ils peuvent se tourner vers le CNOM en cas d'incident.

Pour faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infractions, les plaintes peuvent être recueillies sur place ou sur rendez-vous dans les meilleurs délais. (7)

Il existe deux types de déclarations : (27)

- la main courante : auprès d'un service de police uniquement. Elle permet d'attirer l'attention sur certaines personnes et de prévenir un éventuel passage à l'acte. L'information est archivée localement.
- le dépôt de plainte : auprès d'un service de police ou de gendarmerie. Elle est enregistrée sur procès-verbal, elle engendre le cas-échéant des poursuites contre l'auteur des faits.

La déclaration de l'événement est un premier pas qui permet de rendre l'incident réel et d'avancer dans sa résolution.

Trouver une écoute pour se confier

Afin d'échanger sur des difficultés lors de son exercice, qu'elles soient d'ordre administratif, juridique ou autre, le CNOM a créé un numéro d'écoute unique pour les médecins et internes ouvert tous les jours, 24h/24 : le 0800 288 038.

II. Discussion sur la méthode

A. Forces et faiblesses

1. Forces

a) Validité interne

L'originalité est une des forces de cette étude. A notre connaissance, peu d'études qualitatives traitent de ce sujet en Occitanie et plus précisément dans les Hautes-Pyrénées.

Les travaux universitaires réalisés dans d'autres départements sont surtout des études quantitatives faisant un état des lieux du nombre d'agressions, des caractéristiques des agresseurs et des agressé(e)s. Certaines études établissent une liste des moyens à mettre en place pour protéger le corps médical à l'hôpital et en cabinet de ville.

Concernant les techniques de collecte des données, la triangulation des chercheurs avec la double lecture des enregistrements et l'annotation des attitudes non verbales ont permis de limiter le biais d'interprétation, renforcées par l'analyse des verbatims avec le double codage.

Les entretiens en visioconférence ont permis de maintenir les bénéfices d'un face à face tout en étant chacun chez soi, dans un lieu familier favorisant une expression libérée.

Il est probable qu'un entretien en focus groupe n'aurait pas permis de recueillir autant de réponses notamment au sujet des émotions ressenties et des répercussions. En effet, certaines personnes ont des difficultés à s'exprimer en public d'autant plus quand le sujet touche à l'intime.

b) Validité externe

Les résultats de notre étude obtenus sont concordants avec les données de la littérature.

L'échantillon représentait plusieurs catégories de médecins, les âges, les durées d'installation, les milieux d'exercice étaient variés.

2. Faiblesses

a) Biais de mémorisation

Des biais de mémorisation peuvent exister, notamment chez certains médecins qui ont pu oublier des événements passés du fait de leur longues années de pratique (pouvant aller jusqu'à 40 ans d'exercice).

b) Biais de déclaration

Cette étude peut comporter des biais de déclaration. En effet, les praticiens interrogés ont pu ne pas vouloir déclarer certains faits ou au contraire en inventer.

c) Biais d'investigation

Des biais d'investigation peuvent être présents, l'investigateur ne s'adresse pas de la même façon à tous les médecins interrogés. Les réponses des médecins ont pu être orientées par les réactions et les réponses de l'interrogateur.

CONCLUSION

Cette thèse a été l'occasion pour les médecins interrogés de se confier sur leurs ressentis. Ils ont tendance à minimiser l'insécurité. Ils justifient le comportement des patients et considèrent que la relation de proximité soignant-soigné expose automatiquement à des incivilités.

Les répercussions personnelles et professionnelles ne sont pas négligeables, ces agressions remettent en question le sens de notre métier qui est d'aider et de soutenir les patients. Elles déstabilisent l'exercice des médecins généralistes, et peuvent être responsables d'un questionnement au sujet du lieu d'installation.

Les entretiens ont permis une prise de conscience de la réalité de l'insécurité en médecine générale. Le cabinet médical se doit de rester un lieu d'écoute, de sécurité et de confiance pour le patient mais aussi pour le praticien.

De plus, les médecins se sont questionnés sur les outils qu'ils avaient à leur disposition et les améliorations qu'ils pouvaient mettre en place au cabinet afin de prévenir l'insécurité. Nous avons synthétisé en annexe de manière non exhaustive les méthodes disponibles pour les cabinets de médecine générale.

Il pourrait être intéressant de voir si la mise en place et l'utilisation de ces outils au sein des cabinets permet d'accroître le sentiment de sécurité des médecins.

Vu
Toulouse 08/10/2021


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 11/10/21

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



ANNEXES

Annexe I : Mail envoyé pour le recrutement des sujets

“ Bonjour Dr X,

Je suis Audrey BAUDELET, interne en 3ème année de médecine générale et je me permets de vous contacter car je réalise actuellement un travail de thèse avec ma co-interne Camille BOHEC sur le thème de votre ressenti et de vos préoccupations quant à votre sécurité dans le cadre de votre exercice libéral.

Dans le terme sécurité nous entendons parler principalement des agressions physiques ou verbales.

L'étude est basée sur un entretien anonyme d'une durée de 30 minutes environ. Nous pouvons convenir d'un rendez-vous pour l'entretien à votre cabinet quand vous le désirez.

En espérant que vous pourrez trouver un créneau disponible pour me recevoir aux vues du contexte sanitaire actuel.

Vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : *@hotmail.fr ou par téléphone au 06*

Contact Camille BOHEC :

Mail : *@gmail.com

Tél : 06*

Bien cordialement,

Audrey BAUDELET

Interne DES Médecine générale - Promotion 2018 ”

Annexe II : Guide d'entretien : première et deuxième version

Première version

Données sociodémographiques du médecin interrogé : âge, sexe, durée d'installation, milieu d'exercice, mode d'exercice, patientèle

Questions :

- Vous êtes-vous déjà senti en insécurité en présence d'un patient ?
- Trouvez-vous que votre cabinet est un endroit sûr ? Vous êtes-vous déjà posé cette question ?
- Avez-vous déjà été agressé en consultation ? En visite ?
 - *Type d'agression : verbales / physiques / armes*
 - *Caractéristiques de l'agresseur*
 - *Motif de l'agression*
 - *Lieu de l'agression (cabinet / visite / téléphone)*
 - *Fréquence des violences*
- Comment avez-vous réagi face à l'agression ?
 - *réactions immédiates*
 - *recours effectués*
- Quelle attitude adoptez-vous face à un patient agressif ?
- Avez-vous des astuces pour désamorcer des situations qui peuvent devenir dangereuses pour votre sécurité en consultation ?

- Quelles ont été les conséquences et les répercussions psychologiques suite à l'agression ?
- Quelles ont été les répercussions de l'agression sur la relation médecin-patient ?
- Pensez-vous que la violence envers les professionnels de santé et l'insécurité peut avoir des conséquences sur la qualité des soins ?
- Avez-vous déjà refusé de vous déplacer en visite dans certains endroits par appréhension ?
- En quoi ces agressions peuvent-elles participer à un sentiment d'insécurité ?
- Qu'avez-vous mis en place pour votre sécurité physique au cabinet ? Quelles mesures préventives avez-vous mis en place ?
 - *sur le plan organisationnel / matériel*

- *sur le plan comportemental*
- Avez-vous déjà déclaré une agression ? Savez-vous auprès de qui et comment le faire ?
- Connaissez-vous les ressources à votre disposition pour ce type de situation ?
 - *formations*
 - *sites de déclaration*
 - *force de l'ordre et référents*
- Aimeriez-vous être plus informé sur la possibilité de réaliser les déclarations en cas d'agression ?
- Quels outils pourraient-être développés selon-vous ?
- Dans quelles mesures cet entretien vous a été utile ?
- Souhaitez-vous, suite à cet entretien, mettre en place des choses au cabinet pour prévenir l'insécurité ?

Deuxième version

Les questions en italiques sont des questions de relance.

Données socio-démographiques des médecins interrogés

- âge
- sexe
- durée d'installation (date de la première installation)
- Fonctionnement du cabinet : MSP ? seul ? secrétaire ou pas ?
- milieu d'exercice : urbain, semi-urbain, rural, semi-rural. Considérez-vous être dans une zone défavorisée ?
- Mode d'exercice : visite, sans rendez vous, horaires, garde, MSU ? autre activité pro (exemple : médecin crèche, psy), horaires
- Patientèle : nombre, patientèle "récupérée", tranche d'âge, spé (ex : gynéco, pédiat...)

A quoi correspond pour vous "le sentiment d'insécurité" ?

Avez-vous déjà vécu des situations où vous avez eu un sentiment d'insécurité ?

- *Trouvez-vous que votre cabinet est un endroit sûr ?*
- *Avez-vous déjà été agressé en consultation ? En visite ?*
 - *Type d'agression : verbales / physiques / armes*
 - *Caractéristiques de l'agresseur*
 - *Motif de l'agression*
 - *Lieu de l'agression (cabinet / visite / téléphone)*
 - *Fréquence des violences*

A quelle période de la journée vous sentez-vous le plus en insécurité (journée, soirées, nuits) ? Et dans quel mode d'exercice (*visite, garde, consultation au cabinet, en l'absence du reste des praticiens*) ?

Avez-vous déjà refusé de vous déplacer en visite ou en garde dans certains endroits par appréhension ?

Comment avez-vous réagi face à l'agression ? (*réactions immédiates, recours effectués ...*)

Quelle attitude adoptez-vous face à un patient agressif ?

Quelles sont vos astuces pour désamorcer des situations qui peuvent devenir dangereuses pour votre sécurité dans votre pratique ?

Quelles ont été les conséquences et les répercussions psychologiques suite à l'agression ? Dans le cas contraire, si vous aviez déjà été agressé, quelles auraient été les conséquences et les répercussions psychologiques suite à l'agression ? (*la relation médecin patient et la qualité de soin, psychologique, vision de soi même*)

Avez-vous mis en place des choses pour votre sécurité au cabinet ? (*sur le plan organisationnel / matériel, sur le plan comportemental*)

Pensez-vous que ce sentiment d'insécurité puisse être un frein à l'installation ?

Quels outils pourraient-êtré développés selon-vous ?

Est-ce que vous savez quelles ressources vous avez à votre disposition en cas d'agression ? (possibilité de déclarer les agressions, qu'elles soient suivi, policier référent)

Être formé pour réagir face à une agression/self défense ... durant les études et en DPC.

Dans quelles mesures cet entretien vous a été utile ?

Annexe III : Tableau des caractéristiques des sujets

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15
Sexe	H	H	F	H	H	F	H	F	F	H	H	F	H	F	F
Âge	67	62	31	42	46	45	42	56	39	38	51	30	31	29	32
Durée d'exercice (remplacements inclus)	42	35	5	13	20	8	15	30	8	11	20	3	2	1	14
Remplacement exclusif			X										X		
Milieu d'exercice	X	X				X	X			X	X	X	X	X	X
<i>1- Urbain 2- Semi-urbain 3- Rural</i>			X		X				X						
				X				X							
Mode d'exercice	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>1- Sur RDV 2- Sans RDV 3- Visites 4- Gardes 5- Autre activité</i>	X	X	X	X	X										
	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
			X	X	X			X		X		X	X		
		C		CP	MC	R	SP	C + MC	C + P	C					
Secrétariat sur place	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Légende :

C : Visites en crèche	R : Régulation
CP : Visites en clinique psychiatrique	SP : Réseau de soins palliatifs
MC : Médecin coordinateur	P : Réseau de périnatalité

ANNEXE IV : Affiche pour une relation patient-médecin en toute confiance

POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

<p>Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.</p>	<p>Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.</p>
<p>Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.</p>	<p>Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.</p>
<p>Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.</p>	<p>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) ...</p>
<p>La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.</p>	<p>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.</p>
<p>Un dossier médical est un document strictement personnel.</p>	<p>Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.</p>

www.conseil-national.medecin.fr

ANNEXE V : Aperçu de la fiche de recensement des incidents

Observatoire pour la sécurité des médecins : recensement national des incidents

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

<p>Déclaration d'incident à remplir, puis à renvoyer, pour chaque incident que vous souhaitez porter à la connaissance de votre conseil départemental de l'Ordre.</p> <p>Événement survenu le : L M M J V S D ____ / ____ / 20____, à ____ heures.</p> <p>Cachet et signature (à défaut n° RPPS) :</p>	<p>IDENTIFICATION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL</p>  <p>Vous êtes :</p> <p>• une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/></p> <p>• médecin <input type="checkbox"/> étudiant ou interne <input type="checkbox"/></p> <p>Spécialité : _____</p>
<p>Qui est la victime de l'incident ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Un collaborateur</p> <p><input type="checkbox"/> Autre > Préciser : _____</p>	<p>Cet incident a eu lieu...</p> <p>• Dans le cadre d'un exercice de médecine de ville</p> <p><input type="checkbox"/> Au cabinet <input type="checkbox"/> Ailleurs > Préciser : _____</p>
<p>Qui est l'agresseur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Un patient <input type="checkbox"/> Une personne accompagnant le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Autre > Préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> A-t-il utilisé une arme ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui > Préciser le type d'arme : _____</p>	<p>• Dans le cadre d'une activité en établissement de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement public <input type="checkbox"/> Établissement privé</p> <p><input type="checkbox"/> Dans un service d'urgence <input type="checkbox"/> Ailleurs > Préciser : _____</p>
<p>Quel est le motif de l'incident ?</p> <p><input type="checkbox"/> Un reproche relatif à une prise en charge</p> <p><input type="checkbox"/> Un temps d'attente jugé excessif</p> <p><input type="checkbox"/> Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)</p> <p><input type="checkbox"/> Le vol</p> <p><input type="checkbox"/> Autre > Préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de motif particulier</p>	<p>• Dans le cadre d'un service de médecine de prévention ou de contrôle > Préciser : _____</p>
<p>Atteinte aux biens</p> <p><input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Objet du vol : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vol avec effraction <input type="checkbox"/> Acte de vandalisme</p> <p><input type="checkbox"/> Autre > Préciser : _____</p>	<p>À la suite de cet incident, vous avez :</p> <p><input type="checkbox"/> Déposé une plainte <input type="checkbox"/> Déposé une main courante</p>
<p>Atteinte aux personnes</p> <p><input type="checkbox"/> Injures <input type="checkbox"/> Menaces</p> <p><input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires</p> <p><input type="checkbox"/> Intrusion dans le cabinet</p> <p><input type="checkbox"/> Autre > Préciser : _____</p>	<p>Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui > Indiquer le nombre de jours : _____</p>
	<p>Disposez-vous d'un secrétariat, d'un accueil ou d'un service de réception ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
	<p>L'incident a eu lieu...</p> <p><input type="checkbox"/> En milieu rural</p> <p><input type="checkbox"/> En milieu urbain, en centre-ville</p> <p><input type="checkbox"/> En milieu urbain, en banlieue</p>
	<p>DÉCLARATION D'INCIDENT</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@cnm.medecin.fr - 4 rue Léon Jost 75017 Paris.

Annexe VI : Fiche pratique des méthodes possibles de prévention

Fiche pratique des méthodes possibles de prévention pour limiter l'insécurité

Lors de l'installation :

- **Favoriser un exercice à plusieurs** : cabinet de groupe, secrétariat sur place
- **Optimiser l'aménagement du cabinet** :
 - Réguler les entrées et les sorties avec un système de sas
 - Créer un environnement accueillant et limiter le sentiment d'oppression
 - Isoler le secrétariat avec des espaces vitrés
 - Dissuader avec la vidéosurveillance (selon réglementation)
 - Pouvoir alerter avec des signaux sonores en cas de difficultés
- **Acquérir un minimum de connaissances** sur les ressources disponibles au plan national et local ainsi que des bases juridiques en cas de conflit
- **Se former** aux méthodes de communication et d'auto-défense

En pratique courante :

- **Investir dans la relation soignant-soigné** grâce à une écoute attentive et un respect mutuel
- **Réagir calmement** face à une agression, adopter un ton calme et compréhensif pour désamorcer la situation
- **Demander de l'aide** : compagnonnage, lien avec les forces de l'ordre
- **Déclarer** l'agression aux services de police ou de gendarmerie ainsi qu'aux instances ordinales

Ressources nationales à disposition :

- **Inform**er les patients grâce à l'affiche du CNOM pour une relation de confiance téléchargeable :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-affiche_confiance.pdf
- **S'inspirer** du livret de Sécurité des médecins de Seine-Saint-Denis téléchargeable :
http://www.cdom93.fr/fichier/t_download/28/download_fichier_fr_livret.de.s.curit.version.2016.07.12.pdf
- **Déclarer** grâce à la fiche de signalement des agressions du CNOM téléchargeable :
https://sve.ordre.medecin.fr/loc_fr/default/requests/signalement
- **En parler** avec le numéro unique d'écoute et de conseils du CNOM 24h/24, 7j/7 : **0800 288 038**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction générale de l'offre de soins, Observatoire national des violences en milieu de santé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé. Guide méthodologique. [Internet]. 2017 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf
2. Balducci M. Évaluation de la connaissance et de l'impact du livret de sécurité sur la pratique des médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Paris Diderot - Paris 7; 2012.
3. Terrenoir V, Barat C, Massabuau C. Rapport 2020 (données 2019) de l'Observatoire national des violences en milieu de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021 mars [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2020_donnees_2019_vd_2021-03-11.pdf
4. Bouet P, Gérard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2021 [Internet]. France; [cité 28 sept 2021] p. 141. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
5. Observatoire pour la sécurité des médecins. Fiche de recensement national des incidents.
6. LOI n°2021-1109 Des menaces et actes d'intimidation commis contre les personnes exerçant une fonction publique (Article 433-3 à 433-3-1) [Internet]. Pénal août 26, 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034114906
7. Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Justice et des Libertés, Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé, Les Ordres de Santé. Protocole Santé-Sécurité-Justice-Ordres [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf
8. Vacas F. Observatoire de la sécurité des médecins en 2020. Recensement national des incidents. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2020 [cité 4 oct 2021] p. 48. Disponible sur:

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protocole_professions_de_sante_ordres.pdf

9. Blériot E. L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisants et conséquences en pratique courante [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/171354923>
10. Alliel C. Le sentiment d'insécurité chez les médecins généralistes de la Seine-Saint-Denis: analyse qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Seine Saint-Denis]: Paris 13; 2014 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/185746292>
11. Demaie J. Attitude et ressenti du médecin généraliste picard face à un patient agressif : analyse qualitative [Thèse d'exercice]. 2019.
12. Delgatte F. Violence à l'encontre des spécialistes de généralistes des Hauts-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille]; 2017 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/22082178X>
13. Poggi F. Étude quantitative des motifs de sous-déclaration des agressions envers les médecins libéraux de Corse [Thèse d'exercice]. [Nice]: Nice Sophia Antipolis; 2018.
14. Définition : « Urbain ». In: Larousse [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urbain/80662>
15. Définition : « Semi-urbain ». In: Le Parisien [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/semi%20urbain/fr-fr/>
16. Définition : « Rural ». In: Larousse [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rural/70273>
17. Hoa TP. Comment les médecins généralistes appréhendent-ils les incivilités en cabinet ? Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes du Rhône [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/199544131>
18. Observatoire national de la sécurité des médecins. Prévention et lutte contre les violences en milieu de santé. Contexte - état des lieux - préconisations. [Internet]. 2021 avr [cité 4 oct 2021]; France. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_type_violences_en_milieu_de_sante_2021-04_avec_volet_liberal_et_prive_filigrane_.pdf

19. Deprez S. Agencement du cabinet médical: à propos d'une étude auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Ranguel; 2009.
20. Gueguen C. Vivre heureux avec son enfant. France: Robert Laffont; 2015. 306 p. (Pocket).
21. Costargent G, Vernerey M. Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé [Internet]. 2001 oct [cité 4 oct 2021]. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000093.pdf>
22. Conseil National de l'Ordre. Prévenir et gérer les conflits [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1jtsi/cnomconflit.pdf
23. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
24. Chapis H. Notre cerveau nie notre propre mortalité mais accepte tout à fait celles des autres. Sciences et Avenir. oct 2029 [cité 4 oct 2021]; Disponible sur:
https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/notre-cerveau-nie-notre-propre-mortalite-mais-accepte-tout-a-fait-celle-des-autres_138397
25. Le mensuel de l'INRS. Violences externes et incivilités au travail. févr 2014 [cité 4 oct 2021];(747). Disponible sur:
<https://www.travail-et-securite.fr/ts/dossier/747/violences-incivilites-travail.html>
26. Médecins. Vidéoprotection : une pratique très encadrée. juin 2013;(29).
27. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique de l'Observatoire national des violences en milieu de santé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé. [Internet]. 2017 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_onvs_-_prevention_atteintes_aux_personnes_et_aux_biens_2017-04-27.pdf
28. Haute Autorité de Santé. Stratégies de désamorçage de situations à risques de violence. Outil pour l'amélioration des pratiques. [Internet]. 2016 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf
29. Safewards. Talk down tips.

RÉSUMÉ

Titre : Ressentis et préoccupations des médecins généralistes concernant leur sécurité en exercice libéral. Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Th. Méd : Toulouse 2021 - n°2021 TOU3 1110 et n°2021 TOU3 1111

Introduction : L'insécurité est un fait d'actualité, elle touche toutes les professions et les médecins généralistes ne sont pas épargnés. En France, le Conseil national de l'Ordre s'en préoccupe depuis plusieurs années et note une sous-déclaration des incidents de la part des médecins.

L'objectif de cette étude est de recueillir les ressentis et les préoccupations des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées concernant leur sécurité en exercice libéral.

Matériel et Méthode : Nous avons mené une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-dirigés. 15 médecins ont été interrogés de novembre 2020 à janvier 2021. La saturation des données s'est faite de manière théorique au 13^{ème} entretien.

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les médecins minimisaient leur exposition à l'insécurité au cours de leur exercice. Les agressions verbales étaient majoritaires mais ne représentaient pas pour les médecins des faits marquants. Ils avaient tendance à justifier les comportements agressifs des patients et à vivre ces violences comme une fatalité au sein de leur métier. Les répercussions néfastes ne sont pourtant pas négligeables sur le plan personnel et professionnel.

Ce travail de thèse leur a permis de prendre conscience de la réalité de cette insécurité et d'essayer de la limiter. Les médecins se sont interrogés sur les solutions matérielles, organisationnelles et comportementales à mettre en place pour améliorer leur sécurité au cabinet médical.

Conclusion : La prise de conscience de l'insécurité en médecine générale semble être le premier pas dans la prévention des agressions. L'empathie et la bienveillance dans la relation soignant-soigné ne doit pas minimiser cette réalité. Il est inacceptable que les professionnels de santé subissent des situations de violences. D'autant plus que nombreux outils semblent efficaces pour permettre de les enrayer.

Mots clés : Insécurité ; Violence; Aggression ; Ressentis ; Préoccupations; Médecin généraliste ; Relation soignant-soigné ; Répercussion ; Minimisé

ABSTRACT

Title: Feelings and concerns of general practitioners concerning their safety in private practice. Qualitative study with 15 general practitioners in Hautes-Pyrénées. Th. Med: Toulouse 2021 - n°2021 TOU3 1110 et n°2021 TOU3 1111

Introduction: Insecurity is a news fact, it affects all professions and general practitioners are not spared. In France, the "Conseil National de l'Ordre" has been concerned about this for several years and notes an underreporting of incidents by doctors.

The objective of this study is to collect the feelings and concerns of general practitioners in Hautes-Pyrénées regarding their safety in private practice.

Material and Method: We conducted a qualitative study based on semi-structured interviews. 15 doctors were interviewed from November 2020 to January 2021. Data saturation was theoretically achieved in the 13th interview.

Data analysis was performed using the grounded theory method.

Results: Doctors minimized their exposure to insecurity during their practice. Verbal assaults were in the majority but did not represent significant events for the doctors. They tended to justify the aggressive behavior of patients and to experience this violence as inevitable in their profession. The negative repercussions, however, are not negligible on a personal and professional level.

This thesis work allowed them to become aware of the reality of this insecurity and to try to limit it. The doctors wondered about the material, organizational and behavioural solutions to be put in place to improve their safety in the doctor's office.

Conclusion: Awareness of insecurity in general medicine seems to be the first step in preventing attacks. Empathy and benevolence in the caregiver relationship should not minimize this reality. It is unacceptable that health professionals are subjected to situations of violence. Especially since many tools seem to be effective in helping to curb them.

Keywords: Insecurity; Violence; Aggression; Feelings; Concerns; General practitioner; Doctor-patient relationship ; Repercussion; Minimized