

Dr Grâce Forret

Université catholique de Louvain

Année académique 2019-2020

Agressions et violences envers les médecins généralistes de la région du Grand Charleroi :

Revue de littérature, étude quantitative et proposition de
solutions

Travail de fin d'étude en médecine générale

Promoteur: Dr Valérie Couez (médecin généraliste)

Remerciements

Pour commencer, merci à tous les médecins et assistants qui ont répondu à mon questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement ma promotrice et collègue, le Dr Valérie Couez pour sa grande disponibilité, ses précieux conseils et ses nombreuses relectures.

Je remercie la FAGC et son président, le Dr Didier Sauvage pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Merci également à mes parents pour leur inconditionnel soutien tout au long de mon parcours de formation médicale.

Et pour finir, merci à mon compagnon Charles pour sa patience, son soutien et sa grande aide dans la réalisation des calculs statistiques qui m'ont permis de réaliser cette étude.

Table des matières

1. Abstract	1
2. Introduction	3
2.1 Généralité, contexte et choix du sujet	3
2.2 Objectifs	4
3. Méthodologie	5
3.1 Recherche littéraire	5
3.2 Critères de sélection	5
3.3 Type d'étude et échantillon	5
3.4 Construction du questionnaire	6
3.5 Récolte des données	7
3.6 Analyse des données	7
3.7 Précautions éthiques	8
4. Résultats	9
4.1 Résultats de la revue de la littérature	9
4.2 Taux de participation et caractéristiques sociodémographiques	9
4.3 Sentiment de sécurité	10
4.4 Agressions envers les médecins	11
4.4.1 Types d'agressions	11
4.4.2 Agressions en fonction du type de prestations	12
4.4.3 Fréquence des agressions sur les 12 derniers mois	13
4.4.4 Agressions et genre du médecin	13
4.4.5 Agressions envers les assistant(e)s	14
4.4.6 Agressions selon le milieu géographique	15
4.5 Caractéristiques de l'agresseur	16
4.6 Élément déclencheur	17
4.7 Comportement face aux situations de violence	18
4.8 Séquelles	19
4.9 Prévention et solutions	20
4.9.1 Préparation face aux situations de violence	20
4.9.2 Prévention lors des gardes de jour et de nuit	21
5. Discussion	22
5.1 Forces et faiblesses de l'étude	22
5.2 Comparaison de nos données à celles de la littérature	23
5.3 Outil pratique pour les médecins et leurs assistant(e)s	26

5.3.1 Prévention lors des consultations	26
5.3.2 Prévention lors des visites à domicile et des gardes	27
5.3.3 Réaction à adopter face à un patient agressif	28
5.3.4 Politique tolérance zéro	29
6. Conclusion et perspectives	30
7. Bibliographie	31
8. Annexes	34
8.1 Annexe 1 : Formations en prévention d'agressions	34
8.2 Annexe 2 : Le questionnaire	34

1. Abstract

Contexte: La violence commise à l'égard des médecins généralistes est au centre de l'actualité médicale belge fin novembre 2019. Les chiffres de l'Ordre semblent inquiétants. La direction générale Sécurité et Prévention du SPF Intérieur démarre une campagne afin de sensibiliser les patients. Elle espère ainsi réduire le nombre d'agressions au cabinet médical.

Objectifs: Le but de cette étude est de mettre des chiffres sur les actes de violence commis à l'encontre des médecins et assistants de la région du Grand Charleroi et de les comparer aux données de la littérature. Ce travail propose aussi un outil pratique donnant des conseils préventifs et abordant la conduite à tenir face au patient agressif.

Méthodologie: Revue systématique non exhaustive de la littérature et réalisation d'une étude quantitative à partir d'un questionnaire anonyme publié en ligne sur la violence et les agressions commises à l'égard des médecins généralistes et assistants de la région du Grand Charleroi.

Résultats: Les médecins sont essentiellement victimes d'agressions verbales et plus rarement d'agressions physiques qui se produisent davantage en soirée et lors des gardes de nuit. C'est lors de ce type de pratique qu'ils ressentent le plus d'insécurité. Lors d'agressions sévères, le perpétreur est, le plus souvent, un homme provenant d'un milieu défavorisé et étant sous l'emprise de l'alcool ou présentant une maladie psychiatrique. L'élément déclencheur est majoritairement le refus de prescription de médicaments ou le refus de rédiger un certificat médical non justifié.

Discussion: Les résultats obtenus grâce à notre étude sont relativement similaires aux données de la littérature. La communication et la technique de la désescalade sont les bases de la tentative de désamorçage d'une situation de violence. La prévention a également une place importante pour diminuer le risque d'agression.

Conclusion: La grande majorité des médecins ont déjà été victimes de violences durant leur carrière. Ils manquent de préparation pour réagir de manière efficace face à l'agresseur. De nombreuses formations et brochures existent et peuvent représenter une aide. La création d'un groupe de réflexion à ce sujet serait intéressante.

Mots-clés: violence, assault, harassment, violent patient, difficult patient, general practitioners, family physicians, quantitative study, prevent aggression.

Indexation: QC23, QC41, QC42, QD12, QP21, QR32, QS2, QS41.

2. Introduction

2.1 Généralité, contexte et choix du sujet

La violence envers les médecins est une problématique rencontrée partout dans le monde. En effet, de nombreuses publications provenant de différents pays, y font référence, dans la littérature médicale.

C'est tout récemment, en novembre 2019, que l'ordre des médecins de Belgique rapporte des chiffres inquiétants concernant les faits d'agression à l'encontre des médecins dans l'exercice de leur profession. Il dénombre 209 signalements dont 172 proviennent de médecins généralistes (1). C'est à dire qu'un peu plus de huit fois sur dix, cette violence concerne un médecin de famille.

En réponse à ces données, la direction générale Sécurité et Prévention du SPF Intérieur lance une campagne ayant pour but d'annihiler la violence au cabinet du médecin généraliste. Pour cela, chaque médecin reçoit un courrier contenant des affiches de sensibilisation à apposer sur les murs de sa salle d'attente. Cette démarche vise à confronter les patients à ces actes de violence afin qu'ils soient plus respectueux vis-à-vis de leur médecin (2).

Durant la même période, lors d'un séminaire loco-régional regroupant des assistants en formation, nous abordons ce sujet. Une jeune consœur, sous le choc, explique qu'une de ces amies est hospitalisée à la suite d'une agression sévère commise par un patient.

De cette déclaration débute un débat où chacun décrit des situations similaires, plus ou moins graves. Il en ressortira que plusieurs de ces jeunes médecins ont déjà été victimes d'agressions ou ont une connaissance ayant été victime de violences.

Lors de cette discussion, nous tentons de mettre en évidence les solutions qui sont à notre portée pour faire face à ces actes mais force est de constater qu'elles sont peu nombreuses.

Cette couverture médiatique et le discours choquant de mes consœurs et confrères assistants m'ont amenée à aborder ce sujet et à me poser plusieurs questions.

Qu'en est-il du nombre d'agressions dans la région de Charleroi, là où j'exerce mon métier? Quelles solutions existent afin de prévenir et de réduire l'incidence de ces agressions? Comment réagir lorsque nous sommes victimes de violences?

2.2 Objectifs

L'objectif de ce travail est de quantifier les actes de violence commis à l'égard des médecins généralistes et assistants de la région du Grand Charleroi.

Cela permettra d'obtenir des données plus ou moins objectives (selon le taux de réponses) concernant les faits de violence dans la région de Charleroi et de déterminer si celles-ci sont équivalentes, supérieures ou inférieures par rapport aux données obtenues via une revue de la littérature systématique non exhaustive.

Mon analyse aura aussi pour but de décrire le sentiment de sécurité des médecins lors de leurs différentes prestations: consultations, visites à domicile, gardes de jour et gardes de nuit.

Par ailleurs, elle tentera de définir le profil de l'agresseur, le plus couramment rencontré de manière à pouvoir déceler les patients susceptibles d'exprimer de la violence.

D'autre part, j'aimerais que ce travail puisse représenter un outil pratique pour les médecins généralistes et assistants. Je proposerai des conseils et astuces en vue de prévenir les futures agressions. Je parlerai aussi de la conduite à tenir lorsqu'un médecin se retrouve face à un patient violent afin de désamorcer la situation.

3. Méthodologie

3.1 Recherche littéraire

J'ai débuté ma recherche d'articles en déterminant des mots-clés à l'aide de la méthode PICO (Patient, Intervention, Comparaison, Outcome):

P : médecins généralistes et assistants.

I : données statistiques sur les agressions/violences et solutions d'aide.

C : données obtenues grâce à mon étude quantitative.

O : outils pratiques pour diminuer les situations d'agression et conduite à tenir face à celles-ci.

J'ai effectué mes recherches à partir des bases de données suivantes: CDLH, Trip Database, PubMed et LiSSa.

Les mots-clés que j'ai utilisés sont: *violence, assault, harassment, violent patient, difficult patient, general practitioners, family physicians, quantitative study, prevent aggression.*

La littérature « grise » a également été consultée via le moteur de recherche Google Scholar.

3.2 Critères de sélection

Pour réaliser ce travail, j'ai décidé de sélectionner des articles relativement récents, étant datés des années 2000 à 2020. De nombreuses publications concernent la violence envers les médecins hospitaliers. Mais j'ai, bien entendu, privilégié la littérature traitant de la médecine générale.

3.3 Type d'étude et échantillon

Réalisation d'une étude quantitative à partir d'un questionnaire « anonyme » publié en ligne durant un mois.

Les 425 médecins généralistes et 107 assistant(e)s exerçant dans la région du Grand Charleroi ont été contactés par e-mail. Cela représente 259 femmes et 273 hommes.

Cet échantillon regroupe des professionnels pratiquant en milieu rural, semi-rural et urbain.

Ces adresses e-mail ont été obtenues grâce à la base de données de la FAGC (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de la région de Charleroi).

3.4 Construction du questionnaire

Le questionnaire est composé de 24 questions réparties en cinq parties:

La première partie s'intitule « *Le sentiment de sécurité et les types d'agressions* ».

Comme son nom l'indique, le but de ces questions est d'évaluer le sentiment de sécurité des médecins lors de leurs diverses prestations (consultations, visites à domicile, gardes de jour et gardes de nuit) mais aussi de déterminer le type et la fréquence des agressions à leur égard durant les 12 derniers mois ainsi que durant la totalité de leur carrière.

La deuxième partie reprend « *Les caractéristiques de l'agresseur* ».

Elle aborde donc le genre de l'agresseur (homme - femme), son milieu socio-économique, son état de conscience, l'élément déclencheur de cette agressivité.

Elle pose également la question de savoir si la personne violente était le patient lui-même ou un proche de celui-ci.

La troisième partie concerne « *Votre comportement face aux situations de violence* ».

Elle se compose de plusieurs questions à choix multiples à propos du comportement adopté pour tenter de ramener la situation au calme.

Elle interroge également la réaction après l'agression, selon que celle-ci était légère (agression verbale), modérée (agression physique légère telle qu'une bousculade, harcèlement psychologique telle qu'une menace ou de la manipulation, harcèlement sexuel, vol ou tentative d'effraction) ou sévère (agression physique sévère telle que coups et blessures, agression sexuelle).

Elle tente aussi d'évaluer les séquelles que cela a pu laisser chez la victime.

La quatrième partie se nomme « *Prévention et solutions* ».

Elle s'intéresse aux mesures de prévention prises par les médecins lors des gardes mobiles de jour et de nuit.

Certaines questions explorent l'avis des médecins concernant leur formation à ce sujet et concernant la mise en place d'une politique « tolérance zéro » (exclusion de la patientèle après un acte de violence) envers les patients agressifs.

Enfin, la cinquième partie reprend « *Les caractéristiques socio-démographiques* » des répondants: genre (homme - femme), âge, médecin ou assistant, type de pratique (en solo - en groupe) et milieu d'exercice (rural - semi-rural - urbain).

3.5 Récolte des données

Les 532 médecins et assistants ont été contactés par e-mail. Dans ce dernier se trouvait un lien les redirigeant vers le questionnaire anonyme publié en ligne via « Google Forms ».

Un premier courriel a été envoyé le 05 février 2020. Une relance a été effectuée 15 jours plus tard.

3.6 Analyse des données

Les données ont été traitées et analysées afin de pouvoir déterminer la corrélation entre les variables liées aux agressions des médecins généralistes.

Pour se faire, les tests statistiques de khi-carré d'indépendance et le test exact de Fisher ont été utilisés, le second étant employé lorsque le nombre d'effectifs attendus est inférieur à cinq.

L'hypothèse nulle (H_0) de ces deux tests est que les variables sont indépendantes, autrement dit la connaissance d'une des deux variables ne peut rien nous dire sur la deuxième. On détermine ensuite la p-valeur de ces deux tests afin de savoir si H_0 est rejetée ou non. Une p-valeur inférieure à 5% entrainera le rejet de H_0 , ce qui signifie que les variables sont liées entre-elles.

Les calculs de ces p-valeur ont été réalisés en utilisant le logiciel R.

3.7 Précautions éthiques

Un premier contact a été pris avec le GEIMG (Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale) qui a estimé que le projet de TFE devait être soumis au comité d'éthique de l'UCL.

Après analyse de mon dossier, la commission d'éthique de l'UCL a confirmé qu'il n'était pas nécessaire de leur soumettre celui-ci car « le projet ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 7 mai 2014 relative aux expérimentations sur la personne humaine ».

Par ailleurs, le questionnaire est anonyme de sorte que la confidentialité soit assurée.

De plus, j'ai certifié au président de la FAGC que les informations transmises sont confidentielles et ne seraient utilisées que dans le cadre strict de ce travail.

Enfin, lors de l'envoi par courriel du questionnaire, j'ai utilisé le champs « Cci » (« copie cachée ») afin que les adresses e-mail n'apparaissent pas chez les destinataires.

4. Résultats

4.1 Résultats de la revue de la littérature

Une revue systématique non-exhaustive de la littérature a été effectuée à partir de différents moteurs de recherche et hebdomadaire (tableau 1). 23 publications ont été retenues et sont citées dans l'introduction et dans la discussion.

Tableau 1: Résultats de la revue de littérature

Moteurs de recherche	Nombre d'articles sélectionnés	Nombre d'articles retenus
Ebpracticenet	1	0
Pubmed via medline	14	7
Tripdatabase	3	0
Lissa	1	1
Littérature grise via Google Scholar et Google	23	13
Mémoires	5	0
Hebdomadaire Medi-Sphère	2	2

4.2 Taux de participation et caractéristiques sociodémographiques

Sur les 535 médecins sollicités, 100 ont rempli le questionnaire. Cela représente un taux de participation de 18,7%.

La majorité des répondants sont des femmes (58%). On constate un taux de réponses plus élevé chez les jeunes médecins (48%) et il s'agit essentiellement de médecins généralistes (68%).

Vous trouverez ci-dessous le tableau reprenant l'ensemble des caractéristiques (tableau 2).

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques

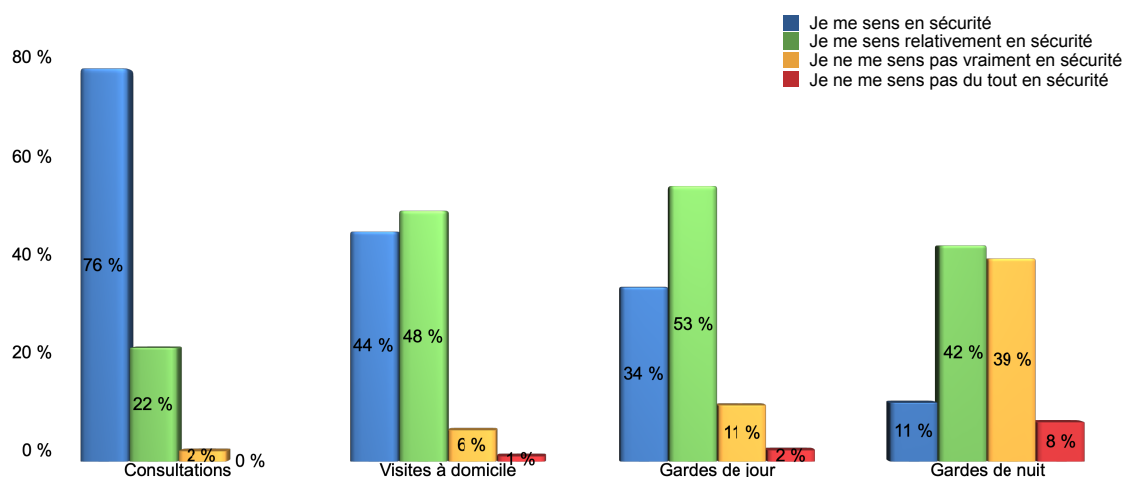
Sexe	Homme	42 %
	Femme	58 %
Âge	< 35 ans	48 %
	35 - 50 ans	16 %
	> 50 ans	36 %
Statut	Médecin généraliste	68 %
	Assistant(e)	32 %
Type de pratique	En solo	43 %
	En groupe	57 %
Milieu d'exercice	Rural	9 %
	Semi-rural	28 %
	Urbain	63 %

4.3 Sentiment de sécurité

Sur le graphique 1, nous pouvons observer que la plupart des répondants se sentent en sécurité lors des consultations et visites à domicile.

Le sentiment d'insécurité augmente légèrement lors des gardes de jour et devient significatif lors des gardes de nuit.

En effet, nous constatons que c'est durant les gardes de nuit que les médecins se sentent le moins en sécurité avec 39% affirmant ne pas vraiment se sentir en sécurité et 8% ne se sentant pas du tout en sécurité.



Graphique 1: Sentiment de sécurité selon le type de prestations

Le tableau 3 établit une comparaison du sentiment de sécurité entre les hommes et les femmes selon le type de pratiques.

Nous remarquons que les hommes se sentent plus en sécurité que les femmes pour l'ensemble des type de pratiques.

Concernant les gardes de nuit, 61% des femmes ne se sentent pas en sécurité, contre « seulement » 15% des hommes (p-valeur: 0.048).

Tableau 3: Comparaison du sentiment de sécurité homme/femme selon le type de pratiques (exprimé en pourcentages)

Types de pratique	Je me sens en sécurité		Je me sens relativement en sécurité		Je ne me sens pas vraiment en sécurité		Je ne me sens pas du tout en sécurité	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Consultations	83 %	71 %	17 %	26 %	0 %	3 %	0 %	0 %
Visites à domicile	63 %	31 %	34 %	59 %	2 %	9 %	0 %	2 %
Gardes de jour	47 %	25 %	42 %	61 %	8 %	13 %	3 %	2 %
Gardes de nuit	15 %	9 %	58 %	30 %	24 %	50 %	3 %	11 %

4.4 Agressions envers les médecins

4.4.1 Types d'agressions

Que ce soit sur l'ensemble de la carrière du médecin ou lors de ses 12 derniers mois d'exercice, nous constatons que les agressions les plus souvent rencontrées sont les agressions verbales suivies par le harcèlement psychologique. L'ensemble des résultats est repris dans le tableau 4. Il faut également noter que seul 6% des médecins ayant répondu n'ont jamais été agressés durant leur carrière.

Tableau 4: Types d'agressions subies lors de la carrière du médecin et lors des 12 derniers mois d'activité

Type d'agression	Carrière	12 derniers mois
Agression verbale	87 %	62 %
Agression physique légère	13 %	4 %
Agression physique sévère	10 %	1 %
Harcèlement psychologique	51 %	23 %
Harcèlement sexuel	14 %	5 %
Agression sexuelle	1 %	1 %
Vol, tentative d'effraction	21 %	3 %

4.4.2 Agressions en fonction du type de prestations

Dans le tableau 5, nous observons la corrélation entre les différents types de prestations (consultations, visites à domicile, gardes de jour et gardes de nuit) et les agressions vécues.

La consultation est le lieu où se manifeste le plus souvent les agressions verbales (73%) et psychologiques (48%) suivie par les visites à domicile (48% - 27%).

Concernant les agressions physiques légères et sévères, celles-ci se produisent davantage durant les gardes de nuit, qui représentent pourtant une activité minoritaire de celles d'un médecin. Au contraire de la garde de jour qui est la pratique où les médecins sont les moins exposés aux violences.

Enfin les vols et les tentatives d'effraction ont surtout lieu lors des consultations (17%).

Tableau 5: Pourcentage de médecins ayant subi une agression durant leur carrière/les 12 derniers mois en fonction du type de prestations

Types d'agression	Consultations		Visites à domicile		Gardes de jour		Gardes de nuit	
	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois
Agression verbale	73 %	56 %	48 %	23 %	34 %	14 %	30 %	8 %
Agression physique légère	6 %	4 %	3 %	0 %	2 %	0 %	8 %	0 %
Agression physique sévère	3 %	0 %	1 %	0 %	2 %	0 %	6 %	1 %

Tableau 5: Pourcentage de médecins ayant subi une agression durant leur carrière/les 12 derniers mois en fonction du type de prestations

Types d'agression	Consultations		Visites à domicile		Gardes de jour		Gardes de nuit	
	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois	Carrière	12 mois
Harcèlement psychologique	44 %	21 %	27 %	13 %	8 %	2 %	14 %	2 %
Harcèlement sexuel	7 %	2 %	7 %	3 %	0 %	0 %	3 %	1 %
Agression sexuelle	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vol, tentative d'effraction	17 %	2 %	4 %	1 %	2 %	0 %	4 %	0 %

4.4.3 Fréquence des agressions sur les 12 derniers mois

Concernant la fréquence des différents types d'agressions, on peut observer que les agressions verbales et le harcèlement psychologique se sont produits plus fréquemment que les autres types de violence durant ces 12 derniers mois (tableau 6).

Effectivement, 40% médecins déclarent avoir subi entre 2 et 5 agressions verbales et 17% avoir subi entre 2 et 5 épisodes d'harcèlement psychologique.

Tableau 6: Fréquence des agressions vécues par les médecins durant ces 12 derniers mois

Fréquence des agressions	Agression verbale	Agression physique légère	Agression physique sévère	Harcèlement psychologique	Harcèlement sexuel	Agression sexuelle	Vol, tentative d'effraction
1 fois	19 %	4 %	1 %	5 %	3 %	1 %	2 %
2 à 5 fois	40 %	1 %		17 %	4 %		
6 à 10 fois	4 %			2 %			
> 10 fois	3 %			2 %			

4.4.4 Agressions et genre du médecin

Le tableau 7 compare les agressions subies en fonction du genre du médecin. Nous observons que les violences verbales concernent plus les femmes que les hommes (p-valeur: 0,015).

Pour les autres types d'agressions, aucune tendance ne se dégage hormis pour les agressions physiques légères qui semblent plus toucher les hommes et le harcèlement sexuel qui semble quant à lui concerner majoritairement les femmes. Cependant le calcul des p-valeurs (respectivement 0,09 et 0,165) ne permet pas d'affirmer une réalité statistique.

Il faut également tenir compte du fait que le pourcentage d'agression(s) sexuelle(s) est probablement surestimé vu le faible taux de réponses.

Tableau 7: Pourcentage de médecins ayant subi une agression en fonction du genre

	Homme	Femme	P valeur
Agression verbale	76 %	95 %	0,015
Agression physique légère	14 %	12 %	0,981
Agression physique sévère	17 %	5 %	0,09
Harcèlement psychologique	50 %	52 %	1
Harcèlement sexuel	7 %	19 %	0,165
Agression sexuelle	0 %	2 %	-
Vol, tentative d'effraction	26 %	17 %	0,403

4.4.5 Aggressions envers les assistant(e)s

Les résultats repris au tableau 8 permettent de constater que les assistants subissent plus d'agressions que les médecins généralistes. En effet, 91% des assistants se sont déjà fait agresser verbalement durant les 12 derniers mois contre « seulement » 49% des médecins généralistes. Le harcèlement sexuel touche également plus les assistants que les médecins.

Le manque de répondants ne permet malheureusement pas de dégager d'autres statistiques significatives entre assistants et médecins.

Tableau 8: Pourcentage d'assistants ayant subis une agression sur les 12 derniers mois par rapport aux médecins

	Assistant	Médecin	P valeur
Agression verbale	91 %	49 %	0,0001
Agression physique légère	6 %	3 %	0,591
Agression physique sévère	3 %	0 %	-
Harcèlement psychologique	28 %	21 %	0,5614
Harcèlement sexuel	13 %	1 %	0,035
Agression sexuelle	3 %	0 %	-
Vol, tentative d'effraction	0 %	4 %	-

4.4.6 Agressions selon le milieu géographique

Dans cette partie, nous avons cherché à déterminer si le milieu géographique d'exercice du médecin a une influence sur les agressions. En comparant les réponses des médecins pratiquant en milieu urbain à ceux pratiquant en milieu rural et semi-rural, il s'est avéré qu'on ne peut pas conclure sur une tendance d'agression en fonction du milieu géographique. En effet, aucune p-valeur n'est significative.

Parmi les répondants, on observe néanmoins un nombre plus important d'agressions physiques légères en milieu (semi)-rural et plus de vols et tentatives d'effraction en milieu urbain.

Tableau 9: Pourcentage de médecins ayant subi une agression selon leur milieu géographique d'exercice

	(Semi)-rural	Urbain	P valeur
Agression verbale	84 %	89 %	0,5427
Agression physique légère	19 %	10 %	0,222
Agression physique sévère	14 %	8 %	0,4924
Harcèlement psychologique	51 %	51 %	1
Harcèlement sexuel	14 %	14 %	1
Agression sexuelle	0 %	1,6 %	-
Vol, tentative d'effraction	14 %	25 %	0,2484

4.5 Caractéristiques de l'agresseur

Les résultats repris dans le tableau 10 permettent de dégager une tendance sur le profil des agresseurs par rapport au niveau de sévérité des agressions.

Tableau 10: Profil des agresseurs rencontrés par les médecins généralistes selon le type d'agression

Caractéristiques de l'agresseur	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Genre de l'agresseur			
Majoritairement des hommes	41 %	68 %	54 %
Majoritairement des femmes	12 %	10 %	23 %
Pas de différence hommes - femmes	47 %	23 %	23 %
Type d'agresseur			
Patient	55 %	49 %	60 %
Proche du patient	34 %	35 %	20 %
Inconnu	12 %	16 %	20 %
Niveau de vie de l'agresseur			
Milieu défavorisé	44 %	54 %	42 %
Classe moyenne	34 %	29 %	42 %
Milieu aisé	14 %	12 %	8 %
Je ne sais pas	8 %	5 %	8 %
Etat de conscience de l'agresseur			
Etat normal	52 %	38 %	19 %
Sous influence de l'alcool	15 %	14 %	25 %
Sous influence de drogue(s)	10 %	16 %	13 %
Problème psychiatrique	15 %	18 %	38 %
Antécédent de délinquance	7 %	14 %	6 %

Il faut noter que ces valeurs indiquent une tendance générale du profil des agresseurs. En effet, pour obtenir des chiffres précis, il aurait fallu que chaque médecin décrive avec précision chaque agression subie au cours de sa carrière, tout

en se rappelant précisément des caractéristiques de son agresseur. Cela impliquerait une collecte de données très importante, en plus d'un effort de mémoire non-négligeable de la part des répondants.

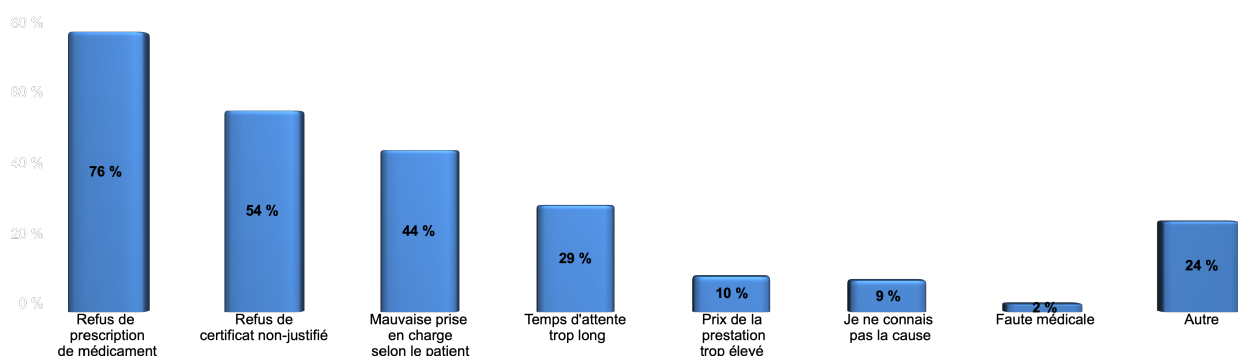
Néanmoins, on peut remarquer que lorsqu'il s'agit d'agressions légères, dans 47% des cas, il n'y a pas de différence hommes-femmes concernant le genre de l'agresseur. Par contre, les agressions modérées et sévères ont été majoritairement commises par des hommes (respectivement 68% et 54%).

Peu importe la sévérité de l'incident, le perpétrateur est en général le patient lui-même. On constate également que ce dernier est issu d'un milieu défavorisé dans 44% des cas lors d'agressions légères et dans 54% des cas lors d'agressions modérées.

On s'aperçoit également que dans 52% des incidents légers et 38% des incidents modérés, l'agresseur était dans un état de conscience normale. Mais que lors d'incidents graves, celui-ci présentait une maladie psychiatrique (38%) ou était sous l'influence de l'alcool (25%).

4.6 Élément déclencheur

Le plus souvent, les situations de violence sont déclenchées par un refus de prescription de médicament (76%) ou un refus de certificat médical non-justifié (54%). On peut également observer que dans une moindre mesure, une mauvaise prise en charge (44%) ou un temps d'attente trop long (29%) font aussi partie des éléments déclencheurs.



Graphique 2: Éléments déclencheurs de situations d'agressivité

4.7 Comportement face aux situations de violence

Il ressort des analyses réalisées (tableau 11), que les principales attitudes prises par les médecins face à un patient présentant des signes d'agressivité sont d'abord de tenter de ré-expliquer au patient son raisonnement médical et si celui-ci n'est pas d'accord, alors il est redirigé vers un autre médecin (28%). D'autres ont plutôt tendance à rester calme dans ce genre de situations (21%). Enfin, certains cherchent à comprendre la raison de cette agressivité et développent un comportement empathique (19%).

Par ailleurs, les répondants avaient la possibilité de cocher une case « autre » où ils pouvaient s'exprimer librement. Un médecin explique essayer de trouver un compromis entre la demande du patient et ce que lui estime comme juste. Un autre médecin dit qu'il se défend physiquement si nécessaire.

Tableau 11: Comportement du médecin face à un patient qui présente des signes d'agressivité (exprimé en pourcentages)

Prendre patience, ré-expliquer votre raisonnement médical et si le patient n'est pas d'accord, le rediriger vers un autre médecin	28 %
Rester calme et passif, vous ne changez pas votre comportement	21 %
Montrer de l'empathie, écouter sans juger et chercher à comprendre la raison de son agressivité	19 %
Hausser le ton et argumenter contre les revendications du patient	10 %
Chercher de l'aide à proximité (confrère, secrétaire...)	7 %
Céder à la demande du patient	7 %
Menace d'appel de la police s'il ne se calme pas	7 %
Autre	2 %

Ce travail s'est aussi intéressé aux réactions adoptées par les médecins après avoir été victimes d'un incident. Quand les agressions sont légères ou modérées, le type de réaction est assez similaire. Ainsi 46 et 47% des médecins expliquent au patient que son comportement n'est pas tolérable et que si cela venait à se reproduire, il le redirigerait vers un autre médecin. Tandis que 37 et 33% des médecins prennent le temps d'en discuter avec leurs confrères. Un des répondants dit contacter SOS médecin si nécessaire.

Leur attitude face à une agression sévère est un peu différente puisque 42% portent plainte à la police. Mais on s'aperçoit que beaucoup en discutent aussi avec leurs collègues (35%).

Tableau 12: Réaction du médecin après l'agression selon le niveau de sévérité de celle-ci

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Je fais comme si rien ne s'était passé et je n'en parle à personne	13 %	10 %	13 %
Je fais remarquer au patient que ce comportement n'est pas tolérable et que si cela se reproduit, il sera redirigé vers un autre médecin	46 %	47 %	0 %
J'en discute avec des confrères	37 %	33 %	35 %
Je le signale à l'ordre des médecins	2 %	1 %	6 %
Je porte plainte à la police	2 %	9 %	42 %
Autre	2 %	0 %	3 %

4.8 Séquelles

Malgré toutes les agressions décrites ci-dessus, on peut faire un constat assez étonnant. La moitié des médecins agressés disent n'en avoir gardé aucune séquelle (49%).

Cependant, 19% ont développés un stress et 13% ont peur d'une récurrence. Cela a eu un impact négatif sur la qualité de leur travail à court terme pour 14% des répondants.

Tableau 13: Séquelles dues aux agressions

Aucune séquelle	49 %
Psychologiques: stress, angoisse	19 %
Peur d'une récurrence	13 %
Impact négatif sur la qualité de votre travail à court terme	14 %
Impact négatif sur la qualité de votre travail à long terme	1 %
Dégâts matériels	3 %
Autre	2 %

4.9 Prévention et solutions

4.9.1 Préparation face aux situations de violence

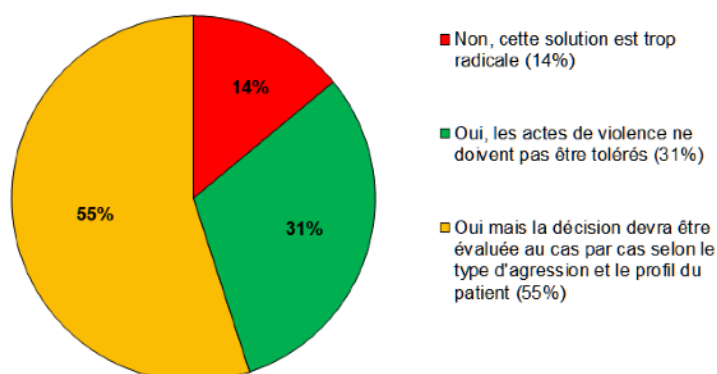
Comme on peut l'observer au tableau 14, 81% des médecins pensent ne pas être suffisamment préparés pour réagir de manière adaptée face à des comportements agressifs.

Tableau 14: Sensation de préparation pour réagir face aux situations de violence

Non, je n'ai pas été suffisamment préparé face à ces situations de violence	81 %
Oui, durant vos études	7 %
Oui, via des formations	4 %
Oui, via des groupes de paroles (type Balint)	2 %
Expérience personnelle	6 %

Nous constatons également que la proportion de femmes ne se sentant pas suffisamment préparées est supérieure à celle des hommes (p-valeur: 0,037). Dès lors, nous observons que 74% des femmes sont intéressées par une formation visant à améliorer la gestion des conflits via des méthodes de communication, tandis que seulement 28,5% des hommes y trouvent un intérêt (p-valeur: 10^{-5}).

Le questionnaire posait également la question de l'intérêt porté à la mise en place d'une politique « tolérance zéro » envers les patients agressifs. On constate que 55% des répondants seraient en faveur de celle-ci. Mais cela devrait être évalué au cas par cas.



Graphique 3: Etes-vous en faveur d'une politique « tolérance zéro »?

4.9.2 Prévention lors des gardes de jour et de nuit

Aucune mesure particulière n'est prise lors des gardes de jour par 60% des répondants. 21% utilisent le numéro d'urgence fourni par la FAGC et 16% informent un proche du lieu où ils se rendent.

Par contre, lors des gardes de nuit, les médecins prennent plus de précautions. 62% sont toujours accompagnés. Cependant, la question aurait dû être plus précise (accompagné par un proche ou par un chauffeur) car tous les médecins sont normalement accompagnés d'un chauffeur lors des gardes de nuit sur le secteur du Grand Charleroi.

Par ailleurs, dans la partie « autre », on retrouve d'autres mesures prises telles que se rendre chez les patients avec son chien, le port d'une arme, la limitation d'argent liquide sur soi, ne pas avoir de carte de banque sur soi et également prier.

Tableau 15: Mesures particulières prises lors des gardes de jour et de nuit

	Gardes de jour	Gardes de nuit
Non, je ne prends aucune mesure particulière	60 %	28 %
Oui, informer un proche du lieu de la visite	16 %	4 %
Oui, utiliser le numéro d'urgence fourni par la FAGC	21 %	24 %
Oui, toujours être accompagné lors de la visite	3 %	62 %
Oui, vérifier le dossier du patient à l'avance	3 %	1 %
Autres	8 %	3 %

5. Discussion

5.1 Forces et faiblesses de l'étude

Comme point fort, on peut retenir qu'il s'agit de la première étude réalisée, évaluant les agressions et la violence envers les médecins généralistes de la région de Charleroi.

En effet, le président de la FAGC a présenté beaucoup d'enthousiasme par rapport à mon projet de TFE lorsque je l'ai contacté. Les résultats lui seront transmis afin que cela puisse l'informer sur la situation actuelle.

J'ai également reçu plusieurs messages d'intérêt et d'encouragement de la part des médecins interrogés. Nombreux sont ceux qui m'ont demandés de leur transmettre les résultats de cette étude.

Au niveau des points faibles, on peut citer le taux de réponses qui n'est pas très élevé (18,7%). Cela est probablement lié, en partie, à la durée de l'étude qui n'a été que d'un mois. Si le nombre de répondants avait été plus élevé, nous aurions pu établir plus de liens statistiques entre les différentes variables étudiées.

Par ailleurs, on a pu constater que le pourcentage de femmes ayant répondu (22,3%) au questionnaire est supérieur à celui des hommes (15,3%). On peut imaginer que les femmes sont plus enclines à raconter ce genre d'évènements par rapport aux hommes. Le nombre d'agressions chez les hommes est donc peut-être sous-estimé.

Il est également possible que les médecins ayant été victimes de violences se sentent plus concernés par le sujet et aient donc plus répondu que ceux n'ayant jamais rencontrés ce genre de problèmes.

Etant donné que le questionnaire était composé de questions à choix multiples, il faut tenir compte du fait que certains médecins auraient peut-être aimé pouvoir apporter des précisions quant à leurs réponses.

5.2 Comparaison de nos données à celles de la littérature

Concernant le sentiment de sécurité, il apparaît que les résultats présents dans les articles de la littérature sélectionnés sont assez similaires aux nôtres. En effet, en Allemagne, la majorité des médecins se sentent relativement en sécurité lors des consultations et des visites à domicile (3). On constate également que le pourcentage d'hommes se sentant en sécurité est supérieur à celui des femmes (3) (4).

Dans ce même article, la proportion de médecins agressés au moins une fois durant toute leur carrière (91%) ou lors des 12 derniers mois (73%) est très proche de celle observée dans notre étude (3). Cependant, une étude réalisée en Angleterre rapporte un nombre un peu moins élevé de médecins agressés au moins une fois durant les 12 derniers mois (57%) (5).

Le constat selon lequel l'agression verbale est le type de violence le plus souvent vécu par les médecins se confirme dans les autres études réalisées (3)(4)(5)(6). Ensuite, on peut retrouver les agressions modérées suivies par les agressions sévères (7).

Les médecins qui travaillent tard le soir seraient plus agressés (5) et victimes de violences plus sévères (7). Il en serait de même pour les jeunes médecins (5)(7). Cela suit la tendance que nous observons dans notre étude.

Grâce à plusieurs études qualitatives, on s'aperçoit que les gardes de soirée et de nuit sont ressenties comme beaucoup plus risquées que les gardes de jour par les répondants (8)(9). Beaucoup d'entre eux expriment avoir une appréhension par rapport à ce type de pratique. Ils attribuent cela au fait qu'ils se rendent seul au domicile d'un patient qu'ils ne connaissent pas. Finalement, nombreux sont ceux qui ont diminué voir arrêté de faire des gardes (8)(9)(10)(11). De plus, les hommes subiraient plus d'agressions modérées (bousculades) durant les gardes de nuit (4). Et de manière plus générale, le simple fait de réaliser des gardes augmente le risque d'agressions (3)(7)(10).

Cela rejoint les réponses que nous avons obtenues dans notre étude puisque c'est durant les gardes de nuit que les médecins se sentent le moins en sécurité. Cela est

légitime étant donné que c'est lors des gardes de nuit qu'ils sont davantage victimes d'agressions physiques légères ou sévères selon nos répondants.

A propos du type d'agressions par rapport au genre, la plupart des études réalisées mettent en évidence que les femmes sont plus souvent victimes de harcèlement sexuel (3)(5)(7). Mais pour les autres types d'agressions, les articles se contredisent. Ainsi deux études, une réalisée en Angleterre et l'autre en Israël, n'observent pas de différence hommes-femmes (5)(12). Tandis que deux autres études réalisées à l'université de Londres et au Canada, affirment que les hommes sont victimes de plus de menaces, d'agressions physiques (4) et d'agressions verbales (7). Mais cela pourrait être lié au fait que les médecins hommes ont plus de patients masculins (4).

Dans notre étude, nous avons tenté de déterminer si le milieu d'exercice influençait le pourcentage et le type d'agressions mais les résultats obtenus ne nous ont pas permis d'établir un lien entre les deux d'un point de vue statistique. Quelques articles sélectionnés qui abordent ce sujet ont observé que les médecins exerçant en milieu urbain rapportent plus d'incidents violents (8)(11)(13).

Tous les articles consultés décrivent le perpéteur comme étant dans la grande majorité des cas un homme (3)(4)(11)(13)(14)(15). Le plus souvent, l'agression est commise par le patient lui-même ou moins fréquemment par un proche du patient (7).

La pauvreté et le chômage sont des éléments qui entraînent un sentiment d'injustice et de frustration chez les personnes concernées. Cela s'exprimerait par un comportement verbal inadapté ou par des agressions physiques à l'encontre des médecins généralistes (16)(17). Concernant l'état de conscience du patient violent, la plupart des études décrivent une désinhibition provoquée par la consommation d'alcool, de drogues ou par une maladie mentale (3)(6)(11)(12)(13)(14)(15)(17). Cette dernière a été mise en évidence comme celle qui provoquerait les comportements les plus dangereux (8)(16). Car les personnes présentant un trouble psychiatrique ne se sentiraient pas vraiment responsables de leurs actes et éprouveraient peu de culpabilité (8). Malgré quelques petites différences, cette description est relativement similaire à la nôtre.

D'autres causes d'agressivité sont citées: stress, dépression, cause physiologique (hyperthyroïdie), démence, tentative pour attirer l'attention du médecin, patient incompris, patient inconfortable (douleur, fièvre) (18)(19).

Parmi les éléments déclencheurs, on retrouve dans de nombreux articles, le temps d'attente trop long (6)(16)(17)(20), la difficulté d'accès aux soins (16)(17) et le refus de prescrire un médicament ou de rédiger un certificat (20).

Parfois, le comportement du médecin peut aussi déclencher un comportement inadapté par manque d'empathie... (12)(17)

A propos des comportements adoptés par les médecins face à un patient agressif, il est assez difficile de comparer les chiffres obtenus à ceux d'autres études car il y a peu d'études quantitatives sur ce sujet contrairement aux études qualitatives.

Néanmoins, on se rend compte qu'une des attitudes souvent prise par les médecins confrontés à un patient agressif est d'essayer de désamorcer la situation grâce à la communication (12). Cela renforce ce que nous avons observé dans notre étude. En effet, l'empathie, l'écoute sans jugement, la franchise, l'utilisation de l'humour et éventuellement le partage de sa propre expérience sont des méthodes utiles (21). Malgré tout, il arrive fréquemment que certains redirigent le patient vers un autre médecin (15)(21).

Une étude rapporte que certains médecins préfèrent céder à la demande du patient car leur priorité est de rester en sécurité (8).

Il apparaît aussi qu'un nombre important de soignants ne rapporte pas les faits de violence et fait comme si rien ne s'était produit (4)(11)(12)(15).

Enfin, une des solutions est de contacter la police. Cependant les résultats diffèrent sensiblement d'un article à l'autre (3)(11)(12).

En ce qui concerne les séquelles relatives à ces agressions, nos résultats étaient assez étonnants puisque presque la moitié des répondants n'en avaient gardé aucune.

Dans la littérature, les lésions psychologiques les plus souvent citées sont l'anxiété, la dépression, le burn-out et les idées suicidaires (3)(6)(7)(10)(12).

Couramment, ces situations de violence ont également un impact négatif sur leur qualité de vie (7)(12). Dans peu de cas, cela a un impact sur la qualité de leur travail (6).

5.3 Outil pratique pour les médecins et leurs assistant(e)s

Comme nous avons pu le constater dans notre étude et dans la littérature, les médecins se sentent insuffisamment préparés pour gérer des situations de violence (12).

C'est pourquoi cette partie du travail reprendra tous les éléments de prévention à mettre en place pour diminuer le risque d'agression. Elle tentera également de donner des conseils quant à la conduite à tenir face à un patient violent.

Le but est qu'elle puisse servir de ressource pour les soignants confrontés à ce genre de situations difficiles.

5.3.1 Prévention lors des consultations

Grâce à l'analyse réalisée ci-dessus, on a pu mettre en évidence qu'une cause majeure de déclenchement d'un comportement agressif est un temps d'attente trop long.

Pour éviter cette situation d'attente, il est conseillé de réaliser les consultations sur rendez-vous (20). Mais il est également intéressant de pouvoir prévenir le patient d'un retard éventuel afin de reporter l'heure de son rendez-vous (19). L'environnement de la salle d'attente doit être confortable et relaxant (6). Cela permet de rendre l'attente moins pénible. Si malgré tout, vous présentez un retard important, excusez-vous auprès du patient et expliquez-lui brièvement la cause.

Pour éviter tout conflit à propos des honoraires, ceux-ci doivent être affichés clairement dans la salle d'attente (20).

Si le patient vous semble suspect, laissez la porte du cabinet entrouverte (4).

D'autre part, il est essentiel de pouvoir repérer les premiers signes d'un comportement agressif. Pour commencer, ces signaux peuvent être verbaux: discours très direct, menaces, essai de manipulation, un ton de voix inhabituel... Mais aussi non verbaux. Ceux-ci comprennent les mimiques du visage (sourcils froncés, regard menaçant ou fuyant), les signaux corporels (crispation, poings serrés, bras croisés, tremblements, agitation, apparition de tics, pâleur ou visage rouge, transpiration) et la gestuelle (mouvements de provocation avec le menton, gestes de menace ou de colère) (18)(19).

Nous avons également abordé la question de l'intérêt que les médecins portent à une formation en prévention de l'agression (20). Quelques sociétés proposent ce type de formations. Celles-ci sont citées dans le manuel « Une pratique médicale sûre » réalisé par le service « Sécurité et Prévention » du Service public fédéral Intérieur et seront annexées à ce travail pour les intéressés (annexe 1).

5.3.2 Prévention lors des visites à domicile et des gardes

Lorsque vous recevez une demande de visite à domicile chez un patient inconnu, documentez-vous un maximum sur la raison qui l'amène à demander votre passage. Eventuellement, si cela est possible, tentez de contacter son médecin traitant afin d'obtenir de plus amples informations (20). Limitez-vous aux visites indispensables comme les personnes âgées qui ne peuvent se déplacer ou les personnes très affaiblies par leur pathologie. Evitez les visites dans les quartiers réputés comme dangereux (8).

Si cette demande vous semble suspecte, n'hésitez pas à référer le patient vers un hôpital ou vers un poste de garde (11). C'est-à-dire une structure où le médecin ne se retrouvera pas seul avec le patient.

Informez un collègue ou un proche du lieu où vous vous rendez. Soyez accompagné par quelqu'un: un proche ou un chauffeur comme cela est organisé dans certains postes de garde (8). Préparez un numéro à contacter si la situation venait à dégénérer: le 112, un numéro d'urgence fourni par votre service de garde...

Lorsque vous arrivez chez le patient, garez-vous à proximité dans un lieu éclairé de manière à pouvoir fuir aisément si cela le nécessitait. En entrant dans la maison, laissez le patient vous précéder. Evitez aussi de réaliser les visites avec beaucoup d'argent liquide sur vous (20). Repérer une issue de secours peut toujours être utile (8).

Parmi toutes ces recommandations, nombreuses sont identiques à celles prises par les répondants de notre étude.

5.3.3 Réaction à adopter face à un patient agressif

Si la situation venait à se dégrader, la première chose à faire est de rester calme et d'essayer de comprendre quelle est l'origine de cette agressivité. Le dialogue prend alors une place importante dans la tentative de désamorçage. Car si on arrive à mettre en évidence le besoin qui se cache derrière ce comportement, cela permettra de rétablir une communication plus efficace (18). Il faut toujours rester respectueux et utiliser un langage simple, non médical. Il faut montrer de l'empathie et faire comprendre au patient qu'on veut l'aider, qu'on entend son point de vue (19). Souvent, le fait de lui donner le rôle de partenaire dans la prise de décision permet de diminuer la tension.

Il est inutile de réagir en miroir et s'énerver, cela ne ferait qu'aggraver la situation. Il ne faut pas non plus hésiter à poser ses limites et ne pas accepter certains comportements (18).

La technique de la désescalade est citée plusieurs fois dans les articles consultés. Une revue systématique de la littérature concernant la prévention des agressions à l'égard des médecins décrit relativement bien cette méthode qui comprend trois étapes. La première est celle où le patient est verbalement agressif. La seconde étape consiste à essayer de créer une relation de collaboration avec celui-ci. Si le médecin réussit cette phase, il passe à la troisième étape, où l'individu adopte un comportement plus calme.

Cette technique doit être répétée plusieurs fois d'affilé jusqu'à ce que le médecin arrive à reconnaître la position du patient et trouve un moyen d'y répondre. C'est à ce moment, qu'il peut demander au patient de faire ce qu'il veut (6).

Si malgré tous vos efforts, la situation s'empire, votre sécurité reste une priorité. Fuyez ou mettez-vous en sécurité si vous le pouvez et appeler de l'aide (un collègue à proximité, la police) (6)(8).

Par après, n'hésitez pas à déclarer votre agression via un formulaire facilement accessible sur le site de l'Ordre des médecins de Belgique. Cela permettra au Conseil national d'effectuer des statistiques anonymes (22).

Si vous présentez des difficultés conséquentes à l'agression, le site « Médecins en difficulté » vous propose une aide psychologique (23).

5.3.4 Politique tolérance zéro

Notre étude s'est intéressée à l'avis des médecins sur la mise en place d'une politique tolérance zéro comme cela existe en Grande-Bretagne. C'est-à-dire qu'un patient ayant eu un comportement violent envers un médecin serait exclu de la patientèle de celui-ci.

La majorité des répondants semblent être favorable à cette idée mais ils restent nuancés car ils estiment que c'est une décision qui doit être prise au cas par cas selon le type d'agression et le profil du patient.

Une revue systématique de la littérature sur la prévalence et la prise en charge de la violence dans les soins de première ligne aborde ce sujet. Depuis l'apparition du concept de tolérance zéro, d'autres idées ont germé et certains ont imaginé la création d'un centre de consultations pour les patients estimés comme difficiles. Des gardes de sécurité seraient présents et assureraient la protection des médecins. Ces derniers seraient mieux rémunérés pour leur prise de risque (13).

Cependant, cette conception ne semble pas être la solution idéale car elle stigmatiserait le patient comme étant un individu potentiellement agressif. La présence des gardes de sécurité donnerait l'impression au patient qu'on se méfie de lui. Avec comme conséquence finale, une irritation et une exacerbation de son comportement violent. On entrerait alors dans un cercle vicieux (6).

La création d'une « black-list » présente elle aussi des inconvénients. Le risque est que peu de médecins soient enclins à recevoir ce genre de patients. Et comme expliqué plus haut, la difficulté d'accès aux soins est un facteur qui augmente le risque d'agressivité (16).

6. Conclusion et perspectives

La réalisation de cette étude a permis de confirmer que les médecins généralistes de la région de Charleroi sont victimes d'agressions dans une proportion relativement similaire à celle observée dans la littérature. La grande majorité des médecins a été victime de violences et ressent de l'insécurité lors de certaines pratiques.

Il n'y a malheureusement pas un comportement idéal à adopter pour réagir face à ce genre de situations. Mais la communication reste l'outil de base à utiliser pour tenter de désamorcer un conflit débutant. La technique de la désescalade devrait être connue de tous car elle peut être d'une grande aide. De nombreuses formations l'enseignent et proposent des conseils quant à la prévention. Plusieurs brochures sont aussi disponibles sur internet et mériteraient d'être lues.

La mise en place d'une politique tolérance zéro n'est surement pas la solution idéale. Mais il serait peut-être intéressant que des groupes de réflexion soient mis en place afin de réduire au maximum la violence à l'égard des médecins pour que ceux-ci puissent exercer dans des conditions sereines.

Ce sujet pourrait également être approfondi en décrivant de manière encore plus explicite les techniques de communication permettant de ramener une situation compliquée au calme.

7. Bibliographie

(1) Mathy J. **Agressions et violence envers les médecins: les nouveaux chiffres de l'Ordre.** Medi-Sphere 2019, 644:3.

(2) Mathy J. **La nouvelle campagne du SPF Intérieur pour éradiquer la violence au cabinet du MG.** Medi-Sphere 219, 644:2.

(3) Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. **Aggression and violence against primary care physicians: a Nationwide Questionnaire Survey.** Deutsches Arzteblatt International 2015, 112(10):159-165.

(4) Elston M, Gabe J. **Violence in general practice: a gendered risk?** Sociology of Health and Illness 2016, 38(3):426-441.

(5) Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. **Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: A cross-sectional study.** British Journal of General Practice 2007, 57(545):967-970.

(6) Raveel A, Schoenmakers B. **Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review.** BMJ Open 2019, 9(9):1-20.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756459/pdf/bmjopen-2018-028465.pdf> (consulté le 14/01/2020)

(7) Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi S, Lemire F, Manca D, Ramsden V. **Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem?** Canadian Family Physician 2010, 56:101-108.

(8) Magin P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. **The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study.** Family Practice 2006, 23(3):273-278.

- (9) Magin P, Adams J, Ireland M, Heaney S, Darab S. **After hours care: A qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision.** Australian Family Physician 2005, 34(1-2):91-92.
- (10) Miedema B, Macintyre L, Tatemichi S, Lambert-Lanning A, Lemire F, Manca D, Ramsden V. **How the medical culture contributes to coworker-perpetrated harassment and abuse of family physicians.** Annals of Family Medicine 2012, 10(2):111-117.
- (11) Magin P, Adams J, Joy E. **Occupational violence in general practice.** Australian Family Physician 2007, 36(11):955-957.
- (12) Nevo T, Peleg R, Kaplan D, Freud T. **Manifestations of verbal and physical violence towards doctors: a comparison between hospital and community doctors.** BMC Health Services Research 2019, 19(1):1-7.
Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880572/pdf/12913_2019_Article_4700.pdf (consulté le 14/01/2020)
- (13) Wright N, Dixon C, Tompkins C. **Managing violence in primary care: an evidence-based approach.** British Journal of General Practice 2003, 53:557-562.
- (14) Saveland C, Hawker L, Miedema B, Macdougall P. **Abuse of family physicians by patients seeking controlled substances.** Canadian Family Physician 2014, 60:131-137.
- (15) Elston M, Gabe J, Denney D, Lee R, O'Beirne M. **Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners.** Sociology of Health and Illness 2002, 24(5):575-598.
- (16) Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. **Violence in general practice: Perceptions of cause and implications for safety.** Canadian Family Physician 2008, 54(9):1278-1284.
- (17) Ladouceur R. **Le médecin et le patient violent. D'où vient cette violence?** Canadian Family Physician 2008, 54:1213.

(18) Schetgen M. **Le médecin généraliste face à un patient agressif.** Revue Médicale de Bruxelles 2017, 38:392-395.

(19) Sim M, Wain T, Khong E. **Aggressive behaviour: Prevention and management in the general practice environment.** Australian Family Physician 2011, 40(11):866-872.

(20) Service public fédéral Intérieur : Sécurité et Prévention. **Une pratique médicale sûre: Conseils pour sécuriser votre pratique et votre environnement de travail.** 2017.

Available from: https://www.besafe.be/sites/default/files/2018-02/veiligheidvanartsen_fr_web.pdf (consulté le 14/01/2020)

(21) Steinmetz D, Tabenkin H. **The 'difficult patient' as perceived by family physicians.** Family Practice 2001, 18(5): 495-500.

(22) Ordre des médecins: conseil national. **Point de contact central pour les agressions commises à l'encontre des médecins.** 2020.

Available from: <https://www.ordomedic.be/fr/page-d-accueil/> (consulté le 14/01/2020)

(23) Médecins en difficulté. **Lieu de confiance et d'aide psychologique destinée aux médecins.**

Available from: <https://www.medecinsendifficulte.be> (consulté le 14/01/2020)

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : Formations en prévention d'agressions

Crime Control bvba - <http://www.crimecontrol.be/fr/domaines/aggression-control>

Métamorphoses sprl - www.metamorphoses.be

Securitas - <https://www.securitas.be/fr-BE/academy/competences-sociales/>

Security Future consultant - www.securityfc.be

Teampower - www.teampower.be

8.2 Annexe 2 : Le questionnaire

<https://docs.google.com/forms/d/e/>

[1FAIpQLSdBa0wpdJ0RPLkZSLPWfSdMbl3QYmWEEmOuia3w_FM8-dWScQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBa0wpdJ0RPLkZSLPWfSdMbl3QYmWEEmOuia3w_FM8-dWScQ/viewform)

Agressions et violences envers les médecins généralistes de la région du Grand Charleroi : étude quantitative

Bonjour,

Dans le cadre de ma dernière année comme assistante en médecine générale, je réalise une étude concernant les agressions à l'encontre des médecins généralistes de la région du Grand Charleroi.

Le but de ce travail est de pouvoir mettre des chiffres sur les actes de violence dans notre région et de proposer des solutions afin de prévenir et de mieux gérer ce genre de situations difficiles.

Ce questionnaire est, bien entendu, anonyme. Il est composé de 5 parties et y répondre vous prendra une dizaine de minutes.

D'avance, je vous remercie pour votre participation.

Grâce Forret

***Obligatoire**



1. Sentiment de sécurité et types d'agression

1. 1.1 Quel est votre sentiment de sécurité lors de vos prestations? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Je me sens en sécurité	Je me sens relativement en sécurité	Je ne me sens pas vraiment en sécurité	Je ne me sens pas du tout en sécurité	Je ne réalise pas ce type de pratique
Consultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visites à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gardes de jour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gardes de nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. 1.2 Durant toute votre carrière de médecin, de quels types d'agression avez-vous été victime?

Plusieurs réponses possibles.

	Consultation	Visite à domicile	Garde de jour	Garde de nuit
Agression verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique légère (bousculade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique sévère (coups et blessures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement psychologique (menace, manipulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol, tentative d'effraction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 1.3 Sur les 12 derniers mois, de quels types d'agression avez-vous été victime?

Plusieurs réponses possibles.

	Consultation	Visite à domicile	Garde de jour	Garde de nuit
Agression verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique légère (bousculade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique sévère (coups et blessures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement psychologique (menace, manipulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol, tentative d'effraction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 1.4 Sur les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous subi ces agressions?

Plusieurs réponses possibles.

	1 fois	2 à 5 fois	6 à 10 fois	>10 fois
Agression verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique légère (bousculade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression physique sévère (coups et blessures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement psychologique (menace, manipulation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol, tentative d'effraction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.
Caractéristiques
de l'agresseur

Les questions suivantes concernent les agressions subies depuis le début de votre carrière

Les agressions sont classées en 3 catégories:

- Légère: agression verbale
- Modérée: agression physique légère (bousculade), harcèlement psychologique (menace, manipulation) , harcèlement sexuel, vol ou tentative d'effraction
- Sévère: agression physique (coups et blessures), agression sexuelle

5. 2.1 De quel genre étai(en)t le(s) agresseur(s)? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Majoritairement des hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majoritairement des femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Même proportion hommes-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. 2.2 Le (les) agresseur(s) étai(en)t-il(s) le patient, un proche du patient ou un inconnu? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proche du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne inconnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 2.3 De quel milieu socio-économique étai(en)t le (les) agresseur(s)? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Milieu défavorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Classe moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milieu aisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. 2.4 Le (les) agresseur(s) étai(en)t-il(s) dans un état de conscience normal? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Etat normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous influence de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sous influence de drogue(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent de délinquance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 2.5 Quel a été l'élément déclencheur de cette agressivité? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Agression légère	Agression modérée	Agression sévère
Mauvaise prise en charge selon le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faute médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus de certificat non-justifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus de prescription de médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps d'attente trop long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prix de la prestation trop élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne connais pas la cause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Votre comportement face aux situations de violence

Les agressions sont classées en 3 catégories:

- Légère: agression verbale
- Modérée: agression physique légère (bousculade), harcèlement psychologique (menace, manipulation), harcèlement sexuel, vol ou tentative d'effraction
- Sévère: agression physique (coups et blessures), agression sexuelle

10. 3.1 Lorsque vous êtes face à un patient qui présente des signes d'agressivité, quel(s) comportement(s) adoptez-vous pour ramener la situation au calme? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Rester calme et passif, vous ne changez pas votre comportement
- Montrer de l'empathie, écouter sans juger et chercher à comprendre la raison de son agressivité
- Prendre patience, ré-expliquer clairement votre raisonnement médical, et si le patient n'est pas d'accord, le diriger vers un autre médecin
- Hausser le ton et argumenter contre les revendications du patient
- Céder à la demande du patient pour que celui-ci se calme
- Menace d'appel de la police, s'il ne se calme pas
- Chercher de l'aide à proximité (confrère, secrétaire,...)

Autre : _____

11. 3.2 Comment réagissez-vous après une agression verbale? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je fais comme si rien ne s'était passé et je n'en parle à personne
- Je fais remarquer au patient que ce comportement n'est pas tolérable, et que si cela se reproduit sera dirigé vers un autre médecin.
- Je le signale à l'ordre des médecins
- Je porte plainte à la police
- J'en discute avec des confrères
- Je n'ai jamais subi d'agression verbale

Autre : _____

12. 3.3 Comment réagissez-vous après une agression modérée ? (Plusieurs réponses possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

- Je fais comme si rien ne s'était passé et je n'en parle à personne
- Je fais remarquer au patient que ce comportement n'est pas tolérable, et que si cela se reproduit sera dirigé vers un autre médecin.
- Je le signale à l'ordre des médecins
- Je porte plainte à la police
- J'en discute avec des confrères
- Je n'ai jamais subi d'agression modérée

Autre : _____

13. 3.4 Comment réagissez-vous après une agression sévère ? (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je fais comme si rien ne s'était passé et je n'en parle à personne
- Je le signale à l'ordre des médecins
- Je porte plainte à la police
- J'en discute avec des confrères
- Je n'ai jamais subi d'agression sévère

Autre : _____

14. 3.5 Avez-vous gardé des séquelles de ces agressions? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune séquelle
- Psychologiques (stress, angoisse)
- Peur d'une récidence
- Séquelle physique
- Dégâts matériels
- Impact négatif sur la qualité de votre travail à court terme
- Impact négatif sur la qualité de votre travail à long terme

Autre : _____

4. Prévention et solutions

15. 4.1 Selon vous, avez-vous été suffisamment préparés pour réagir de manière adaptée face à ces situations de violence ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, durant vos études
- Oui, via des formations
- Oui, via des brochures informatives
- Oui, via des groupes de paroles (type Balint)
- Non, je n'ai pas été suffisamment préparé face à ces situations de violence

Autre : _____

16. 4.2 Seriez-vous en faveur d'une politique "tolérance zéro" envers les patients agressifs? C'est à dire que ceux-ci seraient exclus de votre patientèle après avoir commis un acte de violence. *

Une seule réponse possible.

- Oui, les actes de violence ne doivent pas être tolérés
- Oui mais la décision devra être évaluée au cas par cas selon le type d'agression et le profil du patient
- Non, cette solution est trop radicale

17. 4.3 Lors des gardes mobiles de JOUR, prenez-vous des mesures particulières pour réduire le risque d'agression? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, vérifier le dossier du patient à l'avance
- Oui, toujours être accompagné lors de la visite
- Oui, informer un proche du lieu de la visite
- Oui, avoir une alarme personnelle sur soi
- Oui, utiliser le numéro d'urgence fourni par la FAGC
- Non, je ne prends aucune mesure particulière
- Je n'effectue pas de garde mobile de jour

Autre : _____

18. 4.4 Lors des gardes mobiles de NUIT, prenez-vous des mesures particulières pour réduire le risque d'agression? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, vérifier le dossier du patient à l'avance
- Oui, toujours être accompagné lors de la visite
- Oui, informer un proche du lieu de la visite
- Oui, avoir une alarme personnelle sur soi
- Oui, utiliser le numéro d'urgence fourni par la FAGC
- Non, je ne prends aucune mesure particulière
- Je n'effectue pas de garde mobile de nuit

Autre : _____

19. 4.5 Seriez-vous intéressés par une formation afin d'améliorer la gestion des conflits via de nouvelles méthodes de communication (désescalade de la violence, empathie, écoute sans jugement...)? *

Une seule réponse possible.

- Oui, cela pourrait m'aider à mieux gérer des patients difficiles
- Non, cela ne m'intéresse pas

5. Caractéristiques socio-démographiques

20. 5.1 Etes-vous? *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

21. 5.2 Quel âge avez-vous? *

Une seule réponse possible.

< 35 ans

35 - 50 ans

> 50 ans

22. 5.3 Etes-vous? *

Une seule réponse possible.

Assistant(e) en médecine générale

Médecin généraliste

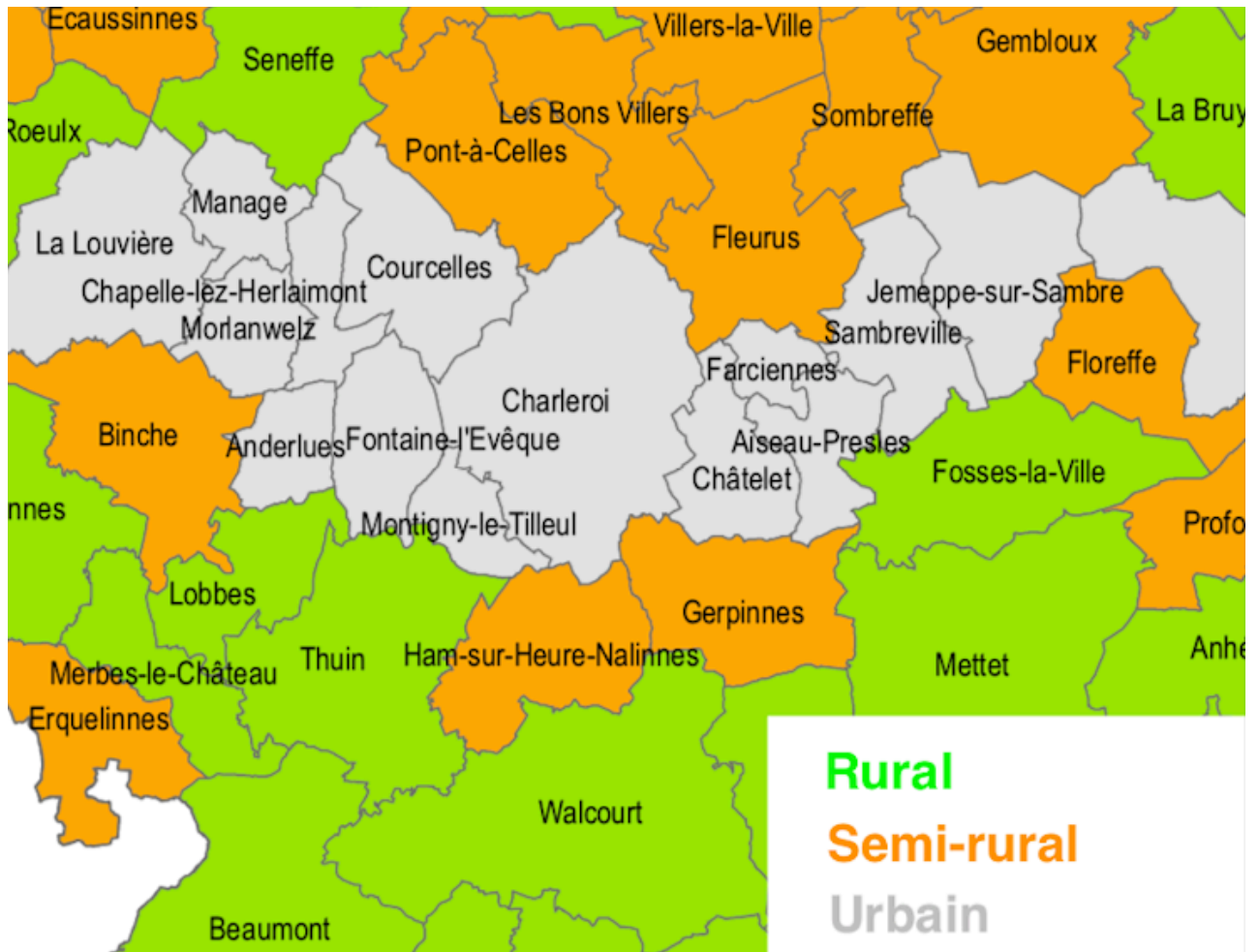
23. 5.4 Quel est votre type de pratique? *

Une seule réponse possible.

En solo

En groupe

24. 5.5 Dans quel milieu géographique exercez-vous? *



Une seule réponse possible.

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms