Dr VO Hoang-Viet

ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Le patient agressif

Travail de fin d'études

Médecine Générale

2014 - 2015

Promoteur : Dr DIELS Robert

Abstract

Introduction

Les agressions sont un problème majeur en médecine générale. Des mesures sur l'organisation du travail et son environnement ainsi que quelques techniques de communication permettent de réduire les risques.

Méthode

Des courriels ont été envoyés aux membres de la Société Scientifique de Médecine Générale et du Département de Médecine Générale de l'UCL, ULB et ULG, les invitant à répondre à un questionnaire disponible uniquement par Internet.

Résultats

34,7% des généralistes de notre enquête ont été agressés au cours des 12 derniers mois, principalement par des patients. Les victimes sont statistiquement plus jeunes et ont moins d'années de pratique. Les agressions ont un impact négatif sur le travail des médecins, sur leur santé et sur leur satisfaction au travail et dans la vie.

Les médecins sont conscients des risques liés à leur métier. Ils ont identifié les situations à risque. Les mesures de prévention, pourtant décrites comme indispensables, ne sont pas toujours appliquées car les connaissances sont insuffisantes à ce sujet. Il existe de plus des obstacles pratiques et financiers. Les médecins souhaitent plus de soutien de la part des associations médicales et des autorités. Ils veulent également suivre plus de formations sur la gestion des agressions.

Conclusions

Il est possible d'améliorer la sécurité en médecine générale. Cela nécessite toutefois une politique coordonnée pour mieux étudier les problèmes de sécurité et pour mieux soutenir les médecins et les former.

Mots clefs

agression ; gestion ; impact ; médecine générale ; prévalence ; prévention ; risques

Introduction

Le patient agressif pose un problème majeur en médecine générale. Les agressions, s'étendant de l'attaque verbale à la violence physique, sont à la fois fréquentes et lourdes de conséquences. Elles ont en effet un impact sur les médecins, sur leur travail mais aussi sur leur propre santé.[1]

Ce travail de fin d'études se concentrera avant tout sur la sécurité du médecin. Il proposera tout d'abord la synthèse des recommandations sur la gestion et la prévention des agressions commises par les patients en médecine générale. Il étudiera ensuite la prévalence et les conséquences de ces violences en Belgique. Enfin, il interrogera les généralistes sur leurs attitudes et sur leurs besoins face aux risques pour leur sécurité.

Patient agressif

Définition

L'agression est définie comme tout acte de la part de l'agresseur qui est perçu par la victime comme une menace sur son intégrité. Elle peut prendre plusieurs formes, s'étendant de l'abus verbal à la violence physique.[2]

L'agression peut être le résultat d'une frustration. L'agresseur perçoit les événements comme une tentative délibérée ou injuste de l'empêcher d'atteindre son objectif. Du point de vue médical, le patient devient agressif s'il ne se sent pas écouté et respecté, ou si la réponse du médecin ne correspond pas à la solution souhaitée par le patient.[3] Selon ce dernier, l'agression sera liée à de facteurs externes à lui-même, alors que le personnel médical verra le comportement agressif comme une conséquence de la maladie du patient.[4]

Prévention

La frustration n'explique pas à elle seule l'agression. Le comportement du patient dépend de sa personnalité et des circonstances d'une situation particulière.[3] Sa maladie peut engendrer inconfort physique (exemple : douleur) et inconfort psychologique (exemple : sentiment d'impuissance et appel à l'aide).[5]

Une bonne attention au ressenti du patient accompagnée d'une communication adaptée réduisent les risques d'agression.[3] Il est important d'expliquer les décisions et les procédures pour que le patient n'ait pas l'impression d'être traité de façon injuste.[5]

Facteurs de risque

Certaines caractéristiques du patient sont associées à un risque majoré d'agression. Celle qui a la valeur prédictive la plus importante est une histoire antérieure de violence.[4] A cela s'ajoute le jeune âge, le sexe masculin et les troubles psychiatriques sévères comme les

addictions.[3,6] Ces facteurs de risque doivent nous encourager à donner une attention particulière aux patients concernés, mais sans avoir de préjugés qui pourraient leur être préjudiciables. Le transfert d'informations entre collègues est ainsi primordial.[3]

Certaines situations sont également plus risquées comme la venue d'un nouveau patient.[2] Des délais d'attente importants augmentent aussi ce risque, qu'on diminuera alors avec une bonne communication sur le retard et ses raisons.[2,3,5,6]

Organisation du travail

Quelques mesures de prévention sont proposées :[5]

- Patient à risque : ne pas être seul, ou demander à quelqu'un de vous contacter pendant la consultation pour montrer au patient l'existence d'un contrôle social.
- Demande par un nouveau patient d'une visite ou d'une consultation dans un moment inhabituel : refuser et proposer une alternative.
- Consultation : uniquement sur rendez-vous en soirée.
- Visite : mention systématique du lieu et de l'horaire des visites à son entourage, accompagnement en cas de doute et par la police si nécessaire.
- Garde : dispatching central, chauffeur.

Environnement

L'environnement joue un rôle important pour la sécurité. Le lieu de travail doit être accueillant et relaxant, tout en restant pratique.[2]

Dans la salle d'attente, on peut proposer des sièges confortables, de la musique relaxante, de la lecture et des jouets.[3] Tout divertissement est utile pour altérer la perception du temps par le patient.[2] Le bureau de réception doit être assez large, les collaborateurs administratifs étant souvent les premières victimes,[5] mais pas trop sinon il pourrait devenir un obstacle à la surveillance des patients[2] et à l'accessibilité de l'accueil.[5] Des annonces peuvent être affichées, mentionnant par exemple le comportement attendu des patients, une éventuelle vidéosurveillance ou alarme,[2] voire même le montant des honoraires.[5]

Le cabinet de consultation doit inspirer le calme et la discrétion.[3] Les meubles sont agencés de façon à disposer d'une issue de secours. Les objets cassables ou pouvant servir d'arme sont à éviter.[2–4]

Les objets de valeur comme les médicaments doivent être stockés dans un espace sécurisé.[2] L'argent liquide est limité en favorisant tiers payant et paiement électronique.[5]

Gestion

Chacun doit être formé pour reconnaitre l'agressivité et la gérer,[6] surtout les jeunes médecins.[5] Elaborer et tester les procédures à suivre en cas d'agression est essentiel. Une personne bien préparée réagira différemment si elle a déjà envisagé les différentes situations possibles.[5]

La priorité est d'assurer la sécurité de tous les partis,[4] même au dépens du devoir professionnel.[5] En cas de doutes éthiques ou moraux, les actes seront justifiés si ils vont dans le sens de la sécurité et de la santé du patient.[2]

Il faut tout d'abord se fier à son intuition. En cas de sentiment d'insécurité, il convient de terminer la consultation ou la visite plus tôt que prévu à l'aide d'un motif quelconque (exemple : appel d'un collègue, visite urgente).[2,5] Un patient ne peut être maintenu seul par le médecin. Ce dernier doit fuir si nécessaire et appeler de l'aide,[4] par exemple par un message codé transmis par ordinateur[2] ou par un raccourci du téléphone.[5] Un bouton panique déclenchant une alarme peut également être utile.[4] On vérifiera alors si la situation nécessite un recours à la police, au service d'aide à la jeunesse, ou répond aux critères de mise en observation en soins psychiatriques (voir Annexe).[4]

Un traitement immédiat est envisagé en présence d'une maladie physique (exemple : hypoglycémie) ou psychiatrique (exemple : état de sevrage),[4] principalement si les antécédents médicaux sont déjà connus et en présence de la police si possible.[5] Le traitement doit toujours être proportionnel au danger immédiat.[5] En cas de patient confus, un proche peut être consulté.[4] Les techniques d'isolement et de contention sont

uniquement utilisées pour administrer un médicament urgent. Les membres du staff ne peuvent les employer que s'ils ont été suffisamment formés à leur maniement et qu'une surveillance continue du patient est disponible.[4]

En cas de danger pour son intégrité physique, par exemple menacé par une arme, le médecin ne doit pas résister. Si une prescription est exigée, on la donne et on fait partir le patient le plus vite possible. On signalera ensuite l'incident aux autorités.[5] Par contre, le médecin se doit de refuser toute demande injustifiée, même en cas d'addictions sévères, si les risques pour sa sécurité sont limités.[2]

Reconnaitre

Identifier les situations à risque permet d'agir avant que cela dégénère.[3] Dans ce but, reconnaitre les attentes des patients et leur frustration est essentiel.[5]

Le langage corporel est le marqueur principal d'une certaine agressivité :[2,3,6]

- Visage : fixer du regard ou détourner les yeux complètement, froncer les sourcils.
- Corps : les mouvements répétitifs, les poings serrés, les bras croisés.
- Geste : pointer du doigt, élever le menton.

Le refus de communiquer en est aussi un bon indice.[2]

Apaiser

S'il n'y a pas de danger imminent,[2] une approche calme, respectueuse et aidante peut désamorcer les conflits.[3] Une communication adaptée permet de montrer sa volonté de trouver une solution acceptable pour les deux partis.[2,5] Ceci n'est applicable que s'il est possible de communiquer avec le patient. Il ne faut jamais entamer une discussion avec une personne sous influence mais bien lui proposer un autre rendez-vous.[4,5]

Pour apaiser les tensions, le médecin doit d'abord comprendre le point de vue du patient et l'importance qu'il accorde au problème,[3] demandant à ce dernier de répéter son message pour le clarifier si nécessaire[2] ou d'expliquer ses propos en cas de menaces indirectes.[4] On ne peut pas promettre ce qui est impossible à donner.[3] En cas de désaccord, on doit prendre

le temps d'expliquer nos décisions et de rassurer le patient sur notre volonté de travailler ensemble[4] pour trouver des solutions alternatives.[3] Il ne faut donc pas hésiter à demander au patient qu'il effectue lui aussi des propositions.[2] Une technique est d'utiliser une série de questions où le patient ne peut répondre que par l'affirmative. Il est en effet difficile d'être fâché sur quelqu'un avec qui on est d'accord.[2]

Concernant la communication, le médecin doit s'efforcer à garder son calme[2,3,5,6] malgré les provocations possibles.[4] Parler se fait d'un ton doux et assuré,[2,3,5] avec des propos simples[2,4] mais pas simplistes afin de ne pas donner l'impression de donner la leçon.[5] On ne montre pas sa peur et on ne crie jamais pour répondre.[5] Le silence peut également être utile pour donner le temps que les émotions s'apaisent.[2,5]

Le langage corporel du médecin est essentiel car une personne irritée sera plus attentive à cela qu'aux mots utilisés.[2] La distance avec le patient doit être appropriée,[2,3] d'une longueur de bras environ, car être trop près est menaçant et être trop loin est un signe de crainte.[5] Il faut expliquer au patient ce qu'on fait avant de s'approcher[4] ou de le toucher.[3] On évite d'avoir les bras croisés[3] et les mains dans le dos ou les poches.[4] Le contact visuel doit être soutenu mais pas de façon trop intense.[3–5] On montre des signes d'écoute comme approuver les propos d'un geste de la tête,[4] en évitant d'être trop distrait en écrivant.[3]

Placer des limites

Si le comportement du patient est inacceptable, il faut exiger poliment qu'il le modifie.[3,4] C'est le comportement qui est critiqué mais pas la personne.[5] Pour cela, on doit fixer des limites[3,5] et expliquer les conséquences possibles si le patient ne les respectent pas (exemple : arrêt des soins).[2] Tout le personnel doit avoir une attitude similaire, notamment dans l'application des sanctions éventuelles.[3]

Obligation de soin

L'obligation de soin ne s'applique pas pour des soins non urgents et si un accès à un autre centre médical est possible.[2,3]

Suivi

Il est indispensable de documenter l'incident chaque fois que le médecin s'est senti menacé et pas uniquement en cas d'agressions physiques.[2] Les faits doivent être évalués par tous les différents membres du personnel si possible,[2,5] avec éventuellement le médecin du travail.[4]

Cette évaluation a comme premier objectif d'identifier les facteurs ayant amené à l'agression. Cela permettra d'adopter les mesures adéquates afin de minimiser les risques futurs.[2,3] Ces mesures doivent si possible être applicables dans toutes les situations et ne pas être spécifiques à un seul patient.[2] On considérera également les éventuels impacts négatifs de celles-ci sur les gens dans la pratique,[2] et les points légitimes soulevés par le patient impliqué.[3]

Il s'agit ensuite de s'assurer que le staff a appris de ses erreurs[4] et est au courant des procédures à suivre en cas d'incident similaire. Une méthode standardisée de transfert des informations est donc primordiale. Elle prend habituellement la forme d'une note dans le dossier informatique ou papier du patient.[3] Cette note, révisable à tout moment, doit avoir des objectifs précis et être accessible uniquement par les personnes directement concernées.[2]

Enfin, les progrès dans la gestion des comportements agressifs par le staff doivent être mesurés[2] et une formation doit être proposée si nécessaire.[3]

<u>Soutien</u>

L'évaluation a également pour but d'apporter du soutien à la victime, éventuellement en faisant appel à une aide externe comme un psychologue.[2] En effet, le coût émotionnel d'une agression dépend du danger réel de la situation, mais dépend aussi de la gravité de la menace ressentie par la victime et du soutien social disponible.[2] Créer un environnement de travail où les membres du personnel n'acceptent aucune forme d'agressivité et sont confiants pour exprimer leurs sentiments par rapport aux problèmes d'insécurité est donc indispensable.[2]

Coopération

Après chaque agression, on conseille de faire une déclaration à la police.[5] Celle-ci aura ainsi une idée de l'importance du problème, pourra identifier les points faibles de la sécurité de la pratique[2] et proposer des solutions comme un accompagnement pendant la visite d'un patient difficile.[5]

Il est important aussi de développer une bonne collaboration avec des services spécialisés, en santé mentale entre autres, vers lesquels on pourra référer le patient.[2]

Secret professionnel

Le secret professionnel concerne le traitement et le diagnostic du patient, mais pas sa conduite.[4] Le médecin doit se limiter à déclarer les faits.[2]

En cas de danger pour les autres soignants ou la communauté, la déclaration devient alors un devoir et se fait en divulguant le minimum d'informations requis sur le patient.[2]

Accord avec le patient

En cas de comportement inapproprié du patient, un accord si possible écrit[2] peut être conclu. L'accord doit être personnalisé et comprendre ce qui n'est pas accepté et ce qui est attendu du patient. On prendra le temps d'expliquer au patient les bénéfices qu'il peut en tirer mais aussi les conséquences du non respect des règles.[2,3] Tout le staff doit être impliqué et connaitre les actions à suivre dans chaque cas de figure.[2] Si le patient n'est plus le bienvenu, il faudra proposer une alternative viable pour ses soins et alors transférer le dossier médical avec son accord.[2]

Ce système a toutefois quelques limites. Son utilisation ne convient pas aux situations aiguës et nécessite un peu d'expériences dans la gestion des patients avec un trouble du comportement.[2] De plus, l'accord n'a pas de valeur légale.[2] Enfin, il est indispensable d'avoir une réaction proportionnelle au danger et de ne pas exclure le patient pour des raisons de maladie ou d'infirmité.[2]

Méthode

Méthodologie de recherche

La recherche de la littérature s'est effectuée par Internet sur ces différentes bases de données : Cochrane, EBMPracticeNet, G-I-N, Google, HAS, KCE, Minerva, NGC, NICE, PubMed, ScienceDirect, SSMG, Trip Database.

Les articles de langue française et anglaise de moins de dix ans ont été sélectionnés en recherchant ces différents termes : « aggressive » « aggression » « agressif » « agression » « assault » « attack » « attaque » « violent » « violence ».

Questionnaire

Un questionnaire écrit en français a été utilisé. Basé sur différents éléments d'articles, aucun questionnaire standard n'ayant été retrouvé dans la littérature, il est composé de questions à choix multiples et de propositions avec lesquelles les participants ont dû affirmer ou non leur accord sur une échelle de Likert.

Des courriels ont été envoyés aux membres de la Société Scientifique de Médecine Générale et du Département de Médecine Générale de l'UCL, ULB et ULG, les invitant à répondre à ce sondage disponible uniquement par Internet.

Analyse

Pour l'analyse statistique des résultats, les moyennes ont été comparées par le test t de Welch. Le test exact de Fisher a été employé pour vérifier l'indépendance des variables catégorielles. Les calculs ont été effectués à l'aide du logiciel QuickCalcs de GraphPad Software disponible gratuitement sur Internet. Une différence a été considérée comme significative quand le test bilatéral a obtenu une P-Value inférieure à 0,05.

Résultats

Prévalence

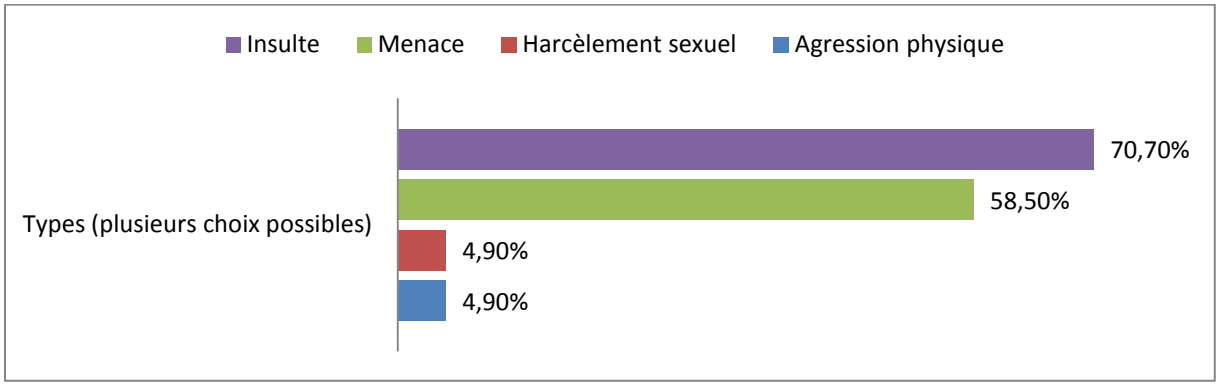
Profil des médecins	Participants	Victimes d'agression au cours des 12 derniers mois	P-Value
Nombre	118	41 (34,7%)	
Age moyen	46 ans	42 ans	0,004
Années de pratique	20 ans	16 ans	0,012
Sexe			0,439
• **féminin**	50%	56,1%	
• **masculin**	50%	43,9%	
Pratique			0,701
• **de groupe**	58,5%	61%	
• **individuelle**	41,5%	39%	
Lieu de travail			0,111
• **Ville**	62,7%	73,2%	
• **Campagne**	37,3%	26,8%	

118 médecins ont participé à cette enquête. Leur profil est détaillé dans le tableau ci-dessus. Parmi ceux-ci, 34,7% ont répondu qu'ils ont été victimes d'une agression physique ou verbale sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois. Dans la littérature, des chiffres aussi élevés bien qu'assez variables selon les articles peuvent être retrouvés, s'étendant de 10,9% de médecins agressés en Belgique[7] à 63,7% en Australie.[8]

Les profils des médecins victimes d'agression et ceux qui n'en ont pas connue ont été comparés. Une différence statistiquement significative a été démontré pour deux de leurs caratéristiques qui sont l'âge et les années de pratique. Les résultats ont montré que les généralistes agressés sont plus jeunes et ont moins d'années de pratique. D'autres études ont également remarqué qu'il y a plus d'agressions verbales chez les médecins avec moins d'années d'expériences.[9,10]

Aucune différence n'a été retrouvée dans notre enquête entre les deux groupes en ce qui concerne le sexe et le lieu de travail, comme dans d'autres articles.[9,10] Ces derniers ont montré par ailleurs plus d'agressions verbales chez les médecins travaillant en groupe,[9,10] tendance présente aussi dans nos résultats mais sans différence statistiquement significative.

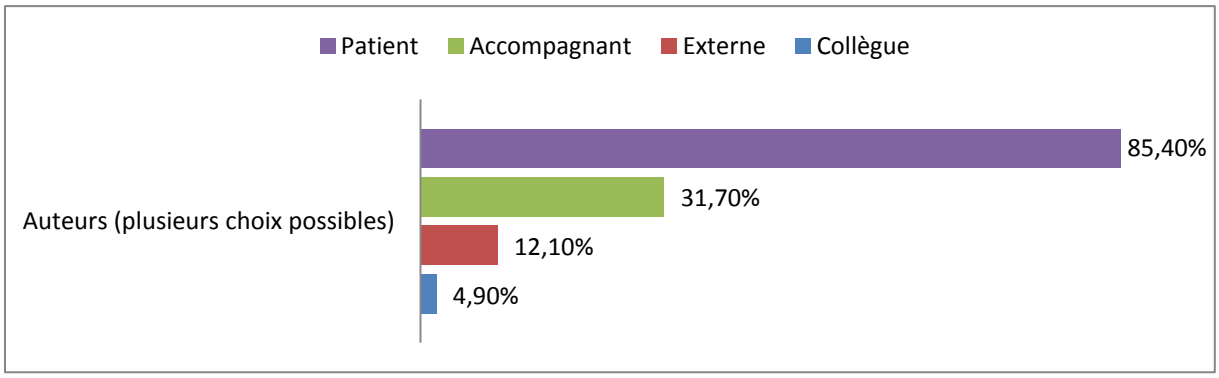
Types d'agression



Les agressions se sont limitées en grande partie à des insultes et à des menaces dans notre étude. Les harcèlements sexuels et les violences physiques ont été plutôt exceptionnels, étant cités chacun par moins de 5% des médecins agressés.

On peut distinguer trois types d'agression.[8] Tout d'abord celles très fréquentes mais d'une intensité moindre comme les insultes et les menaces. Certains pensent même que ces agressions verbales sont inévitables et doivent ainsi être considérées comme un risque de la profession à gérer quotidiennement.[11] Ensuite, par ordre de fréquence, on retrouve les harcèlements sexuels qui sont assez rares et qui touchent principalement les femmes.[9,10] D'ailleurs, toutes les victimes d'harcèlements sexuels ont été des femmes dans notre étude. Les résultats n'ont cependant pas pu être statistiquement significatifs. Enfin, les violences physiques sont le type d'agression le moins rapporté dans la littérature.[8–10]

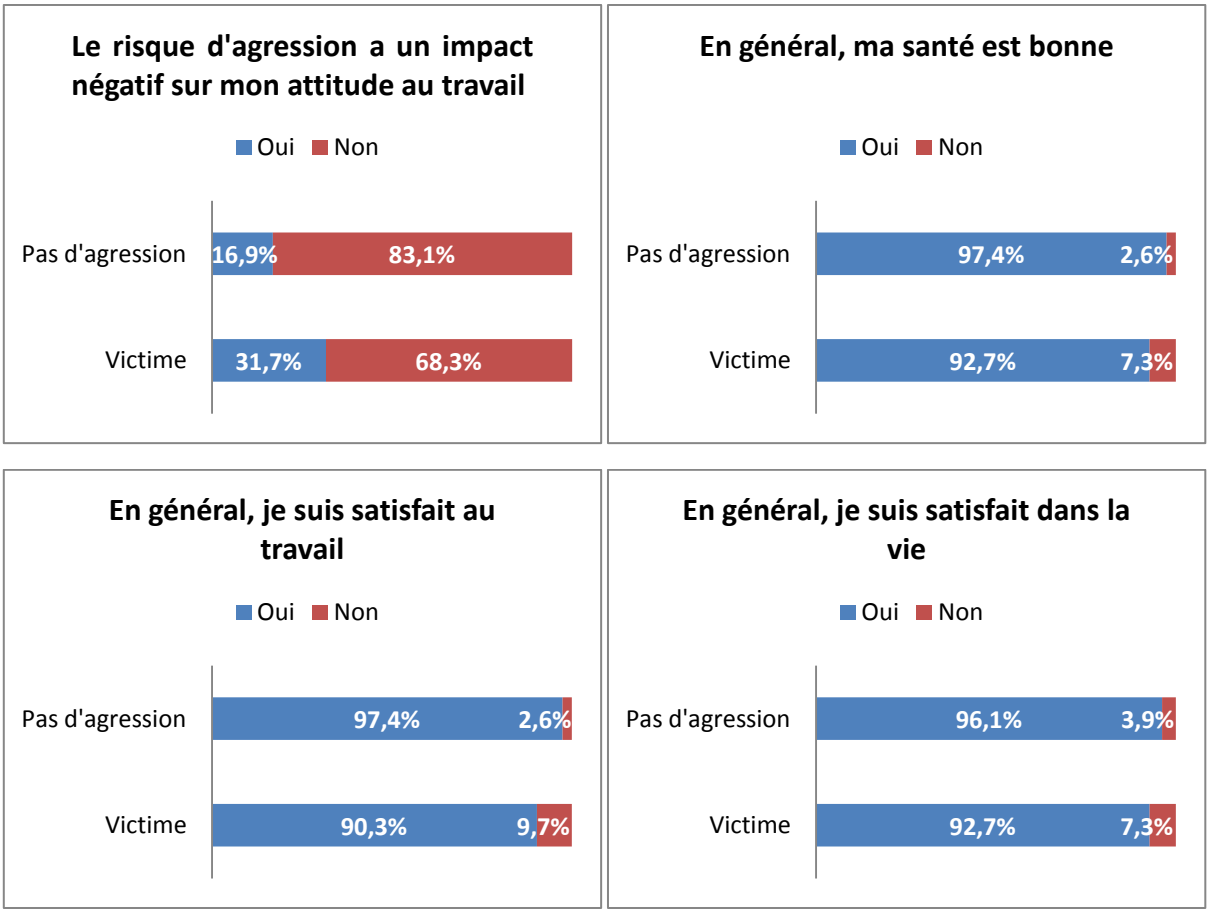
Auteurs d'agression



Les patients sont le plus souvent les auteurs des agressions. Les proches qui les accompagnent sont moins souvent impliqués mais ils ont tout de même été pointés du doigt

par près d'un tiers des généralistes agressés dans notre sondage. Certains avis de médecins retrouvés dans la littérature affirment que les accompagnants sont de plus en plus agressifs, à l'image de l'augmentation de la violence dans la société.[11] Les personnes sans aucun lien avec la pratique médicale représentent une plus petite partie des agressions. Enfin, 2 médecins dans notre étude ont cité des collègues comme auteurs des violences. Bien que ce chiffre soit relativement faible, il est quand même important de le souligner car les agressions par les collègues ont le plus d'impacts sur leurs victimes.[1]

Impact sur les médecins

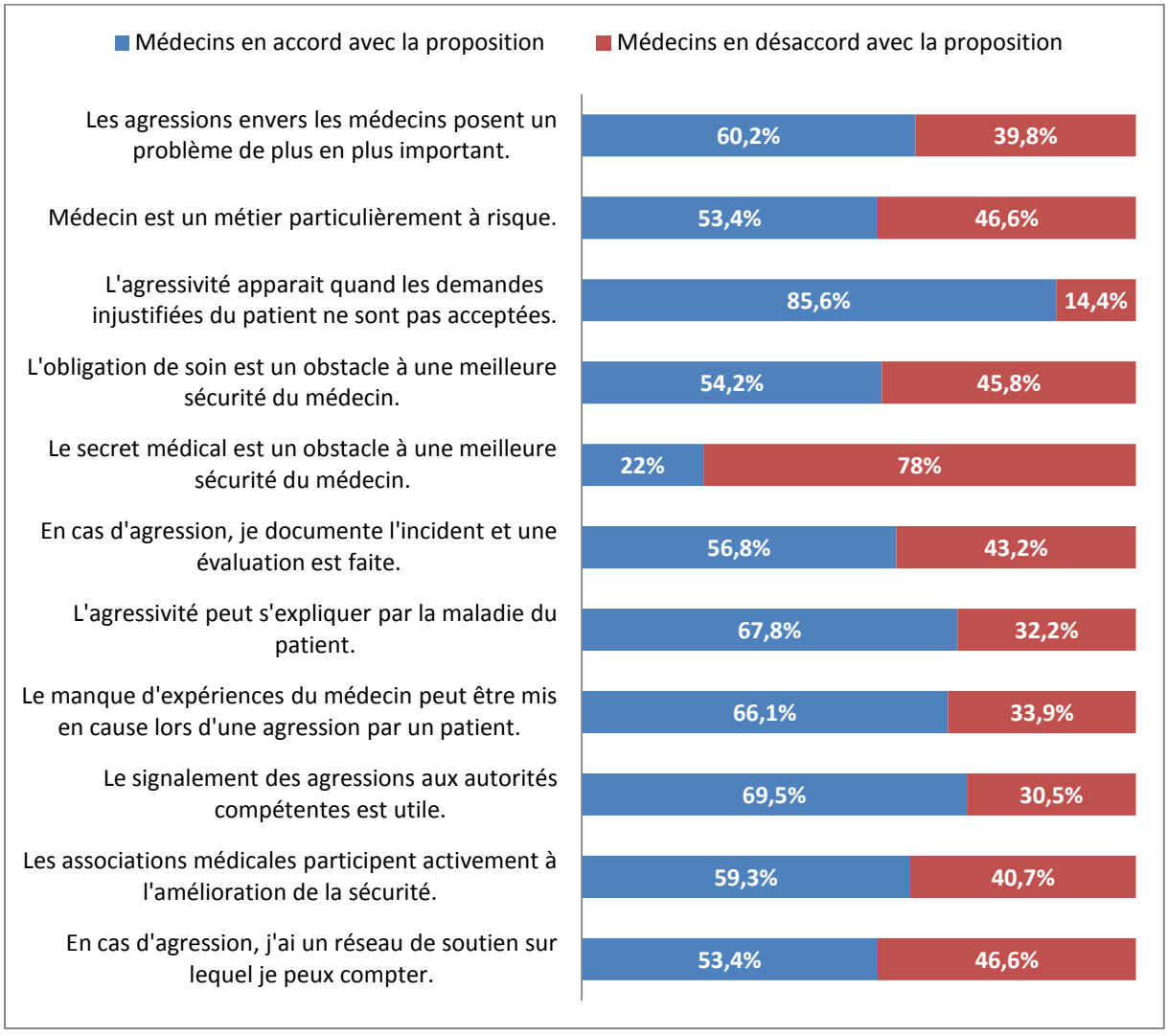


Les résultats de notre étude montrent que, comparativement aux médecins qui n'ont pas connu d'agression au cours des 12 derniers mois, ceux qui en ont été victimes pensent dans une plus grande proportion que le risque de se faire agresser a un impact négatif sur l'attitude qu'ils adoptent au travail. Ces agressions ont été associées dans la littérature à une diminution de la confiance des médecins et de leur enthousiasme pour traiter les patients.[1] Nos calculs statistiques n'ont pas montré de différence toutefois.

Bien que la différence n'ait également pas été signiticative, les médecins agressés ont aussi évalué leur santé comme étant moins bonne et se sont montrés moins satisfaits dans leur travail et dans leur vie. Un constat similaire mais cette fois validé statistiquement a été posé dans un autre article.[1] Dans les désagréments occasionés, on cite par exemple du stress,[10] un sentiment d'angoisse ou encore des troubles du sommeil.[7]

Point de vue des médecins

Agression en médecine générale



Les médecins ont été interrogés sur une série de sujets concernant les agressions en médecine générale parce que leur perception des risques réels ou supposés a une influence directe sur leur activité professionnelle.[12]

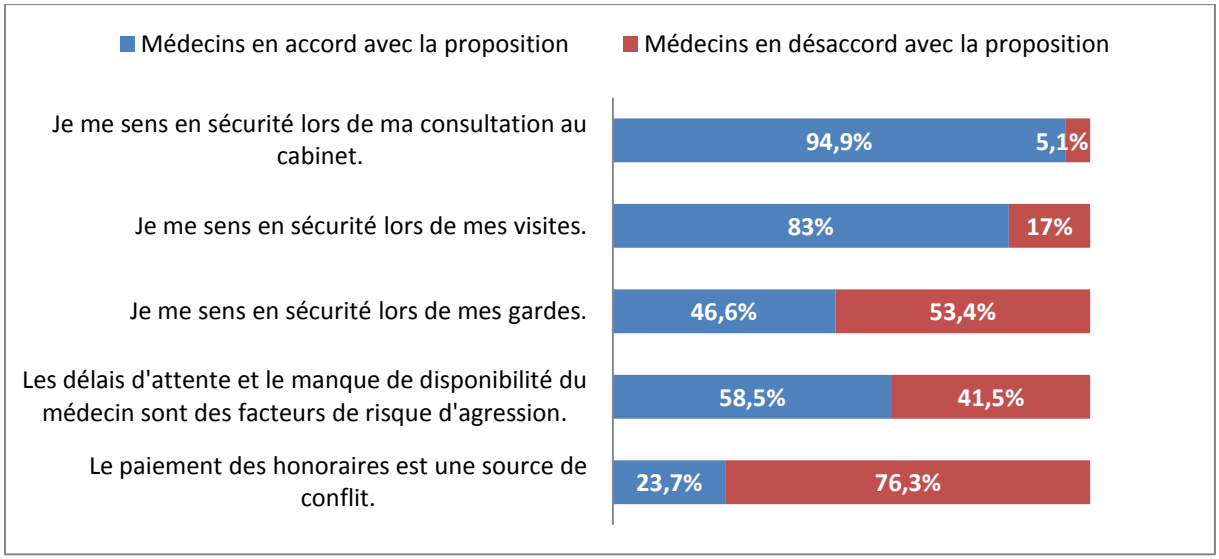
Ils sont une majorité à penser que médecin est un métier particulièrement à risque et que ce problème de violence est grandissant. Bien que la comparaison avec les autres professions soit difficile en absence de critères précis définissant une agression,[9] c'est une opinion qui est partagée par beaucoup de médecins.[11] Dans la littérature, les patients sont décrits comme de plus en plus exigeants,[11] manquant de respect et étant rapidement frustrés en cas de refus de certains soins ou documents. La violence devient alors une façon de réclamer par exemple l'accès à des avantages sociaux.[12] 85,6% de nos sondés affirment d'ailleurs que l'agressivité apparait quand les demandes injustifiées du patient ne sont pas acceptées. L'obligation de soin est présentée également comme un facteur de risque supplémentaire par une majorité de personnes interrogées. Les médecins reconnaissent leur devoir d'assurer la santé des patients dans la communauté,[11] même si ces derniers sont violents.[12] Par contre, le secret médical ne parait pas être un problème important pour une grande partie des médecins sondés.

Dans notre questionnaire, ils sont 43,2% à ne pas documenter l'incident et ne pas faire une évaluation systématiquement en cas d'agression. D'une part, cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins tolèrent certains comportements, ne mettant pas en cause le patient lui-même mais bien sa maladie.[11] Les agressions ne sont alors signalées comme telles uniquement s'il y a une intention évidente de nuire.[11] De l'autre, plus de 6 sondés sur 10 dénoncent également une certaine responsabilité du médecin lors d'une agression, le manque d'expériences et de communications pouvant exacerber les comportements agressifs chez les patients.[11,12]

Près d'un tiers des personnes interrogées ne pense pas que le signalement des agressions aux autorités compétentes est utile. Ils sont également 40,7% à affirmer que les associations médicales ne participent pas activement à l'amélioration de la sécurité. Une majorité de médecins considère ainsi qu'ils n'ont pas un réseau de soutien sur lequel ils peuvent compter. Ce problème peut être illustré aussi par le fait que les associations médicales ne soient citées dans notre enquête qu'en troisième position des soutiens disponibles pour les

médecins (28,8%), loin derrière les collègues (62,7%) et les proches (40,7%). Les actions de ces associations sont souvent décrites comme insuffisantes face à l'augmentation des violences et face à la nécessité de développer des politiques coordonnées et d'organiser un soutien des médecins en cas d'agression.[11]

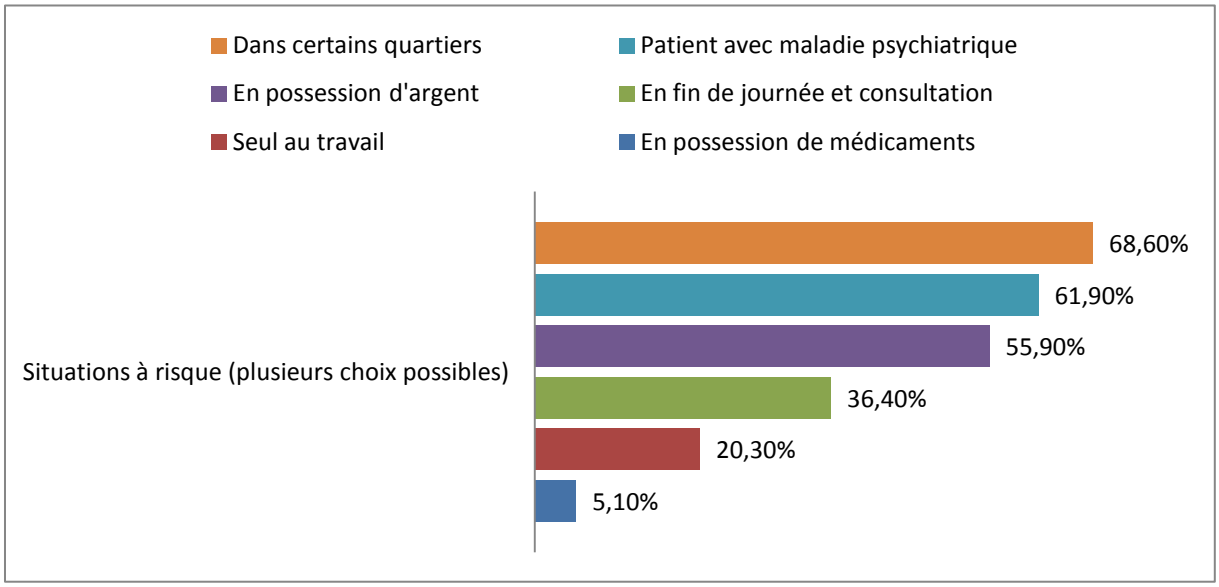
Situations à risque



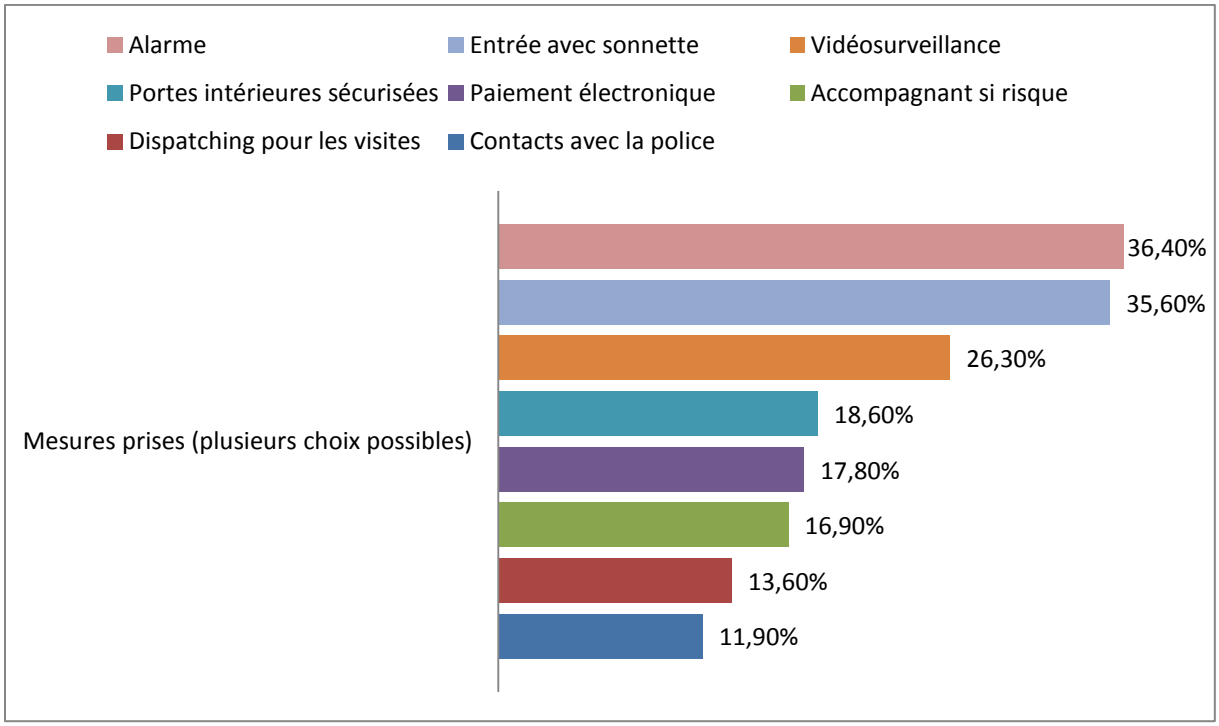
Plusieurs contextes de travail ont été comparés pour connaitre les situations à risque. Les médecins ont répondu dans une large proportion qu'ils se sentent en sécurité à leur cabinet et pendant leurs visites. Par contre, ils sont 53,4% à avoir des craintes pendant les gardes. Dans la littérature, l'évaluation des risques par les médecins est similaire, les gardes étant chaque fois les plus pointées du doigt.[7,10,12] Les gardes combinent en effet à elles seules plusieurs facteurs de risque, largement cités par les généralistes interrogés et dans d'autres études, qui sont la visite d'un patient inconnu,[11] dans un quartier potentiellement dangereux,[7] en possession d'argent ou de médicaments,[7] seul au travail,[10] en fin de journée[7] ou la nuit.[10]

Une autre situation où de nombreux médecins, 61,9% dans notre étude, ne se sentent pas en sécurité est quand ils voient un patient psychiatrique.[7,11] Les maladies psychiatriques et les addictions sont parfois présentées comme la cause principale des agressions, surtout quand celles-ci sont violentes.[12] Ces inquiétudes traduisent probablement aussi un certain manque d'expériences pour gérer ces patients.[12]

Enfin, dans une moindre mesure, les délais d'attente peuvent être une source de frustration des patients et donc d'agressivité,[11] particulièrement envers les collaborateurs administratifs.[12] Le paiement des honoraires quant à lui ne semble pas poser de problèmes pour une majorité de médecins.

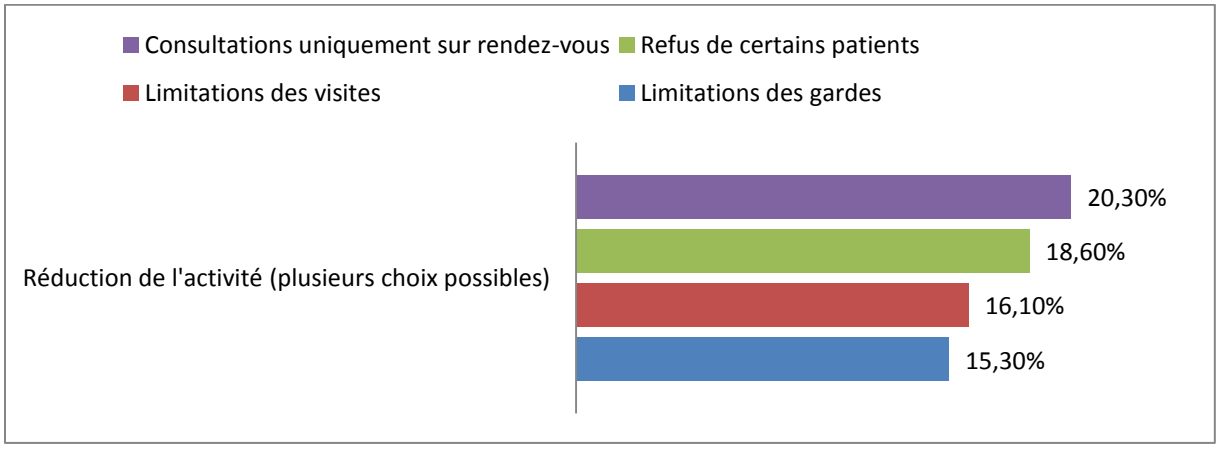


Prévention

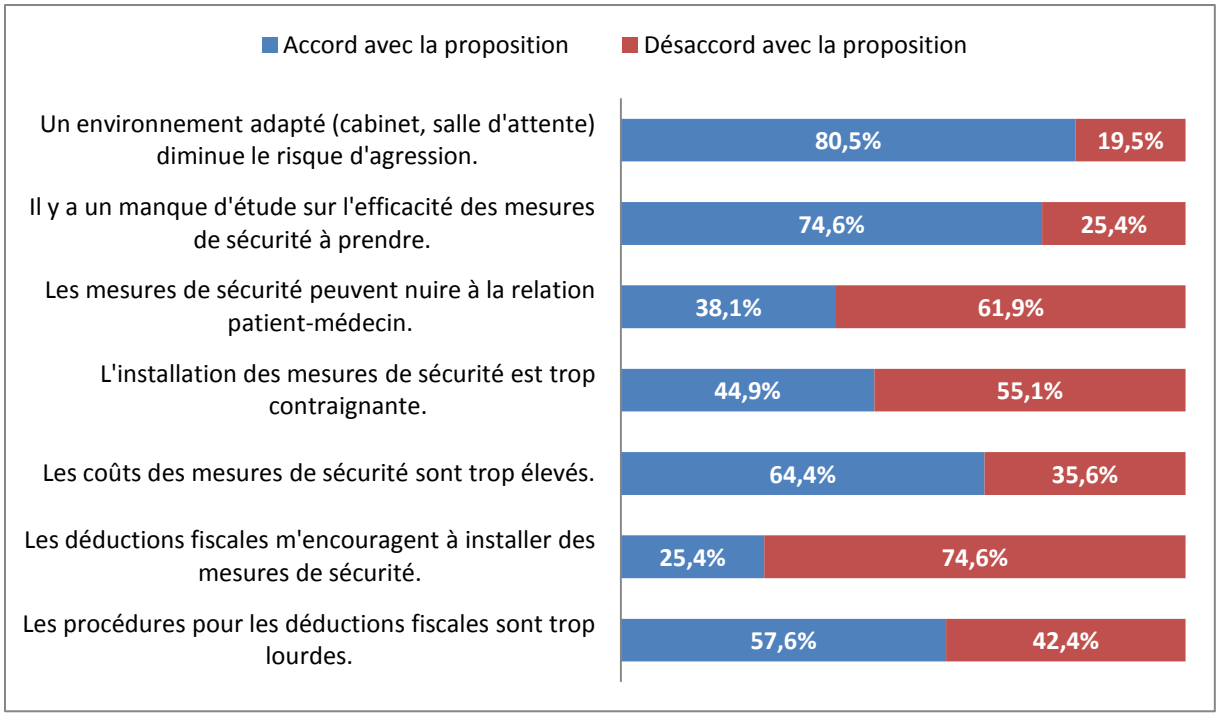


Plus d'un tiers des médecins dans notre enquête est équipé d'une alarme et contrôle les entrées du cabinet par une sonnette. Ils sont plus d'un quart à avoir installé une vidéosurveillance et près d'un cinquième a des portes intérieures sécurisés et un système de paiement électronique. 16,9% des personnes interrogées n'hésitent pas à se faire accompagner en cas de situation perçue comme à risque et 13,6% utilisent un dispatching qui connait l'horaire et le lieu de leurs visites. Toutes ces mesures sont conseillées dans différents guides.[2,5]

La mesure la moins populaire dans les réponses obtenues est le contact avec la police. D'autres études montrent également que ces contacts ne sont pas très développés.[7,12] Certains médecins soulignent que cela n'a pas d'effet dissuasif car les gens n'ont plus peur de la police[12] et d'autres avouent n'avoir aucune confiance en une intervention rapide de cette dernière.[7]



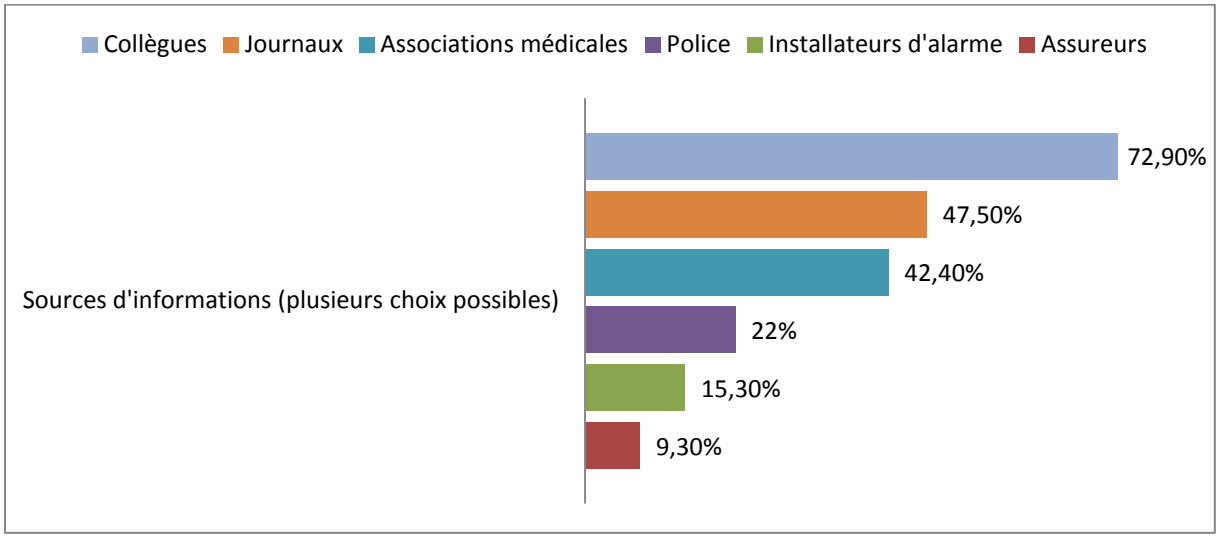
Une autre façon d'adapter son activité pour améliorer la sécurité est de la réduire. Cela peut prendre la forme d'une consultation uniquement sur rendez-vous jusqu'à s'étendre au refus de certains patients et à une limitation des visites et des gardes. Les agressions et les risques d'agression ont donc pour conséquence une diminution des services médicaux proposés dans la communauté.[11]



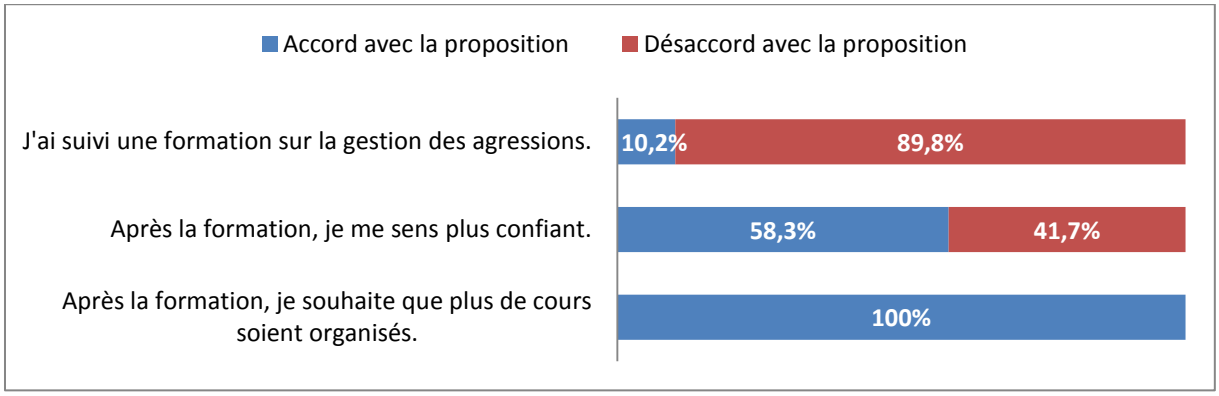
Concernant les raisons de l'application de ces différentes mesures, les généralistes ont répondu avant tout que c'était indispensable vu les risques encourus et que certains de leurs collègues avaient été agressés. Le fait d'avoir été déjà victime n'était que la troisième raison avec moins d'un cinquième des réponses. Les médecins sont globalement conscients des risques liés à leur métier.[7] Les mesures prises sont toutefois assez variables, probablement par manque de politiques coordonnées et d'organisations responsables de la sécurité dans les soins de santé.[12]

80,5% des médecins interrogés sont d'accord pour dire qu'un environnement adapté diminue le risque d'agression. Ils sont par contre presque le même nombre à affirmer aussi qu'il y a un manque d'étude sur l'efficacité des mesures de sécurité. Ce manque de preuve, particulièrement en médecine générale, peut contribuer aux difficultés à prendre certaines mesures de prévention.[11] Un autre obstacle pour plus d'un tiers des sondés est que l'installation de ces dernières est trop contraignante et que cela peut nuire à la relation patient-médecin. Par exemple, des contrôles de sécurité trop drastiques traduisent un climat de suspicion, ce qui peut engendrer un certain antagonisme de la part du patient.[12] Enfin, les coûts des différentes mesures de sécurité sont souvent mis en cause.[11] Les déductions fiscales proposées encouragent assez peu leur installation, les procédures étant trop contraignantes pour une majorité de médecins ou leur montant étant trop faible.[7]

Formation

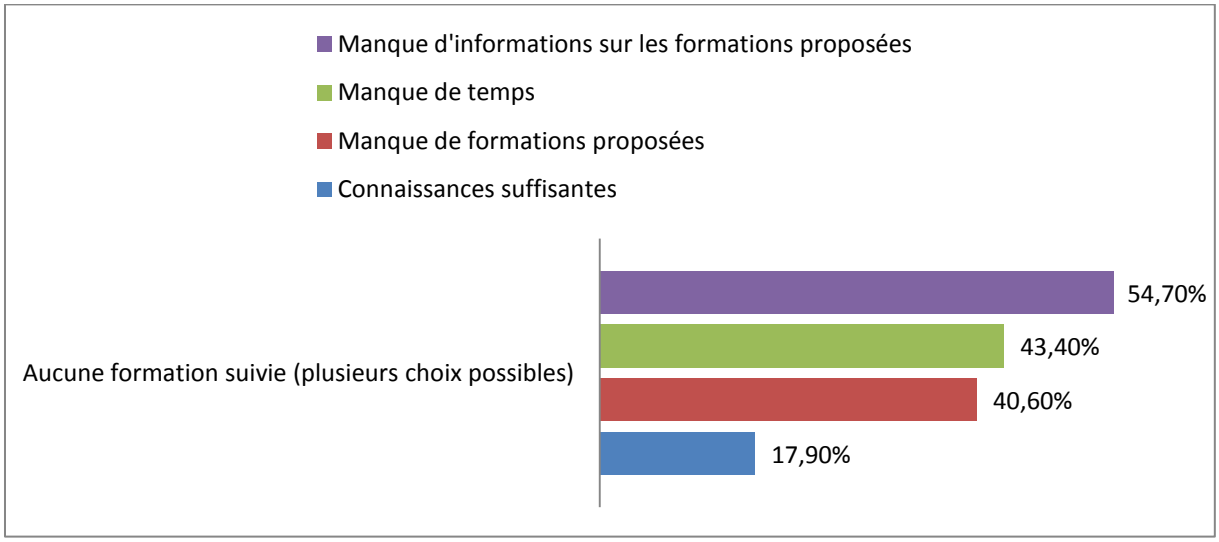


Les collègues constituent la première source d'informations des médecins sur les problèmes de sécurité. Une précédente étude belge a obtenu un résultat similaire.[7] Suivent ensuite les journaux et les associations médicales. La police, les installateurs d'alarme et les assureurs sont cités en dernier.



89,8% des médecins dans notre sondage n'ont suivi aucune formation sur la gestion des agressions. Peu d'entre eux ont affirmé qu'ils n'en avaient pas besoin car leurs connaissances sont suffisantes à ce sujet. Par contre, ils sont une grande majorité à se plaindre qu'ils ne recoivent pas assez d'informations sur les formations organisées et que trop peu de cours soient proposés. Certains ont répondu qu'ils manquent simplement de temps. Toutes ces raisons sont également avancées par les médecins dans une autre enquête.[7]

Ce manque de formation a pour conséquence que les médecins agissent différemment selon leurs expériences personnelles, alors qu'une réponse coordonnée est souhaitable.[11] Il y a donc un besoin important d'organiser plus de formations,[11] surtout quand on peut remarquer dans les résultats de notre étude que les médecins déjà formés souhaitent tous plus de cours à ce sujet. Ils ne sont également que 58,3% à se sentir plus confiants dans la gestion des patients agressifs après avoir passé la formation.



Conclusions

En Belgique, les généralistes sont fréquemment agressés. Les patients sont souvent impliqués dans ces violences. Cela a un impact négatif sur le travail et la santé des médecins, et donc sur la qualité des services médicaux proposés à la population.

Des mesures de prévention et quelques techniques de communication sont possibles pour améliorer la sécurité en médecine générale. Plus de formations doivent donc être organisées sur la gestion des agressions, surtout que de nombreux médecins sont demandeurs. Plus d'études doivent aussi être effectuées pour mieux identifier les risques et évaluer l'efficacité des mesures à prendre pour les diminuer. Et plus de soutien est indispensable de la part des associations médicales et des autorités. Une politique coordonnée, soutenue par des moyens financiers adéquats, doit être mise en place pour assurer la sécurité des généralistes en tous lieux et toutes circonstances.

Limites

Basé sur une littérature récente, ce travail a cependant certaines limites. En effet, les recommandations sur la gestion des patients agressifs reposent principalement sur des avis d'experts. Concernant le sondage, bien que 118 réponses aient été obtenues, la participation est restée relativement faible. Des écarts statistiquement significatifs n'ont peut-être alors pas pu être démontrés. De plus, on ne peut pas exclure que les participants aient un intérêt particulier pour ce sujet, du fait d'avoir déjà connu une agression par exemple. Il est alors compliqué de généraliser les résultats à tous les généralistes de Belgique. Enfin, l'enquête a voulu représenter l'avis des médecins. Il n'est pas établi que leur ressenti sur les problèmes de sécurité puisse être corrélé avec des données objectives.

Références

1. Hills D, Joyce CM. Workplace aggression in clinical medical practice: associations with job satisfaction, life satisfaction and self-rated health. The Medical Journal of Australia. 2014 Nov 3;201(9):535–40.

2. Rowe L, Morris-Donovan B, Watts I, Royal Australian College of General Practitioners. General practice, a safe place: tips and tools. The Royal Australian College of General Practitioners. 2009;

3. Sim MG, Wain T, Khong E. Aggressive behaviour - prevention and management in the general practice environment. Australian family physician. 2011;40(11).

4. EBMPracticeNET. Un patient violent. Duodecim Medical Publications Ltd. 2011;

5. SPF Santé Publique. Sécurisation pour médecins - Manuel. SPF Intérieur, Direction générale Politique de Sécurité et de Prévention. 2009;

6. UEMO. UEMO Policy on Violence in the General Practice / Family Medicine Workplace. Union Européenne des Médecins Omnipraticiens / Médecins de Famille. 2007;

7. Ipsos. Etude sur la sécurité auprès des indépendantset des professions libérales. Résultats concernant le secteur des médecins généralistes. SPF Intérieur, Direction générale Politique de Sécurité et de Prévention. 2006;

8. Forrest L, Parker R, Hegarty K, Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. Australian family physician. 2010;39(5):323.

9. 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;

10. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. The Medical Journal of Australia. 2011;194(11):605–8.

11. Ceramidas DM, Parker R. A response to patient-initiated aggression in general practice: Australian professional medical organisations face a challenge. Australian journal of primary health. 2010;16(3):252–9.

12. 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;

Annexe

Critères de mise en observation en soins psychiatriques

Loi du 26 juin 1990 :

- La personne doit être atteinte d'une maladie mentale.
- La personne met gravement en péril sa santé et sa sécurité et/ou elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.
- La personne refuse les soins.
- Il est impossible d'appliquer tout autre traitement.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé et qui ont ainsi permis la réalisation de ce travail de fin d'études :

- Au Docteur DIELS Robert pour son encadrement et ses conseils avisés.
- Aux secrétariats de la Société Scientifique de Médecine Générale et des différents centres universitaires de médecine générale pour leur collaboration.
- A tous les médecins qui ont pris le temps de répondre à mon enquête.

Table des matières

Abstract 2

Introduction 3

Patient agressif 4

- Définition 4
- Prévention 4
  - Facteurs de risque 4
  - Organisation du travail 5
  - Environnement 5
- Gestion 6
  - Reconnaitre 7
  - Apaiser 7
  - Placer des limites 8
- Suivi 9
  - Soutien 9
  - Coopération 10
  - Accord avec le patient 10

Méthode 11

- Méthodologie de recherche 11
- Questionnaire 11
- Analyse 11

Résultats 12

- Prévalence 12
  - Types d'agression 13
  - Auteurs d'agression 13
  - Impact sur les médecins 14
- Point de vue des médecins 15
  - Agression en médecine générale 15
  - Situations à risque 17
  - Prévention 18
  - Formation 21

Conclusions 23
Limites 24
Références 25
Annexe 26
Critères de mise en observation en soins psychiatriques 26
Remerciements 27