



De quoi la violence au sein de nos cabinets est-elle le symptôme ?

Analyse des facteurs de risque et des implications sur la pratique médicale quotidienne

Brice Lepière, Psychologue Clinicien, PhD Santé Publique, Chargé d'enseignement

CHU UCL NAMUR, Service de Médecine Psychosomatique & Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain

Objectifs pédagogiques

- Savoir distinguer les situations de violence
- Savoir identifier les facteurs de risque de la violence en consultation
- Savoir identifier les conséquences de la violence en consultation
- Connaître les techniques de prévention de la violence

NB : complémentarité du **cours** (comprendre, connaître) & de l'**atelier** (analyser/appliquer)

Sommaire

I. Introduction

- Contextualisation problématique violence en médecine
- Eléments de définition
- Escalade de la violence

II. Approche holistique de la violence en médecine

- Les causes
- Les conséquences

III. Prévention de la violence en médecine

- Interventions efficaces pour atténuer la violence

IV. Conclusion et perspectives



« Je n'ai aucun conflit d'intérêts réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation »

I. Introduction

Culture

Homicides = 8% mortalité monde
(2x K+)

↓ constante depuis 15^e siècle

1950, <1/100.000 soit 100X moins
qu'au moyen-âge

Hobbes vs Rousseau

Zeitoun JD (2024). Les causes de la violence. Denoël

Causes physiques

Causes sociales

Adriaen Brouwer 1605-1638



Définition

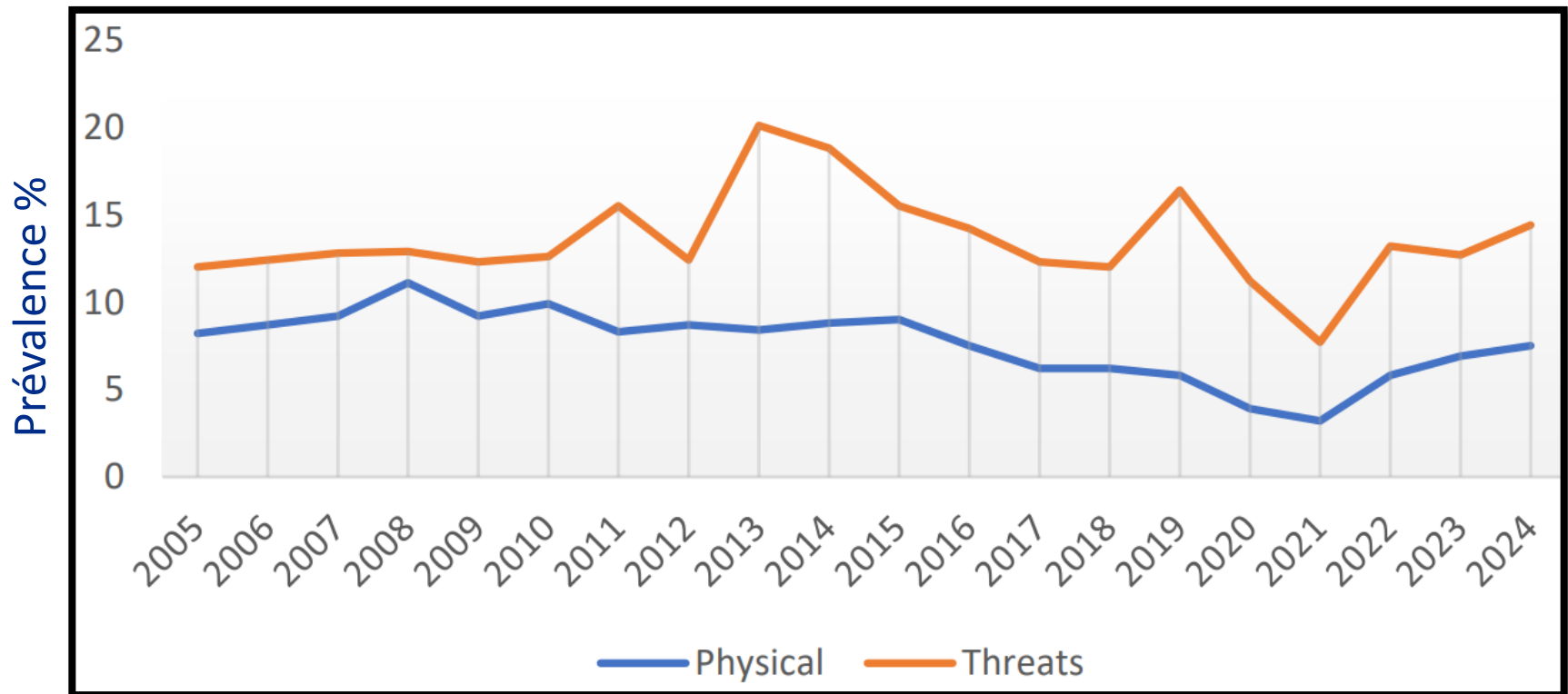
Latin « violentia » = « abus de la force »

« Utilisation **intentionnelle** de la **force physique**, **menaces** à l'encontre d'autrui, qui entraîne ou risque d'**entraîner traumatisme, dommages** psychologiques, problèmes de développement ou décès »

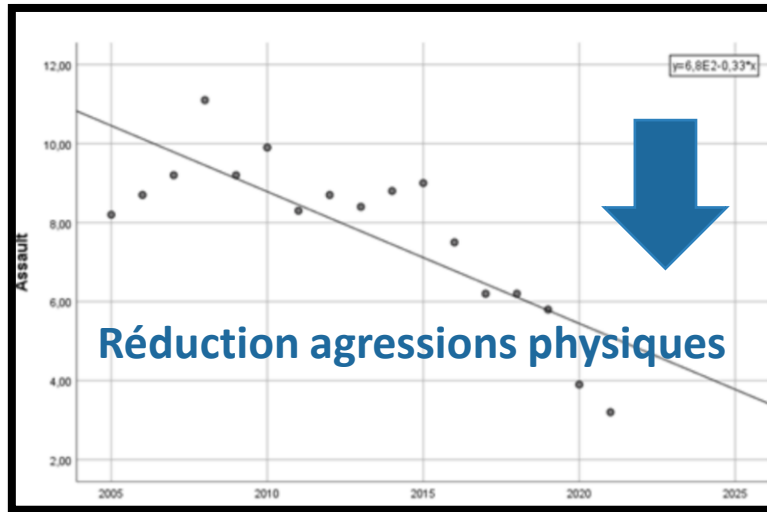
Objectif : *domination, obtenir qqch, exprimer colère/frustration, se défendre, imposer idéologie*



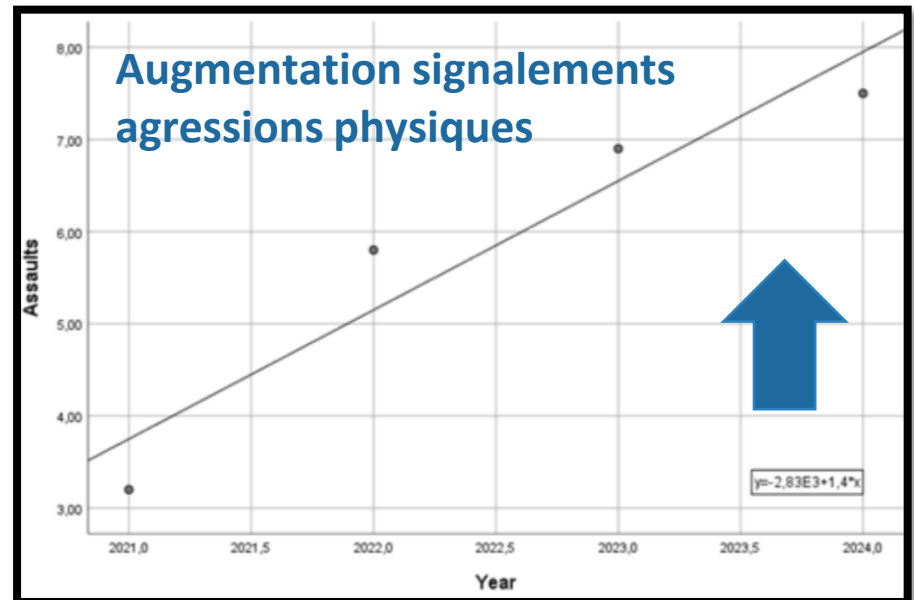
Evolution de la violence



Evolution de la violence (suite)



Violence = « urgence internationale déstabilise les fondations des systèmes de soins de santé et dégrade significativement la santé des populations » (WMA, 2020)



Prévalence violence 12 derniers mois

Population (Sciensano, 2018)

9,7 % Belges 15 ans et plus (dont **2,3% ont subi violence physique**)

Pour 1/4 victime pas d'action suite aux faits de violence



Enseignement (Rapport INSEE France, 2014)

12 % du corps enseignant déclare des menaces ou insultes dans l'exercice de leur métier

46 % des victimes rapportent séquelles (*troubles du sommeil, perte de confiance en soi*)



Prévalence violence 12 derniers mois (suite)

Personnel soignant

Médecins

Variance importante [14,0 % - 73,0%] (Yusoff, H et al., 2023)

Violence physique (Type II) [19,33%] (Li, Y et al., 2020)

Psychiatre > Urgentiste > MG (Nøland, S et al., 2021)

Infirmières [6,0% - 48,5%]

Autres professions de santé [<5% - 40%]

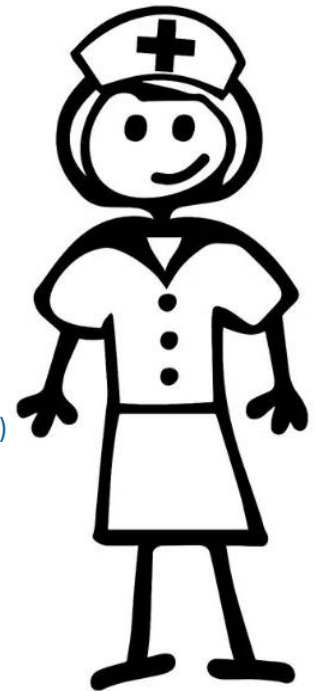
38 % prof. santé monde victimes violence physique moment carrière (OMS, 2022)

Agresseurs (Pompeii, L et al., 2020)

Patient (71,5%) / entourage familial (20,3%) (Type II) > collègues / supérieurs (type III)

H (65,9%) > F (30,1%) ; [21-45 ans]

Soir/nuit > journée



Classification des violences au travail

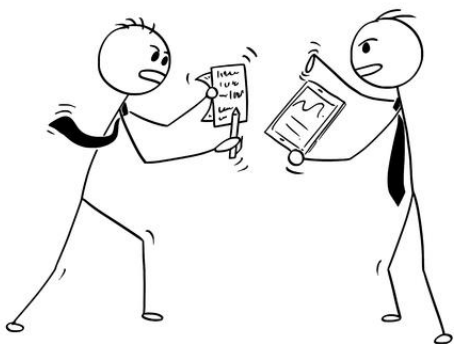
Type 1



Type 2



Type 3



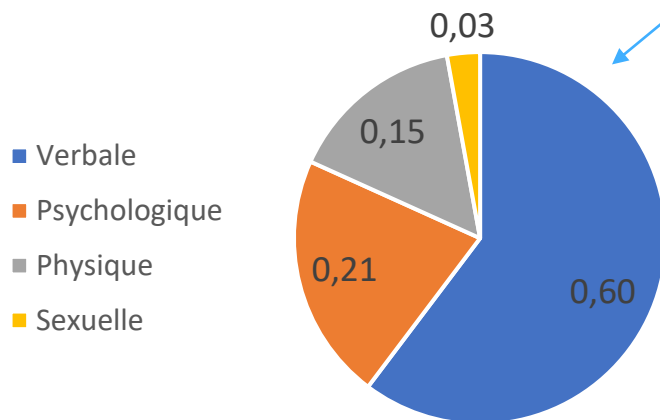
Type 4



C.N. Ordre Médecins de Belgique

Signalements d'agressions par les médecins

Recueil 559 plaintes [2016→2023]
N=54% femmes ; NL(70%)-FR(30%)



Constats

MG > M. Sp

Où : durant la consultation

Cause : désaccord et refus

CSQ : psychologiques > physiques et matérielles

Seulement 152 signalements en 2023 / nbr consult. annuelles !!!

Proportion signalements : BEL (0,4%) vs FRA (0,9%)

**Signalements
(2016-2023) %**

Type d'agression			
	Verbale	337	0,60
	Psychologique	120	0,21
	Physique	86	0,15
	Sexuelle	16	0,03
Spécialité			
	MG	309	0,55
	Inconnu	141	0,25
	Sp. hospit.	45	0,08
	MG en formation	36	0,06
	Sp. non hospit.	28	0,05
Profil de l'agresseur			
	Inconnu	396	0,71
	Passé psychiatrique	104	0,19
	Sous influence	34	0,06
	Passé criminel	25	0,04
Lieu d'agression			
	Salle de consultation	255	0,46
	En ligne (tel, mail)	132	0,24
	Domicile patient	58	0,10
	Hopital	49	0,09
	Inconnu	43	0,08
	Salle d'attente	22	0,04
Causes			
	Désaccord intervention médecin	148	0,26
	Inconnues	163	0,29
	Refus certificat, ordonnance	128	0,23
	Temps d'attente	54	0,10
	Financier	28	0,05
	Patient sous influence	23	0,04
	Incapacité de travail	15	0,03
Conséquences			
	Psychologiques	469	0,84
	Matérielles	33	0,06
	Physique	29	0,05
	Inconnu	22	0,04
	Phy-psy-mat	6	0,01

Agressions des médecins en Belgique

Etude transversale : N=3726 médecins FR/NL belges ; 41,5% Hôpital, 22,1% solo ; âge μ =42 ans

Table 2 Prevalence and types of patient-physician aggression (n=3726)

Type of aggression	During career % (n)	During past 12 months % (n)
Total	84.4 (3144)	36.8 (1372)
Physical	24.2 (903)	14.4 (538)
Verbal	77.2 (2877)	33.1 (1235)
Psychic	41.7 (1552)	30.0 (1116)
Sexual	10.1 (378)	9.5 (353)
Other	1.5 (55)	1.4 (51)
None	15.6 (582)	63.2 (2354)

Humiliation, culpabilisation, menace d'auto-agression, manipulation/incitation, chantage,...

Champ lexical de « violence »



Escalade de la violence

Gravité



« Violence »

Comportement, intention, atteinte intégrité physique/psychologique, dommages irréversibles potentiels

« Agressivité »

Attitude négative d'attaque envers autrui

« Menace »

Intimidation explicite, intention de nuire exprimée, climat d'insécurité

« Hostilité »

Sentiment durable d'animosité, résolution conflit plus difficile

« Conflit »

Opposition explicite, divergence intérêts, opinions, possibilité de résolution

« Tension »

Malaise diffus, crispation latente, sans confrontation directe

Probabilité

Sources de conflits dans la relation M-P ?



Conflit d'intérêt

A priori non, relation M-P fondée sur une alliance contre un « ennemi commun » → **coopération**



Pourtant nombreuses sources de divergence...

- **Objectifs thérapeutiques** : Cure vs Care
- **Moyens** : examens mis en place pour atteindre l'objectif
- **Informations** : besoin d'accès à l'information
- **Préférences** : tropisme pour certains patients / pathologies
- **Rôle** : rôle attendu du médecin ? Rôle attendu du patient ? Désaccord attentes - responsabilités de chacun

Conflit de pouvoir



Evolution de la relation M-P

« Paternalisme » → « Soins Centrés Patient »

Patient souhaite être impliqué, donner préférences, participer aux décisions

Critiques du modèle SCP (Meranius, M. et al., 2020) ; (Pilnick, A., 2022)

- (Sur)valorisation de l'autonomie et de la responsabilité du patient,
- Dégradation de l'autorité et l'expertise médicale,
- **Paradoxalement** traitement moins équitable certains patients (↓ empathie)
- Majoration du risque d'épuisement émotionnel

Conflit de valeurs et Représentation Maladie



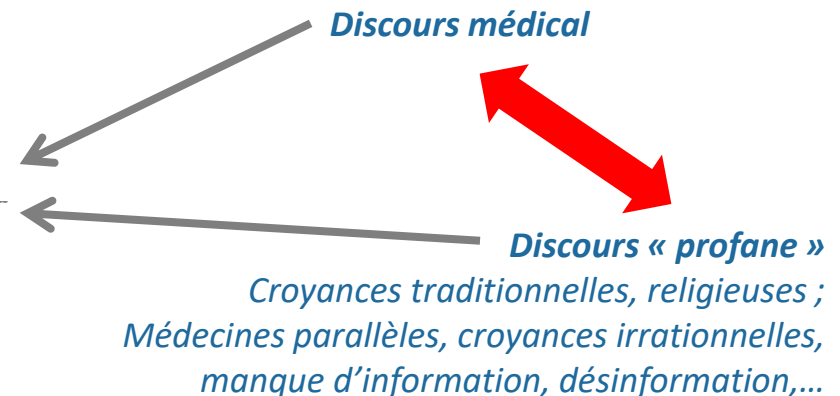
Valeurs = acquises groupe appartenance par socialisation. Stables, implicites, difficilement négociables, structurent représentation du monde, socle identitaire, balance décisionnelle (Rokeach, 1968) ; (Schwartz, 1992)

Conflit de valeurs majoré si

- Distance sociale et/ou culturelle → « **eux** » vs « **nous** » → biais (S→P→D)
- Barrière de la langue

Représentation de la maladie

- **Identité** « *qu'est ce qui m'arrive ?* »
- **Cause** perçue « *pourquoi ?* »
- **Durée** de la maladie
- **Conséquences** perçues
- **Curabilité** et **contrôlabilité** perçue



Conflit affectif

Besoins psychologiques fondamentaux

Se sentir entendu, compris, respecté, reconnu, en confiance, en sécurité, ayant de la valeur, attachement sécuritaire,...

Comment réagit le patient confronté à l'insécurité, à l'angoisse de la maladie...?



Compétence émotionnelle

Identification, verbalisation, rationalisation, communication adéquate des besoins



Régression affective

*Colère, refus, agressivité, défiance, sabotage, passage à l'acte (**violence**)
Projection, résonance*

Attitudes face aux conflits

Résolution primaire

Le conflit est considéré comme néfaste et doit être évité, éliminé, empêché

- évitement/ fuite
- abandon/ soumission
- agressivité, affrontement/ domination



Résolution durable

Le conflit est vu comme une « **opportunité** » (idées nouvelles, émergence, innovation)

- confrontation constructive/ dialogue
- négociation
- médiation
- feed-back qualité (amélioration procédures)



II. Cadre holistique de la violence en médecine



Facteurs de risque patient

Social

- Stress psycho-social (anxiété importante)
- ATCD violence, milieu à transactions violentes
- **Faible littéracie**
 - Mauvaise compréhension du rôle du soignant (attentes « non réalistes »)
 - Modèle explicatif maladie, valeurs
- XP négative préalable avec système de santé (injustice, discrimination)

Psy

- Trb impulsivité, gestions émotions
- Trb borderline (7% en MG)
- Trb usage des substances
- Paranoïa

Médical

- Délirium, intoxication, abus de substance, confusion, douleurs (chroniques), démence fronto-temporale
- Annonce diagnostic péjoratif, maladie fonctionnelle
- Comorbidités (>4)

Personnalité

- Dominance, exigence, revendicateur, colère, simulation, manipulation
- Perversion, psychopathie



Facteurs de risque relationnel

Manque de confiance, empathie, connaissance mutuelle

Sentiment de frustration, **impression de ne pas être entendu, compris respecté**, être traité de manière injuste, inéquitable

Manque de considération pour la demande
Besoins (légitimes) non rencontrés (prescription, certificat)



Facteurs de risque médecin

Savoir & Compétences

- Déficit connaissance prob. du patient
- Faible approche psycho-sociale
- **Faible compétences communication, négociation, gestion de conflit**



Caractéristiques

- Jeune âge (manque d'expérience)
- Genre (H > F violence physique)

Personnalité

- Difficultés personnelles (colère, anxiété, frustration)
- Fatigue (biorythme, sommeil)
- Anxiété, dépression, (pré) burnout
- Névrosisme = prédisposition émotions négatives
- Négligent, réservé

Rôle

- Représentation de son rôle
- Biais négatifs pour type pathologie ou patient

Facteurs de risque organisation des soins

Organisationnel

- Surcharge de travail
- Temps d'attente, accessibilité
- Manque d'information
- Dépersonnalisation instit. (faible qualité d'accueil)
- Continuité & coordination (renvoi, transfert, nouvel intervenant, manque communication entre prof.)
- Procédures bureaucratiques
- Manque de multidisciplinarité
- Pas de politique instit. prévention et support en cas d'agression
- Pas agent sécurité
- Manque de support de la formation
- Manque de support pour difficultés de langue

Localisation géographique

- Densité médicale région
- Gradient socio-économique
- Zone trafic de drogue



Soins et financier

- Procédure intrusive, douloureuse
- Cout des soins (examens complémentaires)
- Assurance

Salle d'attente

- Inconfortable, bruyante, éclairage
- Peu de lieu d'échappatoire (sortie d'urgence)
- Objects dangereux à portée de mains

Facteurs de risque env. macro social

Global

- Politiques et financement soins santé (régional, national, international)
- Environnement législatif (*agression personnel santé circonstance aggravante*)
- Densité de population
- Pauvreté, exclusion sociale, marginalisation

Média

- Messages négatifs envers le système de soins de santé
- Erosion de la confiance du public envers les médecins et les organisation de soins (rupture du contrat social médical)



Sociétal

- Erosion du respect de l'autorité
- Marchandisation de la médecine (patient consommateur de soins)
- Dévalorisation du métier de soignant

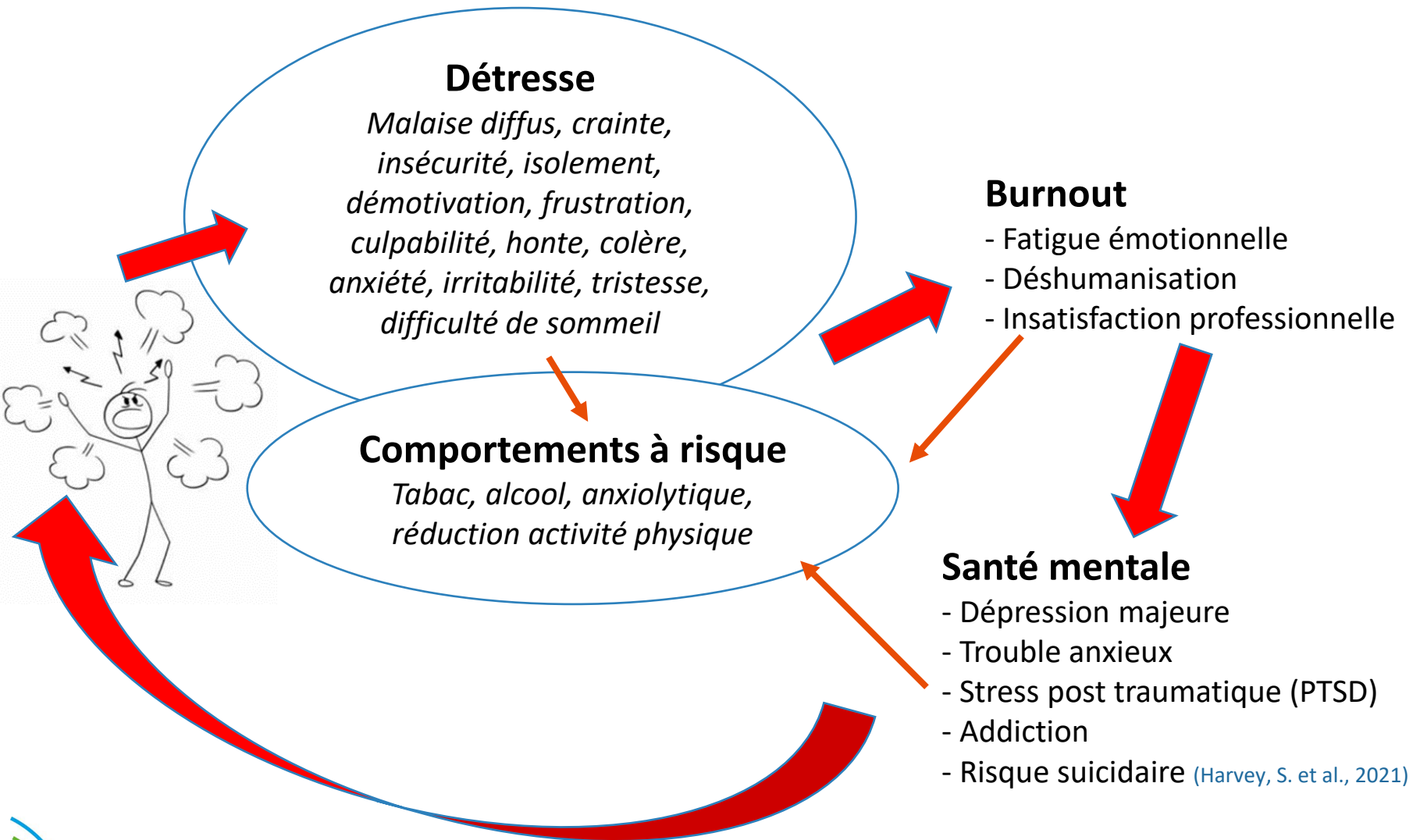
Académique

- Conscientisation de la violence
- Recherche et syst. enregist. violence
- Formation prof. de santé (faculté)
- Guidelines, recommandations

Les conséquences de la violence



Santé mentale



Santé physique, identité et qualité des soins

Blessures, séquelles physiques, décès

5X plus de risque de blessures par rapport autres secteurs activités (USBLS, 2018)

Changement d'« identité professionnelle »

Réorientation professionnelle

Réduction des standards éthiques

Dépréciation contacts patients

Médecine « défensive » (*actes inutiles pour se couvrir*)



Dysfonctionnement organisationnel

Absentéisme (congés de maladie), turnover, rétention personnel

Réduction des performances, productivité

Coût annuel hôpital 750.000 \$ (absentéisme/blessure/ITT) (Lanctôt N. & Guay S., 2014)

Dégradation qualité des soins (Dégradation fonctions cognitives → Erreurs, événement indésirables)

Conflit et dégradation de la qualité des soins

Patient « neutre »



Patient « difficile »



Résultats

Taux erreur diagnostic : patient « difficile » > patient « neutre »

Patient « difficile » : rappel des éléments comportementaux > éléments cliniques

Modes de diagnostic

Intuitif, rapide, basé sur la présentation générale (peu de ressources cognitives)

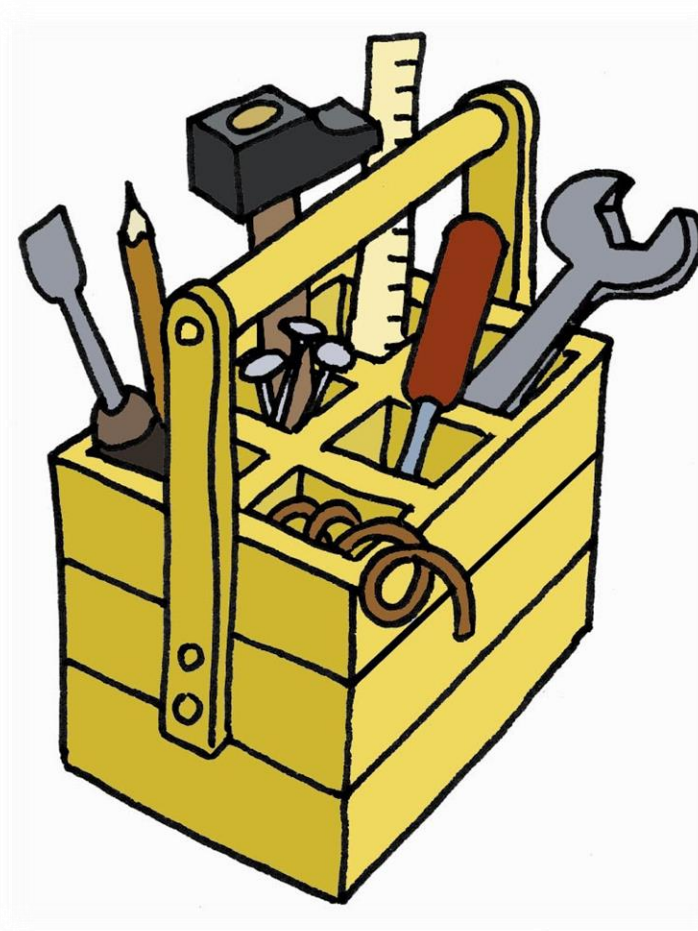
Analytique, plus lent, plus systématique (recherche éléments cliniques pertinents, coûteux cognitivement)

Hypothèses explicatives

Fermeture prématurée de la réflexion (reste première impression)

Pensées intrusives et **saturation des ressources cognitives** dégradent le raisonnement analytique

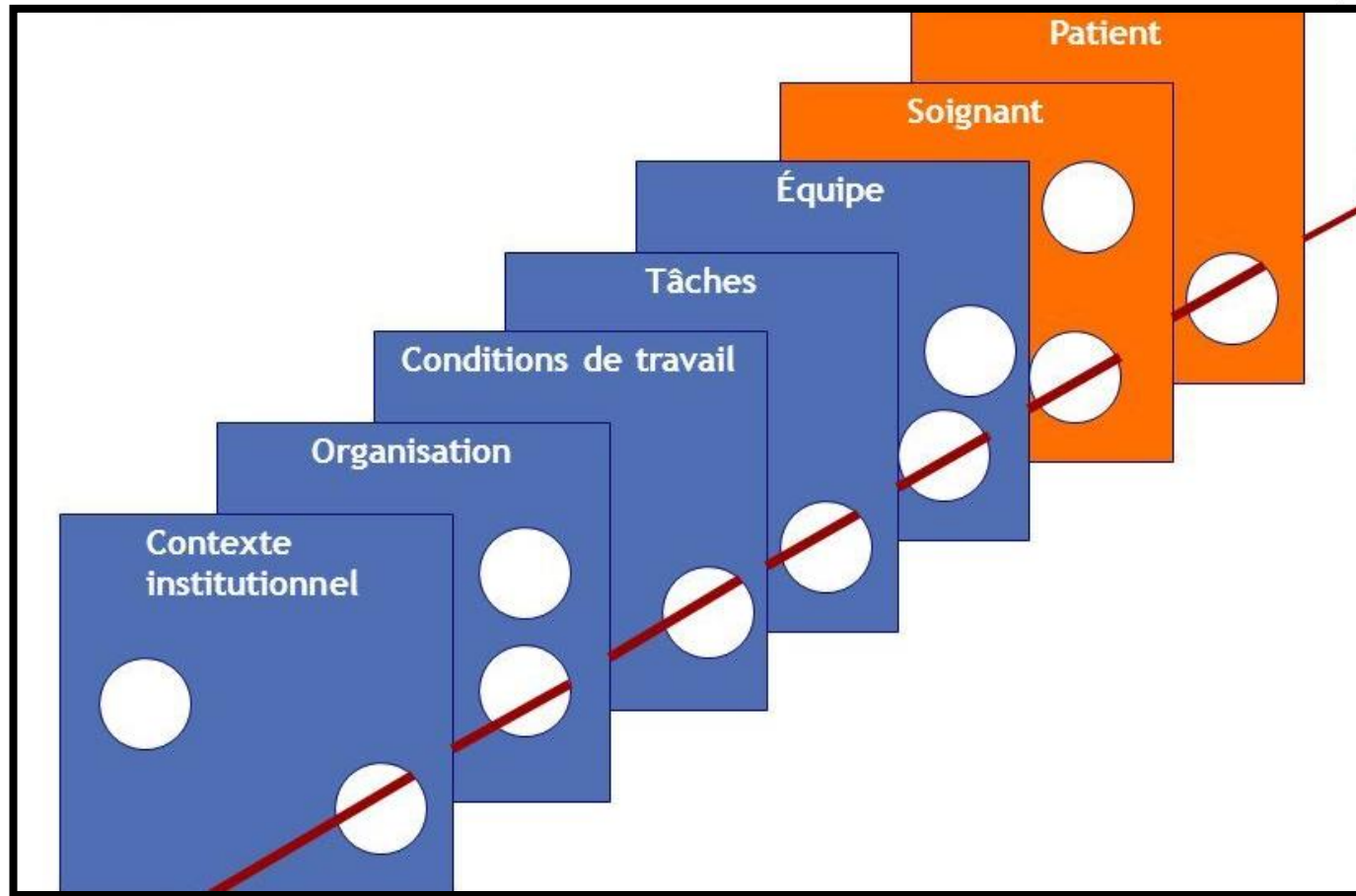
III. La prévention de la violence en médecine



Leviers d'action organisationnels



Modèle de Reason (1990)



Le modèle GRPI (1972)

Goals

Are goals SMART (specific, measurable, attainable, relevant, time-bound)?

Are all goals agreed upon by all members of the team?

Does everyone feel a sense of purpose?

Roles

Does each person have defined responsibilities and authority?

Does each person understand, agree with, and feel satisfied with those responsibilities?

Does each person understand what everyone else does?

Processes and procedures

Is there clear communication between team members?

Who has decision-making authority? How are group decisions made?

What is the mechanism for dispute management?

Interpersonal interactions

Do individuals trust each other? Are all contributions valued?

Do individuals support each other? Is constructive feedback offered?

Is there genuine friendliness in words and gestures among individuals?

Conflit : G > R > P > I



Méthode d'analyse des risques

Le « *risque* » (R) peut se définir comme la **combinaison** de la *probabilité* (P) et de la *gravité* (G) d'un *événement* (ev)

$$R.ev = P.ev \times G.ev$$



Exemple matrice de risques (5x5)

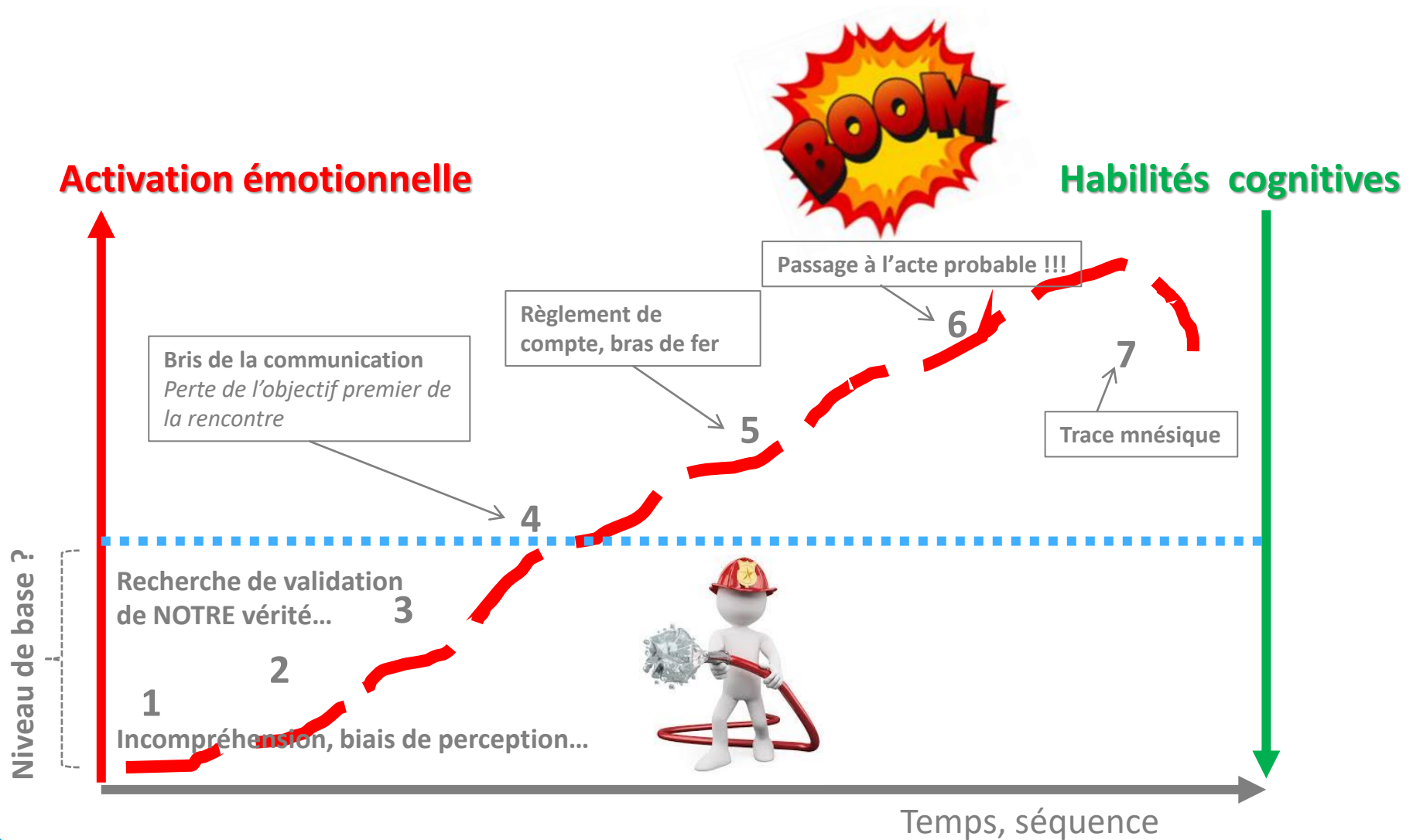
Gravité événement ? (*conséquences si ça se produit*)

Probabilité événement ?	RISQUE	Insignifiant (1)	Mineure (2)	Significative (3)	Majeure (4)	Sévère (5)
	Presque certain (5)	<i>moyen 5</i>	<i>élevé 10</i>	<i>très élevé 15</i>	<i>extrême 20</i>	<i>extrême 25</i>
	Probable (4)	<i>moyen 4</i>	<i>moyen 8</i>	<i>Elevé 12</i>	<i>très élevé 16</i>	<i>extrême 20</i>
	Modéré (3)	<i>faible 3</i>	<i>moyen 6</i>	<i>moyen 9</i>	<i>élevé 12</i>	<i>très élevé 15</i>
	Improbable (2)	<i>très faible 2</i>	<i>faible 4</i>	<i>moyen 6</i>	<i>moyen 8</i>	<i>élevé 10</i>
	Rare (1)	<i>très faible 1</i>	<i>très faible 2</i>	<i>faible 3</i>	<i>moyen 4</i>	<i>moyen 5</i>

Leviers d'action interpersonnels



Étapes de l'escalade du conflit



Stratégie de négociation

Imposer **sa solution**, de force si nécessaire (gagnant/perdant)



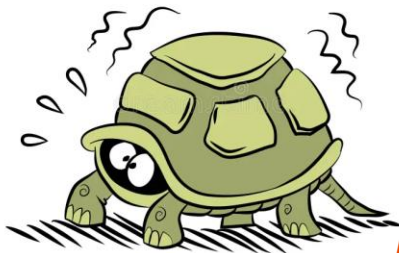
Compétition

Parvenir à une solution mutuellement bénéfique. **Notre solution** (gagnant/gagnant)



Collaboration

Ne pas décider attendre que les choses se passent. **Pas de solution** (perdant/perdant)



Evitement

Accepter **la solution de l'autre** au risque de la subir (perdant/gagnant)



Accommodement

Assertivité

Coopération

Les 5 compétences de la gestion émotionnelle

1. Reconnaître ses émotions (état interne) en temps réel

Reconnaître plus efficace que réprimer, diminue le risque de parasitage = dégradation évaluation, diagnostic, décision, communication non verbale (*posture, ton, micro-expressions faciales...*)



2. Reconnaître les émotions du patients

Validez, donnez de la place et du sens aux émotions du patient

3. Reconnaître la communication non-verbale

Être attentif aux indices non-verbaux (envoyés et reçus)



4. Accepter le feedback « négatif »

Apprendre à accepter la critique, sans se montrer défensif (reconnaître, s'excuser si justifié)

5. Réfléchir à l'occurrence, dans le temps, de ses émotions négatives

Qu'est ce que ce patient suscite en moi ? ; Pourquoi je ressens ça avec ce type de patient ? (curiosité émotionnelle, introspection, réflexivité)

Savoir décaler et activer protocole de fin de suivi

Malgré les efforts résoudre le conflit, l'escalade peut continuer de s'intensifier : patient s'emporte, crie, insulte, est agressif physiquement,...

1. Décaler :

Postposer la consultation à un autre moment, un autre jour

Décrire ce qui pose problème pour nous de manière concise et respectueuse (sans accuser)

« *Il est impossible de vous offrir les soins de vous dans les cris* »

« *Peut-être que nous pouvons vous revoir demain* »

Lors du retour du patient

Analyser brièvement la situation

Clarifier, redéfinir le contrat

Expliquer la situation au patient, **sans à la colère**

(sentiments), rôle de chacun (partenariat)

2. Mettre fin au suivi :

En dernier ressort, ssi étape 1 échouée, incompatibilité totale

Rappel : Article 28 du code de déontologie médicale :

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, **un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.** De même, le médecin **peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède »**



IV. Conclusion et perspectives

De quoi la violence au sein de nos cabinets est-elle le symptôme ?

Conflit (violence) = résultante d'un dysfonctionnement systémique

- Prévention : s'envisager au niveau macro (contexte organisationnel) plutôt qu'au seul niveau micro (P-M)
- Les techniques communicationnelles aident à la gestion du conflit (désescalade) et diminuent le risque de passage à l'acte

Le conflit comme « **opportunité** »

- Relation médicale : donner sens à la colère est souvent thérapeutique (*entendre, reconnaître, transformer*)
- Organisation des soins : permet ajustement, amélioration des pratiques, procédures

Problématique avec CSQ potentielles sévères

- Encadrer jeunes et profils à risque
- Continuer la recherche, particulièrement en première ligne
- Action collective : *Médecine, Autorité, Politique*



Merci pour votre attention



Société Scientifique de Médecine Générale Asbl
Rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles | +32 2 533 09 80 | www.ssmg.be

Références 1

- Abregú-Tueros, L. F., Bravo-Esquivel, C. J., Abregú-Arroyo, S. K., Dos Santos-Rosa, R., & Galve-Manzano, J. L. (2024). Consensus on relevant psychosocial interventions applied in health institutions to prevent psychological violence at work: Delphi method. *BMC Research Notes*, 17(1), 19.
- Breuner, C. C., & Moreno, M. A. (2011). Approaches to the difficult patient/parent encounter. *Pediatrics*, 127(1), 163-169.
- Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo, F., Riba, M. B., ... & Grassi, L. (2022). Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 911-924.
- Dai, X., He, Z., Chu, X., Lei, Q., Wang, J., Chen, W., ... & Shi, X. (2024). Association between workplace violence and post-traumatic stress disorder among healthcare workers in China, 2020 to 2023. *Journal of Interpersonal Violence*, 08862605241297323.
- Giménez Lozano, J. M., Martínez Ramón, J. P., & Morales Rodríguez, F. M. (2021). Doctors and nurses: A systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3280.
- Giusti, E. M., Veronesi, G., Forest, H., Ghelli, M., Persechino, B., Borchini, R., ... & Ferrario, M. M. (2024). Role of turnover, downsizing, overtime and night shifts on workplace violence against healthcare workers: A seven-year ecological study. *BMC Public Health*, 24(1), 1-9.
- Halpern, J. (2007). Empathy and patient–physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 696–700.
- Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., ... & Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), 920-930.
- Kapoor, M. C. (2017). Violence against the medical profession. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 33(2), 145-147.
- Kilmann, R. H., & Thomas, K. W. (1977). Developing a forced-choice measure of conflict-handling behavior: The "Mode" instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 37(2), 309-325.

Références 2

- Kumari, A., Sarkar, S., Ranjan, P., Chopra, S., Kaur, T., Baitha, U., ... & Klanidhi, K. B. (2022). Interventions for workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Work*, 73(2), 415-427.
- Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S., Sarkar, S., & Baitha, U. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), 149-154.
- Lanctôt N, Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Behav.* 19(5):492–501.
- Levinson, W., et al. (1999). Resolving disagreements in the patient-physician relationship: Tools for improving communication in managed care. *JAMA*, 282(15), 1477-1483.
- Li, Y. L., Li, R. Q., Qiu, D., & Xiao, S. Y. (2020). Prevalence of workplace physical violence against healthcare professionals by patients and visitors: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 299.
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications, and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103727.
- Mamede, S., Van Gog, T., Schuit, S. C. E., et al. (2016). Why patients' disruptive behaviours impair diagnostic reasoning: A randomised experiment. *BMJ Quality & Safety*.
- Meranius, M. et al. (2020). Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*, 7(5), 1321-1329.
- Nøland, S. T., Taipale, H., Mahmood, J. I., & Tyssen, R. (2021). Analysis of career stage, gender, and personality and workplace violence in a 20-year nationwide cohort of physicians in Norway. *JAMA Network Open*, 4(6), e2114749-e2114749.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, 98(4), 420-445.
- Pilnick, A. (2022). Reconsidering patient-centred care: Between autonomy and abandonment. *Emerald Publishing Limited*.
- Pompeii, L., Benavides, E., Pop, O., Rojas, Y., Emery, R., Delclos, G., ... & Levine, N. (2020). Workplace violence in outpatient physician clinics: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6587.

Références 3

- James Reason (1990). « The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems », *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, vol. 327, no 1241, p. 475–484
- Rokeach, M. (1968). A theory of organization and change within value-attitude systems. *Journal of Social Issues*, 24(1), 13–33.
- Sanders, J., Thomas, L., Kerr, T., Benita, T., Abela, K., & Ulrich, B. (2023). Interventions to prevent and mitigate workplace violence: Teaming up for a safer environment. *Nursing Management*, 54(8), 20-30.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3).
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theory and empirical tests in 20 countries. In M. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A. J., & Smith, P. (2021). A systematic review: Effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and Health at Work*, 12(3), 289-295.
- U.S. Bureau of Labour Statistics (USBLS). (2018). Workplace violence in healthcare.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: A worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in Public Health*, 8, 570459.
- World Medical Association. (2020). *73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response*.
- Wolfe, A. D., Hoang, K. B., & Denniston, S. F. (2018). Teaching conflict resolution in medicine: lessons from business, diplomacy, and theatre. *MedEdPORTAL*, 14, 10672.
- Yosep, I., Mardhiyah, A., Hendrawati, H., & Hendrawati, S. (2023). Interventions for reducing negative impacts of workplace violence among health workers: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 1409-1421.
- Yusoff, H. et al. (2023). Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 82.
- Zeitoun, J. D. (2024). *Les causes de la violence*. Éditions Denoël.

Annexes

- Masseron, J.-C., & Nion, N. (2023). *Rapport sur les violences à l'encontre des professionnels de santé : 44 propositions pour des soins en sécurité*. Rapport remis au ministre de la Santé et de la Prévention et à la ministre de l'Organisation territoriale et des Professions de santé.
- Conseil national de l'Ordre des médecins. (2023). *Agressions sur les médecins : Examen de l'augmentation du nombre de notifications d'agressions commises à l'encontre des médecins*.

Rapport consultable : <https://ordomedic.be/fr/avis/maladies/toxicomanie/agressions-sur-les-m%C3%A9decins>

- DG Sécurité & Prévention. (2017). *Une pratique médicale sûre : Conseils pour sécuriser votre pratique et votre environnement de travail*.

Rapport consultable : <https://www.ombbw.be/images/documents/brochurebesafe2017.pdfments/brochurebesafe2017.pdf>

- World Health Organization (WHO). Violence Prevention Alliance. Global Campaign for Violence Prevention: Plan of Action for 2012-2020. 2012 Geneva World Health Organization

- NHS. (2024). "Zero Tolerance" guidelines. *Violence prevention and reduction*.

Rapport consultable : <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/violence-prevention-and-safety/>