

VIOLENCES ENVERS LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : BESOINS ET PISTES DE PRÉVENTION

Etude qualitative par focus group menée auprès de
médecins généralistes en Fédération Wallonie-
Bruxelles

Céline Vinel

Promotrice : Dr Véronique Letocart

Année académique 2023-2024

Travail de Fin d'Etudes réalisé dans le cadre du Master
Complémentaire en Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Dr Véronique Letocart, ma promotrice et membre du CAMG, merci pour tes relectures attentives tout au long de ce travail et pour la motivation et les conseils apportés en période de doute,

A tous les médecins participant·e-s de cette étude, merci pour les échanges enrichissants, le temps consacré, l'accueil et l'enthousiasme montré pour le sujet du travail,

A mes parents, merci pour votre soutien indéfectible au fil de ces années ainsi que pour vos relectures et vos commentaires constructifs,

A Angela Willems, mon tandem dans cette aventure depuis 10 ans, merci pour ta disponibilité, pour tes critiques constructives et précieuses. Merci de m'avoir poussée à me surpasser,

A tou·te-s mes collègues et proches pour leur soutien, leurs réponses et leurs relectures, en particulier, à Camille, merci pour notre amitié sans faille et pour tes compétences Word,

A François, merci pour ton soutien, ton aide juridique, ta patience exemplaire et ta présence au quotidien,

A Ivan, merci d'avoir toujours cru en moi, j'espère que tu es fier de moi.

RESUME

Introduction : Ces dernières années, le sentiment d'insécurité augmente en Belgique et le secteur de la médecine générale n'est pas épargné. Plus de deux tiers des médecins généralistes européens rapportent s'être faits agresser au cours de leur carrière. Ces agressions ont un impact significatif sur les victimes mais également sur leur pratique et sur la relation médecin-patient·e. Les médecins généralistes étant à la base du système des soins de santé, la prévention de ces violences est primordiale et cette problématique relève de la santé publique. L'objectif de ce TFE est de comprendre les besoins et les ressources des médecins généralistes pour prévenir et faire face à ces violences.

Méthodologie : L'étude menée est une recherche qualitative par focus group et analyse thématique des verbatims, réalisée auprès de médecins généralistes belges francophones.

Résultats : Quatre groupes de discussion constitués au total de 28 médecins participant·e·s ont été animés et ont mis en évidence leurs besoins et ressources en terme de prévention des situations de violence. Premièrement, les mesures permettant d'éviter l'apparition de violence ont été décrites. Des mesures à l'échelle des patient·e·s, des médecins, de l'environnement de travail et de la société ont été relevées. Dans un deuxième temps, les techniques de gestion de ces situations ont été abordées. L'importance d'une bonne communication, la priorité de sa propre sécurité ainsi que l'appel à un tiers ont été soulignés. L'expérience de pratique est considérée comme un atout. Enfin, la discussion post-agression est capitale pour pouvoir prendre des décisions individuelles et structurelles. Consigner l'incident en interne et par la plainte ont également leur utilité dans ce cadre. Les différents mécanismes de défense des médecins ont également été explorés.

Conclusion : Des pistes existent pour prévenir et gérer ainsi que pour minimiser les conséquences d'une situation de violence. Cependant, elles ne sont pas toutes réalisables et les besoins des médecins généralistes peuvent diverger des théories avancées. De nouvelles pistes ont été mises en exergue dans ce travail. Il serait pertinent de les mettre en œuvre et de mesurer leur efficacité par le biais d'une recherche-action. De plus, il existe un manque de données concernant le nombre de médecins généralistes victimes d'agressions en Belgique. Il est capital d'obtenir ces chiffres via une étude quantitative à l'échelle nationale afin d'interpeller les politiques sur le sujet.

Mots clés : prévention, agression, violence, médecin généraliste, relation médecin-patient

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OMS : Organisme Mondial de la Santé

BMJ : British Medical Journal

TFE : Travail de Fin d'Etudes

MG : médecin généraliste

DÉFINITIONS

Violence

Selon l’OMS, la violence est définie comme la menace ou l’utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d’entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou une carence. La violence est devenue l’un des problèmes majeurs de santé publique à notre époque (1)

Selon le dictionnaire Larousse, il s’agit du « *caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice* » (2)

Les différentes études mentionnées dans ce travail distinguent quatre types de violence : physique, verbale, psychologique et sexuelle.

Agression

Selon le dictionnaire Larousse, il s’agit de « *l’attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu’un, contre un pays : Une femme victime d’une agression. Guerre d’agression. 2. Attaque d’ordre psychologique ou physiologique due à l’environnement.* » (2)

Prévention

Selon l’OMS, la prévention est « *l’ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l’incidence des maladies, des accidents et des handicaps* »(3). Les trois niveaux de prévention – primaire, secondaire et tertiaire - seront abordés dans ce travail.

En accord avec mes valeurs, ce travail est rédigé en écriture inclusive. Les termes épiciènes ont été privilégiés afin d’augmenter la lisibilité du travail et le point médian est utilisé en cas de nécessité.

Table des matières

1. Introduction	7
1.1. Motivation personnelle	7
1.2. Cadre théorique	7
2. Méthodologie	10
2.1. Définition de la problématique	10
2.2. Revue de littérature	10
2.3. Entretiens exploratoires	11
2.3.1. Contact de l'organisme Médecins en Difficulté	11
2.3.2. Participation au Symposium organisé par l'Ordre des Médecins	11
2.4. Construction de la méthode d'analyse	12
2.4.1. Choix de la méthodologie.....	12
2.4.2. Création du guide d'entretien	12
2.4.3. Soumission du dossier au Comité Ethique.....	13
2.4.4. Recrutement des participant-e-s et déroulement des focus group	13
2.4.5. Analyse des résultats thématiques via verbatims.....	14
3. Résultats	15
3.1. Anticiper la tempête	17
3.1.1. Identifier les récifs.....	17
3.1.2. Naviguer en terrain connu	18
3.1.3. Un navire bien agencé.....	19
3.1.4. Le capitaine à la barre	20
3.1.5. Le capitaine n'est rien sans son équipage	20
3.1.6. Alpha Bravo Charlie	21
3.1.7. Toujours porter son gilet de sauvetage.....	21
3.1.8. Le même code pour tou-te-s.....	22
3.1.9. Mesures sociétales.....	23
3.2. L'art de naviguer en eaux troubles	26
3.2.1. Mettre sa ligne de vie.....	26
3.2.2. "Mayday Mayday Mayday"	27
3.2.3. Communication is key – ajuster les voiles.....	27
3.2.4. Tel un vieux loup de mer.....	29
3.3. Garder le cap	30
3.3.1. Debriefing post-navigation	30
3.3.2. Consigner dans le carnet de bord.....	31
3.3.3. Mécanismes de défense	32
3.3.4. La plainte.....	32
3.3.5. Formulaire d'agression de l'Ordre des médecins.....	33
4. Discussion	34
4.1. Confrontation des résultats à la littérature	34

4.2. Limites et biais.....	42
4.3. Perspectives	44
Guide pratique : stratégies de prévention de situations de violences à destination des médecins généralistes	45
5. Conclusion.....	47
6. Bibliographie	48
7. Annexes.....	50
Annexe 1 : Résumé des notes prises lors du symposium de l'Ordre des Médecins du 20/10/2023.....	50
Annexe 2 : guide d'entretien version 3 datant du 01/02/2024	52
Annexe 3 : Autorisation du comité hospitalo-facultaire à mener l'étude.....	53
Annexe 4 : présentation des termes et de la situation belge dans le cadre des focus group.....	54
Annexe 5 : Analyse des données.....	56
Annexe 6 – Caractéristiques individuelles des participant-e-s des focus group .	86
Annexe 7 : Réactions à chaud après chaque focus group (FG).....	88
Annexe 8 : Tableau des questions à se poser lors d'un processus de consultation issu de l'étude <i>Occupational violence and staff safety in general practice</i> , Moylan S. 2017	89

Table des matières des figures et tableaux

1. Figure 1 : Prévalence des violences chez les participant-e-s de l'étude De Jager et al 2019	8
2. Figure 2 : Evolution du nombre de signalements d'agressions - Ordre des Médecins.....	9
3. Figure 3 : Classification des résultats de l'étude	16
4. Figure 4 : Techniques de gestion de violence liées au maintien du lien thérapeutique	39
1. Tableau 1 : caractéristiques des participant-e-s aux focus group	15

1. Introduction

1.1. Motivation personnelle

« Monsieur X, bonjour. Je vous en prie, installez-vous. » Début de consultation banal, mais rapidement, les plaintes du patient se concentrent sur ses parties génitales. J'ai beau être systématique, les plaintes restent très vagues et il n'y a a priori pas de raison de s'inquiéter. Il insiste pour que je l'examine. Mal à l'aise, j'obtempère, lui propose de baisser son pantalon et de s'asseoir sur la table d'examen tandis que je me retourne pour enfiler des gants. Je reviens, Monsieur est debout, le pénis en érection. Il ne semble pas gêné et refuse de s'asseoir, je me vois contrainte de m'abaisser pour l'examiner. Je l'examine rapidement, me relève et lui indique qu'il peut se rhabiller avant de quitter la pièce, le ventre noué. Heureusement, une de mes maîtres de stage était disponible et j'ai pu aller lui faire part de la situation. Elle m'a écoutée et conseillée pour que je puisse clôturer la consultation. Cet épisode m'a affecté durant plusieurs jours.

« J'accueille un patient dans le cabinet, on s'installe, je commence l'anamnèse, j'ai l'impression qu'il n'est pas concentré [...] Jusqu'à ce que je me rende compte qu'il était en train de se masturber devant moi. Là, j'ai bloqué, je n'ai pas su quoi faire ».

« Tu vois Céline, j'ai une porte derrière mon bureau. Et où que je sois, assise à mon bureau ou en train d'examiner le patient, j'ai une porte de sortie à laquelle le patient n'a pas accès. C'est l'élément le plus important de mon cabinet ».

Ces témoignages ainsi que mon expérience – que je n'ai pas qualifiée sur le moment de violente, m'ont fortement interrogée sur l'acceptabilité de la violence en médecine générale.

1.2. Cadre théorique

Ces dernières années, le sentiment d'insécurité en Belgique augmente au sein de la population (4) et malheureusement, les médecins généralistes (MG) ne sont pas épargnés.

En Europe, plus de deux tiers des médecins généralistes rapportent s'être fait agresser au cours de leur carrière et les violences physiques ont augmenté de 80% en deux décennies (5)

Ces agressions ont un impact significatif sur les médecins victimes, pouvant entraîner des troubles de la concentration, une écoute moindre à l'égard des patient·e·s, une rupture du lien thérapeutique, une détresse psychologique pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel, une augmentation des prescriptions répondant à une demande injustifiée, une baisse de l'estime de soi voire une diminution de l'implication dans la pratique pouvant conduire à un changement d'orientation de carrière (6–8).

Les médecins généralistes sont le premier point de contact des patient·e·s et sont à la base de notre système de soins de santé. Ces violences et leurs conséquences sont donc un enjeu de santé publique.

Selon l'étude nationale belge menée auprès de plus de 3700 médecins et parue dans le BMJ en 2019 (9), 84.4% des médecins participant·e·s ont été agressés durant leur carrière, dont 37% dans les 12 derniers mois. Les agressions ont lieu en grande majorité au sein du cabinet de consultation. Les violences verbales (insultes, menaces) et psychologiques (chantage, humiliations, reproches) sont les plus fréquentes (*figure 1*).

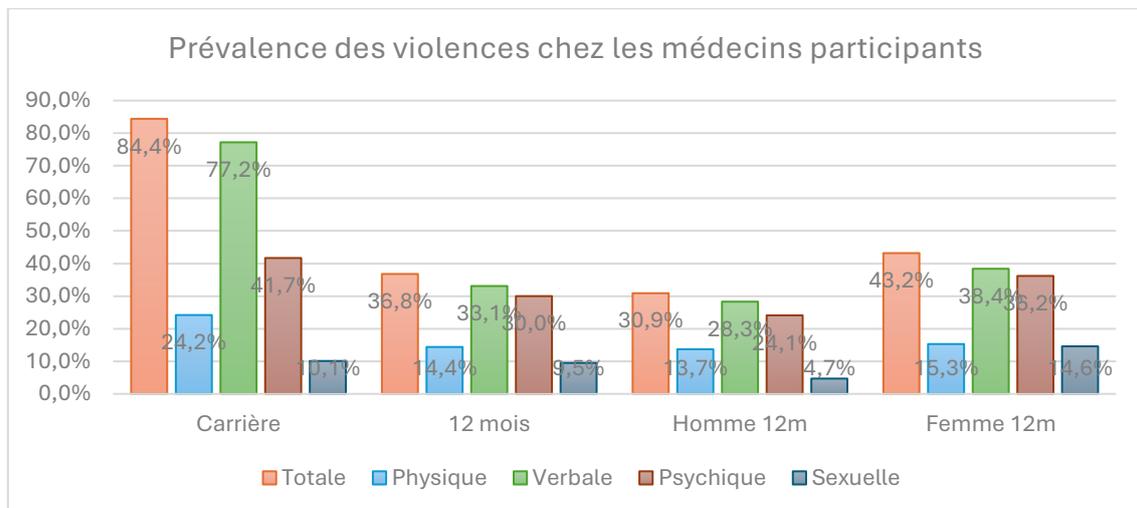


Figure 1: Prévalence des violences chez les participant·e·s de l'étude De Jager et al 2019

L'Ordre des Médecins (ODM) rapporte une augmentation significative des signalements d'agression depuis 2021 (10) Ce chiffre a doublé entre janvier 2022 et octobre 2023 (*figure 2*).

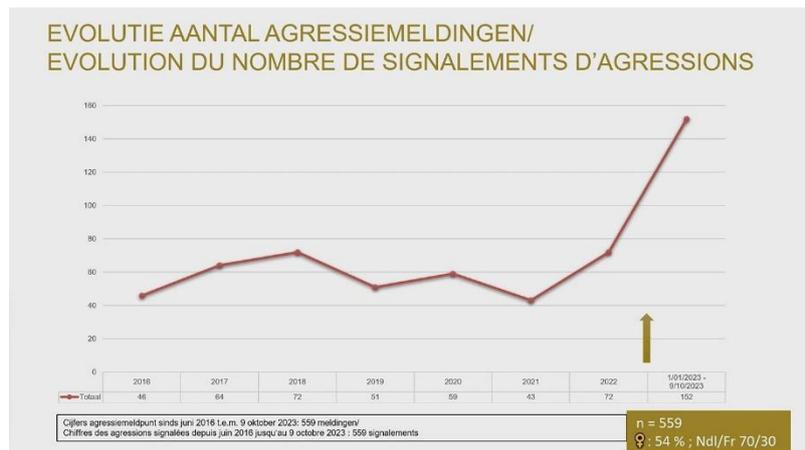


Figure 2 : Evolution du nombre de signalements d'agressions - Ordre des Médecins

Ces chiffres concordent avec les résultats des études internationales traitant des agressions en médecine générale (5,8,11-13) et elles prouvent l'importance de ce phénomène. L'étude De Jager (9) met également en exergue le profil des médecins plus à risque d'être victime de violence, à savoir les médecins de première ligne.

Un nouveau projet de loi a été approuvé par la Chambre des Représentants ce 11 janvier 2024. Celui-ci prévoit un alourdissement des peines pour les délits et crimes de violence perpétrés contre les médecins (et autres professions sociétales protégées), allant de 3 à 5 ans d'emprisonnement. Ces délits étaient auparavant passibles d'une peine d'emprisonnement d'1 à 3 ans (14,15).

La relation médecin-patient·e est au cœur du métier de médecin généraliste. Pourtant, celle-ci peut être brisée par une agression verbale, psychologique, physique ou sexuelle envers le ou la médecin. Iel peut garder des séquelles physiques et/ou psychologiques de cet incident, qui peuvent impacter sa pratique médicale mais également sa vie privée et sa santé (6,16)

L'ODM s'y intéresse d'ailleurs fortement et cherche à étoffer les statistiques d'agression afin de pouvoir intervenir de manière efficace.

J'ai eu l'occasion de participer à leur Symposium le 20 octobre 2023 à Bruxelles qui traitait du sujet, et qui avait pour objectif de sensibiliser les médecins présents à la problématique. Le Dr Frédéric Thys, un des intervenant·e-s, a notamment insisté sur l'importance de la mise en œuvre de moyens de prévention de ces agressions. Il a

également été souligné que les médecins de première ligne sont les plus à risque de violences, pourtant le focus a été placé sur la médecine hospitalière (Annexe 1).

Malgré la lumière faite sur ce sujet, il n'existe aucune guideline *evidence based* de moyens de prévention efficaces des violences faites aux médecins généralistes et les chercheurs·euses mettent ce gap en exergue (11–13,17–19). Les pistes de solution apportées sont majoritairement théoriques et amenées par des experts (18).

Je me suis donc posé les questions suivantes :

- Comment font les médecins généralistes pour gérer les violences des patients ?
- Y a-t-il des outils, stratégies efficaces pour prévenir ces violences ?
- Quels sont les besoins des médecins généralistes pour prévenir les violences qu'ils subissent ?

Il serait dès lors pertinent d'évaluer les besoins et les ressources des médecins généralistes pour pouvoir prévenir et faire face à ces agressions.

L'objectif de ce TFE est donc de faire émerger les besoins et les pistes de solution des médecins généralistes en matière de prévention des agressions subies au sein de leur pratique. L'objectif secondaire est d'établir un guide pratique de ces pistes de solution qui pourront être reprises par les médecins généralistes pour les aider à prévenir et à faire face à ces violences.

2. Méthodologie

2.1. Définition de la problématique

Pour définir ma question de recherche, je me suis basée sur mon questionnement personnel ainsi que d'une revue de la littérature existante sur le sujet.

2.2 Revue de littérature

J'ai effectué ma recherche en littérature sur les plateformes Pubmed, Embase et PsycInfo. Cette revue de littérature ne se prétend pas exhaustive.

Seuls les articles dont le texte était entièrement disponible et rédigé en français et en anglais ont été sélectionnés. Je n'ai également retenu aucun article dont la date de parution précède l'année 2000 sauf l'article de Hobbs et al(7) qui est une référence récurrente dans les articles retenus et que je trouvais pertinente dans le cadre de ce travail. Au total, 24 articles ont été retenus après lecture de l'abstract. 21 ont finalement été sélectionnés après lecture intégrale.

Equation de recherche PubMed : (((violence[MeSH Terms]) OR (workplace violence[MeSH Terms])) AND (general practice[MeSH Terms])) NOT (domestic violence[MeSH Terms])) NOT (family violence[MeSH Terms])

J'ai également consulté en parallèle Google Scholar, le site de l'ordre des Médecins(6-8) et Doc'CISMEF et BDSF mais n'ai retenu aucun article de ces deux bases de données. Mots-clés utilisés : *violence + médecine générale*

La recherche d'articles a été effectuée entre le 27 janvier 2023 et le 30 octobre 2023.

2.3. Entretiens exploratoires

2.3.1. Contact de l'organisme Médecins en Difficulté

Le 12 mai 2023, j'ai eu un entretien via l'application Teams avec Madame Pascale Senny, chargée de mission à l'organisme « médecins en difficulté ». Je l'ai contactée par mail le 27 avril 2023. Mon objectif était de pouvoir obtenir des statistiques sur le nombre de médecins agressés, de discuter avec elle des profils des médecins qui font appel à Médecins en difficulté, de comprendre quels sont les types de violence les plus récurrents. Malheureusement, Madame Senny n'a pas pu me procurer de statistiques – elle n'y avait pas accès, mais m'a transmis le travail de recherche de l'HUDERF concernant les violences au travail à l'hôpital (20). Elle m'a également expliqué que le nombre de signalements des agressions était probablement minoritaire par rapport au nombre réel d'agressions, ce qu'elle déplorait.

2.3.2. Participation au Symposium organisé par l'Ordre des Médecins

Le 20 octobre 2023, l'Ordre des Médecins a organisé un Symposium intitulé « Agressions dans les soins » à Bruxelles (21).

Les différents intervenant·e·s, dans l'ordre d'apparition étaient : Dr Deneyer, co-auteur de l'étude belge « *Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: Physician characteristics and aggression types* »(9), Pr Frédéric Thys, directeur du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC), Geert Berden, infirmier en chef d'un service d'urgences, Emilie Maroit, psychologue du personnel au GHDC, et le Dr Christian Mélot, président du Conseil Provincial Bruxelles-Brabant-Wallon de l'ODM. Les notes prises lors de ce symposium sont disponibles en annexe (Annexe 1).

2.4. Construction de la méthode d'analyse

2.4.1. Choix de la méthodologie

La technique d'étude qualitative par « focus group » ou « groupe focalisé » a été retenue. Cette méthode me paraissait la plus appropriée pour étudier le vécu des médecins et mieux cerner leur expérience car elle consiste en une discussion de groupe, guidée par des questions pré-écrites. Les intervenant·e·s ont toutefois la possibilité d'orienter la discussion comme iels le veulent. La force de la méthode repose sur la dynamique de groupe(22) et permet de susciter l'intelligence collective pour amener à des pistes de solution.

Enfin, après discussion avec des collègues, je me suis rendu compte que discuter en groupe d'un sujet sensible, tel que les violences subies, permettait paradoxalement de libérer plus facilement la parole grâce aux témoignages de pairs et au partage d'expérience.

Afin de pouvoir récolter les données les plus diversifiées possibles, il m'est apparu important d'organiser plusieurs focus group composés de participant·e·s d'origine, de pratique et de milieux différents.

2.4.2. Création du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé sur base de la littérature et des questions personnelles. Il a été relu et ajusté par ma promotrice. J'ai présenté la revue de littérature, les objectifs du TFE et le guide d'entretien (pertinence et intelligibilité des questions) lors d'un GLEM regroupant 7 médecins à Bouge le 05/03/2024. Ces dernier·e·s ont validé le guide, et ont

montré un enthousiasme pour la question de recherche. Nous avons pu discuter de la problématique qui semblait très présente au sein du groupe.

Une subtilité a été apportée à la question « D'après votre expérience, qu'est-ce qui vous semble utile, qu'est-ce qui pour vous est efficace pour gérer ces situations pour éviter qu'elles ne dégénèrent ? ». Celle-ci est devenue « d'après votre expérience **ou les témoignages que vous avez entendus** [...] » afin de permettre une inclusion de tou·e·s les participant·e·s.

Le guide d'entretien était le même pour tous les focus group, cependant j'ai ajouté la question « Avez-vous fait appel à de l'aide ou auriez-vous aimé en avoir ? » pour le 2^e focus group et les suivants car un participant du premier focus group a relevé cette nécessité dont il n'a pas pu bénéficier.

Le formulaire d'agression de l'ODM a été exposé et expliqué aux intervenant·e·s. Le but était de récolter leur avis sur la question et d'avoir leur avis quant à l'utilité de celui-ci en post-agression.

2.4.3. Soumission du dossier au Comité Ethique

Le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) a estimé que le projet de TFE nécessitait l'accord du comité hospitalo-facultaire (CHF) de Saint-Luc. J'ai donc transmis tout le dossier au CHF, qui a décidé le 23 janvier 2024 qu'un avis favorable du CHF n'était pas requis (Annexe 2).

2.4.4. Recrutement des participant·e·s et déroulement des focus group

Recrutement des participant-es

Le recrutement s'est fait par l'envoi d'un mail à différents médecins dans les provinces de Namur, Liège et Bruxelles par le biais de mes contacts personnels et par publication d'un post sur le réseau social « Facebook » dans différents groupes de médecins généralistes belges francophones le 2 janvier 2024. J'espérais recruter entre 6 et 12 personnes par focus group. L'objectif était d'animer minimum 3 focus group afin d'illustrer au mieux les différents milieux et de pratiquer différentes. 4 groupes ont finalement été sélectionnés.

Les focus group devaient se dérouler entre le 07 février 2024 et le 20 mars 2024, mais suite à des désistements et des changements d'horaire, ils ont eu lieu entre le 06 mars 24 et le 29 mars 2024.

Les groupes ont été sélectionnés et formés selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Médecin généraliste
- Pratique en région Wallonie-Bruxelles
- Langue parlée : français

Critères d'exclusion :

- Médecins spécialistes
- Pratique intra-hospitalière
- Médecins en formation

Déroulement des focus group

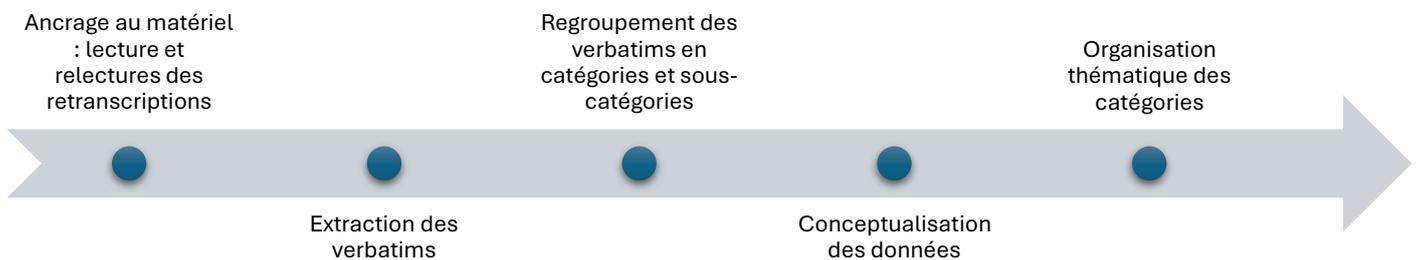
- Explication du déroulement et des objectifs de l'étude, demande du consentement oral des participant·e·s à la participation, explication de la non-obligation de réponse et de l'arrêt de la participation possible à tout moment ainsi que de l'anonymisation des données durant la retranscription.
- Courte présentation du contexte belge et des définitions des termes importants (violence, agression) (Annexe 4)
- Déroulement des focus group sur base du guide d'entretien (Annexe 2) : enregistrement vocal via dictaphone.
- Proposition d'envoi des résultats de mon TFE aux participant·e·s.

2.4.5. Analyse des résultats thématiques via verbatims et conceptualisation des données

Les enregistrements vocaux ont été intégralement retranscrits mot à mot puis détruits. J'ai consigné mes réflexions après chaque focus group (Annexe 7). Les retranscriptions sont disponibles en annexe dans un deuxième document, ceci dans un souci de lisibilité (Annexe 9). Une attention particulière a été apportée pour respecter l'anonymat des

participant·e·s : chaque participant·e s'est vu attribuer un numéro, précédé par la lettre P pour « participant·e » (P1, P2 etc.).

L'analyse a été construite par classement thématique et conceptualisation, issue du cours Moodle « Etudes qualitatives : résultats et discussion » des Dr Ségolène Rouffignac et Gilles Cornelis (23). Les verbatims extraits ont été étiquetés et regroupés en catégories et sous-catégories (Annexe 5). Ils ont ensuite été classés dans des catégories qui ont été conceptualisées par la suite. Un verbatim a été intégré afin d'illustrer chaque sous-catégorie. Les verbatims ont été reclassés maintes fois au fil de l'analyse afin d'affiner cette dernière.



3. Résultats

Les quatre groupes de discussion composés des médecins répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, ont été animés par moi-même. Un ami m'a aidé pour la prise de notes.

Tableau 1 : caractéristiques des participant·e·s aux focus group

N° group (FG)	Années de pratique	de Milieu	Type de pratique	de Nombre participants	de Genre
FG 1	29 à 42	rural	solo	4 (désistement de 2 personnes)	2 femmes, 2 hommes
FG 2	4 à 24	urbain (petite ville)	groupe, maison médicale	9	9 femmes
FG 3	5 à 44	semi-rural	solo, groupe	11	8 hommes, 3 femmes
FG 4	4 à 29	urbain (capitale)	groupe, maison médicale	6	2 hommes, 4 femmes

Les noms des participant·e·s ainsi que toute donnée démographique ont été anonymisés, les données individuelles du *Tableau 1* sont retrouvées en annexe (Annexe 6). Les entretiens ont duré entre 1 heure et 2 heures. La saturation des données n'a pas été atteinte cependant des éléments récurrents sont rapportés dans les différents focus groups.

Ayant le pied marin, l'analogie du monde de la voile m'a semblé cohérente par rapport à ma question de recherche. Une consultation est comparable à une croisière. Les résultats présentés ci-dessous suivront donc ce fil conducteur. Tout d'abord, le capitaine est attentif·ve aux bonnes conditions de navigation. Il vérifie les courants et les potentiels récifs (facteurs favorisant d'une agression). Le départ se fait généralement par une météo clémente, mais celle-ci peut vite se dégrader (agression). Il est alors nécessaire d'ajuster les voiles et il est parfois judicieux de modifier son cap pour arriver à bon port (gestion d'une situation de violence). Enfin, le bateau peut être secoué par les intempéries et des réparations peuvent s'avérer nécessaires (stratégies de coping).

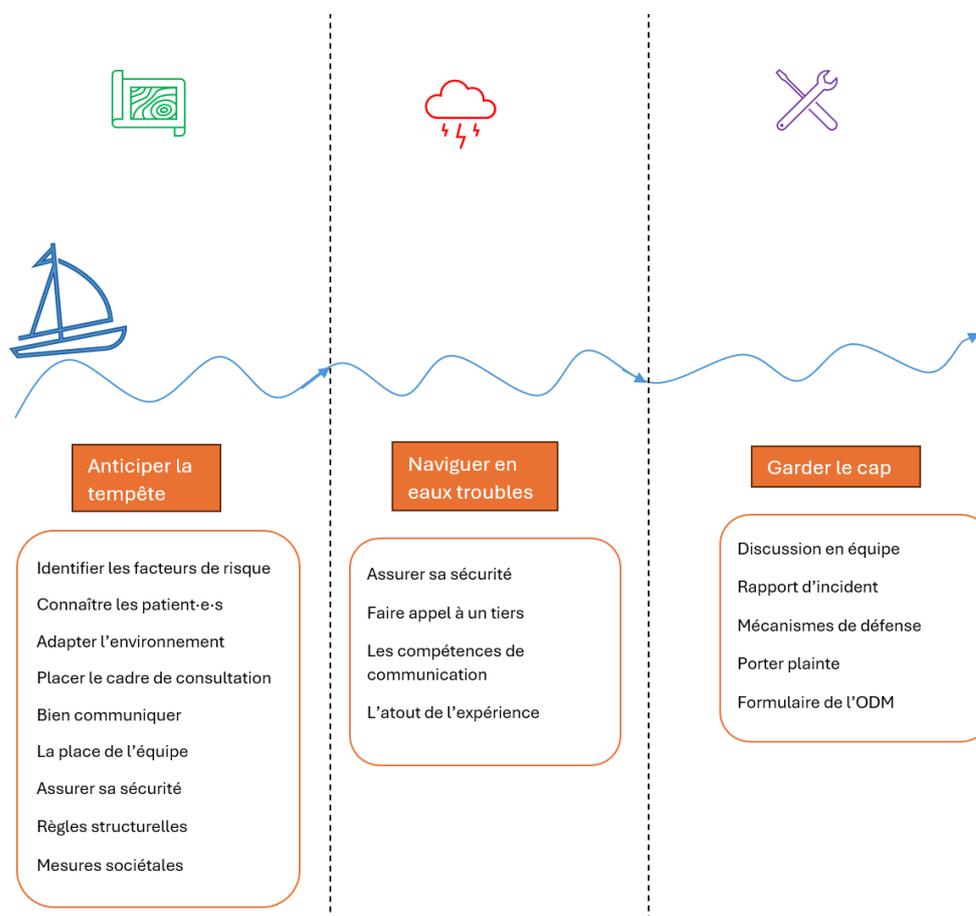


Figure 3 : Classification des résultats de l'étude

3.1. Anticiper la tempête

Lorsqu'une tempête se prépare, il est primordial d'identifier le sens du vent et d'agir rapidement afin de contourner voire d'éviter le déchaînement des éléments. Néanmoins certaines situations de violence peuvent être comme la mer : imprévisibles.

« On ne sait jamais savoir la réaction de quelqu'un devant vous. C'est quelque chose d'imprévisible. » P9FG3

Cependant, plusieurs pistes sont identifiées comme efficaces pour diminuer le risque et prévenir les situations de violence.

3.1.1. Identifier les récifs

Les troubles psychotiques

Les médecins participant·e·s s'accordent à dire que les patient·e·s souffrant de trouble psychotique ont plus de risque de les agresser. Leur pathologie peut les rendre imprévisibles. La communication peut alors être coupée. Il est **important d'assurer un bon suivi** de ces patient·e·s pour pouvoir notamment prévenir les phases paranoïdes.

« J'ai quand même quelques psychotiques, des vrais ouais quand ils viennent je suis super méfiant. Je suis un gentil garçon, je fais profil bas. » P2FG1

« Faut qu'il soit bien suivi. [...] Il faut qu'ils prennent bien leur neuroleptique [...] Puis il faut encore qu'ils prennent leur traitement et qu'ils le suivent bien. » P1FG1

Les assuétudes

Les patients sous influence d'alcool et d'autres substances ont plus de risque de devenir violents à l'égard des médecins. En effet, iels se retrouvent en position vulnérable en tant que prescripteur ou prescriptrice des produits.

« Dans les situations à risque il y a tout ce qui est assuétudes et notamment assuétudes à des médicaments où on est prescripteurs » P4FG4

Les refus de demandes injustifiées

Refuser les demandes qualifiées d'injustifiées est également des sources possibles de violence. Il émerge un ressenti d'un certain impact du consumérisme actuel ainsi qu'un lien avec la période de pléthore de médecins.

« Effectivement en général parce qu'ils ne sont pas contents, parce qu'ils veulent avoir quelque chose et qu'on ne répond pas à leur demande [...] tout ce qui est demandes de certificats et de bazar et « j'ai droit à ». » P2FG2

« [...] [la période de pléthore] c'était le médecin, un mec qui travaillait tout seul, qui avait avec la femme qui travaillait pas, qui avait deux gosses à charge et qui devait absolument boucler la fin de mois... Ben oui bien sûr que je vais vous prescrire ce que vous voulez. Bien sûr que je vais me déplacer à 3 h du matin pour votre nez qui coule... et donc peut être que ça engendré ça » P5FG2

Une responsabilité partagée

Les situations à risque ne sont pas seulement amenées par les patient·e·s. En effet, les médecins peuvent également être aux prises de leurs émotions et ainsi amorcer une situation de violence. Dès lors, le fait de **conscientiser ses émotions** pourrait permettre de prévenir une telle situation. Le **long temps d'attente** est également mentionné comme catalyseur de violence. Cependant, en tant que soignant·e, il est parfois difficile d'être ponctuel·le car certaines situations complexes nécessitent du temps et ne peuvent être bâclées.

« Parce que je me rends compte aussi que moi, quand je gère, quand y en a eu deux ou trois... après le suivant, je vais un peu l'attiser... tu vois, il m'emmerde. Celui-là, il va prendre pour les autres. Il y en a je les pique un peu puis je me dis « mais attends, un jour tu vas te prendre un poing ». » P4FG2

*« [...] M*** avait 40 minutes de retard parce qu'il avait eu un cas compliqué et le mec est parti en gueulant en disant que c'était intolérable » P2FG2*

3.1.2. Naviguer en terrain connu

Bien connaître les patient·e·s est capital. Non seulement cela permet de diminuer l'incidence des violences grâce à la force du **lien thérapeutique**, mais également de

pouvoir déceler des comportements inhabituels et ainsi s'appuyer sur ce lien pour pouvoir gérer des situations compliquées.

« Notre force est d'avoir des patients fixes. Evidemment, si on prend le tout venant en consultation, les risques sont multipliés tandis que quand ce sont des populations bien définies qui fréquentent la structure, on voit tout de suite s'il y a un problème. [...]» P1FG4

3.1.3. Un navire bien agencé

Il est important de se sentir en sécurité pour pouvoir mener son navire à bon port, tout comme pour mener une consultation. Un **cadre sécurisant** permet d'amener une sérénité dans la pratique. Avoir un **accès de sortie** en prévention d'une potentielle agression est primordial. Toutefois, ce n'est pas toujours architecturalement possible, et il faut pouvoir atteindre la porte en cas d'agression.

« Quand on a dû refaire des cabinets médicaux, on a réfléchi à disposition des cabinets.[...] c'est prégnant dans notre façon de penser. » P4FG2

« Non mais voilà, on avait réfléchi aussi à changer la disposition de cabinet mais structurellement, c'est compliqué » P5FG4

« Parce que la porte de sortie, il faut encore que tu puisses l'atteindre, hein ? » P1FG1

Un élément pertinent à relever est la mise en place de **dispositifs dissuasifs** pour les patients, notamment la mise en place de caméras, sonnettes, « panic button » ou chien aboyeur. De tels dispositifs peuvent toutefois altérer la valeur d'accueil propre à la médecine générale.

« Ou même avoir, de faire en sorte que le patient sonne, qu'on identifie son visage. Seulement là, on ouvre la porte de la salle d'attente. Une porte fermée, mais c'est pas très convivial. » P1FG3

« Eh bien, [le bouton d'alarme] appelle directement la police. C'est totalement silencieux. Ici tu as un accès aveugle pour l'agresseur ou pour le patient et qui est efficace puisque tu préviens directement comme quoi il y a un problème urgent chez toi.» P3FG1

« Moi j'ai un bête truc, j'ai un sale chien. Quand je suis tout seul il est derrière la porte de mon cabinet. [...] De temps en temps il aboie, il gratte un peu etc. Et je pense que ça peut être dissuasif. » P12FG3

3.1.4. Le capitaine à la barre

Le capitaine est maître à bord. Il se distingue généralement par son uniforme et est en charge de la bonne coordination du navire. Le **cadre de consultation** est un élément majeur de prévention de situation de violence. Sont évoqués la mise en évidence de l'étiquette « médecin » ainsi que les conditions indispensables au bon déroulement d'une consultation.

« C'est pour ça qu'on a remis nos blouses blanches. Ça peut paraître tout à fait symbolique, mais c'était plus pour dire enfin, "le médecin c'est nous" » P2FG2

« Dans certains cas qu'il faut avoir le courage de dire qu'il n'y aura pas de consultation et de dire à la personne : "revenez quand vous serez dans un meilleur état. Mais là, dans ces conditions, on peut pas vous recevoir." » P1FG4

3.1.5. Le capitaine n'est rien sans son équipage

Bien qu'il soit en charge de la barre, le capitaine a besoin de son équipage pour pouvoir régler les voiles. Une autre attitude évoquée à plusieurs reprises est celle de prévenir ses collègues lorsque l'on pressent une consultation/visite houleuse.

« Moi quand je vais en visite, je dis à l'accueil, « je vais chez tel patient, il m'inquiète, si au bout d'une demi-heure je suis toujours pas revenue, appelle moi. » P8FG2

Le **travail de groupe** amène un sentiment de sécurité et peut être un argument dissuasif pour les patient·e·s, qui prend conscience qu'un renfort peut être appelé.

« Mais je crois que déjà, travailler solo, c'est déjà plus embêtant. Une fois qu'on est à deux trois dans un cabinet. Je crois que c'est plus simple. C'est rassurant. On est pas tout seul si jamais. » P9FG3

« Le patient le sait aussi, puisqu'il sait qu'il y a d'autres personnes dans le cabinet. C'est quand même important je crois aussi. » P8FG3

A contrario, des médecins travaillant en solo relèvent le fait qu'ils ne se sont jamais fait agressés mais n'associent pas cela à leur type de pratique. Cependant, le choix de ne pas prendre en charge des patients toxicomanes est attribué à ce type de pratique, ce qui renforce l'idée que travailler à plusieurs permet aux médecins de se sentir en sécurité.

« Je ne me suis jamais senti menacé. J'ai jamais vu quelqu'un qui a fait preuve d'agressivité par son physique. Et je n'y pense pas en fait » P10FG3

« Moi, j'ai décidé de ne pas faire de suivi. En tout cas, tout ce qui est méthadone, de ne pas faire la formation, mais tout en sachant que je risque d'être en contact avec des personnes à risque de violence. En travaillant en solo, c'est pas possible. » P6FG3

3.1.6. Alpha Bravo Charlie

Un autre élément pertinent amené est l'importance de la **communication** durant une consultation. Cette notion est retrouvée sur un bateau, où le fait d'être précis permet d'éviter une avarie. Être clair·e, avenant·e, pouvoir prévenir l'escalade au moment où le patient pourrait s'emballer semble essentiel pour éviter de briser le lien thérapeutique et de se faire agresser.

« [...] Repérer les moments où nous même on commence à monter pour dire "ok, il faut redescendre." Et en effet, entendre la frustration du patient pour essayer de redescendre. » P5FG4

« [...] en se posant la question : qu'est-ce qu'on a fait pour qu'ils deviennent agressifs? C'est bizarre mais pas pour le prendre personnellement, c'est plutôt une réaction à quelque chose qu'on aurait peut-être dit ou mal compris. » P6FG4

« [...] C'est surtout recevoir tout le monde avec un sourire. Déjà ça, ça limite un peu la violence. » P10FG3

3.1.7. Toujours porter son gilet de sauvetage

Assurer sa propre sécurité est primordial en amont d'une situation de violence et il semble nécessaire d'agir en conséquence. Plusieurs pistes sont proposées : répondre à une demande qui paraît injustifiée pour éviter une escalade, avoir un moyen d'auto-défense à portée de main (gaz lacrymogène, cours d'auto-défense) afin de se sentir en

sécurité, bannir les objets coupants, éviter de montrer son appartenance au corps médical lors d'un déplacement en visite... Un médecin estime d'ailleurs aberrant de ne pas pouvoir se défendre correctement lors d'une agression.

« Après toujours, quelqu'un de menaçant, il faut faire l'ordonnance qu'il demande. Il faut bien comprendre que la première règle, c'est se mettre en sécurité. » P1FG4

« Mais rien que même si tu l'utilises pas [les techniques d'auto-défense], le fait de l'avoir fait, de savoir que tu sais te défendre, ça te rassure et donc ton attitude est différente je pense par rapport à ça. » P2FG2

« Je trouve qu'on devrait en tant que médecin être autorisé [à avoir un spray] en garde par exemple. Sachant que les docteurs sont des gens un peu cortiqués et qui ne vont pas employer ça de manière débile mais en dernier recours quoi. » P2FG1

Un autre élément pertinent apporté est le fait de **suivre son instinct**. Idéalement, il faudrait pouvoir plus facilement refuser de prendre en charge un·e patient·e estimé·e potentiellement dangereux·se ou pouvoir mettre fin à une consultation sans justificatif.

« Suivre son instinct. Je ne le sentais pas depuis le début. Le problème, c'est qu'il faut une justification pour refuser de prendre un patient en charge ou pour ne plus le prendre en charge après avoir vu quelque chose. Mais je ne le sentais pas [...] il faudrait pouvoir à ce moment-là dire : "non, je vous prends pas". » P1FG3

3.1.8. Le même code pour tou-te-s

Pour prévenir des situations de violence, il est nécessaire d'avoir **des règles claires** et propres à la structure mais également pour tous les généralistes. Le fait d'avoir des protocoles de prévention et de gestion d'événements violents établis, que chaque patient·e ait un·e **médecin référent·e**, atteindre une **uniformité de pratique** à l'échelle nationale sont des mesures pertinentes relevées.

« Si tous les médecins étaient dans la même, dans le même mode de fonctionnement, les gens sauraient qu'on n'obtient pas ça... Parce que les gens maintenant, ils savent que s'ils gueulent, chez certains, ça marche. [...] si le mec qui traverse la route, qui va voir le médecin d'en face, qui lui lui fait son certif pour rien du tout, comment est-ce qu'on veut après que les gens ne soient pas agressifs ? » P2FG2

« Si les règles sont très claires et que la communication est bonne, je pense que ça limite quand même déjà pas mal de choses parce que très souvent les gens s'engouffrent dès qu'il y a une faille [...]. » P2FG2

« Titulariser...Oui, avoir les patients qu'on sait compliqués, qu'ils aient plus aussi un médecin référent et ce soit lui qui doive les voir. Et que ce soit quelque chose qui soit connu aussi pour éviter de mettre les autres en difficulté. » P1FG4

3.1.9. Mesures sociétales

Plusieurs mesures de prévention implantables au niveau sociétal et politique ont été suggérées par les participant·e·s.

Repenser l'image, la place du médecin

Un des problèmes identifiés est le changement de paradigme de la relation médecin-patient·e. Durant la période de pléthore de médecins, les médecins agissaient en « responsable de famille ». La conjoncture actuelle amène une certaine horizontalité dans cette relation.

« Ça, c'est aussi comme je dis, c'est un problème de fond, un problème de société où il n'y a plus d'autorité, où effectivement il n'y a plus de verticalité du tout. On va dire aussi c'est générationnel, j'en sais rien » P2FG2

« on est sympa avec les patients maintenant. Là aussi on est descendu de la notion paternaliste pour être assis à côté du patient dans le cabinet, etc. Alors pour une part c'est bien, mais d'un autre côté, finalement, est ce qu'il ne faudrait pas revenir à l'image du médecin qui est beaucoup plus... ? » P5FG2

Les médecins deviennent dès lors les partenaires des patient·e·s et certain·e·s déplorent le manque d'autorité potentiellement engendré par ce phénomène. Il leur semble urgent de **revaloriser l'image des médecins**, et de ne pas considérer les soins comme un « service consommable ».

« Comme je ne sais plus qui disait aussi, de remettre aussi la position du médecin. Enfin, c'est clair que beaucoup de gens estiment qu'on est là et qu'on n'a qu'à faire ce qu'ils nous demandent, qu'on est à leur service. Et donc ça c'est très dévalorisant. Je pense que ça, ça

joue beaucoup aussi sur plein de gens qui en ont ras le bol de faire ce métier là parce qu'on est pas là pour offrir ce que les gens veulent. » P2FG2

Iels suggèrent de mener des **campagnes de sensibilisation** tant à l'échelle individuelle (cabinet) que nationale sur la problématique de la violence envers les soignant·e·s. La pénurie de médecins est une période idéale pour redéfinir le rôle du médecin auprès des patient·e·s, c'est-à-dire revaloriser la profession et l'importance du respect mutuel.

« Je pense que la communication, enfin je veux dire les promotions à ça quoi, mettre, parler plus de l'agression du corps médical, tu vois. Sensibiliser beaucoup plus. En parler à la télé un peu plus pour dire que c'est une notion bien présente qu'on fait attention parce que si on n'en parle pas, les gens... » P6FG2

Placer les soins de santé au centre des préoccupations

Le système de soins de santé est remis en question, celui-ci étant responsable d'un paradoxe autour de l'accessibilité des soins. La cause serait sociétale et individuelle. D'un côté cet accès facilité permet des dérives – patients surconsommateurs de soins, tandis que les patients dans le besoin ne peuvent en bénéficier. De l'autre, tel un serpent qui se mord la queue, répondre aux sollicitations injustifiées engendre une augmentation des demandes.

Il est dès lors urgent de **repenser le système** pour que celui-ci réponde aux besoins en matière de santé.

« [...] Je pense qu'on est en Belgique avec un système qui est finalement très accessible et peut être parfois trop accessible pour... En même temps, il y en a qui auraient besoin et qui n'y ont pas accès et d'autres qui emmerdent le monde et qui viennent tout le temps. Mais bon, ça c'est plus une discussion de fond, de remettre le système de santé au centre, à quoi il sert et pourquoi il sert? Parce que je pense que plus on accepte tout et n'importe quoi et que malgré tout on en garde, oui, on se déplace quand même pour une prescription de benzo à 3 h du matin. Je trouve que quelque part on provoque soi-même le fait qu'on est complètement dévalorisé. » P2FG2

Il est également important de **refinancer les soins de santé**, et en particulier les filières qui prennent en charge les patient·e·s catégorisé·e·s comme « à risque » de violence, notamment ceux souffrant de toxicomanie. Les centres spécialisés permettent en effet

un accueil adéquat de ces patient·e·s pour répondre à leurs besoins de soins spécifiques, ce qui n'est pas le cas des médecins généralistes non formés.

« Refinancer les soins de santé. (petits rires) Financer aussi tout ce qui est [centre de prise en charge des usagers de drogues] et tout ça qui sont sous-financés et qui sont surchargés et qui du coup ne prennent plus de nouveaux patients, ce sont des patients qui se retrouvent frustrés. Et qu'on doit prendre en charge nous sans formation... Sans environnement adéquat. » P6FG4

« Dans le même ordre d'idée que refinancer les soins de santé, c'est refinancer la lutte contre la précarité, limiter les si grandes inégalités sociales. » P5FG4

Former les médecins

Le manque de compétence pour désamorcer une situation de violence est un problème notoire parmi les participant·e·s.

« En repensant à des situations... souvent, c'est vrai que j'ai participé à l'escalade [...] » P5FG4

« Mais après j'avais une telle haine et une telle violence que j'ai fermé la porte et j'ai tapé sur la table [...] Mais vraiment, à 3 h du matin, tu te dis « Mais qu'est-ce que je suis con de m'être laissée déstabiliser par un truc aussi... aussi stupide quoi ? » » P4FG2

Une solution proposée pour pallier cette lacune est de **suivre des formations** ou d'avoir accès à un **guide pratique** pour pouvoir gérer les situations au quotidien et éviter une escalade de violence. Iels proposent de suivre les formations auxquelles les policiers et autres professionnels exposés à la violence ont accès.

« Je pense que, avoir un truc, pas un exposé ex cathédra, avoir un truc pratico-pratique sur comment désamorcer avec... je sais pas si c'est des flics, des psychologues, je sais pas avec qui, mais comment faire pour désamorcer ? [...] Des techniques vraiment de désamorçage, de désescalade, voilà. » P2FG1

« Maintenant tout ce qui est quand même formation de la communication non violente, je pense quand même que ça, je pense que ça peut pouvoir un peu aider. » P2FG2

3.2. L'art de naviguer en eaux troubles

Comme mentionné précédemment, une mauvaise gestion de situations violentes est relevée. Un lien est établi avec le **propre comportement** des médecins mais également avec un **manque de cohésion institutionnelle** pour les médecins travaillant en groupe.

« J'avoue même parfois si je dois analyser au plus profond. Parfois c'est même amusant entre guillemets, parce qu'il y a certain plaisir à avoir cette espèce de lutte de pouvoir, effectivement. » P2FG2

*« Nous c'est assez complexe au sein de l'**** de mettre en place des protocoles de violence. Notamment parce qu'il y a plusieurs services et que les services ne sont pas d'accord entre eux de comment gérer une situation de violence. » P6FG4*

«[...] mais en fait, on est plutôt en train de mettre en évidence qu'on n'a pas de cohérence institutionnelle. Nous, on a des besoins, on a quand même une insécurité qui est ressentie [...]. Je pense que c'est un sujet important car il y a une augmentation de l'agressivité » P3FG4

Plusieurs pistes ressortent pour gérer efficacement une situation violente.

3.2.1 Mettre sa ligne de vie

En navigation, la ligne de vie permet de relier le marin à son navire et d'éviter ainsi de passer par-dessus bord. Ainsi, la majorité des médecins préconise d'assurer sa sécurité en priorité. Pour cela, plusieurs moyens peuvent être utilisés : **accéder à la demande, se tenir près de la porte, sortir** du cabinet voire **courir** pour se mettre à l'abri.

« Déjà quand je vois que le patient il va, il veut monter ou bien je sens que... En général j'essaye, j'accède plus facilement à sa demande en fait. Donc c'est une manière de me protéger en soi sur le moment. » P6FG2

« Il y a longtemps un toxicomane qui voulait ses médicaments et puis j'avais été refusé, mais c'était tout au début de ma carrière. Et puis le mec a voulu retourner dans mon bureau et moi je sais pas, dans un accès de folie de ma part, je l'ai pris par le colbac et je l'ai tapé dehors.». P2FG2

3.2.2. “Mayday Mayday Mayday”

Faire appel à un tiers permet de désamorcer la situation. Un·e collègue peut soutenir la personne agressée ou pourrait raisonner l’agresseur·euse. Un·e médecin spécialiste peut également prendre le relai. Appeler la police lorsque la situation est ingérable voire dangereuse pour le·la médecin ou pour autrui est aussi très dissuasif et aboutir à un retour du calme ou à une fuite de l’agresseur·euse.

« Et puis ça part en couille, si je puis dire, et un recours c'est justement le médecin habituel qui va venir et qui va dire "comment ça va, tu vas bien ? on va se voir à deux, on va aller dans mon bureau" [...] Donc souvent, je pense faire appel à un tiers quand ça part en cacahuète »
P1FG4

« C'était un gars qui ne faisait pas trop peur, mais il me faisait tellement chier. J'ai dit voilà, j'appelle la police. [...] Et puis le mec il s'est barré » P3FG2

« Et je pense qu'à un moment c'est le psychiatre ou psychologue de je sais plus qui m'avait dit « écoutez, maintenant ça suffit, [...] Laissez la partir, elle a toutes les cartes en main »
P5FG2

Deux pistes m’ont semblé pertinentes à souligner. Un participant explique qu’une **messagerie interne** a été installée suite à un épisode de violence afin de pouvoir prévenir les collègues à l’abri du regard de l’agresseur·euse, ce qui permet à un tiers d’intervenir. Une autre médecin a entendu parler d’un **raccourci sur une touche de téléphone fixe**, permettant de faire sonner les téléphones des collègues pour les prévenir d’une situation violente.

« Nous on a installé le chat à cette époque-là avec messagerie interne. » P5FG4

« Ils ont un système où quand quelqu'un se sent agressé, il y a une touche sur le téléphone qui va sonner dans tous les bureaux. » P8FG2

3.2.3. Communication is key – ajuster les voiles

Les médecins participant·e-s ont relevé l’intérêt **d’une bonne communication** pour pouvoir gérer une situation violente. Cependant, en fonction des situations, la réaction est différente.

Panique à bord : rester calme

Face à une escalade de violence, **garder son calme** permet de la temporiser. En effet, les patient·e·s peuvent alors se décharger mais la violence n'est pas alimentée par leur interlocuteur·trice, ce qui permet de redescendre et de désamorcer la situation.

« Le calme. Jamais surenchérir, garder son calme. » P1FG3

« Éviter de commencer à essayer d'argumenter effectivement [...] Il n'y a pas de discussion à avoir, de toute façon on va perdre à l'échange je pense, mais c'est plus... Oui, laisser pisser et essayer de laisser passer quoi. » P2FG4

Expliquer

Face aux patient·e·s frustré·e·s de ne pas obtenir ce qu'ils veulent, il est nécessaire de **prendre le temps de leur expliquer** pourquoi on ne prescrit pas. Cela permet de responsabiliser les patient·e·s quant à leur demande et de remettre le motif de consultation au centre de la consultation. Les médecins semblent trouver essentiel de faire comprendre aux patient·e·s qu'ils entendent leur mécontentement et leur frustration et de leur rappeler qu'ils sont là pour les soigner.

« Je pense qu'aussi en communiquant, en expliquant beaucoup, en rappelant qu'on est tous les deux là pour qu'il aille mieux, le patient [...], tu le remets aussi face à ses responsabilités. » P5FG2

« Bien souvent ce qui est très efficace c'est de renvoyer la frustration, enfin de reconnaître la frustration. Dire "je perçois que vous êtes déçu, vous n'avez pas l'air très content de ce que je vous explique est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?" Et souvent, ça permet de redescendre d'un cran. [...] Et donc parfois remettre un peu le motif de consultation pour essayer de lui permettre aussi de reprendre pied lui-même en reverbaisant de façon peut-être plus précise ses attentes à notre égard. » P1FG4

Redresser la barre : cadrer fermement

Cependant, cette méthode n'est pas toujours perçue comme la plus efficace. En effet, il semble prioritaire de mettre une fin rapidement au tourbillon de violence car les patient·e·s ne sont généralement pas aptes à entendre les explications. L'importance de **bloquer la violence** est soulignée ainsi que le fait de ne pas laisser l'opportunité aux patient·e·s de monter, quitte à **rompre la communication**.

« Moi je suis pas sûr que le calme ça marche toujours. Quand quelqu'un veut vraiment prendre le dessus sur toi et veut vraiment te marcher dessus, t'écraser. Je pense que oui, il faut au contraire être plus ferme. » P4FG3

L'humour

Une autre technique de communication utilisée est **l'humour**. En effet, celui-ci permet de tourner à la dérision certaines situations et donc de les apaiser.

« Oui c'est vrai, [l'humour] aussi c'est une manière de désamorcer. Moi effectivement j'utilise beaucoup ce mécanisme... » P2FG2

3.2.4. Tel un vieux loup de mer

Tout comme pour déceler les situations à risque de violences, **l'expérience** est un atout pour gérer les situations de violence. Pour le marin comme pour le médecin, c'est avec l'expérience qu'ils repèrent plus facilement les écueils et les situations à risque de violence. Les médecins expliquent par ailleurs développer des compétences de désamorçage en réaction à des agressions vécues.

« Et donc, ça je pense que ça vient aussi avec l'expérience de repérer les moments où nous même on commence à monter pour dire "ok, il faut redescendre." » P5FG4

« Et puis je pense qu'avec le temps, on a un peu chacun, un peu nos trucs et astuces, nos petites phrases toutes faites, nos trucs. » P4FG2

De plus, un lien est établi avec la notion de « connaître les patient·e·s », qui permet aux médecins de discerner l'état du patient, et de pouvoir adapter sa communication en fonction de sa personnalité ou de sa pathologie.

« On connaît les patients à problème, on connaît le patient avec des troubles psychotiques. On sait comment il faut leur parler, donc on sait plus facilement désamorcer des situations [...]. Et les patients ont des gâchettes, il faut pas appuyer sinon ça fait mal. » P1FG4

3.3. Garder le cap

3.3.1. Debriefing post-navigation

Il est capital de pouvoir **discuter d'un incident violent**. Cela permet à la personne agressée de se décharger, d'être entendue et soutenue mais aussi de prendre des mesures quant au suivi de l'agresseur·euse. Au sein d'une pratique de groupe notamment, cela ouvre la possibilité de mettre en place des **protocoles** et autres règles afin de mieux gérer ces violences à l'avenir.

« [...] je pense que c'est vraiment important de justement de ne pas laisser la personne toute seule par rapport à cette agressivité qu'elle a reçue... » P2FG2

« Le fait d'en parler en équipe, [...] et puis au fur et à mesure, en fonction de la situation, on peut aussi discuter de plus voir le patient en consultation, et donc c'est connu de l'équipe et à l'accueil. » P4FG4

Une des décisions fortes prises par les médecins travaillant en maison médicale est la **désinscription** du patient agressif de la structure. Iels nuancent tout de même que cette règle se heurte à beaucoup d'exceptions, notamment l'état psychique du patient lors de l'agression. Les médecins ayant une pratique solo sont sur la même longueur d'onde et décident de **ne plus suivre** la personne agressive et de la réorienter. Cependant, il est important de rappeler que cette mesure permet uniquement de déplacer le problème. Une solution est de **contacter** l'ancien·ne médecin référent·e afin de pouvoir prendre en charge la personne en connaissance de cause.

«[...] les patients qui sont vraiment agressifs, qui insultent, c'est bûiten quoi, on ne chipote plus et donc... on donne un avertissement parfois quand c'est entre les deux, on en discute. » P2FG2

« On passe un coup de fil en général pour demander : tiens qu'est-ce qui s'est passé ? mais on accepte et ça donne en effet une chance[...] » P5FG4

Cependant, il peut être difficile de parler d'une agression en équipe. En effet, l'agression est un sentiment subjectif, et la personne agressée peut se heurter à une incompréhension de ses collègues qui peuvent ne pas être toutes et tous d'accord pour qualifier l'acte

d'agressif. Ce désaccord est un frein à la réflexion et à la mise en place d'actions concrètes pour prévenir et gérer les violences.

« Moi j'ai même pas pensé à demander et parler avec l'équipe. Déjà dans l'équipe, tout le monde n'était même pas spécialement d'accord de se dire est-ce que c'était vraiment une agression ou pas que le patient ait sorti un couteau. » P3FG4

3.3.2. Consigner dans le carnet de bord

En lien avec la discussion en équipe, certains médecins travaillant en maison médicale ont mis en place de **consigner l'événement violent dans un rapport d'incident**, qui laisse une trace des faits et des conséquences qui en ont découlé, ce qui permet d'en discuter en réunion et de prendre des décisions institutionnelles pour mieux prévenir et gérer ce type d'événement.

« [...] Cette personne peut créer un rapport d'incident qui passe en réunion et alors la décision peut se faire de... soit : « on laisse tomber parce que en fait il y avait pas besoin ou c'était pas... » Ou alors une lettre est envoyée au patient de la part du centre médical de l'équipe au complet en disant « vous avez eu un comportement inacceptable. Ceci est un premier avertissement. » Bref, fais gaffe ou « ceci nécessite une désinscription d'office ». » P5FG2

Cependant, il se peut que toutes les travailleuses et travailleurs ne soient pas toujours d'accord sur les protocoles proposés, ce qui peut être un frein à la mise en œuvre de ces démarches et ainsi à l'existence même de mesures préventives au sein d'une structure.

Une piste proposée est la **création de groupes de travail** représentant les intérêts de chaque membre de l'équipe, ce qui permettrait d'aboutir à des solutions acceptables par toutes et tous les travailleur·euses.

« A la maison médicale, on était ok de faire ça, mais les autres services ne désiraient pas faire ce protocole parce que pour eux, il devait y avoir un droit à l'oubli des actes de violence » P6FG4

« C'est vrai qu'on est en train de travailler cette question-là. On est notamment dans des réunions institutionnelles où on travaille cette question de l'agressivité [...] » P3FG4

3.3.3. Mécanismes de défense

Avec l'âge et donc l'expérience, une **carapace** se forme pour mieux accuser les coups, ce qui permet de passer au-dessus d'un épisode voire même de l'oublier. Il existe peut-être une **accoutumance** à la violence, qui permet de se protéger de celle-ci. Le revers de la médaille est que les médecins ont alors tendance à considérer que la violence fait partie inhérente du travail de médecin.

« Mais je trouve qu'on se renforce parce que c'est vrai [...] qu'au moment même on n'est pas bien et puis après on a l'impression qu'on se qu'on se fait une carapace » P2FG2

« Mais c'est vrai qu'à partir du moment où ça fait partie des risques du métier... » P2FG2

Un autre mécanisme de défense observé est celui de **minimiser** les faits. Des médecins expliquent qu'ils n'ont pas eu de conséquence de ces agressions et qu'il ne leur semble donc pas nécessaire de les rapporter. D'autres évoquent leur rôle de médecin, et qu'ils se doivent d'être bienveillant·e face à la personne malade ou en situation de précarité. Cela leur permet d'assurer un coping de l'épisode.

« Il y a un collègue qui s'était fait bousculer physiquement. Insulté, bousculé, craché dessus et quand il en a parlé en équipe il était tout le temps en train de minimiser en disant "ça va, ce n'était pas grand-chose". » P8FG2

« Mais je pense qu'on a toujours le même réflexe où on est bienveillant et on se dit : on comprend que c'est les émotions [...]. Mais on se dit toujours qu'on veut le bien du patient » P6FG4

« Parfois ça arrive, mais moi j'oublie. J'ai tendance un peu à bâcler, je passe au-dessus et puis voilà. Parfois, c'est des gens que je ne vois plus. Si le contact n'est pas bien passé on fait ce qu'on peut. » P6FG3

3.3.4. La plainte

La question de la **plainte** a été abordée isolément pour pouvoir comprendre quels sont les freins et les leviers à porter plainte.

Tout d'abord, on retrouve une minimisation des faits, comme expliqué ci-dessus. De plus, une notion de **circonstances atténuantes** émerge, intrinsèques à l'agresseur·euse ou liées à la responsabilité du médecin dans la situation de violence.

« Et la police qui me demandait « Est ce que vous voulez porter plainte ou est-ce que vous êtes plus en tant que témoin ? » « Ben non en fait, il est malade, donc je, je suis là en tant que témoin. ». » P5FG2

Le fait qu'il n'y ait **pas de motif de charge judiciaire** valable est un facteur dissuasif. Cela équivaut à une **perte de temps**. En effet, porter plainte est fastidieux et cela n'est pas la préoccupation première d'un·e médecin victime de violence. Il y a également une certaine **perte de confiance** ressentie envers le système judiciaire concernant l'aboutissement de la plainte.

« [...] j'ai l'impression que si j'avais porté plainte, il y a rien de judiciaire là-dedans [...] Voilà donc je pense que ça n'aurait abouti à rien en justice. Donc je vais pas perdre mon temps quoi. » P2FG1

« Ceci étant dit, c'est vrai, on abandonne ce genre de choses en se disant « de toute façon, qu'est-ce que ça va changer ? Qu'est-ce que ça va faire ? Je vais être encore un papier en plus. » P5FG2

Cette perte de confiance peut s'accompagner d'une **peur des représailles**, qui bloque la démarche malgré une envie de porter plainte.

« Je pense qu'à l'époque, dans la situation où j'ai eu des menaces de mort, c'est un peu ça qui m'a fait hésiter. Si la police ne l'attrape pas, sa paranoïa sera renforcée. Si il voit qu'il y a des policiers devant chez lui qui attendent : qui a envoyé des policiers ? Ben c'est moi. Et donc après, s'il me retrouve... À l'époque j'avais des enfants en bas âge, je me voyais déjà dans un cercueil, ça a été loin » P1FG4

3.3.5 Formulaire d'agression de l'Ordre des médecins

Dans l'ensemble, les participant·e·s sont assez **sceptiques** par rapport à cet outil. Il est en effet **méconnu**. De plus, la question de son efficacité en pratique est posée. La récolte des données à visée statistique ne suscite guère d'intérêt si ce n'est que pour laisser une trace officielle de l'événement.

« C'est magnifique parce que moi, quand j'ai pris contact avec [l'Ordre des Médecins] pour leur signaler l'agression, ils m'en ont même pas parlé. [...] C'est pas au point. » P1FG3

« Non, par ce que ça ne débouche sur rien. [...] Ou encore dans le cas d'un recours ultérieur en disant: "j'avais déjà signalé cela à telle date et peut être qu'ils peuvent retrouver." »
P10FG3

Un élément intéressant serait **d'exposer l'ampleur de la problématique** au niveau politique afin que des actions en débouchent. Il existe cependant un **intérêt pour l'aide** qui peut être apportée après avoir rempli le formulaire.

« Si on voit que les statistiques augmentent tout ça, il pourrait justement avoir des actions politiques. On peut espérer... » P4FG4

« Mais c'est clair que dans la situation que j'ai vécue, j'aurais répondu, je pense qu'avoir un feedback et un interlocuteur, ça fait toujours du bien. » P3FG1

4. Discussion

4.1. Confrontation des résultats à la littérature

La notion d'agression est complexe et subjective. Les témoignages recueillis mettent en lumière le fait que les médecins ont toutes et tous leur propre manière d'aborder et de gérer une situation de violence. Ces méthodes sont en grande partie retrouvées dans la littérature mais des nouvelles pistes ont émergé de notre étude.

Prévention d'une situation de violence – anticiper la tempête

Pouvoir identifier les situations à risque de violence est primordial en navigation comme en consultation afin d'agir en amont de celles-ci et de pouvoir contourner le danger. C'est le principe du *risk assessment* (18). Les facteurs de risque de violence identifiés par les participant·e·s de l'étude sont similaires à ceux retrouvés dans les différentes études (8,10,11,13,16,18,19,24,25) : les patient·e·s ayant consommé de l'alcool ou d'autres produits, la décompensation d'un trouble psychotique, les refus de demandes jugées injustifiées – et donc le mécontentement quant au service proposé, ainsi qu'un temps d'attente prolongé. Bien que la littérature internationale corrobore les facteurs recensés dans cette étude, il est important de souligner qu'en Belgique, via les statistiques rapportées par l'outil « formulaire d'agression » de l'ODM, il n'y a majoritairement pas de

profil type de l'agresseur·euse. Cet élément reste néanmoins théorique car les violences signalées restent minoritaires(9,21). Un élément neuf apporté par notre étude est l'importance de bien connaître les patient·e·s afin de déceler un changement de comportement mais également de pouvoir mieux aborder la personne si celle-ci montre des signes précurseurs d'agressivité. Par exemple, un bon suivi d'une personne atteinte de psychose (triade MG – psychiatre – compliance au traitement) pourrait assurer une diminution des phases paranoïdes et délirantes et donc prévenir ces phases identifiées comme dangereuses.

L'accent est également mis sur les conditions indispensables au bon déroulement d'une consultation. L'aménagement du cabinet est une des pistes reconnues (18,26,27). Travailler dans un environnement sécurisant et avenant permet aussi bien aux médecins qu'aux patient·e·s d'aborder la consultation plus sereinement. Les dispositifs dissuasifs tels que les boutons d'alarme, caméras et sonnettes ne font pas l'unanimité parmi les participant·e·s de l'étude. Bien qu'ils amènent un sentiment de sécurité, ces dispositifs pourraient au contraire instaurer un climat de peur (19), être un vecteur de stress pour les patient·e·s et donc, paradoxalement, augmenter le risque de violence (12). De plus, un élément souligné dans cette étude est que l'accueil est une valeur intrinsèque à la médecine générale et fermer la porte de son cabinet pourrait avoir un effet contre-productif.

Etre soignant·e implique de pouvoir être disponible émotionnellement pour pouvoir accueillir l'autre. Conscientiser ses émotions et ainsi faire abstraction de ses préoccupations propres permet de prendre du recul et de s'ancrer dans la relation. Cela évite une projection des émotions sur l'interlocuteur·trice et une escalade potentielle de violence (28).

L'utilisation d'une communication claire, transparente et concise avec les patient·e·s est également une piste importante émise. Cela passe par le choix des mots utilisés mais aussi par l'attitude. Sur ce point, plusieurs idées contradictoires ont émergé. Pour certain·e·s, le fait d'être avenant·e correspond avec cette notion d'accueil et implique de se mettre au niveau de l'autre. Cette notion a été soulignée par le Pr Mélot lors du Symposium de l'ODM en octobre 2023 (Annexe 1). Une autre position est celle de réaffirmer le statut de médecin, et de rétablir une hiérarchie plus verticale dans la relation. L'objectif est de bloquer la possibilité d'ascension de l'individu sur le ou la médecin.

Un lien peut être fait avec la notion de *politique de tolérance zéro* retrouvée en littérature (12,13,18,29). Il s'agit de n'accepter aucune forme de violence à l'échelle individuelle et sociétale. Cependant, des réserves sont émises aussi bien dans l'étude que dans les articles cités qui remettent en question l'efficacité de cette mesure. Les participant·e·s soulignent que le rôle de soignant·e implique de prendre en charge les patient·e·s atteint·e·s de pathologie, quelle qu'elle soit. Une personne en phase aiguë paranoïde doit-elle être sanctionnée et exclue du système de soins à cause de sa psychose ?

Ces différentes pistes répondent à un besoin : assurer sa propre sécurité. Les médecins font leur possible avec les moyens qu'ils ont à disposition en l'absence de guideline disponible. Un élément pertinent émerge des témoignages et rejoint la notion de *sentiment de sécurité*. Il s'agit de la capacité de se défendre, que ce soit à l'aide d'un objet (gaz lacrymogène) ou de cours d'auto-défense. Elle est non seulement utile en cas d'agression mais donne également de *l'empowerment* aux médecins, ce qui amène un sentiment de contrôle de la situation.

Le fait de travailler en équipe renforce ce sentiment de sécurité. Cependant, d'après l'étude de Koritsas et al (13), la pratique de groupe est liée à une augmentation des agressions verbales et psychologiques. Ceci est probablement dû au fait que les patient·e·s ne sont pas lié·e·s à un ou une médecin uniquement, empêchant la constitution d'un lien thérapeutique fort. Une piste abordée dans notre étude pour pallier ce risque est de titulariser les personnes à un·e médecin référent·e, assurant un suivi régulier.

Les médecins participant·e·s appellent à une revalorisation du rôle de médecin en tant que soignant·e et non en tant que distributeur·trice de soins au service des patient·e·s afin de prévenir les violences à leur égard. Iels appellent à un rétablissement du respect du métier.

Premièrement, durant ces dernières décennies, une modification du paradigme de la relation médecin-patient·e est observée. La relation verticale s'est infléchiée et l'on tend vers une abolition complète de hiérarchie. De « responsables de famille », les médecins sont devenu·e·s des partenaires de santé des individus. Ce changement s'inscrit dans une société qui est en pleine mutation ; tout change très vite et le consumérisme bat son plein. Le secteur de la médecine générale n'est pas épargné et doit faire face aux demandes et

injonctions des patient·e·s pour qui les généralistes représentent davantage un prodigieux de soins et de services plutôt qu'un·e soignant·e.

La conjoncture actuelle amène une deuxième problématique, à savoir la pénurie médicale. Les médecins ayant débuté leur activité durant la période de pléthore ont dû adapter leur pratique et leurs horaires afin de fidéliser rapidement une patientèle, afin de pourvoir à leurs besoins et ceux de leur famille. Cette génération de médecins arrive à l'âge de la pension, et les patient·e·s doivent trouver un·e généraliste remplaçant·e. Cette recherche est compliquée au vu du contexte de pénurie médicale, beaucoup de médecins n'acceptant plus de prendre en charge de nouvelles personnes. De plus, les patient·e·s peuvent se heurter à des nouvelles pratiques « evidenced-based » qui pourraient différer des pratiques de leur ancien·ne médecin. Ces difficultés peuvent engendrer une frustration et une majoration de l'agressivité (11).

En réaction à ces difficultés, mener des campagnes de sensibilisation à l'échelle individuelle et nationale pourrait permettre une mise en lumière de la problématique des violences envers les soignant·e·s (18,27). Cette mesure a d'ailleurs été encouragée par le Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) lors de la « Journée européenne de sensibilisation sur les violences envers les médecins et autres professionnels de santé » du 12 mars 2024 (29). Cette piste ne fait toutefois pas l'unanimité parmi les participant·e·s, des doutes sont émis concernant son efficacité. Iels proposent plutôt de mettre l'accent sur l'éducation des patient·e·s.

La question de l'accessibilité aux soins se pose. Comment se fait-il que certaines personnes puissent consommer à outrance des soins sans besoin médical objectif ? Pourquoi les individus vulnérables qualifiés de marginaux n'ont-ils pas accès plus facilement à des structures adéquates alors que celles-ci existent ? Il est dès lors nécessaire que les soins de santé soient repositionnés au centre des préoccupations citoyennes et politiques afin de repenser le sens et les objectifs de notre système de soins.

Une autre piste émerge de cette étude, celle de refinancer les soins de santé afin de prévenir les violences. Pour les participant·e·s, le système de soins de santé actuel ne valorise pas suffisamment les centres de prise en charge des patient·e·s catégorisé·e·s comme « à risque » de violence, notamment ceux souffrant de toxicomanie et autres assuétudes. Il y a deux conséquences possibles à cela : l'individu est éjecté du système de

soins et se retrouve errant et sans ressource pour répondre à ses besoins de santé. La deuxième possibilité envisagée par les médecins est qu'il atterrisse en médecine générale et que sa prise en charge ne soit pas totalement adéquate vu l'absence de personnel formé, engendrant une frustration pouvant mener à des violences. La littérature suggère la création spécifique de centres médicaux pour les personnes étiquetées de violentes, encadrés par une sécurité renforcée(26,30). Ne s'agit-il pas là de discrimination ? Sur quels critères se baser pour étiqueter les patient·e·s de violentes sachant que la responsabilité de l'acte peut être partagée ? Ne faudrait-il pas plutôt, comme exploré ci-dessus, subventionner les filières accueillant les personnes vulnérables selon leurs spécificités (précarité, usagers de drogue) afin d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire ainsi que former les médecins généralistes pour mieux les accueillir ?

Enfin, il y a une demande criante de la part des médecins participant·e·s de formation aux techniques de communication non violente et de désescalade afin de pouvoir prévenir l'escalade de la violence. Ces techniques ont été étudiées et ont été jugées les plus efficaces pour assurer une bonne gestion des situations de violence (12,18,24,27,30). Plusieurs professionnels ayant des contacts réguliers avec des personnes potentiellement violentes sont formés systématiquement à ces techniques, notamment la police et la douane. Pourquoi les médecins de première ligne, accueillant des personnes par définition malades et donc souffrant de mal-être, n'y ont pas droit dans leur cursus académique ? Peut-être faudrait-il rendre la participation à des groupes Balint ou autres formations sur le sujet (ex : webinaires de la SSMG) obligatoires pour aller dans ce sens.

La gestion des situations de violences : l'art de naviguer en eaux troubles

Comme dans d'autres domaines, les techniques de gestion des situations de violence utilisées obéissent à la loi de « *fight or flight* » (26). Celles-ci ont un impact indéniable sur le lien thérapeutique (voir fig.4). Comme en navigation, il est important de pouvoir ajuster les voiles, modifier sa route et renforcer la sécurité à bord.

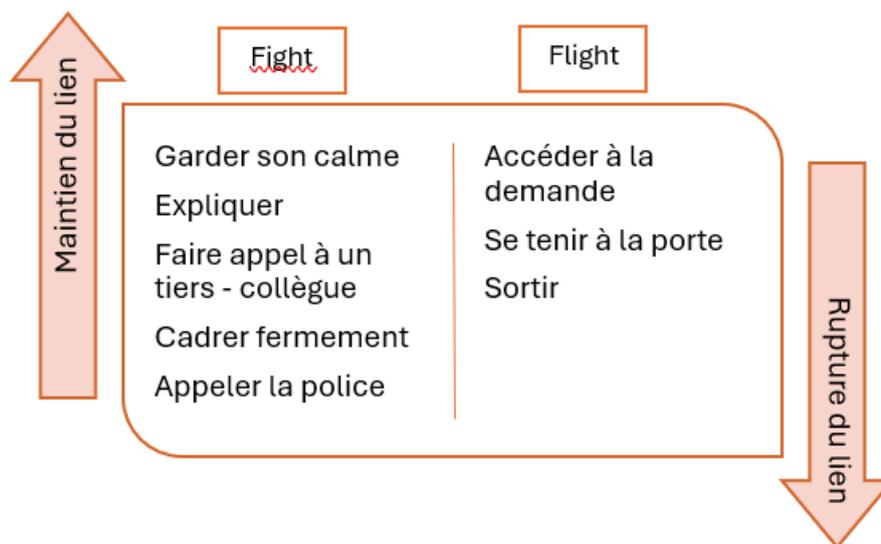


Figure 4 : Techniques de gestion de violence liées au maintien du lien thérapeutique

Comme vu précédemment, la sécurité prime pour la majorité des médecins. Différentes méthodes sont utilisées ; certain·e·s préconisent de se tenir près de la porte voire de sortir du cabinet, tandis que d'autres vont accéder à la demande de la personne menaçante pour pouvoir mettre un terme à la consultation rapidement. (*flight*)

Les études suggèrent quant à elles de privilégier le maintien du lien thérapeutique, et de rompre la consultation uniquement si les techniques de désescalade échouent (18,27,28).

Plusieurs techniques de désescalade sont mises en exergue dans cette étude et correspondent à celles retrouvées dans la littérature. Premièrement, solliciter un tiers permet non seulement d'obtenir de l'aide (27) mais un élément qui ressort de l'étude est que cette tierce personne joue aussi le rôle de médiatrice. Celle-ci peut abonder dans le sens de son ou sa collègue ou tenter de raisonner l'agresseur·euse. Cette solution apparaît d'autant plus efficace si la personne appelée en renfort a un lien thérapeutique avec l'agresseur·euse. La personne agressée peut aussi rediriger l'individu violent vers une structure de seconde ligne qui pourra prendre le relai. Appeler la police est conseillé en dernier recours, c'est une technique très dissuasive pour les patient·e·s (27). Cependant, le lien thérapeutique est alors généralement rompu.

Une bonne communication est primordiale pour désamorcer la violence. Les participant·e·s et la littérature s'accordent sur le fait que contre-attaquer est contre-productif. Certain·e·s médecins se rendent compte a posteriori qu'ils prennent parfois

part à l'escalade et ne mettent rien en œuvre pour désescalader la violence. Chazalet et al qualifient cette réaction de « *réponse palliative par défaut* ». Il s'agit d'un processus de défense normal mais qui met la relation – et le lien thérapeutique, en échec. « *Corps et pensée sont pétrifiés* » (28).

Devant une personne frustrée, il est préférable de garder son calme et d'expliquer les tenants et aboutissants des démarches entreprises, même si elles ne correspondent pas aux attentes de l'individu. Cela nécessite du temps et de l'énergie mais peut aboutir à une pacification de la situation. Cette frustration peut aussi être renvoyée à la personne en l'interpellant afin de recentrer la consultation sur le véritable motif. Chazalet et al proposent d'utiliser la technique de « fermeté souple » de L. Morazs qui consiste à se décaler de la situation de violence pour se recentrer sur la souffrance de la personne malade (souplesse) tout en rappelant le but mutuel de soin et des règles à respecter (fermeté) (28). Il est également utile de laisser de l'espace aux patient·e·s pour exprimer leur ressenti avant de tenter cette approche (12).

Un apport de cette étude est la notion d'expérience. En effet, des techniques de désamorçage sont créées par « essai-erreur », chaque médecin développant ses propres compétences en l'absence de formation existante. De plus, l'expérience favorise la richesse de la relation thérapeutique et elle permet aux médecins de questionner plus personnellement et facilement les individus sur leur humeur, leur vécu et leurs besoins.

Il n'est néanmoins pas toujours réaliste d'utiliser ces techniques. Certaines situations nécessitent un blocage immédiat de la violence (12), quitte à rompre la communication et a fortiori, le lien. Cette priorisation de la sécurité est soulignée dans l'étude de Moylan. Celui-ci propose une série de questions à se poser en tant que médecin avant, pendant et après la consultation pour assurer sa sûreté tout au long de l'interaction (Annexe 8) (27).

Stratégie de coping : garder le cap

La possibilité de débriefer l'incident en équipe est un besoin primordial (12,18). Cela entraîne une multitude d'effets bénéfiques.

Premièrement, la personne agressée retrouve une bulle sécurisante, où elle a la possibilité d'exprimer son ressenti. Pour les participant·e·s de l'étude, L'équipe est la première source de soutien et légitimise l'affect de l'agressé·e.

Ensuite, cela permet la création de protocoles propres à la structure de prévention et de gestion des violences ainsi qu'une prise de décision quant au suivi de l'agresseur·euse : prise en charge par un·e autre généraliste de la structure voire exclusion de cette dernière. Un élément souligné dans l'étude est que cette solution radicale qu'est l'exclusion engendre le déplacement du problème. Pour moi, cela pourrait aboutir à une majoration de l'agressivité de l'individu, qui se retrouve frustré par cette mesure que l'on pourrait qualifier de violente. Une piste retrouvée dans notre étude est celle de contacter l'ancien·ne médecin référent·e des patient·e·s lorsque la raison du changement est peu claire pour les prendre en charge en ayant conscience de leurs antécédents et donc d'adapter son comportement.

Les capitaines consignent chaque navigation dans un carnet de bord, ce qui permet de s'y rapporter pour ajuster certains réglages lorsqu'ils se retrouvent dans des conditions de croisière similaires. Les rapports d'incidents et la notification d'incident dans le dossier de l'agresseur·euse permettent de mettre en garde les soignant·e·s lors d'une future prise en charge et d'analyser les mécanismes ayant mené à l'agression afin de pouvoir développer des techniques efficaces de désamorçage (12).

Les propositions de gestion de violence ne rencontrent pas toujours l'unanimité au sein de l'équipe et deviennent dès lors difficilement implantables. Il s'agit d'un frein majeur à la prévention des violences. Une piste évoquée dans l'étude est de former des groupes de travail pour se pencher sur la question et trouver des solutions acceptables par tous les membres de l'équipe.

Enfin, discuter de l'incident permet de sortir du silence entourant généralement les agressions au sein des lieux de soins. Les médecins ont tendance à minimiser les faits par peur d'être jugé·e·s. Cette culture du silence est l'une des deux causes principales de la banalisation des violences (18).

Une stratégie de coping relevée dans l'étude est l'accoutumance à la violence avec l'expérience. Une carapace se crée pour pouvoir passer outre l'événement violent et aller de l'avant. Les médecins ont tendance à trouver des circonstances atténuantes à leur agresseur·euse afin de préserver le lien thérapeutique, ce qui constitue un facteur de risque de violence en soi (19). Ce mécanisme me semble avoir pour objectif d'éviter le

bousculement des valeurs intrinsèques au soin ainsi que la remise en question du sens du métier de soignant·e. A quel prix ?

Ce « syndrome du sauveur » engendre le risque d'être amené·e à considérer la violence comme inhérente à la médecine générale. Il s'agit là de la deuxième étiologie de banalisation (18).

Bien que la littérature appelle à porter plainte de manière systématique après une agression, force est de constater qu'en pratique, seule une infime portion des violences est rapportée (9,10,18). Porter plainte est considéré comme une perte de temps : il s'agit d'une procédure fastidieuse qui est perçue comme vaine. Il serait dès lors intéressant de faciliter le processus pour interpeller les politiques sur l'ampleur du problème. L'Ordre des Médecins belge a créé un Formulaire d'agression dans ce sens(10). La principale faiblesse est que cet outil est totalement méconnu des médecins généralistes malgré l'intérêt suscité pour la possibilité d'aide proposée. Les freins concernant le fait de porter plainte sont également présents au sein de l'étude par rapport à l'utilisation de cet outil.

Les médecins craignent également la colère de l'agresseur·euse en réaction à une plainte à leur encontre. Une question reste donc en suspens : comment protéger les médecins d'éventuelles représailles ?

4.2. Limites et biais

La méthode de recherche qualitative est une méthode validée et donc adaptée à la question de recherche. Je me suis basée sur les critères de Mays and Pope(31) pour évaluer la qualité de cette étude. Ceux-ci ont été respectés.

- « **Triangulation** » : l'étude s'articule sur différentes approches : la revue de littérature, l'entrevue avec la coordinatrice de projets de l'association « Médecins en difficulté », la participation au symposium de l'ODM sur le thème des agressions dans les soins(21) et l'organisation de quatre groupes de discussion de médecins généralistes.

- « **Member checking** » : l'envoi des résultats de cette étude a été proposé à tou-te-s les participant-e-s des focus group. Plusieurs personnes ont manifesté un intérêt et le travail leur a été transmis une fois terminé.
- « **Clear exposition of methods of data collection and analysis** » : les différentes étapes de ce travail (choix de la méthode qualitative, création du guide d'entretien, recrutement, méthode d'analyse) sont reprises dans la partie méthodologie.
- « **Reflexivity** » : le fait d'avoir été personnellement touchée par le sujet était l'une de mes motivations à effectuer cette recherche, ce qui constitue un biais que j'ai conscientisé. J'ai fait en sorte de rester objective et de ne pas trahir mes opinions lors de la récolte des données ainsi que dans leur analyse.
- « **Attention to negative cases** » : j'ai pris en compte et analysé les données divergentes voire contradictoires aux données majoritaires.
- « **Fair dealing** » : les médecins de l'échantillon présentent des profils diversifiés et les différents points de vue ont été analysés de la manière la plus neutre possible.
- « **Relevance** » : les agressions envers les soignant-e-s sont fréquentes et sont en augmentation ces dernières années. Les besoins et les mesures utilisés par les médecins généralistes en matière de prévention en Belgique sont peu connus.

Plusieurs limites ont été identifiées. Tout d'abord, l'échantillon est de taille réduite (28 participant-e-s au total). Les participant-e-s de l'étude sélectionné-e-s sont des connaissances et des personnes contactées dans un réseau assez restreint (effet boule de neige de mail relayé par des contacts personnels). Cela crée un biais de sélection. Toutefois, j'ai sélectionné des médecins ayant des profils diversifiés afin de pouvoir tendre vers une représentation des médecins généralistes belges francophones. Leur compétence et leur pratique du terrain permettent aux médecins sélectionnés d'être qualifiés d'experts sur la question ce qui renforce la qualité de l'étude.

Je suis consciente que le fait que la majorité des participant-e-s se connaisse puisse influencer sur les résultats et cela constitue une faiblesse de l'étude. Cependant, cette familiarité entre les intervenant-e-s a potentiellement instauré un climat de confiance plus rapidement, permettant une libération de la parole, ce qui pourrait dès lors être considéré comme une force.

Le choix de la méthodologie qualitative constitue un deuxième biais car j'ai réalisé seule la revue de littérature ainsi que la récolte et la classification des résultats. Mon intérêt personnel pour le sujet a pu orienter la manière dont les données ont été traitées. Consciente de cela, je me suis assurée de rester la plus objective possible en restant systématique et rigoureuse dans la récolte et l'analyse de données. J'ai également pu compter sur les relectures et les corrections attentives de ma promotrice pour minimiser ce biais.

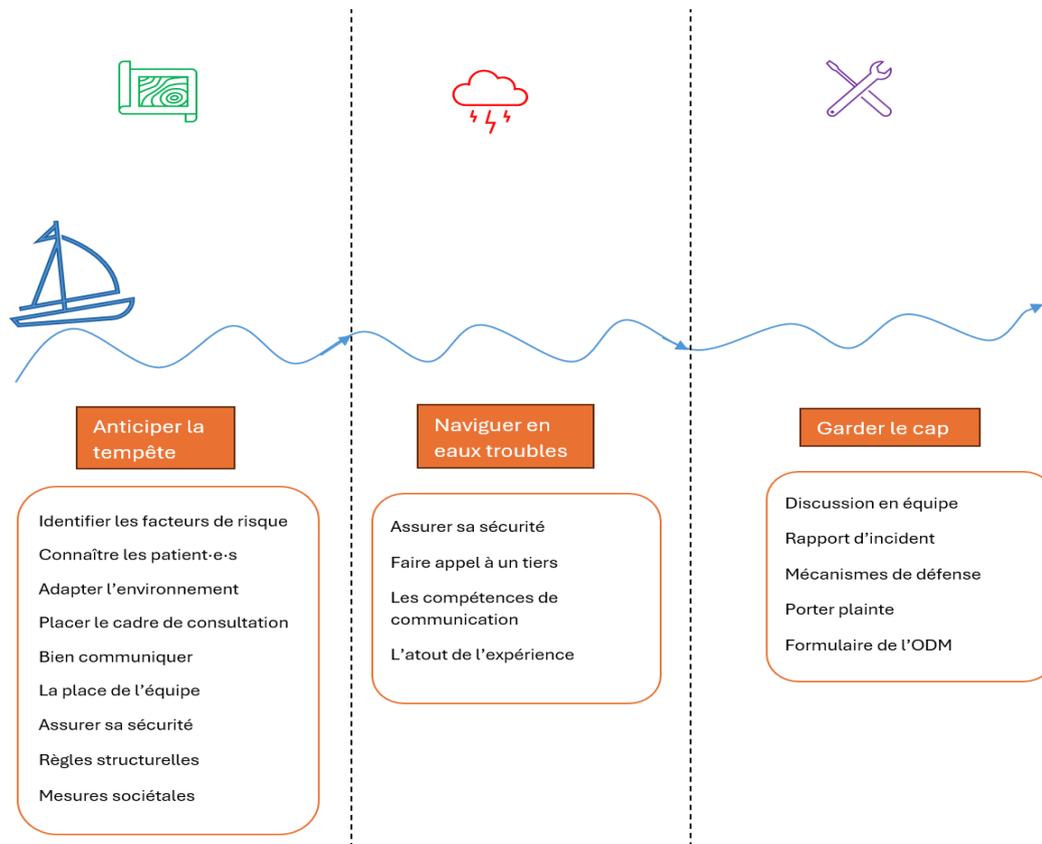
4.3. Perspectives

Les différentes études menées sur le sujet de la prévention des agressions envers les médecins généralistes montrent que les mesures de prévention imaginées ont peu d'efficacité en pratique.

Cette étude met en évidence les besoins des médecins généralistes ainsi que leurs pistes pour prévenir les situations de violence. Leur qualité d'actrices et acteurs de terrain confère un poids certain aux mesures relevées. Celles-ci sont reprises dans un « guide pratique » disponible à la page suivante. Il serait dès lors intéressant d'implanter les différentes mesures dans plusieurs pratiques de médecine générale via une étude prospective « recherche-action » afin d'en évaluer l'efficacité.

Le manque de données statistiques sur le nombre d'agressions envers les médecins généralistes en Belgique constitue également une lacune qui empêche la mesure de l'ampleur de la problématique. Il serait dès lors pertinent de recenser la prévalence des médecins généralistes victimes d'agression via une étude quantitative à l'échelle nationale afin d'interpeller les politiques et que des mesures sociétales soient prises en conséquence.

Guide pratique : stratégies de prévention de situations de violences à destination des médecins généralistes



ANTICIPER LA TEMPÊTE PRÉVENIR LA VIOLENCE



Identifier les facteurs de risque : troubles psychotiques décompensés, refus de demandes injustifiées, patient-e-s sous influence d'alcool ou autre substance.

▲ La responsabilité peut être partagée, le temps d'attente est un facteur. Conscientiser ses émotions permet de prendre du recul dans une consultation qui s'annonce houleuse.



Bien connaître les patients : un lien thérapeutique fort permet de déceler les comportements inhabituels et de diminuer l'incidence des violences.



L'agencement adéquat du cabinet comporte un accès de sortie libre. Des dispositifs dissuasifs (boutons d'alarme, caméra, sonnette) peuvent être installés.



Replacer le cadre de consultation : mettre en évidence le titre de médecin via une blouse blanche par exemple, pouvoir assurer les conditions indispensables au bon déroulement d'une consultation difficile (ex : si patient-e sous influence de produit, proposer de revenir quand sobre). Ne pas être seul-e au sein d'une structure est également un argument dissuasif pour les patient-e-s.



Ne pas hésiter à prévenir ses collègues avant une consultation difficile. Ne pas être seul-e au sein d'une structure est également un argument dissuasif pour les patient-e-s.



Utiliser une communication claire, précise avec les patient-e-s pour éviter tout malentendu.



Assurer sa sécurité avant tout : répondre à la demande si pas d'autre issue, avoir un moyen de défense (légal) à portée de main, suivre un cours d'auto-défense.



Uniformiser la pratique et avoir des protocoles de gestion de violence clairs au sein du cabinet. Titulariser les patient-e-s à un-e médecin référent-e.



Se former : communication non-violente, groupes Balint, webinaires SSMG

L'ART DE NAVIGUER EN EAUX TROUBLES GESTION D'UNE SITUATION DE VIOLENCE



Assurer sa sécurité : se tenir près de la porte voire sortir, répondre à la demande quelle qu'elle soit.



Maintenir une bonne communication. Garder son calme permet de temporiser la situation. En fonction de la situation : prendre le temps d'expliquer les raisons pour lesquelles on ne répond pas à la demande. Laisser la place aux patient-e-s pour exprimer leur frustration et ne pas hésiter à la souligner pour remettre le cadre de consultation au centre. L'humour est une bonne technique de désamorçage mais ne peut s'appliquer à tou-te-s les agresseur-euses. Lorsque ces méthodes ne sont pas envisageables, cadrer fermement pour bloquer la violence, quitte à rompre la communication.



Faire appel à un tiers : ne pas rester seul-e devant une situation de violence. Appeler un-e collègue, idéalement connu-e de l'individu permet un soutien et un relai. Si adéquat, rediriger vers un-e spécialiste. En dernier recours, appeler la police (101).



Utiliser son expérience et ses propres techniques de désamorçage. S'adapter en fonction de la personne agressive.

GARDER LE CAP

GERER L'APRES



Debriefing post-agression : discuter de l'incident en équipe ou avec des pairs pour bénéficier d'un soutien, discuter de la réorientation potentielle de l'agresseur-euse et mettre en place des protocoles de gestion de violence. Ne pas hésiter à solliciter une autre aide médicale ou psychologique.



Consigner l'événement en interne via un rapport d'incident ou laisser une note dans le dossier permet de prendre des mesures, notamment en cas de récurrence.



Porter plainte à la police : bien que fastidieux, cela permet de recenser le nombre d'agressions envers les médecins généralistes et d'obtenir des statistiques réelles et, selon la gravité de l'agression, prendre des mesures coercitives contre l'agresseur-euse.



Remplir le formulaire d'agression de l'Ordre des Médecins. Cela prend 5 minutes. Cela permet également de mesurer l'ampleur de la problématique mais aussi de bénéficier de l'aide de l'association « Médecins en difficulté ». Formulaire accessible via : <https://ordomedic.be/fr/formulaire-de-notification-agression>

5. Conclusion

Les violences envers les médecins généralistes sont un phénomène en expansion ces dernières années. Les conséquences peuvent être très accablantes ; la pratique médicale s'en trouve impactée et cela peut également affecter les patient·e·s. Il s'agit d'un problème de santé publique et il est dès lors primordial de pouvoir prévenir ces agressions pour assurer un système de soins de santé efficace et humain.

Des pistes existent pour désamorcer, gérer une situation de violence et en minimiser les conséquences. Ce travail a mis en avant qu'elles ne sont pas toutes réalisables et les besoins des médecins généralistes peuvent diverger des théories avancées. De ce travail ont émergé de nouvelles pistes rassemblées en une fiche pratique à destination des médecins généralistes disponible ci-dessus.

La question des agressions envers les médecins généralistes soulève une réflexion plus large : quelle est la place du médecin généraliste en terme de suivi de santé des patient·e·s ? Quelle est la finalité du système de soins dans la société actuelle ? Peut-être faut-il réévaluer l'aspect sacré de la relation médecin-patient·e pour que l'un·e et l'autre y trouvent satisfaction et équilibre sans pour autant se sentir lésé·e.

A titre personnel, ce travail m'a permis de me questionner sur les mécanismes qui entrent en jeu dans la problématique de ces violences et de prendre conscience que leur impact ne concerne pas uniquement les soignant·e·s. Il m'a également apporté des réponses en terme de prévention et de gestions de situations de violence que j'appliquerai dans ma pratique. Je serai désormais plus vigilante à me poser les questions suivantes : quelles sont les attentes des patient·e·s ? Comment transmettre mon avis en tenant compte de leur ressenti ?

6. Bibliographie

1. Krug EG, World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002. 346 p.
2. Larousse. Dictionnaire Internet Larousse 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
3. Chapelle F. Préventions. In: Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail. Dunod; 2018. p. 223–31.
4. Police Fédérale belge. MONITEUR DE SÉCURITÉ 2021 Rapport de tableaux. 2021.
5. Tian K, Xiao X, Zeng R, Xia W, Feng J, Gan Y, et al. Prevalence of workplace violence against general practitioners: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Health Planning and Management*. 2022;37(3):1238–51.
6. Coles J, Koritsas S, Boyle M, Stanley J. GPs, violence and work performance - “just part of the job?”. *Aust Fam Physician*. 2007;36(3):189–91.
7. Hobbs R. General Practitioners’ Changes to Practice due to Aggression at Work [Internet]. 1994. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/>
8. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. Vol. 119, *THE NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL*. 1237.
9. De Jager L, Deneyer M, Buyl R, Roelandt S, Pacqueu R, Devroey Di. Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: Physician characteristics and aggression types. *BMJ Open*. 2019;9(12).
10. Ordre des Médecins. Agressions sur les médecins [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 7]. Available from: <https://ordomedic.be/fr/avis/maladies/toxicomanie/agressions-sur-les-m%C3%A9decins>
11. Miedema B, Hamilton R, Anita LL, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. *Can Fam Physician* [Internet]. 2010;56(3):101–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837705/pdf/056e101.pdf>
12. Gulati G, Kelly BD, Dunne CP, Glynn L. Rise in violence in general practice settings during the COVID-19 pandemic: Implications for prevention. *Fam Pract*. 2021;38(5):696–8.
13. 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):967–70.
14. Belgique DE, Kamer B, Volksvertegenwoordigers V. CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS COMPTE RENDU INTÉGRAL INTEGRAAL VERSLAG Séance plénière Plenumvergadering [Internet]. Available from: www.lachambre.be
15. Service public fédéral Belgique. Loi visant à rendre la justice plus humaine, plus rapide et plus ferme III [Internet]. Available from: www.moniteur.be

16. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians - A nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(10):159–65.
17. Demeur V, Devos S, Jans E, Schoenmakers B. Aggression towards the GP: Can we profile the GP-victim? A cross-section survey among GPs. *BJGP Open.* 2018;2(3):1–9.
18. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: A systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(9).
19. 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):1278–84.
20. Michaux R, Pohl S. *Le baromètre du climat de travail.* Brussels; 2022.
21. Belgian Order of Physicians. Symposium aggression dans les soins [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 7]. Available from: <https://vimeo.com/895874217/becb95c4ee>
22. Davister C. *Les groupes focalisés - fiche méthodologique.* Liège; 2004.
23. de Rouffignac S, Cornelis G. *Etudes qualitatives : résultats et discussion* [Internet]. UCLouvain; 2021. Available from: https://ezcast.uclouvain.be/ezplayer/index.php?action=view_album_assets&album=ModleTFE-pub&token=GRMFJMND&
24. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. *AJR The Australian Journal of Rural Health* 1038-5282. Vol. 11, Blackwell Science Asia Pty Ltd. Blackwell Publishing Ltd; 2003.
25. Rowe Leanne, Kidd Michael. Increasing violence in Australian general practice is a public health issue [Internet]. 2007. Available from: <http://www.aic.gov.au/stats/>
26. J Wright NM, J Dixon CA, E Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *British Journal of General Practice.* 2003;(July):557–62.
27. Moylan S. Occupational violence and staffsafety in general practice. *Aust Fam Physician.* 2017;46(12):952–6.
28. Chazalet N, Perrin-Niquet A. Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Pratiques en santé mentale.* 2014;60anné(4):21.
29. CEOM-Violence-against-doctors-INT1346.
30. Cornell J, Ristic L. Violence in general practice. *Med Today.* 2005;6(12):10–1.
31. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ.* 2000 Jan 1;320(7226):50–2.

7. Annexes

Annexe 1 : Résumé des notes prises lors du symposium de l'Ordre des Médecins du 20/10/2023

Le Dr Deneyer a décrit les résultats de son étude, repris ci-dessus (*figure 1*) ainsi que les signalements d'agression à l'ODM (*figure 2*). Il a par ailleurs insisté sur le fait que les services de première ligne (médecine générale, service d'urgence) étaient les plus à risque d'agression.

Le Pr Thys et M. Berden ont abordé la question de la violence au sein des services d'urgences (SU). Bien que ceux-ci fonctionnent différemment de la médecine générale, j'ai trouvé plusieurs concepts pertinents, notamment le fait que les SU sont le creuset involontaire de violence ou d'agressivité car nous vivons dans une société de l'urgence. Le Pr Theys a également relevé un nouveau comportement des patients, une inflation de la consommation de soins, des contraintes socio-économiques et des assuétudes. Il a également insisté sur l'importance de l'architecture et sur l'organisation d'un SU.

Mme Maroit a quant à elle abordé les conséquences psychologiques de l'agressivité sur le personnel soignant. Celles-ci sont multiples et se retrouvent dans la littérature : diminution de l'empathie, de l'estime de soi et de la satisfaction personnelle, pratique en pilotage automatique, apparition d'une irritabilité, d'une perte de sens, stress majoré voire épuisement professionnel.

Elle a également présenté les différentes stratégies de coping utilisées par les soignants agressés: dépersonnalisation et distanciation avec la réalité, déshumanisation du patient, dénégation de la situation, répression des émotions pour se concentrer sur la mission à accomplir voire *une sur-stimulation*, confrontation, évitement ou sidération face à la situation de violence. Beaucoup utilisent l'humour et le cynisme.

Dr Mélot a présenté des pistes de solution pour l'avenir au sein des services hospitaliers, la médecine générale n'a malheureusement pas été abordée. Des éléments étaient tout à fait pertinents et peuvent être juxtaposés à la médecine générale ; notamment l'importance de former le personnel (gestion du stress, amélioration de l'accueil et de la communication), de renforcer la communication avec les patients et leurs proches (informer, rassurer, accompagner), de développer la bientraitance et de lutter contre la

maltraitance en valorisant la gentillesse et l'empathie dans le respect de la confidentialité et de la dignité des patients. Il conseillait également de réduire les délais d'attente, d'améliorer les conditions de séjour à l'hôpital et d'impliquer les patients dans leur prise en charge.

Il a souligné les facteurs pouvant détériorer la relation médecin-patient : pénurie de personnel, surcharge de travail, surcharge administrative.

Annexe 2 : guide d'entretien version 3 datant du 01/02/2024

Plan :

- 1) exemples de situations vécues
- 2) mesures prises post-situation de violence
- 3) pistes de solution, prévention

Thème 1 : exemples de situations vécues

- Situation que j'ai vécue puis : Est-ce que certain.es souhaitent partager une situation similaire que vous avez entendue, dont vous avez été témoin ou éventuellement que vous avez vécue ?

Thème 2 : mesures prises post-situation de violence

- Est-ce que cet évènement a induit un changement dans votre pratique, dans votre communication avec les patients, dans votre organisation ? > y a-t-il eu un avant/après ?
- Avez-vous fait appel à de l'aide ou auriez-vous aimé en avoir ?
- Question de la plainte > Avez-vous porté plainte ? Si non, quelles sont la ou les raisons que vous identifiez pour lesquelles vous n'avez pas porté plainte ?

Thème 3 : pistes de solution, prévention

- Pour vous, est-il possible de déceler et éventuellement prévenir des situations à risque de violence ? Lesquelles sont les plus évidentes, les plus fréquentes ?
- D'après votre expérience, qu'est-ce qui vous semble utile, qu'est-ce qui pour vous est efficace pour gérer ces situations pour éviter qu'elles ne dégénèrent ?
- A l'avenir, avez-vous des propositions d'aides / outils qui pourraient être mis en place pour prévenir les violences intra-cabinet ?
- D'après votre expérience, y a-t-il des outils que vous identifiez que vous auriez pu mettre en place pour éviter l'incident ?
- Qu'est-ce qui vous semble nécessaire pour prévenir ces violences ? Au niveau politique ? Structurel ? Individuel ?
- Connaissez-vous l'outil de l'Ordre des Médecins "médecins en détresse" ? si non : explication du formulaire + faire circuler un exemplaire, puis : qu'en pensez-vous ?

Annexe 3 : Autorisation du comité hospitalo-facultaire à mener l'étude



Commission Ethique

À : Céline Vinel



Mar 23-01-24 09:47

Bonjour,

Nous avons examiné vos documents et après discussion, nous concluons que votre projet de TFE ne doit pas être considéré comme une expérimentation sur la personne humaine et ne tombe pas sous la loi du 7 mai 2004, il s'agit d' une étude des pratiques professionnelles. Comme vous le mentionnez très justement dans votre résumé, la relation médecin-patient est au cœur du métier de médecin généraliste et fait partie de sa pratique professionnelle et vous ne recueillez aucune données personnelles et/ou médicales de patients.

Un avis favorable (contraignant) d'un comité d'éthique n'est pas requis.

Nous vous recommandons de veiller au respect de la confidentialité des données recueillies conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Cordialement,

Pascale de Pierpont

Pharmacien

Coordination scientifique CEHF

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 1200 Bruxelles

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Annexe 4 : présentation des termes et de la situation belge dans le cadre des focus group



Exposé dans le cadre de mon TFE « agressions envers les médecins généralistes : quels sont les besoins en matière de prévention ? Une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes en région Wallonie-Bruxelles »

Dr Céline Vinet

Définitions

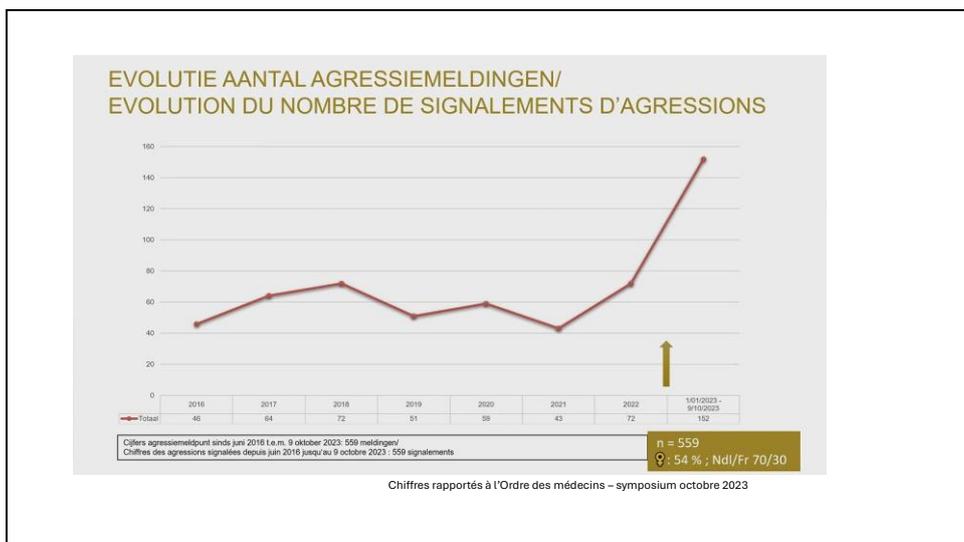
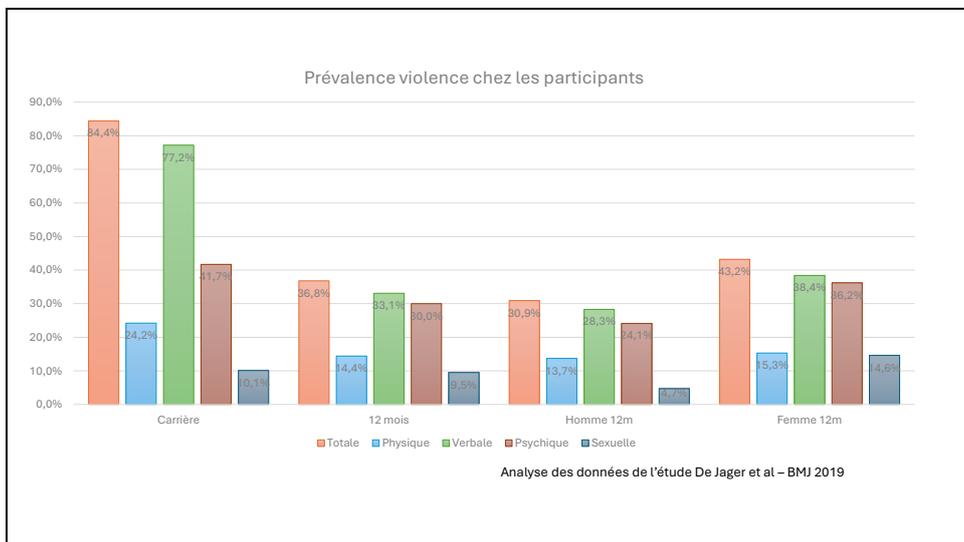
- « Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice » - Larousse
- « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » - OMS
- « Attaque non provoquée, injustifiée et brutale contre quelqu'un, contre un pays : Une femme victime d'une agression. Guerre d'agression. 2. Attaque d'ordre psychologique ou physiologique due à l'environnement. » - Larousse
- Types de violence
 - Verbale
 - Psychologique
 - Physique
 - Sexuelle

Prévalence - épidémiologie

- En moyenne, 63,1% des médecins généralistes sont victime de violence dans leur carrière, 69,3% en Europe
- En deux décennies, augmentation des violences physiques : de 7,2 à 13% en Europe
- Violences verbales, psychologiques et sexuelles : 43,8% - maj extra-hospitalière
- Violence genrée, âge joue également un rôle

En Belgique

- Etude De Jager et al. – BMJ 2019
- 84% des participant.es ont subi une agression durant leur carrière
- 37% dans les 12 derniers mois



Annexe 5 : Analyse des données

1. Prévention d'une violence

Non imprévisible : « Non justement il y a pas d'outils je pense... Qui pourraient être mis en place je ne vois pas non.

P3 : C'est soudain, c'est imprévisible...

P1 : C'est imprévisible, oui, tout à fait. » FG1

P11 « On ne sait jamais savoir la réaction de quelqu'un devant vous. C'est quelque chose d'imprévisible. Donc je n'y pense pas.

P9 C'est comme un hold-up, ça revient exactement au même pour finir. Est-ce que vous savez le prévenir ? » FG3

Outils/mesures liés au patient

Identifier les situations à risque :

- Influence

« L'alcool évidemment. » P1 FG1

« Je suppose qu'il y a plus d'agressions aussi chez les personnes qui sont sous dépendance, héroïne, ou suivi méthadone, alcool peut être [...]si j'avais plutôt une patientèle suivie méthadone, enfin suivi sevrage, à mon avis j'aurais beaucoup plus à raconter. Sans préjugés, mais de ce que j'entends, ça tourne souvent autour de ça. » P6FG3

« Pour moi les troubles de comportement, quelqu'un qui est imbibé ou imprégné d'un cocktail d'on ne sait pas quoi. » P1FG4

- Psychoses : l'imprévisibilité

« J'ai quand même quelques psychotiques, des vrais ouais quand ils viennent je suis super méfiant. Je suis un gentil garçon, je fais profil bas. » P2FG1

« Mais parfois je trouve que c'est enfin on sait pas très bien comment réagir lorsque ce sont des violences ou des agressions... liées à une pathologie psychiatrique .. Et donc, et donc ça c'est le cas qui m'a le plus marqué, moi qui m'a vraiment le plus ébranlée. Parce

que clairement, à un moment, clouc, il sort un couteau en pleine consultation pour s'égorger. Mais enfin il est psychotique, il est en plein délire donc pour pour le retourner contre moi point d'interrogation, J'en sais rien. Enfin probablement... Je ne voulais pas trop creuser la question. » P5 FG2.

« Il est pas responsable de ses actes, il est malade et donc du coup c'est toute la complication de la prise en charge psychiatrique. Mais ça reste néanmoins, ça reste des violences, des agressions faites envers nous sur lequel je trouve qu'on est parfois encore plus démunis quoi. » P5FG2

« Oui mais c'est encore plus dangereux. Parce que les psychotiques, tu te dis eux, il n'y a plus de filtre du tout. » P2FG2

- **Assuétudes médicaments prescripteur**

« Dans les situations à risque il y a tout ce qui est assuétudes et notamment assuétudes à des médicaments où on est prescripteurs et des personnes aussi qui sont dans des situations sociales tellement dégradées qu'ils n'ont plus d'endroit... » P4FG4

« Celui-là je le suivais mais donc il avait déjà un schéma de dafalgan codéine qui était en dégression. Ben évidemment avec le fait qu'il pouvait se fournir en France. Et à partir du moment où il y a un peu plus en en France, il est arrivé un jour dans dans mon cabinet. Comme je ne lui remettais pas, il a retourné tout mon... tout mon bureau. » P3FG1

- **Refus de demandes injustifiées**

« Typiquement, je pense aussi les cas de violence, d'agression et de violence quand les patients ne reçoivent pas ce qu'ils veulent...[...] quand tu refuses quelque chose, les gens vont... Alors ça passe de la négociation, le mini chantage « Oui, mais bon. Et vous n'entendez pas ce que je veux dire? Et vous ne voulez pas m'aider? » Machin machin ? À... Tu te rappelles la patiente? « Je t'attendrai à la sortie, je te ferais la gueule! » » P5FG2

« Effectivement en général parce qu'ils ne sont pas contents, parce qu'ils veulent avoir quelque chose et qu'on ne répond pas à leur demande. On sent déjà.... et les demandes de certificat de prescription, bah oui... tout ce qui est toxicomanie, tout ce qui est dépendance en tout genre, tout ce qui est demandes de certificats et de bazar et « j'ai droit à ». » P2FG2

Source de ces demandes injustifiées :

« Tu as eu la pléthore de médecins généralistes il y a deux ou trois générations, là où clairement c'était le médecin, un mec qui travaillait tout seul, qui avait avec la femme qui travaillait pas, qui avait deux gosses à charge et qui devait absolument boucler la fin de mois... Ben oui bien sûr que je vais vous prescrire ce que vous voulez. Bien sûr que je vais me déplacer à 3 h du matin pour votre nez qui coule... et donc peut être que ça engendré ça. » P5

Patient qu'on ne connaît pas

« Les gens avec qui j'ai eu des couacs, c'était des gens que je connaissais pas ou c'était la première fois qu'ils venaient en consultation. Je pense qu'au fur et à mesure du temps on sélectionne un peu sa patientèle et qui nous correspondent. Puis ici ce qui revient régulièrement c'est à chaque fois des personnes qu'on ne connaît pas, mais il n'y a pas un passif. » P6FG3

« Peut-être les gens qui estiment qu'ils n'ont pas été bien soignés, qui viennent de changer de médecin et qui viennent chez vous en vous disant clairement mon ancien médecin c'est un con il a rien fait. Ceux là il faut quand même s'en méfier. Peut être que ceux-là il seraient plus vite agressifs que les autres. » P10FG3

Cependant, certains sortent du cadre

« Mais donc là ça m'avait fait peur parce que par rapport à des personnes violentes d'ailleurs, j'ai rencontré beaucoup, ben il sortait tout à fait de du cadre. Forcément je voyais un gars violent, mais en même temps je savais pas bon... c'était pas 1 SDF, c'était pas... C'était pas un marginal, c'était pas quelqu'un que je connaissais, pas quelqu'un de classique quoi, hein ? » P3FG1

Outils liés au médecin

Connaître les patients

« On connaît les/nos gens. » p1-2-3 FG1

« L'accueil a effectivement un grand rôle. C'est elles qui parfois peuvent te dire oui je le connais ta femme, il n'est pas dans son état normal. Et oui je le sais, il y a quelque chose qui ne va pas. » P2FG4

« Notre force est d'avoir des patients fixes. Evidemment, si on prend le tout venant en consultation, les risques sont multipliés tandis que quand ce sont des populations bien définies qui fréquentent la structure, on voit tout de suite s'il y a un problème. » P1FG4

« Ça rejoint. de nouveau connaître patient, mais c'est vrai que depuis je lis un peu plus les dossiers avant de faire rentrer les patients parce que j'ai réalisé qu'il n'avait plus vu son psychiatre depuis longtemps un peu tard dans la consultation. J'aurais peut-être abordé autrement si j'en étais conscient dès le départ. Bien connaître ses patients. » P5FG4

Remettre le cadre, remettre position médecin

Non verbal : « Moi je donne la main, mais je donne la main, moi. *mime une poignée de main ferme* C'est une manière aussi déjà de dire « c'est moi le chef ». » P2 FG2

« Moi je tourne jamais le dos au patient par exemple. » P5FG2

« Mais rien que même si tu l'utilises pas, le fait de l'avoir fait, de savoir que tu sais te défendre, ça te rassure et donc ton attitude est différente je pense par rapport à ça. »

« Dans certains cas qu'il faut avoir le courage de dire qu'il n'y aura pas de consultation et de dire à la personne : « revenez quand vous serez dans un meilleur état. Mais là, dans ces conditions, on peut vous recevoir ». » P1FG4

« C'est pour ça qu'on a remis nos blouses blanches. Ça peut paraître tout à fait symbolique, mais c'était plus pour dire enfin, « le médecin c'est nous ». » P2FG2

Pouvoir s'analyser > responsabilité partagée

« Parce que je me rends compte aussi que moi, quand je gère, quand y en a eu deux ou trois après le suivant je vais un peu l'attiser... tu vois, il m'emmerde. Celui-là, il va prendre pour les autres. Il y en a je les pique un peu puis je me dis « Mais attends, un jour tu vas te prendre un poing ». » P4FG2

Retard : « *** il a encore eu ça mardi avec un patient qu'il connaissait depuis des années et puis M*** avait 40 minutes de retard parce qu'il avait eu un cas compliqué et le mec est parti en gueulant en disant que c'était intolérable. » P2FG2

« Donc déjà il a commencé à m'engueuler parce que j'étais en retard alors que j'étais même pas en retard. » P2FG2

Patients psychotiques : bien les suivre

« Faut qu'il soit bien suivi. [...] Il faut qu'ils prennent bien leur neuroleptique [...] Puis il faut encore qu'ils prennent leur traitement et qu'ils le suivent bien. » P1FG1

« Il faut un bon psychiatre. Avec un bon suivi. » P3FG1

Expérience, meilleure détection des situations à risque

P4 : « On repère plus facilement quand ça commence à monter. »

P6 : « C'est ça oui. Avec le temps en général... » P4+P6FG2

L'équipe – ne pas être seule

« Nous on a un système qui est un peu artisanal aussi qu'on met quand même souvent en place. Enfin moi ça m'arrive de temps en temps d'appeler et de dire « coucou, je vais avoir un patient agressif, appelle moi dans 25 minutes » pour vérifier que tout va bien. » P4FG2

« On fait aussi en sorte qu'il n'y a jamais une personne qui va se retrouver toute seule dans la maison médicale. Toujours avoir la possibilité que les autres entendent que ça ne va pas. » P2FG4

« Moi quand je vais en visite, je dis à l'accueil, « Je vais chez tel patient, il m'inquiète, si au bout d'une demi-heure je suis toujours pas revenue, appelle moi ». » P8FG2

« Ici, on est beaucoup et c'est vrai que c'est plus sécurisant. Au pire, tu cries. » P4FG2

« Mais je crois que déjà, travailler solo, c'est déjà plus embêtant. Une fois qu'on est à deux trois dans un cabinet. Je crois que c'est plus simple. C'est rassurant. On n'est pas tout seul si jamais. » P9FG3

« Et puis le fait d'avoir un confrère peut être à côté au cabinet. » P6FG2

« Le patient le sait aussi, puisqu'il sait qu'il y a d'autres personnes dans la cabinet. C'est quand même important je crois aussi. » P8FG3

« Tu imagines un médecin généraliste tout seul chez lui ? Moi je voulais faire ça avant, puis je me suis dit « non mais jamais en fait ». » P5FG2

« Non, moi je veux travailler en équipe, en équipe justement pour pas être seul quoi. Ça, c'est aussi une mise en place un peu... Je pense qu'il y a de ça aussi. Le fait de se dire il y a, il y a une collectivité autour de moi pour me protéger si jamais quoi ? » P5FG2

« Bah j'ai jamais rien eu en 29 ans. » P2FG1

« Je ne me suis jamais senti menacé. J'ai jamais vu quelqu'un qui a fait preuve d'agressivité par son physique. Et je n'y pense pas en fait. » P10FG3

Décision de ne pas prendre en charge patients toxicomanes

« Moi, j'ai décidé de ne pas faire de suivi. En tout cas, tout ce qui est méthadone, de ne pas faire la formation, mais tout en sachant que je risque d'être en contact avec des personnes à risque de violence. En travaillant en solo, c'est pas possible. » P6FG3

Clarté des règles à respecter, protocoles, alignement pratique

« Moi je pense qu'un truc qui pourrait aider en tout cas, mais qui est très compliqué à mettre en place, c'est que tous les médecins agissent de la même manière et agissent correctement et qu'on ne fasse pas des faux certificats, qu'on ne prescrive pas des médicaments dans tous les sens parce que les gens pleurnichent. Si tous les médecins étaient dans la même, dans le même mode de fonctionnement, les gens sauraient qu'on n'obtient pas ça... Parce que les gens maintenant, ils savent que s'ils gueulent, chez certains, ça marche. [...] Donc c'est d'avoir déjà la même, la même ligne de conduite. Mais c'est dur à mettre en place déjà dans une équipe. Alors qui plus est en Belgique où effectivement c'est compliqué parce que c'est quand même souvent ces situations-là qui posent problème : si le mec qui traverse la route, qui va voir le médecin d'en face, qui lui fait son certif pour rien du tout, comment est-ce qu'on veut après que les gens ne soient pas agressifs ? » P2FG2

« Et là c'est quand même difficile. Parce que oui, les règles doivent être claires, mais on soigne quand même des gens et on passe quand même de temps à avoir des exceptions. » P4FG2

« Si les règles sont très claires et que la communication est bonne, je pense que ça limite quand même déjà pas mal de choses parce que très souvent les gens s'engouffrent dès qu'il y a une faille, et qu'il y a un truc où oui mais là vous l'avez fait et ne l'a pas. » P2FG2

« C'est à partir du moment où il y a de la violence ou de l'agression, l'agressivité des patients vis à vis du personnel, quel qu'il soit, médecin [...] c'est là où les règles doivent être bétonnées. » P5FG2

« Titulariser...Oui, avoir les patients qu'on sait compliqué, qu'ils aient plus aussi un médecin référent et ce soit lui qui doive les voir. Et que ce soit quelque chose qui soit connu aussi pour éviter de mettre les autres en difficulté. » P1FG4

Une bonne communication

« Faut certainement pas monter, monter dans les tours et commencer à s'exciter. » P1FG1

« [...] C'est surtout recevoir tout le monde avec un sourire. Déjà ça, ça limite un peu la violence. » P10FG3

« En repensant à des situations... souvent, c'est vrai que j'ai participé à l'escalade. Et donc, ça je pense que ça vient aussi avec l'expérience de repérer les moments où nous même on commence à monter pour dire « Ok, il faut redescendre ». Et en effet, entendre la frustration du patient pour essayer de redescendre. » P5FG4

« J'aurais aimé réagir plus vite aux premiers signes déjà. Je pense à un patient qui avait fait un petit peu une forme d'érotomanie.. De plus rapidement dire « Non, stop ». Essayer de calmer les choses plus rapidement. Prendre les choses en main. » P4FG4

« Ou alors généralement, à mon avis, en se posant la question qu'est-ce qu'on a fait pour qu'ils deviennent agressifs? C'est bizarre mais pas pour le prendre personnellement, c'est plutôt une réaction à quelque chose qu'on aurait peut-être dit ou mal compris. » P6FG3

« Quand des patients d'une maison médicale sont désinscrits de chez eux, qu'on inscrit chez nous après, on passe un coup de fil en général pour demander : tiens qu'est-ce qui s'est passé ? mais on accepte et ça donne en effet une chance... pas un oubli complet parce qu'on est au courant en général de ce qui s'est passé de l'autre côté dans les grandes lignes... [...] donc ça peut être un argument aussi pour les autres structures de plus interagir. » P5FG4

Moyens d'auto-défense - garantir sa sécurité

« Après toujours, quelqu'un de menaçant, il faut faire l'ordonnance qu'il demande. Il faut bien comprendre que la première règle, c'est se mettre en sécurité. Si ça passe par une

prescription de n'importe quoi, il faut faire la prescription de n'importe quoi et que la personne dégage. » P1FG4

« Déjà quand je vois que le patient il va, il veut monter ou bien je sens que... En général j'essaye, j'accède plus facilement à sa demande en fait. Donc c'est une manière de me protéger en soi sur le moment. » P6FG2

« Mais en fait, je pense que le fait de ou d'avoir le sentiment peut être faux, mais de se dire « Je sais me défendre », je pense au gars qui effectivement faisait ces allusions sexuelles, je me dis même s'il essaie de m'attaquer, il me fait pas peur. Enfin je veux dire, c'est plus à partir du moment où soi-même on est déjà dans une situation où on se sent plus fort, on a aussi une attitude qui est différente. » P2FG2

« Et j'ai pris une leçon à ce moment-là, c'est que chaque fois que j'allais chez quelqu'un, c'est de regarder si on fermait la porte à clé, où on mettait cette clé que je puisse partir. » P2FG4

« Oui, en fait c'est ça pour moi. C'est vrai que j'ai le sentiment qu'en tant que plus fort qu'eux, enfin sauf les psychotiques, mais que finalement le fait d'avoir une attitude où on se dit « va te faire foutre, je t'emmerde, tu me fais pas peur », ça aide beaucoup. » P2FG2

« Des cours de self-défense, pourquoi pas. » P2FG2

« Mais rien que même si tu l'utilises pas, le fait de l'avoir fait, de savoir que tu sais te défendre, ça te rassure et donc ton attitude est différente je pense par rapport à ça. » P2FG2

« Alors si moi je trouve que... moi je revendique pour ma fille et pour moi que je trouve ça anormal et je le défendrai devant qui tu veux que... on ait pas droit nous, à utiliser des gaz CS ou des gaz incapacitants ? Voilà que moi, j'aimerais bien que ma fille qui se balade à Bruxelles le soir, et que moi je puisse avoir ça... et que ce ne soit pas considéré comme interdit. Alors que le bandit peut avoir un poignard, un flingue, une kalachnikov. Et moi je peux pas avoir un spray. Voilà je trouve ça... Je trouve qu'on devrait en tant que médecin être autorisé en garde par exemple. Peut-être pas même...peut être pas chez moi OK ? Qu'on me punisse si j'ai ça chez moi. [...] Sachant que les docteurs sont des gens un peu cortiqués et qui ne vont pas employer ça de manière débile mais en dernier recours quoi. » FG1 p2

Gaz lacrymo, taser FG2

« Il y a une chose que je ne fais jamais, c'est d'afficher sur ma voiture, que je suis médecin. La « Croix rouge », non. J'ai entendu quand même pas mal d'histoires de médecins qui se sont fait agresser par des toxicos pour avoir des médicaments. C'était plus dans le temps où on se baladait avec des injectables, avec de la morphine sur nous. Maintenant, c'est vrai qu'on a plus beaucoup tout ça. Mais dès le départ, moi j'ai dit: "non, non", moi je voyage incognito. Je ne veux pas me faire agresser. » P1FG3

« Suivre son instinct. Je ne le sentais pas depuis le début. Le problème, c'est qu'il faut une justification pour refuser de prendre un patient en charge ou pour ne plus le prendre en charge après avoir vu quelque chose. Mais je ne le sentais pas [...] il faudrait pouvoir à ce moment-là dire: « Non, je vous prends pas ». » P1FG3

Outils liés à l'environnement

Disposition cabinet

Difficulté : « Non mais voilà, on avait réfléchi aussi à changer la disposition de cabinet mais structurellement, c'est compliqué. » P5FG4

« Je me dis de faire une visite pour faire un constat [de coups et blessures] de plutôt faire cela en consultation dans un lieu sûr et pas débarquer chez les gens. Pas avoir des motifs bizarres ou à risque. S'il y a des disputes ou que la personne est violente, je ne vais pas intervenir. » P6FG3

« Parce que la porte de sortie, il faut encore que tu puisses l'atteindre, hein ? » P3FG1

« Quand on a dû refaire des cabinets médicaux, on a réfléchi à disposition des cabinets.[...] c'est prégnant dans notre façon de penser. » P4FG2

« Les bureaux, l'agencement des cabinets pour qu'il n'y ait pas rien entre la porte et le enfin entre nous et la porte, que le patient ne soit pas entre nous à la porte. » P2FG2

« Mais clairement, nous on s'est dit, non, pas possible, sinon on change de bureau, peu importe, on en rachète d'autres. Mais non, il ne faut pas avoir quelqu'un entre nous et la porte quoi. » P5FG2

« Et l'autre chose c'est toujours avoir une possibilité de partir. » P2FG4

« Nous c'est aussi au niveau de la forme du cabinet où on peut toujours sortir rapidement du cabinet. » P6FG4

« Qu'il y ait un espace d'attente qui soit vraiment séparé, fermé, et puis dont les portes ne s'ouvrent pas n'importe comment, d'avoir une entrée pour les médecins sans devoir passer dans la salle d'attente, ça, il faut toujours l'agencement des locaux dans le cabinet. » P2FG2

« Déjà un environnement un peu... là où les patients attendent peut-être favoriser que ce soit un endroit plus paisible, chez vous il y a des poissons non c'est pas ça dans la salle d'attente ? » P2FG4

Retrait d'objets coupants des cabinets

« Moi j'ai enlevé tout ce qui pouvait être ciseaux etc. à disposition... moi les ciseaux, enfin si j'en ai, j'en ai plus dans le cabinet, mais ils étaient dans un tiroir en dessous. » P5FG2

Aménagement des horaires de travail

« L'horaire peut-être ? Voir la journée [...] J'imagine que plus tard le soir en fin de journée quand il fait noir c'est plus à risque. » P4FG3

« Moi j'ai adapté quelque chose dans le sens où c'est pas à cause de ça, mais c'est une accumulation de ça, c'est que j'ai progressivement très vite arrêté de faire des gardes donc puisque je pense qu'en patientèle privée ben je les connais bien. Enfin ça me paraît.... Bah j'ai jamais rien eu en 29 ans. Voilà je peux je pense que je peux gérer maintenant ça pourrait arriver qu'un gars ait un trouble psychotique subit. Mais voilà, ça, ça a plutôt un peu la goutte d'eau qui a dit « Bon Ben c'est bon quoi les gardes, je les remets toutes quoi. » Donc je remets toutes mes gardes si possible. [...] J'ai pas trouvé mieux quoi. » P2FG1

« Bah je travaille le soir aussi donc je suis bien placé pour avoir [situations de violence]. » P3FG1

Moyens d'identification du patient

« La caméra peut être utile parce que tu ne vois pas n'importe qui. » P8FG3

« Oui, mais j'ai installé ça il y a des années. On y pense, on ne sait jamais, autant les mettre. » P9FG3

« Ou même avoir, de faire en sorte que le patient sonne, qu'on identifie son visage. Seulement là, on ouvre la porte de la salle d'attente. Une porte fermée, mais c'est pas très convivial. » P1FG3

« Un parlophone et le patient doit décliner son identité et on laisse rentrer ou pas. Mais bon, ça devient un petit peu gênant. » P1FG3

« Moi j'ai quand même installé des caméras. Une dans la salle d'attente et une orientée vers la porte d'entrée de ma consultation. J'en ai eu besoin pendant quelques mois. Maintenant, je les utilise plus, mais j'en ai eu besoin dans l'immédiat, juste après j'en ai eu besoin. » P1FG3

« Alors on est partagé. Je ne suis pas sûr qu'il y ait une unanimité dans l'équipe par rapport à ça parce qu'on se veut accueillant... devoir sonner pour pouvoir rentrer dans SA maison médicale niveau accueil... c'est pas... Mais elle est fermée. Ils doivent s'identifier pour pouvoir rentrer. » P1FG4

« **Panic button** » en prévention

P8 « Eh bien, [le bouton d'alarme] appelle directement la police. C'est totalement silencieux. Ici tu as un accès aveugle pour l'agresseur ou pour le patient et qui est efficace puisque tu préviens directement comme quoi il y a un problème urgent chez toi. »

P9 « Elle ça ne sonne pas rien du tout. Mais c'est vrai que c'est sécurisant. » P8+P9FG3

« Un bouton panic ça aurait marché. [...] Ça aurait évité la progression, oui. » P9FG3

« Oui, si j'ai mis un système d'alarme et je suis relié directement à la police. Donc enfin en tout cas pour mon cabinet... et dès que il y a un problème, je n'ai qu'un bouton à appuyer donc automatiquement c'est enregistré donc et filmé donc si je suis agressé, l'agression est filmée. » P3FG1

« Ils ont déjà pensé à peut-être mettre un truc justement pour appuyer directement, c'est connecté directement, enfin signalé à la police. » P3FG2

Montres connectée « help button »

« Après ça existe des montres connectées, des trucs comme ça qui sont faites pour les gens qui font de la course à pied et qui ont un « help button » qui sonne. Mais après faut voir si ça s'adapte. » P4FG2

Chien dissuasif

« Moi j'ai un bête truc, j'ai un sale chien. Quand je suis tout seul il est derrière la porte de mon cabinet. Alors, il ne tuerait pas une vache, c'est un bête teckel, mais il est très agressif, très très agressif envers les étrangers. Et quand je suis tout seul, je ne ferme pas la double porte de mon cabinet. Il est là derrière. De temps en temps il aboie, il gratte un peu etc. Et je pense que ça peut être dissuasif. » P12FG3

Mesures sociétales

Communication, promotion, sensibilisation aux agressions corps médical Repenser l'image, la place du médecin

« On devrait avoir des espèces de campagne d'éducation, profiter de l'écran de la salle d'attente pour expliquer ça, il y en a eu plein sur les antibiotiques. » P1FG2

« Le problème c'est ça, c'est que toutes ces campagnes d'information qu'on fait sur les écrans, ça passe, ça passe, on refait des messages, etc. Maintenant, quel est l'impact? C'est très difficile d'évaluer. » P2FG2

« Je pense que la communication, enfin je veux dire les promotions à ça quoi, mettre, parler plus de l'agression du corps médical, tu vois. Sensibiliser beaucoup plus. En parler à la télé un peu plus pour dire que c'est une notion bien présente qu'on fait attention parce que si on n'en parle pas, les gens... » P3FG2

« C'est une question d'éducation du patient de manière générale. »

« C'est vrai que l'éducation du patient... c'est très compliqué parce qu'on sait que c'est vraiment un phénomène de société. » P2FG2

« Je pense qu'il faudrait redéfinir le rôle auprès des patients. Tout le monde sait que les patients, on est un peu leur exutoire, on est un peu tout pour eux, et ils ramènent tout. Et quand on ne sait pas y répondre parce que soit... [...] on n'est pas l'urbanisme, pas le CA... combien de choses parfois on nous a demandé de faire... [...] Et ce qu'il y a c'est que du coup quand ils sont frustrés, ils comprennent pas... Ils ont l'impression qu'on est là pour gérer tous leurs problèmes, pas que médicaux... » P1FG2

« Mais je pense quand même qu'il faut revaloriser aussi... dans l'image quand même de ce qu'est le médecin, en n'acceptant pas tout et n'importe quoi. » P2FG2

« Comme je ne sais plus qui disait aussi, de remettre aussi la position du médecin. Enfin, c'est clair que beaucoup de gens estiment qu'on est là et qu'on n'a qu'à faire ce qu'ils nous demandent, qu'on est à leur service. Et donc ça c'est très dévalorisant. Je pense que ça, ça joue beaucoup aussi sur plein de gens qui en ont ras le bol de faire ce métier là parce qu'on est pas là pour offrir ce que les gens veulent. On n'est pas à leur service comme un McDonald's ou je ne sais pas trop comment peut-on demander et on donne ce que tu veux. » P2FG2

« On est sympa avec les patients maintenant. Là aussi on est descendu de la notion paternaliste pour être assis à côté du patient dans le cabinet, etc. Alors pour une part c'est bien, mais d'un autre côté, finalement, est ce qu'il ne faudrait pas revenir à l'image du médecin qui est beaucoup plus... ? » P2FG2

« Et puis nous on se dit toujours qu'on a ce devoir de prise en charge, de patient, de de, on a des contraintes, de secret médical, de machin et on doit, on doit l'aider, on doit enfin, et je pense qu'ils perçoivent ça aussi. Et donc parfois les patients, ils nous repoussent dans nos retranchements et nous, on doit un peu se contenir dans tous les sens. Sauf que pas du tout quoi. [...] on s'oublie un peu, on oublie à quel point en fait non, il y a des choses qui ne sont pas du tout normales. » P5FG2

« Parce que la conjecture est bonne pour pouvoir un peu justement recadenasser ça. Nous, on croule sous les demandes de patients. Tu dégages parce que j'ai plus envie de te voir, ça me fera ni chaud ni froid, ça me fera plus de temps pour moi. Alors que tu serais un médecin généraliste qui a besoin de clôture, toi *s'adresse à P2* tu as eu la pléthore de médecins généralistes il y a deux ou trois générations, là où clairement c'était le médecin, un mec qui travaillait tout seul, qui avait avec la femme qui travaillait pas, qui avait deux gosses à charge et qui devait absolument boucler la fin de mois... Ben oui bien sûr que je vais vous prescrire ce que vous voulez. Bien sûr que je vais me déplacer à 3 h du matin pour votre nez qui coule et donc peut être que ça engendré ça. Mais ici, la conjoncture est bonne pour dire maintenant : va voir ailleurs si j'y suis, je m'en fous. Casse-toi! C'est vrai, ce serait bien. » P5FG2

P2 : « Dans ce cadre de pénurie médicale, il faut aussi que les gens entendent qu'on ne va pas chez le médecin. On n'emmerde pas tout le monde n'importe comment, n'importe

quoi. C'est ça aussi. Il faut que les gens comprennent. Si on veut résoudre ça, il faut que les patients comprennent... »

P5 : « Qu'ils ont besoin de nous plus que ce que nous, on a besoin d'eux.

P2 : « Absolument. L'ancienne génération, c'était plutôt l'inverse...

P3 : « Mais maintenant c'est tout et tout de suite ». » FG2

Modèle horizontal : « Ça, c'est aussi comme je dis, c'est un problème de fond, un problème de société où il n'y a plus d'autorité, où effectivement il n'y a plus de verticalité du tout. On va dire aussi c'est générationnel, j'en sais rien » P2FG2

« J'aimerais parler de l'aspect culturel aussi. Parce que parfois il y a cette impression qui te disent peut être dans mon pays, peut être quand ils demande une prise de sang, ou bien « si je paye, je l'ai » ou ça c'est rapide, ça c'est rapide, Ils comprennent pas que c'est pas voilà que c'est... c'est pas le même système. » P6FG2

Formation des médecins *important pour ne pas déborder, sortir de ses gonds et avoir l'effet inverse, ne pas être agressif soi*

« Je pense que, avoir un truc, pas un exposé ex cathédra, avoir un truc pratico-pratique sur comment désamorcer avec... je sais pas si c'est des flics, des psychologues, je sais pas avec qui, mais comment faire pour désamorcer ? [...] Des techniques vraiment de désamorçage, de désescalade, voilà. » P2FG1

« Maintenant tout ce qui est quand même formation de la communication non violente, je pense quand même que ça, je pense que ça peut pouvoir un peu aider. Alors, je pense que c'est vraiment la communication comme les flics, tout ça enfin je sais pas, je pense qu'ils ont quand même des trucs pour désamorcer... » P2FG2

« Sinon c'est vrai qu'on a aussi mis en place ce que je lui disais de parler un peu avec J*** (psychologue). Le fait d'essayer de revoir notre communication et de voir pour éviter en tout cas tout ce qui est agressivité verbale qui est franchement du quotidien de gens et de voir comment est-ce qu'on peut arriver à justement dire non sans que ça monte tout de suite à désamorcer. » P2FG2

Politique : remettre le système de soins de santé au centre FG2P39, FG4P15

« Mais au niveau politique, je pense que c'est tout le système de santé, l'accessibilité. Enfin, je me dis bon, ça c'est une réflexion beaucoup plus profonde. Je pense qu'on est en Belgique avec un système qui est finalement très accessible et peut être parfois trop accessible pour... En même temps, il y en a qui auraient besoin et qui n'y ont pas accès et d'autres qui emmerdent le monde et qui viennent tout le temps. Mais bon, ça c'est plus une discussion de fond, de remettre le système de santé au centre, à quoi il sert et pourquoi il sert? Parce que je pense que plus on accepte tout et n'importe quoi et que malgré tout on en garde, oui, on se déplace quand même pour une prescription de benzo à 3 h du matin. Je trouve que quelque part on provoque soi-même le fait qu'on est complètement dévalorisé. » P2FG2

« Refinancer les soins de santé. (petits rires) Financer aussi tout ce qui est centre LAMA et tout ça qui sont sous-financés et qui sont surchargés et qui du coup ne prennent plus de nouveaux patients, ce sont des patients qui se retrouvent frustrés. Et qu'on doit prendre en charge nous sans formation... Sans environnement adéquat. » P4FG4

« Dans le même ordre d'idée que refinancer les soins de santé, c'est refinancer la lutte contre la précarité, limiter les si grandes inégalités sociales. » P5FG4

2. Gestion d'une situation de violence

Contexte de manque de compétences/apprentissage à gérer une situation :

P4 : « Mais parfois, parfois je me rends compte que quand il y en a un qui m'agresse, j'ai tendance à l'agresser en retour et forcément ça escalade.

P2: « J'avoue même parfois si je dois analyser au plus profond. Parfois c'est même amusant entre guillemets, parce qu'il y a certain plaisir à avoir cette espèce de lutte de pouvoir, effectivement. Non mais c'est vrai, je me rends compte de ça quand il y a quelqu'un qui gueule, que je suis juste à côté de l'accueil, que je sors et je suis contente de pouvoir remettre les gens à leur place, ça défoule. » P4+P2 FG2

« Je pense que ça, c'est quelque chose qu'il faut qu'on contrôle, surtout quand le patient est en face à toi un peu comme l'ordonnance que j'ai déchirée lentement. » P4FG2

« [...] Nous c'est assez complexe au sein de l'E** de mettre en place des protocoles de violence. Notamment parce qu'il y a plusieurs services et que les services ne sont pas d'accord entre eux de comment gérer une situation de violence. Au final il n'y a pas, à ma connaissance, de réels protocoles ou rarement il y a eu une exclusion. On avait réfléchi aussi à mettre des sonnettes. Mais au final, c'était un peu techniquement trop complexe. Donc on n'a pas de sonnette d'alarme et on doit appeler sur notre téléphone s'il y a un soucis. » P6FG4

« [...] Mais en fait, on est plutôt en train de mettre en évidence qu'on n'a pas de cohérence institutionnelle. Nous, on a des besoins, on a quand même une insécurité qui est ressentie, mais en pratique, il n'y a pas encore beaucoup de choses qui ont émergé de ces réunions [institutionnelles sur la gestion de l'agressivité des patients]. Je pense que c'est un sujet important car il y a une augmentation de l'agressivité. » P3FG4

« Mais parfois, parfois je me rends compte que quand il y en a un qui m'agresse, j'ai tendance à l'agresser en retour et forcément ça escalade. » P4FG2

« Mais après j'avais une telle haine et une telle violence que j'ai fermé la porte et j'ai tapé sur la table et j'ai cru pendant 24 h que je m'étais cassé une main [...] Mais vraiment, à 3 h du matin, tu te dis « Mais qu'est-ce que je suis con de m'être laissée déstabiliser par un truc aussi stupide quoi? ». » P4FG2

Se mettre en sécurité

« Moi, quand j'ai des patients un peu flippants, je suis prête, *montre la porte* à la porte. »

P1FG2

« Avec le temps en général... Déjà quand je vois que le patient il va, il veut monter ou bien je sens que... En général j'essaye, j'accède plus facilement à sa demande en fait. Donc c'est une manière de me protéger en soi sur le moment. » P6FG2

« Mais c'est clair que tu prescrites pour que le gars accède à sa demande pour qu'il se casse quoi. » P5FG2

« Il faut bien comprendre que la première règle, c'est se mettre en sécurité. Si ça passe par une prescription de n'importe quoi, il faut faire la prescription de n'importe quoi et que la personne dégage. » P1FG4

Courir (flight)

« Moi je cours. » P5FG2

« Et puis il dit « mais arrêtez, N'ayez pas peur. Et puis j'ai dit « Mais si j'ai peur, je sais que vous avez un couteau dans votre poche. Et je pars. J'ai peur. Je veux pas que vous m'approcher ». Il dit « oui, mais la voix, elle me dit d'avoir une relation sexuelle avec une femme » (rires et exclamations). P5FG2

Et là, j'ai couru, j'ai couru dans mon cabinet, je me suis enfermée... et voilà. » P5FG2

Faire sortir le patient

« Il y a longtemps un toxicomane qui voulait ses médicaments et puis j'avais été refusé, mais c'était tout au début de ma carrière. Et puis le mec a voulu retourner dans mon bureau et moi je sais pas, dans un accès de folie de ma part, je l'ai pris par le colbac et je l'ai tapé dehors. Et puis il a shoté dans la fenêtre, il a pété la fenêtre en verre en 1000 morceaux et moi j'étais complètement « blblbl » *tremble* comme ça. » P2FG2

Communication is key : cadrer > presque une rupture de com, expliquer, garder son calme, humour (fight)

- Rester calme avant tout

« Le calme. Jamais surenchérir, garder son calme. » P1FG3

« Éviter de commencer à essayer d'argumenter effectivement avec des personnes qui de toute façon ne sont pas dans un état de.... Pas essayer d'aller exposer tout ce qu'on sait ou tout... Non. Il n'y a pas de discussion à avoir, de toute façon on va perdre à l'échange je pense, mais c'est plus... Oui, laisser pisser et essayer de laisser passer quoi. » P2FG4

- **Contraire : Cadre ferme**

« Moi je suis pas sûr que le calme ça marche toujours. Quand quelqu'un veut vraiment prendre le dessus sur toi et veut vraiment te marcher dessus, t'écraser. Je pense que oui, il faut au contraire être plus ferme. » P4FG3

« Par rapport aux deux situations là. Je me suis dit que j'allais, que j'allais être beaucoup plus ferme et de beaucoup plus vite mettre le stop et le holà. Plutôt que de parlementer, discuter et essayer d'être entre guillemets professionnels et d'arrondir les angles, de se réconcilier entre guillemets. Lorsqu'il y a un acte de violence, voilà le dire stop. Bloquer la violence et dire non. » P4FG3

« La fermeté que tu disais, si tu es ferme dès le départ. Tu ne dois pas te laisser faire, mais ça peut arriver bien sûr. Ne pas laisser au patient la place de prendre les initiatives, tout simplement. » P8FG3

« Et sinon, généralement des agressifs, j'en rencontre quand même régulièrement et j'arrive à les canaliser quoi. » P3FG1

« Là, il a commencé à me crier dessus, à me traiter de tous les noms. J'ai dit « Écoutez, allez, prenez la porte, mais moi c'est non quoi ». Je lui ai dit non, et lui * imite quelqu'un très en colère* j'étais là comme ça « Non, je dis non ». Je l'ai pas fait, mais après j'avais la haine. J'avais envie de le taper. » P3FG2

« Il commence à taper sur la table et puis il dit « si je veux le scanner, tu fais ce que tu veux, tu fais ce que je te demande, tu es mon médecin, tu fais ce que je te dis » et alors je dis « non, non, non, non », je dis 20 fois non calmement. Puis finalement je me lève, je dis « Allez, sortez du bureau, je ne céderai pas votre demande ». Et puis lui, il se lève et là j'ai eu peur. Je me suis approché près de la porte. J'ai eu peur, j'étais prête à fuir. Puis j'ouvre la porte justement parce qu'il y a tout le monde qui commence à entendre que je gueule dans le couloir et tout. Et puis finalement, il est parti, il m'engueule « Ouais, putain et tout » ... J'ai eu peur quoi. Mais j'étais contente d'avoir refusé, mais j'étais quand même pas bien. » P7FG2

« Quand il m'a dit ça, j'ai été assez ferme et j'ai dit: "Non, ça suffit, ça va aller, calme toi."
J'ai terminé d'examiner l'enfant et ça c'est terminé de manière assez correct. » P4FG3

« Si je sens que ça dégénère, je dis « écoute » enfin je veux dire comme ça, enfin je dis que voilà, je dis "écoute bah aujourd'hui bah ça se passe pas bien, t'es pas dans ton état normal, écoute, rentre chez toi tu reviens près de moi quand t'es quand t'es calmé. » P2FG1

- **Expliquer**

« Je pense qu'aussi en communiquant, en expliquant beaucoup, en rappelant qu'on est tous les deux là pour qu'il aille mieux, le patient. Mais voilà, « vous me demandez quelque chose, mais au final, et je vous explique pourquoi ce que vous me demandez finalement vous nuit », tu le remets aussi face à ses responsabilités. » P5FG2

« Expliquer ce qu'on fait, le fait de refuser, c'est au contraire on met toute l'énergie pour les aider. » P2FG2

« Parfois je fais la démonstration quand les gens me disent « je vous demande quand-même pas grand-chose » et je leur dis « Vous savez, ce serait plus facile pour moi, regardez le temps que ça m'aurait pris de faire une ordonnance et là on discute, donc ce serait plus facile pour moi. Qu'est-ce que vous croyez? Si, si je le fais pas, c'est que je pense qu'il y a un intérêt ». » P4FG2

« Plutôt que de dire je ne peux pas le faire, enfin de leur expliquer clairement que « Demander de faire un faux, c'est comme si vous me demandiez d'aller voler ». Enfin, c'est quelque chose qui est contre la loi... De se rendre compte que c'est pas juste un papier, c'est quelque chose qui... c'est moi qui peut être condamnée, c'est moi qui peut aller au tribunal à cause de vous. Donc ça je fais pas. » P2FG2

« Je sais pas, ça dépend toujours des situations, mais parfois prendre le temps d'expliquer aussi. Mais dans d'autres situations. Quelqu'un qui est frustré de la réponse qu'on lui donne parce qu'il s'attendait à quelque chose mais il a pas compris exactement pourquoi je le refuse. Quand c'est pas un psy ou un consommateur ou ce genre de chose. Le fait d'expliquer les raisons pourquoi je ne prescris pas cet examen ou ces trucs, parfois il sera toujours frustré, mais au moins j'ai étalé mes arguments et ils finissent toujours par sortir. » P6FG4

« Bien souvent ce qui est très efficace c'est de renvoyer la frustration, enfin de reconnaître la frustration. Dire « Je perçois que vous êtes déçu, vous n'avez pas l'air très content de ce que je vous explique est-ce que vous pouvez m'en dire plus ? » Et souvent, ça permet de redescendre d'un cran. [...] Et donc parfois remettre un peu le motif de consultation pour essayer de lui permettre aussi de reprendre pied lui-même en reverbalsant de façon peut-être plus précise ses attentes à notre égard. » P1FG4

« J'ai palabré genre 3 quart d'heure avec à discuter « Pourquoi ? Comment ? Qu'est-ce que tu ressens ? » Voilà j'ai donné des adresses, les démarches et tout ça enfin au total il a fini par se calmer... et j'ai pu partir. » P3FG1

« Il faut gérer, donc il faut négocier. » P1FG3

- **L'humour**

« J'ai eu ça une fois c'était tellement réflexe. Et puis il s'est rendu compte « Ah merde, elle est pas belge ». Et puis j'ai vu leur tête, j'ai dit « Ben oui, j'aime bien que les Chinois ». Oui c'est vrai, l'humour aussi c'est une manière de désamorcer. Moi effectivement j'utilise beaucoup ce mécanisme... » P2FG2

« Une solution c'est l'humour quand même aussi. » P4FG2

- **Voire rupture de communication**

« Sortir son flingue. » P9FG3

Intervention d'un tiers: collègue, spécialiste ou police

« Ils ont un système où quand quelqu'un se sent agressé, il y a une touche sur le téléphone qui va sonner dans tous les bureaux. » P8FG2

« C'est ce que je fais par rapport aux certificats, aux demandes de prorogation de certificats... ce que je fais parfois, c'est que je demande l'avis d'un collègue juste pour avoir l'avis de quelqu'un. Une deuxième voix qui part dans le même sens que moi. » P8FG2

« Nous on a installé le chat à cette époque-là avec messagerie interne. » P5FG4

« Quand ça gueule, il y a des gens qui viennent, ça se fait un peu automatiquement. J'ai pas vraiment du [appeler à l'aide]. » P2FG2

« Je pense que le fait d'entendre un bruit ou quelqu'un qui gueule, il y a toujours quelqu'un qui vient. » P7FG2

« Et puis ça part en couille, si je puis dire, et un recours c'est justement le médecin habituel qui va venir et qui va dire « Comment ça va, tu vas bien ? On va se voir à deux, on va aller dans mon bureau », ça peut être ce genre d'attitude mais là c'est pour les patients par exemple psychotiques. Si c'est quelqu'un qui est imbibé, faire intervenir un tiers, une autorité peut parfois être très utile. [...] Donc souvent, je pense faire appel à un tiers quand ça part en cacahuète. » P1FG4

« Si on fait bloc, tout ça ensemble, que tu ailles gueuler chez l'un, chez l'autre, celui qui est un peu plus tendre, que tu penses un peu plus faible ou autre, tu ne l'auras pas plus. Et donc je pense que ça c'est quelque chose qui nous nous aide aussi, c'est de le faire régulièrement aussi. C'est à dire « Ecoute, tu peux aller gueuler chez tout le monde, tu peux danser sur ta tête, personne ne le fera ici », c'est souvent un argument qu'on utilise. Personne ne te fera ton truc. Donc c'est d'avoir déjà la même, la même ligne de conduite. » P2FG2

« C'était un gars qui ne faisait pas trop peur, mais il me faisait tellement chier. J'ai dit voilà, j'appelle la police, j'ai pris, j'ai composé 101, j'ai dit voilà, « Nanana.... ». Et puis le mec il s'est barré. » P3FG2

« Et là, j'ai appelé son psychiatre traitant en disant « Ecoutez, ça va pas ». « Oui, mais il faut l'appeler pour lui dire qu'il peut aller à **** ». » P5FG2

« Et je pense qu'à un moment c'est le psychiatre ou psychologue de je sais plus qui m'avait dit « écoutez, maintenant ça suffit, Ça fait 2 h qu'elle est dans votre cabinet, que vous êtes en train d'essayer de négocier pour essayer de l'hospit ou pour faire quelque chose. Voilà, elle veut rien, elle met tout en échec, elle veut des cachets pour se suicider. Laissez la partir, Elle a toutes les cartes en main ». » P5FG2

L'expérience

« Et puis je pense qu'avec le temps, on a un peu chacun, un peu nos trucs et astuces, nos petites phrases toutes faites, nos trucs. » P4FG2

« Notre force est d'avoir des patients fixes. Evidemment, si on prend le tout venant en consultation, les risques sont multipliés tandis que quand ce sont des populations bien

définies qui fréquentent la structure, on voit tout de suite s'il y a un problème. On les connaît déjà, mais il y a toujours une première fois, une première rencontre mais en général, l'immense majorité des patients est bien connue. On connaît les patients à problème, on connaît le patient avec des troubles psychotiques. On sait comment il faut leur parler, donc on sait plus facilement désamorcer des situations qu'avec des patients qui tombent de la lune.[...] Et les patients ont des gachettes, il faut pas appuyer sinon ça fait mal. » P1FG4

« Et donc, ça je pense que ça vient aussi avec l'expérience de repérer les moments où nous même on commence à monter pour dire « Ok, il faut redescendre. » Et en effet, entendre la frustration du patient pour essayer de redescendre. » P5FG4

3. Gérer l'après :

Désinscription si MM, réorientation patient, changement de médecin au sein de l'équipe FG2, blacklist FG3P8 FG4P6

« On a mis en place un système, pas toujours, mais enfin c'est pas le sujet, mais aussi avec les accueillantes, mais dans l'ensemble, que les patients qui sont vraiment agressifs, qui insultent, c'est bûten quoi, on ne chipote plus et donc... on donne un avertissement parfois quand c'est entre les deux, on en discute. Et sinon, comme on a la « chance » d'être un système au forfait, on les fout dehors, on leur envoie un courrier, on leur dit écoutez, en tout cas on les contacte pour leur dire votre comportement est inadmissible et c'est dehors. Maintenant c'est vrai qu'on revient avec les cas psy où là c'est pas... on est un peu comme tu disais, un peu coincé dans des situations où on sait que c'est pas volontaire, que ça fait plus partie de la maladie et donc là on continue quand même en général à prendre en charge. » P2FG2

« De façon très systématique, personnellement en tout cas, la personne qui a été agressée ne revoit plus le patient. » P4FG2

« Donc à ce moment-là, c'était une décision d'équipe. C'est le médecin référent du patient qui allait contacter alors ce patient pour dire que selon ses actions, n'était pas normal et que si là il refaisait ça il risquait d'être retiré de la maison médicale et ce genre de chose. Donc pas rester seul devant ce genre de situation c'est important. » P4FG4

« C'est aussi ce qu'on a mis en place à la maison médicale. Quand il y a ce genre de comportement de convoquer avec son médecin référent et une autre personne de la maison médicale pour remettre le cadre et prévenir qu'une désinscription pourrait être, sera envisagée s'il récidive. Il y a eu d'autres situations plus graves. où on a désinscrit directement parce que c'était inacceptable. » P5FG4

« Je pense que l'aspect d'être ensemble sur la même longueur d'onde et de pouvoir dire ensemble « on vous veut plus parce que vous avez agressé une personne de l'équipe », ça je pense que c'est vraiment important de justement de ne pas laisser la personne toute seule par rapport à cette agressivité qu'elle a reçue... » P2FG2

« J'ai intégré le secrétariat, donc là non, je l'ai juste blacklisté. Celui-là, uniquement celui-là. » P1FG3

« Evidemment je ne l'ai plus eu comme patient après. Il n'a pas été plus loin non plus. » P4FG3

Déplacement du problème

« Ça déplace le problème, enfin bon, voilà. » P1FG1

« Quand des patients d'une maison médicale sont désinscrits de chez eux, qu'on inscrit chez nous après, on passe un coup de fil en général pour demander : tiens qu'est-ce qui s'est passé ? Mais on accepte et ça donne en effet une chance... pas un oubli complet parce qu'on est au courant en général de ce qui s'est passé de l'autre côté dans les grandes lignes...Mais ça permet un nouveau départ. On a aussi une petite note dans le dossier disant « attention ». » P5FG4

Discussion en équipe

« Le fait d'en parler en équipe, je pense que quand j'ai commencé, c'était des micros agressions et on prend un peu sur soi et au bout d'un moment on se dit "bon, je pense que je vais quand même en parler à mes collègues" et puis au fur et à mesure, en fonction de la situation, on peut aussi discuter de plus voir le patient en consultation, et donc c'est connu de l'équipe et à l'accueil. » P4FG4

« Et encore une fois, moi je me rappelle de cette discussion. Ok, mais quoi? Quand est ce qu'on doit faire? Parce que typiquement l'accueil qui dit mais sinon nous on ne fait que ça

de notre journée, on fait des papiers, de notre journée, des rapports d'incident. Donc c'est quoi se faire agresser? C'est quoi recevoir de la violence ? » P5FG2

Vs difficulté d'en parler : « Moi j'ai même pas pensé à demander et parler avec l'équipe. Déjà dans l'équipe, tout le monde n'était même pas spécialement d'accord de se dire est-ce que c'était vraiment une agression ou pas que le patient ait sorti un couteau. Du coup, voilà, c'était déjà aussi contrasté. En vrai, il n'y a pas vraiment pointé contre moi et c'était pas direct, mais il y avait quand même... voilà ça ne met pas tout à fait à l'aise quoi, donc déjà rien que dans l'équipe tout le monde n'était pas tout à fait d'accord de se dire que c'était une agression. » P3FG4

Immunisation avec l'expérience – mécanismes de défense

« Notre attitude aussi par rapport aux patients. Je pense qu'effectivement on s'adapte, on se renforce. » P2FG2

« Moi je pense qu'on essaye enfin qu'avec le temps... c'est essayer de se détacher des choses et de ne pas se sentir coupable. » P6FG4

« Il y a un collègue qui s'était fait bousculer physiquement. Insulté, bousculé, craché dessus et quand il en a parlé en équipe il était tout le temps en train de minimiser en disant « Ça va, ce n'était pas grand-chose ». Il en a parlé tardivement parce qu'une assistante était avec lui. C'est l'assistante qui a dit mais en fait non, c'est pas ok. » P3FG4

« Mais je trouve qu'on se renforce parce que c'est vrai qu'en entendant je repense à des histoires. Et puis c'est vrai qu'au moment même on n'est pas bien et puis après on a l'impression qu'on se fait une carapace. » P2FG2

« Dis en tout cas moi personnellement, ça me touche moins quand je me dis « c'est le patient qui est un con », excuse-moi, mais ça c'est plus Et moi, c'est à dire moi, je me rassure dans ce que j'ai fait, je sais que j'ai fait bien et puis voilà, je m'en fous, il est pas content, il est pas content, ben tant pis, mais c'est plus de se rassurer. » P2FG2

« Et en même temps, on a toujours un peu cette espèce de syndrome du sauveur où on donne encore un peu, cocooner le patient et en même temps on est en charge de sa, de sa vie, de sa pathologie. » P5FG2

« Mais je pense qu'on a toujours le même réflexe où on est bienveillant et on se dit : on comprend que c'est les émotions et qu'il y a du... ils doivent pas être dans une situation

facile, que ça soit dans la douleur ou dans leur consommation. Mais on se dit toujours qu'on veut le bien du patient et donc on n'est pas... C'est pas notre premier réflexe de se protéger rapidement ou de partir de la consultation ou ... » P6FG4

P3 : « Mais il y a des limites. On peut pas tout tourner à la rigolade. »

P5 : « Mais c'est vrai que tu vois, tu vois plus tes limites. Parfois c'est facile de le dire comme ça en réunion des mois après, mais quand ça t'arrive en pleine figure, t'es là pour soigner la patiente, tu as peur que tu vois si tu veux pas que la patiente dise « Ouais mais je porte plainte contre toi parce que t'as pas voulu me soigner etc ». Tu te sens un peu bloquée tu vois ? » P3+P5 FG2

« C'est peut-être parce qu'on est une majorité d'hommes aussi et peut être un peu plus âgés. Peut-être qu'effectivement ça joue [sur notre ressenti]. » P4FG3

« Parfois ça arrive, mais moi j'oublie. J'ai tendance un peu à bâcler, je passe au-dessus et puis voilà. Parfois, c'est des gens que je ne vois plus. Si le contact n'est pas bien passé on fait ce qu'on peut. » P6FG3

« C'est vrai qu'au début, les premiers trucs, on est fort touché et puis après j'ai l'impression que ça fait partie un peu de... Pff *hausse les épaules* c'est comme ça... [...] Mais c'est vrai qu'à partir du moment où ça fait partie des risques du métier... » P2FG2

« Parfois, je me dis qu'on sous-estime aussi très fortement [...] On minimise et ... tu minimises aussi. Tu dis « Boaaah ». S*** qui nous raconte « Montre tes seins ou je lâche les chiens ». Elle nous raconte ça deux mois après en rigolant. Nous on rigolait moins. » P5FG2

« Une minimisation aussi de qui s'est passé. [...] Il y a un collègue qui s'était fait bousculer physiquement. Insulté, bousculé, craché dessus et quand il en a parlé en équipe il était tout le temps en train de minimiser en disant "Ça va, ce n'était pas grand-chose". Il en a parlé tardivement parce qu'une assistante était avec lui. C'est l'assistante qui a dit mais en fait non, c'est pas ok Il était tout le temps en train de minimiser en disant "Non mais ça va, je suis un costaud je peux accuser" mais en fait non, c'est juste pas ok d'être craché dessus, d'être bousculé quel que ce soit, parce que c'était une petite tête ou une grosse tête enfin c'est pas ça la question. » P3FG4

Rapport incident FG2P30, FG4P7

« Mais l'idée qu'on ait un rapport d'incident si jamais il y a un incident. Donc ça, c'est vraiment insultes, agressions physiques, verbales à l'égard de n'importe qui du centre médical. Cette personne peut créer un rapport d'incident qui passe en réunion et alors la décision peut se faire de soit : « On laisse tomber parce que en fait il y avait pas besoin ou c'était pas.... » Ou alors une lettre est envoyée au patient de la part du centre médical de l'équipe au complet en disant « vous avez eu un comportement inacceptable. Ceci est un premier avertissement. » Bref, fais gaffe ou « ceci nécessite une désinscription d'office ». »
P5FG2

P4 : « C'est la même chose que le rapport d'incident. Si on n'accepte aucune violence, on n'accepte aucune violence et c'est comme ça. »

P5 : « Après, il y a eu aussi une grosse discussion sur... et je trouve que c'est ça encore le problème parfois avec certains... ils racontent comme ça, au détour d'une réunion ou d'un repas machin «Et ben, est ce que tu as fait un rapport d'incident? », « Ben non mais tu sais, circonstance atténuante, etc ». Et on n'a pas tous la même sensibilité. Ou peut-être on est tous à se dire bah non celui-là, mais qu'il aille se faire voir et que faire enfin? Et donc du coup on a fait comme tu dis, ça laisse aussi pourrir des situations. »

P4 : « Ou on se dit « Ah, j'en ai déjà fait cinq ce mois-ci, est ce que je vais en faire une sixième? » » P4+P5 FG2

« C'est un genre de fichier à remplir avec ce qui s'est passé, qui était présent. Mais dans le rapport il y a qu'est ce qui va être fait ensuite et il y a notamment un rendez-vous avec l'utilisateur qui a posé problème et quelles ont été les conséquences. C'est un rapport complet jusqu'à la fin. A la maison médicale, on était ok de faire ça, mais les autres services ne désiraient pas faire ce protocole parce que pour eux, il devait y avoir un droit à l'oubli des actes de violence. » P6FG4

Vs difficulté de mise en œuvre : « Du coup il n'y a rien d'institutionnel pour le moment. C'est vrai qu'on est en train de travailler cette question-là. On est notamment dans des réunions institutionnelles où on travaille cette question de l'agressivité, mais en fait, on est plutôt en train de mettre en évidence qu'on n'a pas de cohérence institutionnelle. »
P3FG4

La plainte

Non, perte de temps

« Donc voilà, j'ai été... enfin je me suis senti agressé dans le fait que j'étais captif, j'ai pu... par la palabre arriver à en sortir, donc je pense qu'il y a rien, enfin j'ai l'impression que si j'avais porté plainte, il y a rien de judiciaire là-dedans [...] Voilà donc je pense que ça n'aurait abouti à rien en justice. Donc je vais pas perdre mon temps quoi. » P2 FG1

« Parce qu'elle avait rien fait d'illégal. Mais j'avais prévenu que si... en fait, elle peut filmer tant qu'elle ne diffuse pas. Oui donc j'avais prévenu que si ça si ça si c'était publié sur les réseaux sociaux, je portais plainte et ça, je l'aurais fait. [...] C'est surtout que c'est pas illégal. C'était agressif, mais je ne vais pas porter plainte parce que quelqu'un m'a insultée non plus. » P4FG2

« Finalement on le fait pas parce que les jours passent, parce qu'on oublie, parce qu'on est le nez dans le guidon. Et finalement on se dit il faut aller jusqu'à la police, il faut faire ci, il faut ça pour finalement quel résultat ? » P2FG2

« Oui parce qu'un des problèmes pour ne pas aller porter plainte aussi c'est que tu te dis : tu dois aller à la police, déposer la plainte et tu n'as pas le temps. Honnêtement la dernière fois je me suis dit « j'ai pas le temps d'aller porter plainte, aller me balader chez les flics pendant une heure avec un type qui tape à la machine ». » P2FG2

« Ceci étant dit, c'est vrai, on abandonne ce genre de choses en se disant « de toute façon, qu'est-ce que ça va changer ? Qu'est-ce que ça va faire ? Je vais être encore un papier en plus ». » P5FG2

Rôle du médecin – soigner les autres

« Je pense que c'est difficile parce que c'est le patient, on a le devoir de l'aider. » P1FG2

« Probablement qu'on n'a pas envie d'enfoncer plus une personne qui est déjà en difficulté. peut être parfois une culpabilité de se dire qu'on a fait aussi quelque chose de mal. » P4FG4

« Probablement que dans la situation, il avait d'abord dit non on fera pas la prescription puis il avait dit oui puis il a à nouveau dit non. Et là, la patiente a péché un plomb. Et donc probablement qu'il s'est dit aussi qu'il avait lui-même peut-être pas géré. » P3FG4

« Il y a un contexte médical aussi, il était quand même pas bien, c'est [...] Je vais pas dire

excusable mais malade quoi... » P3FG1

« Et la police qui me demandait « Est ce que vous voulez porter plainte ou est-ce que vous êtes plus en tant que témoin? », « Ben non en fait, il est malade, donc je je suis là en tant que témoin. » Mais. Et comme ton patient là, tu dis « Bah oui ok c'est lui mais c'est pas lui ». » P5FG2

« En fait, on trouve toujours des raisons atténuantes, tu vois. » P6FG2

Peur des représailles FG3P10 FG4P9

« ... Bah oui, je voyais pas trop l'intérêt. Oui, la peur des représailles certainement. Oui, c'est quand même quelqu'un qui a fait plus de 20 ans de taule sur 46 ans de vie, c'est pas un enfant de chœur quoi. » P1FG3

« Je pense qu'à l'époque, dans la situation où j'ai eu des menaces de mort, c'est un peu ça qui m'a fait hésiter. Si la police ne l'attrape pas, sa paranoïa sera renforcée. Si il voit qu'il y a des policiers devant chez lui qui attendent : qui a envoyé des policiers ? Ben c'est moi. Et donc après, s'il me retrouve... À l'époque j'avais des enfants en bas âge, je me voyais déjà dans un cercueil, ça a été loin. » P1FG4

« Il a appelé la police de J***. C'est magnifique, ils ont mis 40 minutes pour venir. C'est à 50 mètres à vol d'oiseau de chez moi [...]. Je me suis sentie violentée aussi par la police qui me reprochait de ne pas donner les coordonnées du patient. Et j'avais beau leur expliquer qu'ils m'avaient menacé quand même, c'était pas rien. Ils ont été assez insistants, même à me considérer comme coupable de ne pas le dire. [...] Donc j'ai été menacée par le patient, mais quelque part, je me suis pas senti hyper soutenue par les forces de l'ordre qui m'ont aussi un petit peu mis la pression pour que je donne l'identité de cette personne alors que je me sentais mise encore en danger si je la donnais. » P1FG3

Regret de ne pas avoir porté plainte

« Enfin maintenant, je pense que je ne réagis plus de la même façon qu'il y a une quinzaine d'années. Maintenant, je ferais intervenir immédiatement la police. Mais à l'époque je ne l'ai pas fait J'ai pas porté plainte, j'ai rien fait du tout, j'ai essayé de gérer et de le calmer du mieux que je pouvais. [...] A posteriori, je regrette de ne pas avoir porté plainte, etc. et qu'on l'ait pas attrapé plus tôt parce que je ne sais pas ce qu'il a fait comme

passage à l'acte. Si on l'avait arrêté plus tôt...il n'y aurait pas eu de passage à l'acte...
Mystère. » P1FG4

Oui, décidé à pas se laisser faire

« La police revient, revient vers moi. Ben je veux faire une déposition, mais manifestement ils n'avaient pas trop envie de le faire. Le problème c'est que pendant que... ils s'occupaient avec moi en essayant d'arrêter et moi, j'étais bien décidé à ne pas me laisser faire. Et donc comme je voyais que la déposition, j'arrivais pas à la faire, j'étais décidé d'y aller le lendemain. » FG1P3

Par principe

« Je suis allée quand même à la police. Pour le principe quoi... » FG1P1

Sensation de non soutien ordre FG2, police FG1

« Le petit bouton de téléphone spécial qui soit disant quand t'appuies dessus la police, t'entends ?que le délai j'étais à S **** là , le délai avant que les flics arrivent dans le meilleur des cas, c'est 10 minutes- un quart d'heure... On a le temps d'être mort 3 fois de toute façon... dans le meilleur des cas. » P2FG1

« Ouais, c'est ça, j'ai pas de solution tu vois ? Au total, c'est une fausse protection, cette histoire de trucs de flics qu'on peut appeler qui peuvent entendre. Ils arrivent toujours trop tard, évidemment. » P2FG1

« J'ai sonné à l'Ordre pour exposer la situation. D'abord, j'ai eu une des secrétaires. Elle me dit « Oui, oui, il faut porter plainte à la police » et puis et puis elle me dit : « Non, non, non, on peut pas parce que il y a le secret médical », je sais pas quoi. En fait je n'aurais jamais dû leur sonner... [...] je me dis j'aurais pas dû sonner, alors j'aurais pu porter plainte. » P3FG2

4. Outil de l'ordre des médecins, efficace ?

Scepticisme

« C'est mieux que rien. Faut voir comment... Comment ça se passe en pratique. » P1FG1

« C'est magnifique parce que moi, quand j'ai pris contact avec l'Ordre des Médecins pour leur signaler l'agression, ils m'en ont même pas parlé. Donc ça marche très bien. » « C'est pas au point. » P1FG3

« Non, par ce que ça ne débouche sur rien. [...] Ou encore dans le cas d'un recours ultérieur en disant: « J'avais déjà signalé cela à telle date et peut être qu'ils peuvent retrouver ». » P10FG3

« C'est une bouteille à la mer, mais si c'est juste pour nourrir des statistiques est-ce que c'est suffisant ? » P1FG4

« Je pense que c'est les conséquences aussi. Si on voit que les statistiques augmentent tout ça, il pourrait justement avoir des actions politiques. On peut espérer. » P4FG4

Il faut y penser

« Ce n'est pas trop compliqué à remplir. N'empêche qu'il faut y penser. Parce que je pense que dans la suite de tout ça, tu ne penses pas nécessairement à aller faire ton formulaire. » P5FG4

Intérêt

« Mais c'est clair que dans la situation que j'ai vécu, j'aurais répondu, je pense qu'avoir un feedback et un interlocuteur, ça fait toujours du bien. » P3FG1

« Qui rappelle ? c'est quoi, des Psy ? Qui paye ? Comment ça marche ? Ouais, c'est bien, c'est bien, c'est bien, c'est mieux que rien. » P2FG1

« Je pense que si je revis une situation similaire, je tenterais pour voir quelle serait la réaction, de voir si ça peut être utile... Ça pourrait être utile. » P5FG4

« Je pense que c'est les conséquences aussi. Si on voit que les statistiques augmentent tout ça, il pourrait justement avoir des actions politiques. On peut espérer. » P4FG4

Unanimité : inconnu !

« Je pense également ce n'est pas assez connu, ça n'existait pas au moment où j'ai eu les cas les plus sérieux. » P3FG1

« C'est bien mais assez peu connu. » P5FG2

Annexe 6 – Caractéristiques individuelles des participant·e·s des focus group

Focus group (FG) n°1 mené en milieu rural

Tableau 1 Caractéristiques des participant·e· au FG 1

N° attribué	années de pratique	type de pratique	genre
P1FG1	42	solo	femme
P2FG1	29	solo	homme
P3FG1	31	solo	homme
P4FG1	41	solo	femme

Focus group (FG) n°2 mené en milieu urbain – petite ville

Tableau 2 Caractéristiques des participant·e· au FG 2

N° attribué	années de pratique	type de pratique	genre
P1FG2	9	groupe, maison médicale	femme
P2FG2	24	groupe, maison médicale	femme
P3FG2	9	groupe, maison médicale	femme
P4FG2	6	groupe, maison médicale	femme
P5FG2	12	groupe, maison médicale	femme
P6FG2	6	groupe, maison médicale	femme
P7FG2	4	groupe, maison médicale	femme
P8FG2	4	groupe, maison médicale	femme

Focus group (FG) n°3 mené en milieu semi-rural

Tableau 3 Caractéristiques des participant-e- au FG 3

N° attribué	années de pratique	type de pratique	genre
P1FG3	24	solo	femme
P2FG3	44	solo	homme
P3FG3	37	solo	femme
P4FG3	14	groupe	homme
P5FG3	49	groupe	homme
P6FG3	6	solo > cherche à s'associer	femme
P7FG3	39	groupe	femme
P8FG3	42	solo	homme
P9FG3	43	groupe	homme
P10FG3	48	solo	homme

Focus group (FG) n°4 mené en milieu urbain – capitale

Tableau 4 Caractéristiques des participant-e-s au FG4

N° attribué	années de pratique	type de pratique	genre
P1FG4	26	groupe, maison médicale	homme
P2FG4	22	groupe, maison médicale	femme
P3FG4	4	groupe, maison médicale	femme
P4FG4	3	groupe, maison médicale	femme
P5FG4	19	groupe, maison médicale	homme
P6FG4	4	groupe, maison médicale	femme

Réflexions à chaud après chaque focus group

Annexe 7 : Réactions à chaud après chaque focus group (FG)

Focus group 1 :

Déception quant au nombre de participant·e·s vu le désistement de 3 personnes. Ca s'est bien passé, échange relativement fluide. Tendance de P2 à prendre la parole, P4 a du se sentir écrasée et a très peu participé... Faire attention à donner la parole à tout le monde au prochain focus group. Ai du reformuler la question « d'après votre expérience ou les témoignages que vous avez entendus qu'est-ce qui vous semble utile, qu'est-ce qui pour vous est efficace pour gérer ces situations pour éviter qu'elles ne dégènèrent ? ». Question de la demande d'aide spontanément soulevée par P3 > ajouter au guide d'entretien.

Focus group 2 :

Sujet très enthousiasmant, participation active ++, échanges fluides. Tendance à parfois s'écarter du sujet, difficultés à recadrer. Parole mieux distribuée. Humour utilisé ++, peut-être pour tourner certaines situation difficiles vécues en dérision ? Question de l'aide ajoutée, explicitation des questions mais peu nécessaire dans ce FG-ci.

Focus group 3 :

Difficulté d'interaction ++ malgré nombre de participant·e·s. Certain·e·s semblent peu intéressé·e·s par le sujet, malgré essais de relance et échange que j'avais eu en amont qui semblaient prometteurs. Je me suis sentie moins à l'aise. Profil des participant·e·s (majorité d'hommes et de pratiques >40 ans) doit probablement jouer ? Suis un peu déçue pour cela mais des nouvelles pistes ont émergé malgré tout. Intérêt pour profil agresseur·euse.

Focus group 4 :

Intérêt ++, échange fluide. Parole bien distribuée. Nouvelles pistes ont émergé mais la plupart se retrouvent dans les autres FG.

Annexe 8 : Tableau des questions à se poser lors d'un processus de consultation issu de l'étude *Occupational violence and staff safety in general practice*, Moylan S. 2017

Table 2. Considerations for practitioners while consulting^{14,15}

Stage	Considerations during consultation process
Before the consultation	<p>Consultation room set-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you have a quick exit route? <ul style="list-style-type: none"> – Are there two exits? – Is your chair, or the patient's, nearer the exit? • Do you have a distress alarm or other mechanism to call for assistance? • Are there any potential weapons accessible to patients in your consulting room (eg heavy/sharp objects)? <p>Preparation for the consultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are there flags on the medical record for previous violence from this patient? • Are there other client risk factors present? (Table 1) • Is a chaperone required?
During the consultation	<p>Signs of increasing agitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are warning signs of violence present, including <ul style="list-style-type: none"> – veiled or overt threats – violent gesturing or intense interpersonal communication (eg staring, shouting) – increased psychomotor agitation (eg restlessness, pacing) <p>De-escalate versus end consultation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is it safe to attempt de-escalation techniques? <ul style="list-style-type: none"> For example, <ul style="list-style-type: none"> – Does remaining calm, allowing silence, using reflective questioning lead to decreased agitation? – Does the patient want to problem solve with you? • If agitation continues to escalate: <ul style="list-style-type: none"> – Can you safely advise that you are ending the consultation? – Do you need to call for assistance, or take a short break to get help?
After the consultation	<p>Patient care and safety of others:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Has the patient left the premises safely? • Are others in your practice safe? <p>Documentation of risks:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Have you appropriately documented what occurred, and placed a flag on the patient's file where appropriate? • Is this a one-off event, or repeat of previous incidents for this individual? <ul style="list-style-type: none"> – Are warning letters appropriate? Development of acceptable behaviour agreements?