

Le médecin généraliste face à un patient agressif

The general practitioner confronted with aggressive patients

M. Schetgen

Département de Médecine générale, ULB

RESUME

Le médecin généraliste est régulièrement confronté à des patients agressifs. Il devra repérer les tous premiers signes afin de gérer au plus vite une telle situation. L'idéal est de rester calme, d'assurer une écoute active et de tenter de comprendre la cause de l'agressivité, sachant qu'elle n'est pas toujours dirigée contre le médecin. Mettre des limites est aussi important pour éviter des situations qui pourraient dégénérer. Le généraliste doit par ailleurs pouvoir partager ses expériences difficiles avec ses collègues, entre autres dans le cadre d'un groupe Balint.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 392-5

ABSTRACT

The general practitioner is regularly confronted with aggressive patients. He will have to spot the very first signs in order to manage as quickly as possible such a situation. The ideal is to remain calm, to listen actively and to try to understand the cause of the aggressiveness, knowing that it is not always directed against the doctor. Putting limits is also important to avoid situations that could degenerate. The generalist must also be able to share his difficult experiences with his colleagues, among others in the framework of a Balint group.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 392-5

Key words : communication, general practitioners, patients, aggression

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est par essence un de ceux qui communiquent le plus souvent avec ses patients, non seulement parce que l'écoute et l'anamnèse sont, avec l'examen physique, les principaux outils de la 1^{ère} ligne de soins, mais aussi parce que l'approche thérapeutique est holistique, englobant le médical, le psychologique et le social. De plus, la relation entre le généraliste et son patient est une relation sur le long terme, plus encline à favoriser une relation " égalitaire " et collaborative que paternaliste. Cette proximité et cette prise en charge chronique expose autant le patient que le médecin à des attitudes agressives souvent liées à des frustrations ou des incompréhensions.

Selon une enquête récente parue en 2017 dans le *Journal du Médecin*, 86 % des médecins belges affirment avoir été agressés verbalement et 28 % physiquement. Les médecins généralistes y semblent davantage confrontés. Par ailleurs 70 % des médecins

interrogés disent confronter directement le patient à son agressivité.

ETIOLOGIES

L'agressivité est une forme primitive de communication : l'individu montre qu'il est en colère essentiellement lorsqu'il se sent impuissant ou simplement mal compris. L'agressivité peut être considérée dans cette optique comme un moyen d'attaque ou de défense. Il est parfois un moyen de rétablir un équilibre interne en évacuant des émotions fortes.

L'agressivité correspond donc à un comportement occasionnant des dommages rarement physiques, mais le plus souvent émotionnels à autrui. Ce genre de comportement fait souvent naître des sentiments de peur, de douleur, de chagrin et de colère chez celui qui le subit. Le mécanisme de ces réactions est complexe. Dans le cadre de la médecine générale on observera parfois une interaction entre une pathologie, la

personnalité et le caractère du patient et du praticien, et des situations de prise en charge plus ou moins complexes.

Le conflit peut ainsi éclater lorsque les insatisfactions s'accumulent, en particulier face à des situations non résolues ou un manque de compréhension de part et d'autre. Si par exemple le médecin insiste pour la énième fois sur la nécessité de stopper la cigarette, alors que le patient, parfois culpabilisé, estime que cette recommandation insistante est une entrave à sa liberté, le conflit peut rapidement se dégrader.

Il ne faut toutefois pas considérer que le conflit est toujours inutile car il nous oblige à reconsidérer le problème, et parfois sous un nouvel angle, notre perception ayant quelque chose de subjectif. Le conflit deviendra essentiellement négatif si on le laisse se dégrader.

D'où l'intérêt d'en repérer rapidement les premiers signes chez nos patients.

L'agressivité peut s'exprimer de façon très diverse. Le patient pourra s'exprimer tout d'abord verbalement allant de paroles très directes, d'injures ou de menaces à des choses plus insidieuses comme l'intimidation, la tentative de manipulation ou un langage dénigrant. L'expression peut aussi être non verbale, allant de simples mimiques de visage à des gestes de colère ou de menace. L'agressivité peut aller jusqu'à des gestes de destruction tantôt physiques, tantôt psychiques ou à un véritable harcèlement.

Il est essentiel que le généraliste puisse repérer très tôt les attitudes potentiellement agressives pour réagir rapidement et de manière constructive. On peut ainsi noter un ton de voix saccadé ou inhabituel, un regard fixe ou fuyant, l'apparition de tics voire d'une certaine forme d'agitation, une pâleur ou un visage rouge, un serrement des mâchoires, des tremblements, une tendance à se rapprocher du médecin, des soupirs ou encore une transpiration anormale.

Lorsque ces signes précurseurs apparaissent, il faudra laisser une place importante à l'expression et au dialogue. On tentera d'abord de comprendre quels besoins n'ont peut-être pas été comblés : besoins de meilleure communication, d'information plus adéquate et d'un plus grand espace de parole, parfois limités par le temps de la consultation ou le ton du médecin. Un besoin d'estime de soi et de respect de sa personne sans jugement de la part du praticien. Un besoin d'autonomie et de prendre ses propres décisions sans être soumis à ce qu'il peut ressentir comme un diktat de la " médecine " ou de la société. Cette contrainte est bien connue de ceux qui pratiquent l'entretien motivationnel. Un besoin d'identité ne comparant pas le patient aux autres. En mettant le doigt sur le (ou les) besoin(s) sous-jacent(s) à la colère, on pourra tenter de rétablir le dialogue en répondant à ces besoins, soit au cours de la consultation, soit en proposant une

nouvelle consultation ou un autre espace de parole.

On essaiera également de repérer des syndromes associés à l'agressivité (tableau). Notre analyse sera certainement différente si le stress exprimé se situe dans le cadre d'une démence ou d'une décompensation psychique ou encore si le patient est sous l'emprise d'alcool, de drogues ou de certains médicaments, provoquant *de facto* agressivité ou désinhibition.

Tableau : Principales causes d'agressivité.

Patient stressé de nature
Réponse à l'agressivité ou à une attitude du médecin (réelle ou ressentie)
Patient dépressif
Cause physiologique (exemple : hyperthyroïdie)
Démence
Effet de drogues (alcool, médicaments, drogues)
Pathologie psychiatrique (exemple : délire schizophrénique, paranoïa)
Mécanisme de défense
Patient souhaitant attirer l'attention du médecin
Patient se sentant incompris

Il n'est pas non plus inutile de déterminer si l'agressivité est propre à la sphère médicale ou si elle s'exerce vis-à-vis de l'entourage, faisant soupçonner un état de stress permanent, de burnout ou de dépression, sans oublier des états pathologiques comme par exemple l'hyperthyroïdie. Elle peut aussi se situer dans la sphère psychiatrique, nous amenant à gérer totalement différemment la situation ou à référer notre patient. Nous n'aborderons pas cet angle de vue dans cet article.

Il n'est pas rare que l'agressivité soit un mécanisme de défense. Ainsi, lorsque nous annonçons une mauvaise nouvelle à un patient il réagira parfois de manière agressive afin de braver la maladie et de défier la mort. Le médecin, et plus largement le monde médical, seront les cibles privilégiées du patient qui pourrait devenir anormalement exigeant et tyrannique, voire paranoïaque.

APPROCHE PRAGMATIQUE

Face à toute agressivité du patient, le premier risque est de répondre agressivement, surtout si on se sent mis en cause et souvent également impuissant. Le deuxième risque est, à l'inverse, de ne pas réagir du tout et se laisser déborder par l'agressivité du patient. La première chose à faire est de comprendre, au-delà des besoins non assouvis, ce qui se cache derrière cette agressivité.

C'est souvent donc un mécanisme de défense, qui amènera le patient à attribuer à une cause extérieure une souffrance en réalité interne. Le médecin devient le bouc émissaire idéal et ce type de défense sera d'autant plus fort que le patient se sent consciemment ou inconsciemment coupable. Ce sera par exemple lors de l'annonce d'une cirrhose chez un patient alcoolique ou d'un cancer du poumon chez un fumeur, le patient accusant le médecin de ne pas l'avoir suffisamment mis en garde. Le généraliste devra prendre une distance suffisante pour comprendre que ce n'est pas vraiment lui qui est mis en cause et que la meilleure attitude est d'aider le patient à se déculpabiliser. Le médecin devra aussi tenter de comprendre que dans cette forme de "punition" qui s'adresse en fait à l'ensemble de la médecine, voire de la société, il y a peut-être un évènement déclencheur dans l'histoire médicale de ce patient et qu'il faudra mettre le doigt sur cet évènement.

A noter que ce type d'agressivité peut aussi être le chef du médecin lorsqu'il est face à un échec thérapeutique, rejetant la faute sur le patient compte tenu d'une mauvaise hygiène de vie ou d'un manque de compliance thérapeutique.

L'agressivité peut aussi être une manière pour le patient d'attirer tout simplement l'attention du médecin généraliste. Il a le sentiment réel ou non de ne pas être écouté en particulier concernant ses plaintes et ses besoins. Nous connaissons tous ces patients qui se présentent pour la énième fois à notre consultation avec la même plainte sans que nous ayons pu évoquer un véritable diagnostic. Le patient, poussé par sa souffrance et par le manque de mots qui ont pu être mis sur celle-ci, cherche à attirer l'attention du généraliste sur la ou les plaintes principales. Lorsqu'en particulier un patient a le sentiment que le médecin évoque uniquement une cause psychologique il se sent incompris. Les maîtres-mots seront la reconnaissance des plaintes et du handicap qu'elles représentent dans le quotidien, mais aussi amener le patient à comprendre que quelle que soit la cause, peut-être non encore identifiée, le mal être physique entraîne à la longue un mal être psychique et que prendre en charge celui-ci est aussi une manière de l'aider efficacement.

L'agressivité peut enfin être un élément de base du caractère du patient qui s'oppose à toute forme d'autorité, *a fortiori* l'autorité médicale. Pour ce type de patient l'agressivité est en soi un mode de communication. Chez ces patients, encore plus que chez les autres, il faudra éviter toute forme d'affrontement qui ne ferait qu'aggraver la situation, même et surtout si on a affaire à des patients psychiatriques atteints de paranoïa. Nous ne traiterons pas dans cet article de l'agressivité liée spécifiquement aux pathologies psychiatriques.

Plusieurs pièges sont à éviter, d'abord et avant tout ne pas réagir par l'agressivité. Certes ce n'est pas toujours facile, le généraliste étant un être humain comme un autre avec ses propres faiblesses et

sensibilités. Réagir en miroir et se mettre dans un rapport de force ne fera toutefois qu'aggraver la situation et aboutir à une impossibilité de résolution du conflit.

Un deuxième piège consiste à considérer d'office le conflit comme un échec. On sait à quel point l'accumulation éventuelle de ces sentiments d'échecs peuvent aboutir à sa propre dévalorisation et au burnout. De la même façon, tenter sans cesse de se justifier aboutira à la conviction du patient que sa colère est justifiée.

Enfin, il ne faut en aucun cas se laisser insulter. Si comprendre l'agressivité est notre rôle premier, mettre des limites claires en cas d'insulte est tout aussi important. Certes, rappeler ces limites peut mettre fin définitivement à la relation, mais le plus souvent cette attitude est salutaire pour autant que l'on exprime tout aussi clairement que la porte reste ouverte.

La question centrale est de savoir comment gérer ces conflits et dans un premier temps comment les éviter.

En effet, ne négligeons pas le fait que certaines de nos attitudes peuvent être à la base de la frustration et de l'agressivité de nos patients. Ainsi, évitons une communication unidirectionnelle, source de frustration et d'angoisses. Si on se met dans une position purement "d'enseignant", certains patients s'en contenteront, mais d'autres ressentiront très négativement ce manque de dialogue et de partage réel de l'information. N'utilisons pas un langage très médicalisé que le patient ne comprendra que partiellement. Méfions-nous également de notre langage non verbal qui véhicule parfois des messages négatifs. Au même titre que nous observons notre patient, celui-ci en fait de même avec nous. Si nos gestes, nos postures et nos mimiques traduisent l'empressement, l'angoisse ou encore la domination, ces attitudes peuvent inconsciemment stresser notre interlocuteur. Donnons-nous du temps pour communiquer et lorsque celui-ci vient à manquer, ce qui est souvent inévitable, proposons une deuxième consultation centrée plus spécifiquement sur une problématique particulière. Ce qui est essentiel c'est la perception du temps par le patient. En Belgique une consultation de médecine générale dure en moyenne 15 à 20 minutes. Une écoute active au cours de laquelle le patient a réellement le temps d'exprimer ses plaintes, ses besoins et ses questionnements donnera au patient le sentiment que le temps consacré est réellement plus long par rapport au même temps de consultation caractérisé par une écoute passive et des interruptions fréquentes.

Si la prévention n'a pas été suffisante pour éviter l'agressivité, les mots d'ordre seront le calme et l'écoute. Demandons-nous d'abord si c'est réellement de l'agressivité ou si c'est simplement notre interprétation de la situation. Nous nous trompons aussi souvent sur le sens de cette agressivité, pensant qu'elle met systématiquement en cause nos compétences.

C'est beaucoup plus souvent une mise à l'épreuve qu'une véritable remise en question des compétences ou une colère contre le système médical que contre le médecin traitant.

Ensuite, laissons le patient s'exprimer et malgré sa colère montrons lui de l'empathie afin qu'il se sente entendu dans son mal-être et qu'il se sente à l'aise pour préciser les causes de son agressivité. Une fois les causes exprimées, il sera plus facile de rétablir un vrai dialogue qui pourra faire baisser la tension.

Ensuite, impliquons le patient dans les choix à prendre, en particulier dans le domaine thérapeutique. En effet, beaucoup de patients agressifs supportent mal l'autorité médicale. Les impliquer dans les décisions qui les concernent et leurs donner un vrai rôle de partenaire, permet de leurs redonner un sentiment de maîtrise et ainsi faire tomber leurs angoisses.

CONCLUSION

L'agressivité par ailleurs ne se gèrera pas toujours en une seule consultation. En laissant la " porte ouverte ", on peut revenir lors des consultations suivantes sur les causes réelles de la colère et utiliser positivement " l'incident " pour en faire un atout dans la relation patient-médecin sur le long terme. Un conflit bien géré augmentera la confiance du patient en son généraliste, et permettra à ce dernier de mieux connaître les frustrations et les besoins de son patient.

En tant que médecin, il faut aussi savoir partager ces moments de communications difficiles avec ses collègues, que ce soit en mettant la problématique au centre d'un groupe local d'évaluation médicale, ou mieux encore en participant à un groupe Balint. Le partage des expériences et la remise en question permanente seront les meilleurs creusets pour éviter

de nouvelles situations conflictuelles ou pour les gérer de manière optimale.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

Claes G. Gérer l'agressivité. Bruxelles : Service publique fédéral - Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement;2013.

Moley-Massol I. Le patient agressif. In : Moley-Massol I. Relation médecin-malade : Enjeux, pièges et opportunités - Situations pratiques. Courvebois:Editions Da Te Be;2007:69-72.

Iandolo C. Obstacles et erreurs dans la communication médecin-patient. In : Iandolo C. Guide pratique de la Communication avec le patient. Paris:MMI Editions;2007:157-88.

Bury JA. Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel. In: Grimaldi A et Cosserat J. La relation médecin malade. Paris:Elsevier Masson;2004:18-34.

Rollnick S, R. Miller W, C. Buttler C. Intégrer l'entretien motivationnel dans la pratique du professionnel de santé. In : Rollnick S, R. Miller W, C. Buttler C. Pratique de l'entretien motivationnel - Communiquer avec le patient en consultation. Paris:InterEditions;2009:23-36.

Van Meerbeeck P et Jacques JP. Violence et peur. In : Van Meerbeeck P et Jacques JP. L'inentendu : ce qui se joue dans la relation soignant-soigné. Paris:De Boeck;2009:265-89.

Correspondance et tirés à part :

M. SCHETGEN
Campus Erasme
Département de Médecine générale, ULB
Route de Lennik 808, CP 610
1070 Bruxelles
E-mail : marco.schetgen@ulb.ac.be

Travail reçu le 15 mai 2017 ; accepté dans sa version définitive le 23 mai 2017.