

# Prévenir et gérer l'agressivité dans la pratique médicale

## *Prevention and management of aggressivity in medical practice*

**French D.-C., Leemans C. et Loas G.**

Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, Université libre de Bruxelles (ULB)

### RESUME

*Introduction : L'agressivité à l'encontre du personnel soignant est un phénomène majeur dans le monde de la santé.*

*Objectif : Cette revue narrative vise à apporter des éléments de réponses aux questions suivantes : Qui agresse et comment ? Quels sont les facteurs favorisants et déclencheurs de cette agressivité ? Quelles sont les stratégies à mettre en place pour la prévenir et quelles voies pour la désamorcer quand il est presque trop tard ?*

*Méthodologie : Une revue de littérature a été effectuée à la fois dans la base de données Pubmed et dans de la littérature grise.*

*Résultats et conclusion : Une grande majorité de médecins a déjà été victime d'agression au cours de sa pratique médicale. Les plus jeunes et les moins expérimentés sont les plus à risque. Certaines techniques simples de disposition des lieux et de communication verbale et non-verbale peuvent prévenir ou gérer des montées d'agressivité. Il est primordial d'informer et de former le personnel soignant, médecins compris, à des techniques simples afin d'améliorer durablement la qualité des soins fournis.*

*Rev Med Brux 2020 ; 41 : 91-7*

*Doi : 10.30637/2020.19-035*

### ABSTRACT

*Introduction: Aggressiveness against health care workers is a major issue in the healthcare world.*

*Objectives: This review aims to give some elements to the following questions: Who aggresses and how? What predisposes to aggressiveness and what triggers it? What could prevent it and how to de-escalate it?*

*Methods: A literature review was conducted in both Pubmed database and grey literature.*

*Results and conclusion: It appears that a large majority of doctors has already been the victim of aggression during its medical practice. The youngest and least experienced are the most at risk. Some simple communication tricks, verbal and non-verbal, can prevent or manage aggressive escalations. It is essential to inform and to train healthcare personnel in these techniques, including doctors, in order to improve the quality of the provided care.*

*Rev Med Brux 2020 ; 41 : 91-7*

*Doi : 10.30637/2020.19-035*

*Key words : aggressiveness, health care worker, prevention*

## INTRODUCTION

De nombreux travailleurs des métiers de service à la population sont exposés à l'agressivité d'autrui. Les acteurs du secteur médical, dont les médecins, sont particulièrement concernés et voient leur mission thérapeutique entravée. Cette revue narrative est le rapport d'une communication orale effectuée le 18 mars 2017 devant la Société scientifique de Médecine générale (SSMG). Son objectif est d'identifier les conditions (personnes, lieux et circonstances) susceptibles de mener à une agression dans le contexte

médical, ainsi que des voies de prévention et/ou de gestion de cette agression. Les questions posées consistent à savoir qui agresse ? Comment ? Avec quelles prédispositions et quels facteurs déclencheurs ? Il sera également question de savoir si des stratégies tant environnementales (salle d'attente, cabinet médical ...) que communicationnelles (verbales et non-verbales) permettent de prévenir la montée de l'agressivité et enfin, de savoir si des attitudes permettent de la désamorcer si elle est déjà présente.

Une agression est définie comme étant " tout

acte de la part d'un agresseur qui est perçu par une victime comme une menace de son intégrité physique ou psychologique"<sup>1</sup> ; elle est souvent la conséquence d'une frustration<sup>2</sup>. Il en existe plusieurs formes, elles peuvent être notamment verbales ou physiques. En première page de l'édition du Journal du Médecin du 23 juin 2017, une étude<sup>3</sup> en association avec l'Ordre des Médecins, le PRAag (Patrik Roelandt Actiegroep) et le mémoire d'un étudiant en 4<sup>e</sup> Master de Médecine à la VUB (Lennart De Jager) interrogeait 3.726 médecins belges : 84,4 % des répondants avaient connu au moins une expérience de violence de la part d'un patient au cours de leur carrière (77 % verbales, 24 % physiques, 10 % sexuelles), dont 36,8 % au cours des douze mois précédant l'enquête (33,1 % verbales, 14,4 % physiques, 9,6 % sexuelles). Cette même étude rapporte que les jeunes médecins et les médecins femmes sont davantage touchés et qu'il est plus dangereux de pratiquer en dehors de l'hôpital, aux urgences et dans les institutions psychiatriques<sup>3</sup>. Une autre étude belge de 2014-2015 réalisée sur 118 médecins francophones rapportait des chiffres similaires, avec 34,7 % des répondants ayant subi une agression au cours des 12 mois précédant l'enquête (70,7 % d'insultes, 58,5 % de menaces, 4,9 % d'agressions physiques)<sup>4</sup>.

D'où vient cette agressivité ? Certains auteurs avancent que le phénomène se propage et s'intensifie<sup>5,6</sup>, malgré la faible proportion de victimes se signalant comme telles (plus des 3/4 des médecins agressés ne font rien, ne disent rien, ni à la police, ni à l'Ordre, ni à personne)<sup>3</sup>. D'autres émettent l'hypothèse d'un lien étroit avec l'actualité socio-économique du monde des entreprises, un monde en manque de temps, de moyens et d'effectifs<sup>7</sup> où évoluent en parallèle, dans un épuisement professionnel, les patients dans leur monde du travail et les soignants dans le leur. La culture de l'instantané, de la connectivité permanente et sans fil, apparaît comme une coupable commune de l'exigence tant des patients (devenus des " consommateurs des soins de santé ") que de celle des politiques de santé, mettant une pression sur les responsables de départements, le personnel de santé et *in fine* la relation patient-médecin. Dans les agressions rapportées, l'attitude du médecin est remise en cause dans 33,2 % des cas, ainsi que l'organisation (temps d'attente) (20,8 %) et le refus d'une prescription (17,2 %)<sup>3</sup>.

Les deux études belges citées soulignent le risque accru pour les médecins jeunes et/ou ayant peu d'années de pratique. C'est un point clef de la problématique, particulièrement bien résumé par Françoise Boissières-Dubourg dans *De la maltraitance à la bientraitance* : " L'agressivité monte de part et d'autre, les soignants agressés devenant ensuite maltraitants eux-mêmes, comme par ricochet, vis-à-vis des personnes hospitalisées (NDLR : des patients et accompagnants en général), en général par manque de formation. Quand il y a des soignants formés de façon adaptée, l'agressivité diminue car les comportements sont mieux décodés par les personnels de soins "<sup>8</sup>.

Parmi les 33,2 % de cas où l'attitude du médecin est remise en cause, une certaine proportion des situations auraient pu être gérées autrement, de façon à éviter l'agression ; une information et des formations régulières permettront de voir ces chiffres diminuer, c'est la raison d'être de ces lignes.

## METHODOLOGIE

Une collaboration avec Valérie Durieux (PhD, spécialiste de l'information documentaire en Sciences de la Santé à l'ULB) a conduit en mars 2017 à l'utilisation d'ouvrages de la bibliothèque de la Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (en utilisant les termes MeSH " Relation professionnelle de santé-patient " et " Violence " sur leur catalogue en ligne [https://bibliotheque.helb-prigogine.be/opac\\_css](https://bibliotheque.helb-prigogine.be/opac_css)), à celle du mémoire de fin d'études de médecine générale du Dr Vo<sup>4</sup> (trouvé via la bibliothèque des TFE (travail de fin d'études) de la Société scientifique de Médecine générale <http://ssmg.be/tfe>) ainsi qu'à l'équation Pubmed suivante : (" *Health Personnel/education* " [MeSH Terms]) AND ((" *Violence/prevention and control* " [MeSH Terms]) AND " *Professional-Patient Relations* " [MeSH Terms]). Les ouvrages de la bibliothèque de la HELB Ilya Prigogine ainsi que le mémoire du Dr. Vo ont été sélectionnés sur base de leurs titres. Tout titre laissant penser que l'ouvrage traitait de la relation soignant-soigné ou de l'agressivité de la part des bénéficiaires de soins a mené à une sélection. Ont été inclus les documents permettant de répondre aux différents éléments de la structure de l'article (définition d'une agression, facteurs favorisants et/ou déclencheurs, stratégies de prévention et/ou de gestion). Plusieurs documents ont été exclus sur base du titre et de l'abstract, ce dernier étant parfois absent, ou ne traitant clairement pas la question posée (violences intrafamiliales, maltraitance du personnel à l'encontre des patients gériatriques...). D'autres documents ont été exclus après lecture approfondie, soit parce qu'aucun élément pertinent n'était trouvé, soit pour redondance de l'information.

## RESULTATS

L'équation Pubmed a donné 50 résultats en février 2017, sélectionnés début mars 2017 et 52 résultats en juin 2019. Deux auteurs de la même institution ont étudié les 50 résultats de 2017 afin de choisir les articles les plus pertinents. Un article du " Journal du Médecin " du 23 juin 2017 abordait le sujet et fut pris en compte à sa sortie, ainsi qu'un article du journal " Le Spécialiste " paru le 12 juin 2019. La sélection d'articles parus dans ces journaux sort certes du canevas habituel de recherche biographique, mais ces derniers font partie du courrier reçu par les auteurs : ils ont donc été explorés et ont offert des informations estimées utiles à la rédaction de ce manuscrit. Le thème apparaissait en première page de ces éditions et relève donc des découvertes fortuites ayant néanmoins permis d'apporter des informations supplémentaires au présent texte. Il est à noter que la référence numéro deux de ce travail a été

trouvée dans la phase exploratoire précédant la communication orale figurait sur la page Wikipédia traitant de l'hypothèse " frustration-agression " ([https://en.wikipedia.org/wiki/Frustration-aggression\\_hypothesis](https://en.wikipedia.org/wiki/Frustration-aggression_hypothesis)) ; la référence numéro sept étant un *ibid*, ces deux dernières n'ont pas été reprises dans le diagramme de flux (figure).

## Qui agresse ?

### Profils et facteurs de risque

Certains profils et facteurs de risque méritent une attention particulière, sans cependant ternir la qualité du lien patient-médecin avec d'éventuels préjugés. Le facteur de risque ayant la valeur prédictive la plus importante est un antécédent de passage à l'acte violent<sup>4,9,10</sup>. Il est important de pouvoir en être tenu informé par des rapports médicaux ou des antécédents judiciaires. Le jeune âge, le sexe masculin, l'abus de substances toxiques (alcool, drogues, médicaments...), des troubles psychiatriques sévères (notamment des psychoses aiguës avec paranoïa et délire de persécution) et des antécédents de violentes tentatives de suicide sont autant de facteurs de risque d'un passage à l'acte agressif<sup>9,10</sup>. L'étude de la VUB décrit le patient agresseur " type " comme étant un homme (68,1 %), entre 20 et 59 ans (83,1 %), vivant en couple ou en famille (42,7 %), avec un passé psychiatrique (29,2 %), abusant ou dépendant de drogues ou médicaments (25 %) et/ou d'alcool (15,9 %)³.

### Mécanismes

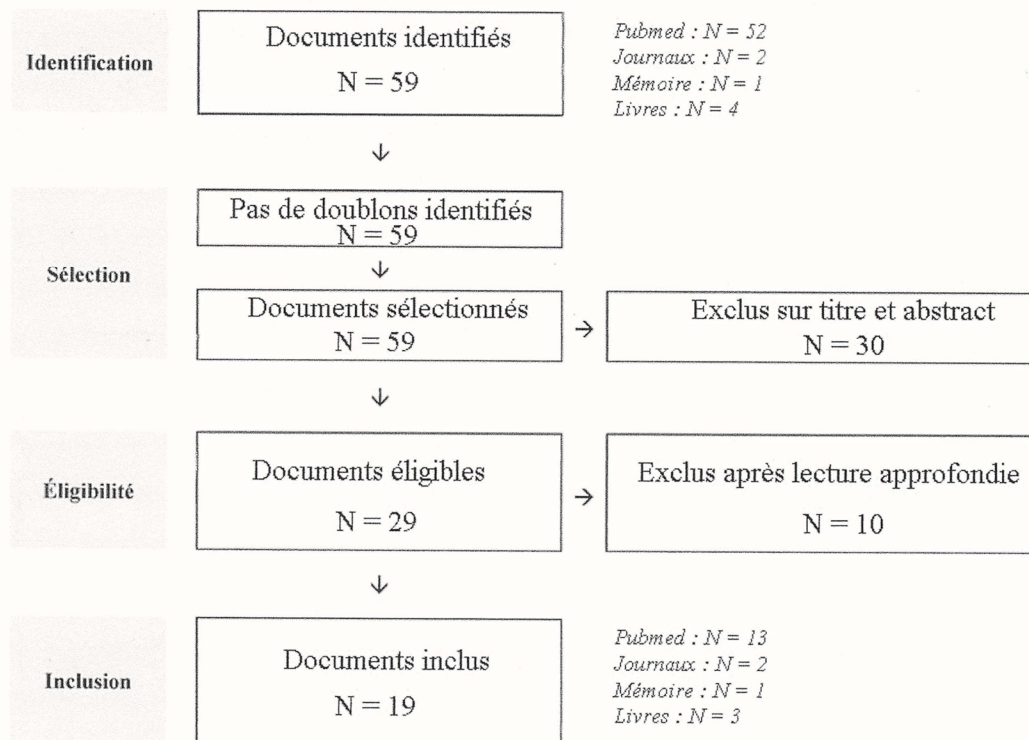
Il existe plusieurs types de patients agressifs :

ceux qui le sont par sentiment d'être mal ou injustement traités, ceux qui ont habituellement un fonctionnement agressif en société (avec éventuellement des traits ou troubles de la personnalité), ceux qui ont un trouble organique ou psychiatrique<sup>7</sup>. En 1939, Dollard *et al.* proposent comme hypothèse qu'une agression est toujours la conséquence d'une frustration (le fait de se voir empêcher l'atteinte d'un but quelconque)<sup>10,11</sup>. Le risque d'agression est d'autant plus grand si l'individu frustré a l'impression que l'individu frustrant l'est de façon volontaire ou injuste ou s'il a l'impression qu'il y a là une attaque personnelle<sup>10,12</sup>. Devant un nouveau patient en agitation, il conviendra d'évaluer et d'exclure tant que possible la présence de signes et symptômes évoquant une cause organique à son agitation et sa potentielle agressivité.

### Causes organiques

L'agitation psychomotrice, l'agressivité et les comportements violents sont parfois les conséquences de troubles ou de maladies organiques à rechercher, exclure, ou traiter en premier lieu. Des soins sous la contrainte peuvent être décidés dès lors qu'on suspecte un état médical altérant gravement les facultés de jugement. Dans le diagnostic différentiel des états pouvant entraîner des comportements violents, peuvent être cités : abus de substance, sevrage d'une substance, troubles ioniques, épisode confusionnel aigu, démence, crises épileptiques partielles complexes, altérations du lobe frontal, encéphalite, effets secondaires d'un traitement (ex : corticoïdes), troubles du sommeil et irritabilité résultante, désordres thyroïdiens, troubles de la glycémie, masse cérébrale...<sup>9,10</sup>

**Figure :** Equation de recherche bibliographique.



## Causes psychiatriques

Si la psychose est un facteur de risque d'agressivité, il est important de préciser que les patients psychotiques sont plus souvent les victimes de violences que les auteurs et que la criminalité des psychotiques est largement inférieure à celle de la population générale<sup>1,2</sup>. Certains auteurs distinguent trois types de phénomènes psychiatriques à la source de violences : les problèmes de gestion de l'impulsivité, les symptômes psychotiques et un comportement général de " prédateur "9. L'impulsivité peut mener à des violences par réaction émotionnelle avec perte de contrôle et perte d'évaluation des conséquences de l'acte. Différents diagnostics peuvent y être liés, notamment l'usage de substances toxiques, les schizophrénies, les désordres cognitifs, le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble explosif intermittent, les troubles bipolaires, le syndrome de stress post-traumatique, la dépression majeure, ou les troubles de la personnalité de type antisocial ou borderline<sup>9,13</sup>. Les symptômes psychotiques se retrouveront dans les schizophrénies, les troubles bipolaires et des maladies organiques comme les démences ou les épisodes confusionnels. Les patients psychotiques souffrant de délires paranoïdes et d'hallucinations autoritaires sont particulièrement à risque de passage à l'acte violent, notamment si les voix entendues sont familières et si un délire est lié à ces voix. Les troubles de la pensée augmentent généralement le risque qu'un stimulus soit mal interprété9. Les comportements de " prédateur " sont typiquement rencontrés chez des personnes présentant les critères d'un trouble de personnalité antisociale, voire de personnalité psychopathe, et donnent lieu à des actes parfois planifiés, organisés, avec un but déterminé et un certain détachement émotionnel9. Au cas par cas, il s'agira de déterminer si ces derniers sont du ressort de la Justice ou de la Médecine.

## Anticipation, prévention, gestion : techniques et attitudes

### Etat des lieux

#### La salle d'attente

L'entretien débute déjà dans la salle d'attente, avant même que le patient ne rencontre son médecin. Le patient se prépare éventuellement à l'entretien intérieurement, parfois avec anxiété voire peur d'être moqué, jugé ou maltraité. Cette appréhension peut se traduire par une agressivité. Une salle d'attente calme, accueillante, spacieuse, à température modérée sera plus apaisante qu'une salle froide, bruyante et exigüe. En effet, un inconfort psychologique ou physique, que ce soit de la douleur ou une température ambiante trop élevée, est associé à des comportements agressifs, de même que le fait d'être entouré d'autres patients malades, éventuellement au cours d'une attente prolongée<sup>10,12,14-16</sup>. Tous les sens sont à prendre en compte et il convient d'organiser un espace hypostimulant : éviter

les bruits agressifs, les lumières vives, les décorations provocantes ou les odeurs fortes<sup>18-20</sup>. L'accès à la lumière naturelle et une vue sur la nature (ou de sa représentation) sont un atout9.

#### Le cabinet

Les règles de confort du cabinet sont sensiblement les mêmes que celles de la salle d'attente, à ceci près que c'est dans le cabinet que le patient sera éventuellement amené à se dénuder, moment sensible durant lequel sa dignité sera mise en jeu<sup>13</sup>. Il sera alors rassurant d'avoir un paravent derrière lequel se déshabiller. Par ailleurs, une mesure de sécurité simple, essentielle, mais trop souvent sous-estimée, est de ne pas installer le patient entre la porte de sortie et le médecin. En cas de nécessité, le soignant doit pouvoir quitter la pièce sans risquer de se voir bloquer la sortie par un patient agité. Cela implique de prêter attention à la disposition des meubles et des objets du cabinet.

#### À domicile

Tout comme au cabinet, il convient de s'arranger pour avoir une voie de sortie derrière soi, non condamnable par le patient. Il est également utile de savoir combien de personnes sont présentes au domicile au moment de la visite. Les médecins travaillant à plusieurs peuvent échanger leurs programmes de visites.

## Techniques de communication

### En prévention

Une communication de qualité peut fortement limiter le risque de voir naître de l'agressivité. Il conviendra d'avoir un discours et un comportement valorisant d'emblée le point de vue du patient, lui faisant sentir que le soignant entend sa situation personnelle et qu'il est décidé à l'aider dans ce contexte. Un non-verbal calme, ouvert, accueillant et des positions corporelles ouvertes (éviter de croiser les bras ou de se tenir trop près du patient) et non menaçantes éviteront que le patient ne se sente menacé voire attaqué. Le contact visuel doit être soutenu mais non intimidant. Approuver de la tête peut montrer au patient qu'il est écouté et compris. Eviter les comportements de distraction qui pourraient être interprétés comme un manque d'attention de la part du soignant comme écrire, jouer avec des objets, regarder son ordinateur. À la prise de parole, il convient de parler calmement mais clairement avec des phrases relativement courtes, d'éviter le jargon médical complexe tout en faisant attention à ne pas trop simplifier, ce qui pourrait avoir l'air condescendant. Préférer des questions ouvertes, auxquelles il est impossible de se contenter de répondre par " oui " ou par " non ", ce qui ferme la discussion. Par exemple : " Comment puis-je faire pour vous aider ? " plutôt que " Vous voulez une prescription ? "10.

Face à un patient dont le ton monte, il convient d'écouter et de passer les messages suivant : que ce qu'il vit est compris par le soignant (sans nécessairement légitimer son comportement) et que ce dernier est enclin à l'aider. Le choix du moment de l'intervention est décisif, attendre le premier silence est généralement une bonne stratégie. Une source de tension réside parfois dans le décalage entre la demande du patient et ce que le soignant pense être adéquat. L'écoute réflexive et la reformulation font partie des stratégies de désescalade. Hocher de la tête peut être une façon de souligner les points d'accord. Au moment de la reformulation (" si je comprends bien... "), le soignant résume de façon concise ce qu'il comprend des plaintes que le patient vient d'exprimer, en s'efforçant de n'injecter aucun jugement dans son intervention. Cette reformulation permet de démontrer son attention au patient ou de lui faire préciser certains points. Une étape suivante consiste à explorer des solutions avec le patient, en commençant par énoncer ce qu'il est possible de proposer plutôt que d'expliquer au patient qu'il n'aura pas exactement ce qu'il demande et de proposer différentes alternatives quand cela est possible. Il est prudent d'adopter une position basse durant l'entretien, reconnaissant des torts ou des problèmes s'il y a lieu de présenter des excuses, mais tout en restant assez ferme sur le cadre en verbalisant que tel ou tel comportement ne peut pas être accepté dans la relation thérapeutique. Lorsqu'un accord est trouvé, il est utile de renforcer cet accord en reformulant ses termes, voire en le mettant par écrit<sup>10,18,21</sup>. En guise de résumé, suivent les dix règles d'or de la désescalade de Richmond *et al.* reprises par Gillain *et al.* dans " Principes de traitement d'une prescription raisonnée d'antipsychotiques en cas d'agitation psychotique "<sup>18</sup> :

1. Respecter l'espace personnel du patient comme le sien ;
2. Ne pas provoquer le patient, gérer son langage corporel (garder les mains visibles, éviter un contact visuel excessif ou trop fuyant... ) ;
3. Établir un contact verbal (donner son nom, son titre, son rôle, affirmer qu'on est là pour aider) ;
4. Être concis et clair, éviter le jargon ;
5. Repérer les besoins et les émotions, refléter et valider les sentiments perçus chez le patient ;
6. Reformuler sans juger pour montrer au patient que nous sommes attentifs ;
7. Être d'accord et le montrer/le dire lorsque nous le sommes ;
8. Fixer des limites et donner des consignes claires tout en responsabilisant le patient ;
9. Laisser le patient exprimer son choix ;
10. Faire un compte rendu avec le patient à la fin de l'intervention et rétablir l'alliance thérapeutique.

### En cas de force majeure

S'il en va de la sécurité du soignant et que l'agitation d'un patient n'est pas calmée par la parole ou l'acceptation d'un traitement, il convient de se

mettre en sécurité puis de faire appel aux forces de police pour leur expliquer la situation, en mentionnant son nom et son adresse et en insistant sur le caractère " d'extrême urgence " de la situation.

Si un patient agité présente des troubles du comportement ou de la pensée évoquant une problématique psychiatrique potentielle, le soignant peut être amené à faire une demande de mise en observation. C'est une privation de liberté. Dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, les critères suivants seront analysés par un Juge de Paix (dans le cadre d'une procédure ordinaire) ou par le Substitut du Procureur du Roi et un psychiatre désigné (dans le cadre d'une procédure extraordinaire) :

- La présence d'une maladie mentale décompensée ;
- Une dangerosité pour soi ou pour autrui ;
- Le refus des soins proposés ;
- Le défaut d'alternative.

Deux modalités de mise en observation existent :

- La mise en observation ordinaire (non urgente) : la famille écrit un courrier rapportant les faits du patient et le dépose à la Maison de Justice du canton concerné, accompagné du rapport médical circonstancié rédigé par un médecin (souvent le médecin traitant) mettant en évidence les critères évoqués ci-dessus. Un Juge de Paix se rendra alors au domicile du patient dans les 10 jours suivant la réception du courrier et décidera de confirmer ou non la mesure. Si cette dernière est confirmée, le patient devra intégrer (de gré ou de force) un service de psychiatrie accueillant des patients mis en observation ;
- La mise en observation extraordinaire (urgente) : en présence d'un individu présentant les critères énoncés ci-dessus et si le degré d'urgence le justifie, n'importe qui (médecin ou non) peut appeler la police et demander une intervention. Il est utile de structurer votre appel autour des critères de la loi évoquée ci-dessus. La police viendra alors chercher l'individu et contactera le Substitut du Procureur du Roi qui décidera s'il convient de faire effectuer une expertise psychiatrique ou non. Dans le cas où c'est un médecin qui lance la procédure, la police ou le substitut peuvent être amenés à demander un rapport médical décrivant en quoi les critères de la loi pourraient être rencontrés et justifiant une demande d'expertise. A Bruxelles, les gardes psychiatriques agréées pour ce genre d'expertise sont désignées tour à tour selon un ordre établi par la ligne " Nixon " se trouvant physiquement à l'Hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Le transfert du patient vers la garde sélectionnée se fait en ambulance avec une escorte policière. Si le psychiatre remet une expertise " négative ", la privation de liberté du patient cesse, il est alors libre d'être hospitalisé sur base volontaire ou de rentrer chez lui ; s'il en remet une " positive ", le patient repart en ambulance avec escorte policière vers une autre institution psychiatrique accueillant des patients mis en observation.

## DISCUSSION

Ce manuscrit est né d'une communication orale effectuée devant les membres de la Société scientifique de Médecine générale SSMG le 18 mars 2017. La recherche de littérature scientifique a été sérieuse, mais peut-être moins approfondie que si elle avait été dès le départ destinée à être publiée. Davantage de bibliothèques auraient pu être explorées, différents acteurs de terrain auraient pu être interrogés. Les auteurs ayant travaillé à la sélection des articles travaillent dans la même institution, il aurait pu être intéressant d'effectuer ce travail en collaboration avec des centres extérieurs. À l'image d'une communication orale, l'objectif de ce travail est de transmettre des informations simples et utiles à mettre en œuvre dans la pratique médicale quotidienne. Un compromis entre richesse des informations et applicabilité a dû être trouvé. Il existe par ailleurs bien des techniques de désamorçage de conflits qui sont enseignées dans des ateliers pratiques et qui n'ont pas été abordées ici. Le lecteur devra consulter d'autres sources d'information s'il souhaite approfondir les éléments évoqués ici.

## CONCLUSION

L'agressivité est un phénomène largement rencontré par les soignants dans leur pratique. Les médecins les plus à risque sont les plus jeunes et les moins expérimentés. La disposition des lieux et quelques techniques de communication permettent de prévenir l'émergence de certaines violences ou d'apaiser des conflits déjà engagés.

Quel que soit le contexte économique de la Santé, il est nécessaire de multiplier et de rendre accessibles les formations au personnel soignant dans le domaine de la prévention et de la gestion de l'agressivité. Ces formations sont pour l'instant principalement données au personnel infirmier, mais il est primordial que les médecins soient formés eux aussi<sup>21</sup>. L'actualité socio-économique joue probablement un rôle dans la maltraitance réciproque du couple soignant-soigné et se former est l'une des réponses qui peuvent être apportées au problème. Les conditions de travail des soignants sont principalement déterminées par le cadre politique, qui doit lui aussi prendre l'ampleur de la situation afin d'agir en conséquence. Les soignants ont besoin de temps et de moyens pour récupérer l'énergie vitale qui leur permet de communiquer de façon efficace et efficiente. Ce sont les exigences de qualité de la relation patient-médecin qui devraient mettre la pression sur l'économie de la santé et non pas l'inverse. Se former à la relation patient-médecin sous toutes ses formes et enrichir ses qualités de communicant améliore la qualité de soin mais aussi la qualité de vie du soignant. Travailler sa communication interpersonnelle est un moyen de considérablement augmenter la qualité des relations patients-soignants et soignants-soignants et d'offrir aux patients comme aux soignants un meilleur confort sur la durée. C'est un moyen de donner encore plus de sens à la pratique médicale et de la vivre plus

confortablement. C'est un moyen pour le soignant de s'améliorer et d'améliorer ce qui l'entoure.

**Remerciements :** Un grand merci à Valérie Durieux (PhD), spécialiste de l'information documentaire en Sciences de la Santé à l'Université libre de Bruxelles, pour son aide à la recherche de documents pertinents. Merci également à Margaux Hoebeke pour sa relecture.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Rowe L, Morris-Donovan B, Watts I, Royal Australian College of General Practitioners. General Practice, a safe place: tips and tools. The Royal Australian College of General Practitioners. 2009.
2. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and aggression. Yale University Press;1939.
3. De Jager L. Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie : een cross-selectionneel onderzoek in België. Brussel:Vrije Universiteit;2017.
4. Hoang-Viet V, Diels R. Le patient agressif, travail de fin d'études en médecine générale 2014-2015. Bruxelles:Université libre de Bruxelles.
5. Gbézo B. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison:éd. Lamarre;2005.
6. Mathy J. 8 spécialistes francophones sur 10 trouvent les patients plus agressifs. Le Spécialiste, l'actualité des médecins spécialistes 29 Mai-12 Juin;2019:2-3.
7. Boissières-Dubourg F. De la maltraitance à la bientraitance. Soigner et accompagner. Rueil-Malmaison:éd. Lamarre;2011:106-7.
8. Boissières-Dubourg F. De la maltraitance à la bientraitance. Soigner et accompagner. Rueil-Malmaison:éd. Lamarre;2011:107.
9. Fisher K. Inpatient Violence (Article in press). California Department of State Hospitals, 0193-953X/16/© 2016 Elsevier Inc.
10. Sim MG, Wain T, Khong E. Aggressive behaviour - prevention and management in the general practice environment. Aust Fam Physician. 2011;40(11):866-72.
11. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and aggression. New Haven, CT: Yale University Press;1939.
12. Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. Psychol Bull. 1989;106:59-73.
13. Ghadi V, Compagnon C, Depaigne-Loth A. Maltraitance ordinaire et vécu quotidien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Elsevier Masson:Bientraitance et qualité de vie, coordonné par Michel Schmitt;2013:105.
14. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés). Psychiatrie; 2002:15
15. Baron R. Human aggression. New York: Plenum Press;1977.
16. Wand TC, Coulsen K. Zero tolerance: a policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. Aust Emerg Nurs J. 2006;9:163-70.
17. Stahl SM, Morrisette DA, Cummings M, Azizian A, Bader S, Broderick C, Dardashti L *et al*. California State Hospital Violence Assessment and Treatment (Cal-VAT) guideline. CNS Spectr. 2014;19(5):449-65.

18. Gillain B, Masson A, Delatte B, Deseilles M, De Nayer A, Mallet L *et al.* Principes de traitement d'une prescription raisonnée d'antipsychotiques en cas d'agitation psychotique. *Neurone* (suppl). 2017;22(2).
19. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):26-34.
20. Zoupanos Bujard N, Bryois C. Traitement de l'agitation aux urgences somatiques. *Rev Med Suisse.* 2005;1(27):1810-3.
21. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs.* 2003;12(1):64-73.

**Correspondance :**

D.-C. FRENCH  
Hôpital Erasme  
Service de Psychiatrie  
Route de Lennik, 808  
1070 Bruxelles  
E-mail : daniel.french@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 7 juin 2019 ; accepté dans sa version définitive le 7 novembre 2019.