

***MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

Institut national de formation supérieur paramédical d'Oran

Mémoire Professionnel

MANIPULATEUR EN RADIOLOGIE DIPLOME D'ETAT

Thème :

**ENQUETE SUR LA PRESENCE DE LA VIOLENCE
DES PERSONNES NON PROFESSIONNELLES
ENVERS LE PERSONNEL DE L'IMAGERIE ET SES
REPERCUSSIONS**

Dirigé par :

M^{me} Bendida Souhila

Psychologue Clinicienne Principale

Elaborés et soutenus par :

M^{er} Saadi Hicham

Juin 2011

SOMMAIRE

Introduction	Pages
Problématique	01
Hypothèses	03
	04

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le Cadre Théorique

I.1. Définition.....	05
I.2. Visions psychologique, philosophique et biologique.....	06
I.2.1. Psychologique.....	06
I.2.2. Philosophique.....	07
I.2.3. Biologique.....	07

Chapitre II : Le Service de Radiologie

II.1. Introduction.....	10
II.2. Différents intervenants dans un service de radiologie.....	10
II.3. Le manipulateur en radiologie.....	11
II.4. Ses activités principales.....	12
II.5. Les conditions de travail.....	12

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III: Etude Pratique

III.1. Méthodologie de travail.....	13
III.1.1.Présentation et la structure du lieu de travail (UMCM)...	13
III.1.2.Difficultés rencontrées.....	15
III.2. Echantillon de recherche.....	15
III.3. Outils de travail.....	16
III.3.1. L'observation.....	16
III.3.2. Le questionnaire.....	18
III.4. Résultats et analyse.....	19
III.5. Commentaires.....	23
III.6. Suggestions.....	25
CONCLUSION GENERALE.....	27
BIBLIOGRAPHIES	28
ANNEXES	29

❖ Introduction :

« Peur », « insécurité », « agression », sont ces dernières années, des mots qu'on trouve régulièrement dans les médias, que se soit au niveau audiovisuel ou dans la presse. Effectivement, la « violence » semble être omniprésente : conflits mondiaux, crise dans les environs, dans les stades, dans les familles. Les services de l'ordre et le public ne semblent pas non plus être épargnés. Parfois plusieurs articles d'un même journal traitent de la violence.

Nous pouvons alors nous demander si la violence est devenue un sujet à la mode ou un sujet qui fait vendre : propagande ou dénonciation de ce « phénomène » ?

«LES PARAMÉDICAUX EN PREMIÈRE LIGNE: La violence investit les hôpitaux :

- A *Mostaganem*, le service des urgences médico-chirurgicales de la localité de Tijdit a vécu une nuit des plus mouvementées. L'arrivée de détenus malades transférés depuis la maison d'arrêt de Sidi-Othmane a été suivie par l'intrusion de complices bien décidés à les libérer, transformant le service des urgences en champ de bataille

- A *Tébessa*, dans la nuit de lundi à mardi, le personnel médical du pavillon des urgences de la commune de Bir-El-Ater a été agressé par quatre individus ayant accompagné un malade.» ; [05].

Ces articles nous interpellent, les médias mettent l'accent sur ces nouveaux lieux de violence, ou nous n'avions pas coutume de la rencontrer : les établissements de santé. Nous ne pouvons pas affirmer que la violence en milieu hospitalier n'a jamais existé, mais simplement, qu'elle n'était pas un sujet de médiatisation.

Aujourd'hui, notre vision est sensibilisée par l'intérêt de ce sujet. La presse profite, peut-être, de certaines entreprises sociales difficiles. Or, la « parole » des médias n'est pas sans conséquence, elle éveille en nous un sentiment d'insécurité, permettant à l'agressivité qui est en chacun de nous de s'exprimer. Peut-être ne fait-elle qu'accroître le nombre d'actes préjudiciables face à une situation paraissant angoissante. On finit par s'en prendre à une personne ou à ce qu'elle représente en tant qu'Institution.

La vocation de l'hôpital qui est de soigner et de venir en aide à tous ne semble plus être respectée. Face aux coups et aux insultes, le personnel soignant doit s'adapter à une nouvelle donnée dans son métier. Telle une ville dans la ville, l'hôpital avec tous ses maux est le reflet de la société.

Les conséquences de ces violences ne sont pas décrites par les médias. En effet, le harcèlement moral, la violence verbale ou physique, la dégradation de matériel, peuvent être la cause de dépression, de mal être ou d'handicap pour les victimes.

Du fait de la médiatisation le public peut prendre conscience de ces violences. Nous mêmes, en ayant effectué des stages, avons pu constater certaines situations violentes.

❖ Problématique :

La violence, telle qu'elle soit a toujours existé, elle n'a rien d'un épiphénomène.

Et pourtant de nos jours elle apparaît plus présente, presque oppressante.

Face à ce phénomène qui semble croître de façon exponentielle, tout le pays se voit contraint de réaliser quelques ajustements. Lois émergentes avec sanctions plus lourdes... Presse et télévision en font leurs gros titres. Tout comme la mode, on peut penser que la violence est induite par les médias.

Pour ce la, les établissements de santé sont aussi concernés.

Qu'elle soit physique, morale, verbale ou encore matérielle, la violence « n'est définissable qu'en fonction des limites qu'on lui pose » car l'appréhension du mot « violence » est propre à chacun : elle dépend de notre culture, de notre vécu, de nos propres sentiments...

Il existe peu de données et d'études faites sur le sujet et pourtant, en tant qu'étudiant, j'ai ressenti ou observe parfois, une certaine violence dans le secteur de l'imagerie médicale.

Mon travail portera plus particulièrement, sur la violence des patients et leurs accompagnants envers les agents hospitaliers (violence externe).

D'où notre questionnement :

« Pourquoi la violence a atteint même nos hôpitaux ? Et quels sont ses conséquences et ses répercussions dans ce cas dans les services d'imageries médicales ? »

❖ Hypothèses :

1) La présence de différents genres des patients en urgence qui se crie une agressivité contre le manipulateur.

❖ (Qu'elle soit en détresse physique, morale ou psychologique. Ainsi, toxicomanes, alcooliques, fêtards d'un soir et névrosé) pose le manipulateur devant des cas un peu spécifiques.

2) Les besoins du patient dépassent les taches du manipulateur à offrir beaucoup d'information.

❖ Une mauvaise organisation (la réception des patients).

❖ Manque de communication entre les malades et les manipulateurs.

PARTIE THEORIQUE
PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

Le cadre théorique

I.1. Définition :

Violences verbales et agressions n'épargnent plus les hôpitaux publics : « Les actes de délinquances ont été multipliés par quatre en l'espace de vingt ans » (CHARLES E. Revue de l'infirmière numéro 74-octobre 2001).

Comment affirmer que tel acte relève d'une situation de violence et pas une autre ? Quelles limites peut-on poser à un acte de violence ?

« La violence » présente de multiples définitions ! :

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la violence comme étant : « l'usage délibéré ou de la force physique ou de la puissance contre soi-même contre une autre personne ou contre un autre groupe, une autre communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».

L'usage courant définit la violence comme : « Un état, une force intense et souvent destructrice. Par extension, la violence, désigne une outrage, une vigueur excessive. » Le mot violence a ainsi la particularité de désigner à la fois, une manière d'être, une action et la valeur s'y rattachant.

Le Droit, lui, cherche à définir plus précisément les violences. D'un point de vue juridique, il y a une définition pénaliste, une privatiste et une généraliste.

L'approche juridique, considère non seulement, les actes d'agression portant atteinte à l'intégrité corporelle, mais aussi ceux entraînant un trouble psychologique.

Selon les sociologues, la violence « est vie, elle est réaction au rejet, à l'abandon et à l'entassement. » Tout comme le normal et le pathologique, l'appréhension de la violence dépend des valeurs et des critères en vigueur dans une société ou un groupe, à une époque considérée. Ainsi, à certaines époques, le crime et la répression étaient considérés comme une composante normale de la vie quotidienne.

Cependant il faut se méfier du piège, qui consisterait à assimiler une montée du sentiment d'insécurité à une aggravation de la violence réelle.

En donner une définition universelle, se révèle dès lors impossible.

Mais il est possible de définir les différentes formes de violences :

Physique : Violence exercée sur le corps même de la victime, portant atteinte à son intégrité, par des coups, blessures et voies de faits.

Morale : Toute action portant atteinte de façon durable, pour sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine ou du collectif de travail.

Verbale : Propos infériorisant ou dégradant, itératifs ou non, dépendant de normes sociales et culturelles, de façon isolée ou en public, portant atteinte à l'intégrité psychologique du sujet.

Cependant, dans le cadre de notre enquête, nous retiendrons une définition ayant l'avantage d'inclure la notion d'interaction, autour de laquelle s'articule la violence :

« Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité

physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles ».

La violence ne peut pas être résumée en une simple définition, elle a également une origine déterminée selon les sciences.

I.2. Visions psychologique, philosophique et biologique:

I.2.1. Psychologique :

Penser la violence, ce n'est pas s'étonner qu'elle existe, puisqu'elle est naturelle, au moins pour une part, inévitable, c'est s'étonner qu'elle recule parfois, pour laisser place à la paix, à la concorde, à la douceur.

Vouloir réfléchir sur la violence n'est-ce pas se demander en tout premier lieu d'où vient cette violence ? Quand nous regardons un enfant naître, nous avons parfois le sentiment que la vie est violente : une femme qui souffre, un enfant qui se bat pour venir au monde. Puis quand il grandit, il crie, il pleure et mord, pour attirer l'attention. Plus tard il pousse, arrache les jouets des mains des autres, lance violemment des objets et s'affirme avec le « NON » haut et fort.

Certains chercheurs proposent une piste de réflexion nouvelle dans ce domaine.

Effectivement, ils s'appuient sur le modèle des interactions biologiques fœtus/placenta/mère, pour expliquer cette violence.

Ces interactions entre le corps de la mère et celui du fœtus se font sur un mode triadique car le placenta intervient dans ces échanges en jouant un rôle de régulateur. Les imperfections de cette régulation, sont sans doute à l'origine biologique des troubles psychosomatiques post natal, conduisant alors à la violence. La mère semble diriger ces interactions lors de sa grossesse, elle possède donc une influence importante sur le développement futur de son enfant. Chaque fois que la mère subit un stress psychosocial, s'ajoutant évidemment à celui qu'impose naturellement la grossesse, l'enfant peut le ressentir pendant sa vie fœtale mais aussi plus tard. Voilà comment ce modèle explique cette violence qui fait partie de chacun de nous : certains l'expriment volontiers, d'autres la canalisent plus ou moins jusqu'au moment où ils ne la contiennent plus et nuisent alors à l'autre.

Toute personne peut être confrontée à la violence en tant que témoin, actrice ou victime. Un geste, un comportement, des paroles violentes peuvent émaner de chacun de nous, personnel ou patient. Si notre fonction de manipulateur se doit de limiter les épisodes de violence, notre nature ne le peut pas ou rarement. La violence réside au fond de chacun de nous. Même une personne au caractère pacifique peut agir avec une grande brutalité si les circonstances l'y obligent ou l'exigent. Finalement on peut dire que la violence est exprimée par la majorité d'entre nous.

Selon Bernard FORGUES une crise de violence évolue en 4 phases distinctes quelles qu'en soient les circonstances :

- *La pré condition* : ensemble des petites erreurs de fonctionnement administratif. Si l'on considère les services d'imageries, le dysfonctionnement serait un accueil froid et impersonnel.

- *Les évènements déclencheurs* : l'attente de l'interprétation de l'examen.

- *L'expansion* : échec de communication entre le soignant et le soigné, les voix s'élèvent le dialogue est rompu.

- *La résolution ou normalisation* : intervention d'une tierce personne, cadre ou médecin par exemple.

I.2.2. Philosophique:

Dans le cadre de nos recherches, nous avons découvert que, d'un point de vue philosophique, il existe une distinction entre « agressivité » et « violence ». Mais nous ne l'avons pas retenue dans l'élaboration de ce mémoire.

L'agressivité est définie comme « tendance à attaquer ». Le terme est empreint du latin « marcher vers » et complété du suffixe *item*, « semblable ». C'est un instinct élémentaire, au même titre que la faim, elle est au service du vivant et est utile au développement de l'individu, de son appareil psychique et de ses facultés.

L'agressivité n'est pas nécessairement nuisible et ne peut être assimilée à la violence. En ce qui concerne ces deux termes, certains chercheurs et penseurs, font la distinction suivante : « si l'agressivité est nécessaire à tout être humain pour s'exprimer, pour prendre sa place, pour définir son espace vital avec les autres, la violence nous conduirait à vouloir éliminer l'autre pour prendre toute sa place ! »

Finalement plusieurs philosophes, sinon la plupart, se sont exercés à réfléchir sur la violence humaine : Thomas Hobbes, philosophe anglais du 17^{ème} siècle, pense que « l'Homme est un loup pour l'Homme », chacun doit « sauver sa peau » dans cette jungle qu'est notre société. J.J Rousseau, philosophe français du 18^{ème} siècle, voit « l'Homme comme un bon Humain, c'est la société qui le corrompt ».

L'Homme est-il naturellement violent ou est-ce son environnement qui le rend violent ? Est-il alors possible de s'attaquer plus profondément au problème de la violence en la résolvant à sa source : en chacun de nous ? De quel pouvoir conscient disposons-nous pour la résoudre ?

Si nous ne pouvons changer la nature de chacun, on peut évidemment prévenir certaines situations de violence.

I.2.3. Biologique :

Il est utile, malgré l'hétérogénéité des comportements violents, de réfléchir sur les déterminants biologiques. Chez l'homme des dysfonctionnements multiples sont à envisager.

Sur un plan neuro anatomique, les structures du système nerveux central impliquées dans les comportements violents sont nombreuses et font appel à d'autres concepts liés à la nature humaine (interprétations et symbolisation d'expériences vécues, sens des événements, culture, mémoire...). Lors des études réalisées par les chercheurs, une difficulté leur est apparue : la frontière entre personnalité violente et une personne devenant violente à cause d'un événement. Des dysfonctionnements au sein du système limbique mettent l'accent sur un comportement violent : lobes temporaux, frontaux, thalamus, hypothalamus, septum. Par exemple : Charles

Whitman, assassin en série du Texas qui, à l'autopsie, était porteur d'une tumeur du lobe temporal.

La neuro imagerie apporte aujourd'hui des données nouvelles (EEG ; Potentiels évoqués et PET.SCAN). Une étude a été réalisée sur 4 malades, arrêtés pour comportement violent. Tous présentaient des anomalies au PET-Scan localisées dans le cortex temporal gauche (flux sanguin et consommation de glucose). Les structures temporales et frontales sont les plus fréquemment mises en avant chez l'humain violent ou meurtrier.

Les lésions neurochirurgicales visant à supprimer les conduites violentes sont ciblées sur l'amygdale, le thalamus ou l'hypothalamus.

Sur le plan neurochimique, des anomalies ont été décrites dans le cerveau de sujets violents ou de suicidés. Les neurotransmetteurs « incriminés » sont :

* L'acide gamma-amino-butérique (GABA)

Sa transmission atténue l'effet aversif induit par une stimulation naturelle ou expérimentale.

Un agoniste du GABA accentue les comportements offensifs dans des situations d'interaction sociale. A l'inverse, un antagoniste du GABA accentue les comportements de fuite et de retrait.

* les systèmes opioïdes

Les antagonistes des récepteurs opioïdes augmentent les comportements agressifs. A l'inverse, les peptides opioïdes et la morphine sont considérés comme des substances anti agressives.

* Les amines biogènes

L'activation noradrénergique facilite l'agressivité. Une telle activation survient dans les cas de stress et peut perdurer.

De même, la dopamine augmente les comportements agressifs. Les amphétamines qui stimulent la transmission dopaminergique, diminuent l'agressivité, mais l'augmentent chez le sujet non violent.

* La sérotonine

Ce neurotransmetteur semble jouer un rôle prédominant dans l'impulsivité et l'agressivité.

Les nombreuses études démontrent que la sérotonine (5HT) inhibe l'agressivité.

Il existe également des déterminants biologiques tels que :

* L'insuline

L'hypoglycémie peut induire, parmi d'autres symptômes, de l'irritabilité et de l'agressivité.

L'hyper insulinémie est corrélée à des comportements de violence et d'agressivité.

* La testostérone

Chez l'homme, une corrélation entre des actes de violence et le taux circulant de testostérone a été constaté. Plus ce taux est élevé, plus le comportement violent se manifeste.

* La génétique

Il a été démontré que les hommes XYY ne sont pas plus agressifs que les hommes XY.

De plus, une mutation du gène codant pour la monoamine-oxydase a pu être corrélée à un comportement agressif.

Les études portant sur des jumeaux et des adoptés plaident également en faveur d'un facteur congénital et peut être génétique dans la probabilité de conduites criminelles.

Des avancées ont été clairement réalisées dans l'approfondissement de déterminants biologiques associés aux comportements violents. La possibilité d'atténuer par des médicaments au moins les situations de crises et d'agir préventivement dans les populations à risques semble se dessiner. Pour reprendre le Professeur *P. KARLI* de Strasbourg « L'objet d'une telle réflexion, chez l'homme, n'est pas de décrire schématiquement un substrat nerveux de l'agression, mais plutôt d'analyser les facteurs et les processus qui contribuent à déterminer la façon dont l'individu perçoit et interprète une situation donnée à la façon dont il s'efforce de maîtriser sa relation personnelle à cette situation ». Il conviendra donc d'insister sur le danger qui conduirait, à assimiler cerveau et pensée. Lorsque nous accueillons nos patients il arrive que ceux-ci aient des comportements pour le moins « inhabituels ». Nous ne savons que très rarement de quelle pathologie ils sont atteints et ne disposons que de *suspensions* écrites sur la demande d'examen, de temps à autre.

Nous ne devons porter à leur égard aucun jugement de valeur ! Une relation d'aide avec ces patients est parfois difficile dans les premiers temps, les manipulateurs ne bénéficiant d'aucune formation et les étudiants d'aucune cour sur le sujet. La bonne attitude à adopter s'apprend alors avec l'expérience du métier.

Cependant, il y a en l'homme un besoin inné d'agression qu'il cherche à satisfaire d'une manière ou d'une autre. Il n'est qu'illusion de croire que l'on pourra éliminer la violence seulement en changeant le fonctionnement des hôpitaux. On peut « changer le système », mais tant que l'homme reste « le même », la violence demeure.

Est-il possible de s'attaquer plus profondément au problème de la violence en le résolvant à sa source par le biais de traitements thérapeutiques ?

Comme je viens de le démontrer, la violence est difficilement définissable, sans limites et d'origines diverses. En tant qu'étudiant je le vis, la ressente, je suis témoin au cours de mon stage. Par le biais de mon enquête sur le terrain, j'ai cherché à prouver son existence dans les services d'imagerie, à mesurer son ampleur et à déterminer ses répercussions.

CHAPITRE II

Le service de radiologie

II.1. Introduction :

Dans un service de radiologie, le travail peut être comme une chaîne de transformations. D'un supposé « patient à examiner » jusqu'à arriver à « un cliché à interpréter »

Le seul fait, de parler des étapes de ces transformations on peut déjà souligner à quel point les uns s'effectuent par des autres.

Cette chaîne de transformation effectuée à la fois par des acteurs et des dispositifs, chacun sa fonction et dans son espace adéquat.

II.2. Différents intervenants dans un service de radiologie:

Une fois la décision d'examen est délivrée, nous mentionnons les exigences pour le rendre possible à savoir :

- la prise des rendez-vous s'il y a lieu.
- la mise en condition du malade pour l'examen.

Ce que manipulateur reçoit ce n'est pas « monsieur X » est plutôt « le patient du Dr » ou « du service de », toutes expressions qui situent le malade comme objet d'échange.

Impliquant aussi divers support d'information tel :

Le bon, fiche de circulation, planning de rendez-vous, ... l'examen vient comme étape finale. Ce travail de séparation est marqué dans les espaces et les machines.

De façon générale, le travail dans un service de radiologie nécessite de multiples formes de coopération entre différents acteurs intervenants :

De plus, de médecin et des manipulateurs en radiologie, le service devrait comporter :

II.2.1. Hôtesse de réception :

- Accueillir les patients et les diriger vers les salles d'attentes générales ou particulières.
- Transférer leurs demandes d'examens au secrétariat pour les programmer selon le planning des rendez-vous.

II.2.2. Secrétaire médicale :

- lorsque la secrétaire reçoit les demandes d'examens, elle les programme selon le planning des rendez-vous pour les examens osseux, par contre pour les examens viscéraux elle présente les demandes aux médecins pour prendre des considérations et des protocoles pour chaque malade (demande de bilan biologique, demande de régime alimentaire,...), pour le programme.
- Elle est responsable de l'archivage des dossiers médicaux et les résultats des examens radiologiques.

II.2.3. Aides radiologues et infirmiers :

II.2.3 .1. Aide radiologue :

- Accompagner le patient de la salle d'attente vers le déshabilleur de la salle d'examen.
- Aider le patient à monter sur la table d'examen.
- Développer les cassettes et poser les clichés dans la salle de lecture.
- Entretien de la salle d'examen (table d'examen, cassettes,...)

II.2.3 .2. Infirmier :

Intervient dans la prémédication et la réanimation des patients en cas de choc sous la surveillance du médecin.

II.2.4. Technicien en maintenance et entretien des appareils.

II.2.5. En dernier lieu, la nécessité d'avoir un service de sécurité à l'accès.

II.3. Le manipulateur en radiologie:

Le manipulateur d'électroradiologie médicale prend en charge les patients dans le cadre de la réalisation de soins medicotechniques, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin. Il contribue à la réalisation des investigations relevant de l'imagerie médicale (radiologie classique, scanner, IRM : Imagerie par Résonance Magnétique, médecine nucléaire...) et à la réalisation de traitements (radiothérapie, radiologie interventionnelle...) grâce à une technologie toujours plus performante et évolutive.

Le manipulateur en électroradiologie médicale est un soignant à part entière. Pour exercer ce métier, il est nécessaire d'aimer la technique qui représente une part importante de l'exercice professionnel, la dimension relationnelle étant également essentielle.

Il est en effet nécessaire de rassurer des patients souvent inquiets en les installant le plus confortablement possible, en étant à leur écoute et en leur donnant une information adaptée et complète sur le déroulement des examens ou des traitements.

II.4. Ses activités principales:

- L'accueil du patient, l'information et les explications sur le déroulement des examens ou des traitements.
- La préparation et l'injection de produits à visée diagnostique et thérapeutique.
- La réalisation d'examens radiologiques ou la délivrance de traitements.
- L'aide opératoire.
- L'acquisition et le traitement informatique des images ou des signaux.
- La surveillance clinique des patients pendant le déroulement des examens et des traitements.
- La veille technologique des équipements.
- L'utilisation des procédures de contrôle qualité, des modes opératoires visant à la sécurité.

- L'éducation, les conseils auprès des patients et de leur entourage.
- La formation des stagiaires ...

II.5. Les conditions de travail:

Ce métier se pratique en étroite collaboration avec le médecin. Il s'exerce en milieu hospitalier public ou privé, avec une continuité des soins. Cela implique, dans la plupart des cas et selon les secteurs d'exercice, un roulement des équipes avec un travail les week-ends (au plus un sur deux) et une permanence pour la nuit. Une activité salariée est possible en cabinet de radiologie.

PARTIE PRATIQUE
PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III

Etude Pratique

III.1. Méthodologie de travail:

J'ai développé une méthode de travail basé sur l'analyse dans mon projet de fin d'étude d'un cas réel et j'ai posé un questionnaire (questionnaire adressé aux manipulateurs). A partir de ce dernier je propose des suggestions.

III.1.1. Présentation et la structure du lieu de travail (UMCM):

J'ai effectué mon enquête sur l'urgence médico-chirurgicale de Mostaganem.

Dans ce chapitre, je donne une présentation générale sur l'UMCM et sa structure.

III.1.1.1. Présentation de l'UMCM :

Le service de l'urgence médicochirurgicale a pour but de lever l'état d'urgence des patients reçus pour différentes pathologies, on distingue :

a. Extrême urgence :

Exemple : hémorragie interne, Plaie vasculaire, état de choc ...

b. Urgence intermédiaire :

Qui ne compte qu'un temps d'exploration pour des examens complémentaires. Exemple (radiologique et biologique).

c. Urgence différée :

Dont la prise en charge est ultérieure après exploitation (radiologique, biologique). Exemple : fracture fermée de tibia avec déplacement.

d. La simple consultation :

Qui ne présente aucune signe mais n'exprime pas l'angoisse du patient, petit traumatisme. Exemple : angine, Col grippal, Fatigue.

III.1.1.2. La structure et l'organisation de l'UMCM :

a. Salle d'attente.

b. Bureau de consultation.

c. Salle d'observation :

Le patient rencontre une surveillance médicale pendant 24 heures

d. Salle déchoquage :

Différentes drogues et médicaments antichoc...

- e. *Salle de pansement.*
- f. *Salle d'injection.*
- g. *Unité de réanimation :*

Dans ces salles, elles s'occupent des patients en état de choc.

- h. *Unité de bloc opératoire :*

Faire les opérations en urgence.

- i. *Unité de laboratoire :*

Elle consiste à faire le bilan d'urgence (FNS, URI, TP, GS ...).

- j. *Unité de scanner et échographie :*

L'unité de scanner et échographie, faisant partie de cette structure hospitalière, elle est située au sous sol de l'UMCM.

Pour cette unité, le temps nécessaire pour l'examen dépend du type des malades suivants :

- Malades internes et d'urgence ———→ 24h/24h.
- Malades externes ———→ de 08:00 à 12:00 après avoir un rendez-vous qu'est prise par le médecin radiologue.

Dans l'unité du scanner de l'UMC de Mostaganem on peut énumérer les différents acteurs intervenants :

Le médecin radiologue, le manipulateur, aide radiologue et secrétaire médicale.

- k. *Unité radiologie :*

Il est primordial de savoir que le service de radiologie assurer une fluidité des liaisons entre les différents services de la structure hospitalière.

Cette unité est constituée de deux postes radiologie, (l'un deux est en panne jusqu'à maintenant) on trouve dans cette unité sauf qu'un manipulateur.

III.1.2. Difficultés rencontrées:

Lors de ma réalisation de mon mémoire, j'ai constaté que certains professionnels me racontent que des anecdotes, eus ils ont appris le thème de mon projet de fin d'étude. Tous les types de violences sont racontés, mais ils sont difficilement mesurables ou explicables. Il peut seulement s'agir de mauvaise humeur d'un jour ou de petits soucis de la vie quotidienne...

Afin de préserver l'anonymat des professionnels concernés, je ne dirai pas ces faits mais uniquement ceux que j'ai pu observer :

« Allez vous faire voir, je n'ai pas que ça à faire ! » Voilà les paroles prononcées par un infirmier en réponse à un stagiaire lui demandant de l'aide pour passer un patient de son brancard sur la table du scanner.

Des insultes en tous genres parviennent à mon oreille. Ce phénomène est du, la plupart du temps, à une situation conflictuelle existante entre le manipulateur et l'infirmier. Les infirmiers caricaturent parfois les manipulateurs en les traitant de « *presse boutons* » ou en disant « *gonflez les poumons* ». Pour m'énerver.

III.2. Echantillon de recherche:

Souhaitant approfondir mes connaissances, j'ai rencontré et interviewé plusieurs manipulateurs.

Les services d'imageries sont des services « transversaires ». En effet, tous types de patients y effectuent des examens qu'ils soient patients externes ou hospitalisés, et toutes les pathologies s'y retrouvent. Dans ces services, les patients vont rencontrer différents agents.

Mais ce qui est souvent oublié c'est que tous ces agents ont divers statuts donc des compétences différentes. Et pourtant ils portent tous des blouses blanches, et ont des connaissances que la plupart des patients n'ont pas. Souvent tout cela engendre de l'incompréhension chez le patient, donc j'ai présenté un questionnaire à des manipulateurs en radiologie.

III.3. Outils de travail:

III.3.1. L'observation :

Une patiente se présente aux urgences pour passer un scanner cérébral. À son arrivée, elle était stressée de subir un examen, qu'elle ne connaissait pas. Sa mère ne faisant pas partie du corps médical ni du paramédical, lui en avait « expliqué » le principe ainsi que son ressenti en des termes peu favorables. Un de nous la rassure et lui explique le déroulement de l'examen qui se fera sans difficulté. Une fois celui-ci terminé, la patiente demande un compte rendu oral du radiologue mais le stagiaire l'informe que celui-ci ne peut pas se rendre disponible... « Surcharge de travail ». La patiente, surprise par le manque d'intérêt porté à son égard, s'énerve et menace de se plaindre à la direction.

Suite à l'accumulation d'impératifs, d'urgences et au sous-effectif de médecins, les résultats des examens ne sont pas toujours immédiatement délivrés aux patients. Cela ne fait qu'augmenter l'impatience des malades. Cette impatience se manifeste auprès des manipulateurs, seuls interlocuteurs présents à ce moment là, par

des paroles injurieuses, des menaces pouvant parfois aboutir à une agression physique sur le personnel. Les soignants ne sont pourtant que des messagers, des référents entre le médecin et le patient. Rappelons que les manipulateurs sont acteurs du soin, de la technique, de la qualité de l'examen et non pas du diagnostic qui en résulte. Le fait que les diplômés ou les étudiants n'aient pas le droit de révéler les résultats des examens tend à provoquer chez nos patients un sentiment d'exaspération surtout lorsque les patients se heurtent à un silence, à un refus ou, parfois même, à une réponse détournée de notre part.

« Qu'est-ce que tu me fais là ? Espèce d'obsédé ! Pourquoi je m'enlève mon soutien gorge ? » La dame relativement âgée frappe alors le stagiaire, sans conséquence. Il n'est pas toujours facile pour le personnel, habitué à voir « défiler » des personnes plus ou moins vêtues dans leurs salles d'examens, de réaliser la gêne ressentie par le patient nu devant un inconnu. Peut-être ne prenons-nous plus assez en considération les sentiments humains. Le patient est en position handicapante, son corps est en souffrance. Il exprime alors son besoin de reconnaissance parfois par de l'agressivité.

« J'en ai marre, vous vous foutez de moi ! Ça fait plus d'une heure que j'attends, je m'en vais ».

Un accueil impersonnel après une attente interminable, un cheminement aux urgences périlleux pour un simple « bobo » parfois, un manque de réponse aux inquiétudes et aux questions, des cultures et des langages différents, des parents et des enfants effrayés par le « labyrinthe » des urgences, un personnel un peu « brusque »... Tous ces « petits riens » pour nous, personnel soignant, peuvent amener nos patients à commettre l'acte répréhensible. Ils prennent alors pour exutoire la première « blouse blanche » qui passe sous leurs yeux.

Notons qu'il existe un nombre important d'examens radiologiques très complexes pour certains patients :

- L'IRM, examen long, bruyant, parfois inconfortable, effraie toute personne claustrophobe.
- Au scanner, la phrase « injection d'iode » insécurise.
- En secteur interventionnel, le patient place tous ses espoirs entre les mains d'une équipe qui se doit d'être compétente.

Nous avons entendu les réflexions suivantes :

« Pourquoi de l'iode ? » « Pourquoi une IRM et pas un scanner ? » « Mais, la radio activité c'est dangereux ! Ca peut me tuer ! » Certains détruisent tous ces examens, mais ne connaissent pas le diagnostic. *« Pourquoi moi ? Pourquoi tous ces examens ? Pourquoi ne me dit-on jamais rien ? » « T'approche pas avec ton aiguille ! »*

Si tu me touches, j' te préviens, j' t'en colle une !!! » « J'en peux plus de tous ces examens, je n'en veux plus, laissez moi mourir en paix » Pour les patients, ces situations sont inquiétantes et les font réagir. L'intervention d'un cadre ou d'un médecin (sensés détenir le savoir et surtout, LA solution) peut tranquilliser le patient.

Les urgences, lieu de « melting pot » doivent accueillir toute personne, qu'elle soit en détresse physique, morale ou psychologique. Ainsi, toxicomanes, alcooliques, fêtards d'un soir et névrosés, sont autant de personnes difficiles à gérer. L'imagerie des urgences n'est qu'un intermédiaire de leur parcours. Le ressenti d'une attente de plusieurs heures depuis leur arrivée les met sous pression et en situation de stress. Ils sont prêts à exploser à la moindre contrariété. Et cela s'exprime par des menaces telles que : *« Tu me fais...arrête de me toucher ou je te plante ! »*

➤ Résultat :

Après trois années d'études, nous ressentons le sentiment que, lorsqu'un patient nous menace et refuse la manipulation pour un examen, il vaut mieux dialoguer dans son sens en évitant de trop le contrarier et en espérant que l'examen reste interprétable.

Beaucoup de professionnels du secteur de l'imagerie parlent de leurs mésaventures et, parfois même, nous font partager leurs expériences. J'ai alors pu remarquer que la violence entre professionnels est aussi bien présente (c'est un autre sujet).

III.3.2. Le questionnaire :

J'ai présenté les premiers questionnaires afin de s'assurer de la bonne démarche à suivre ainsi pour un gain de temps tout en respectant la méthodologie établie. Après avoir précisé que le questionnaire est anonyme, j'ai laissé l'agent le remplir lui-même. Cependant, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions, je les posés-moi même. J'ai toujours écouté les récits des agents mais je n'ai jamais induit leurs réponses. Il a été demandé de remplir le questionnaire en fonction des expériences personnelles. Mon objectif est d'étudier le nombre d'agressions et pas le nombre de victimes. Par conséquent, si un agent souhaitait moi faire part de plusieurs expériences il lui était possible de remplir plusieurs questionnaires.

Toutefois, la réalisation de ce questionnaire présenta des limites. En effet, il m'a fallut obtenir l'accord des divers cadres et chef de service ce qui retarda sa réalisation.

Afin de ne pas alourdir ce mémoire et du fait que j'ai analysé les réponses jusqu'à la question numéro 4, je ne suis pas présenté l'intégralité de notre questionnaire.

Toutefois l'exploitation de sa suite permettrait d'obtenir des résultats complémentaires.

✓ **Remarque :**

Par politesse, je n'ai pas voulu reproduire à la lettre ce que j'ai pu entendre. J'ai unis tout cela dans un contexte respectueux.

III.4. Résultats et analyse:

Le sujet de notre mémoire a suscité l'intérêt des professionnels (manipulateur), ils ont été 100% à répondre à notre enquête.

* **Identification des personelles :**

✚ Tableau 01 :

		Nombres	pourcentage
SEXE	Féminins	00	00 %
	Masculins	12	100 %
	TOTALE	12	100 %
GRADE	TS	01	8.33 %
	TSS	10	83.33 %
	TSS principale	01	8.33 %
		12	100 %

Analyse : On remarquant dans ce tableau:

- Tout les manipulateur sont masculins (100%) et (00%) féminins, avec un grade TSS de (83.33 %) et (8.33 %) sont TSS principale avec (8.33 %) TS.
- *1^{er} Question : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violence dans l'exercice de votre métier ?*

✚ Tableau 02 :

	NOMBRE DE REPONSE	POURCENTAGE
OUI	10	83.33 %
NON	02	16.66 %
TOTAL	12	100 %

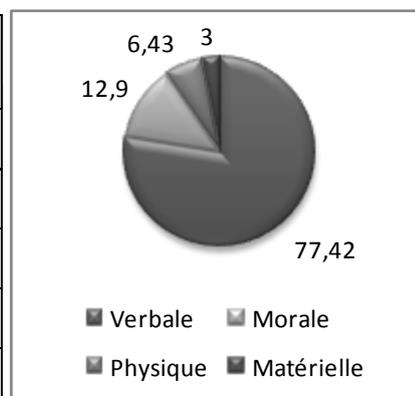
- Analyse : Il en résulte que 83.33 % des questionnaires remplis signalent un fait de violence. donc on a constaté que l'étude et l'analyse des questionnaires se basent sur un échantillon de « 10 » personnes.

* Parmi celles-ci nous dénombrons :

- 2^{eme} Question : Quelle était la nature de cette violence ?

✚ TABLEAU 03 :

LA NATURE	POURCENTAGE
▪ Verbale	77,42 %
▪ Morale	12,90 %
▪ Physique	6,43 %
▪ Matérielle	3,23 %
TOTAL	100 %



Représentation graphique

- Analyse : Tout comme nos constats, nous notons une prédominance de la violence verbale.

* Ce sont les violences de personnes non professionnelles de l'UMC envers le personnel de l'imagerie :

- 3^{eme} Question : Qui était l'auteur de cette violence ?

L'AUTEUR	POURENTAGE
▪ Patient	70 %
▪ Famille ou accompagnant	25 %
▪ Visiteur	5 %
TOTAL	100 %

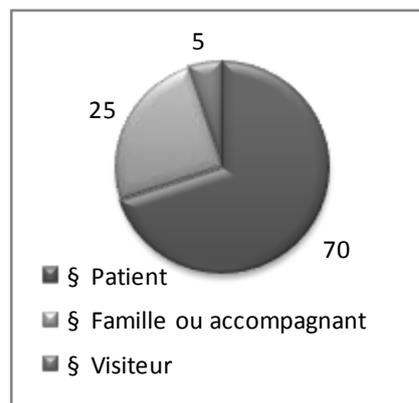


TABLEAU 04 :

Représentation graphique

- Analyse :

- _ Les patients en sont responsables à 70%.
- _ La famille et les accompagnants à 25%.
- _ Les visiteurs à 5%.

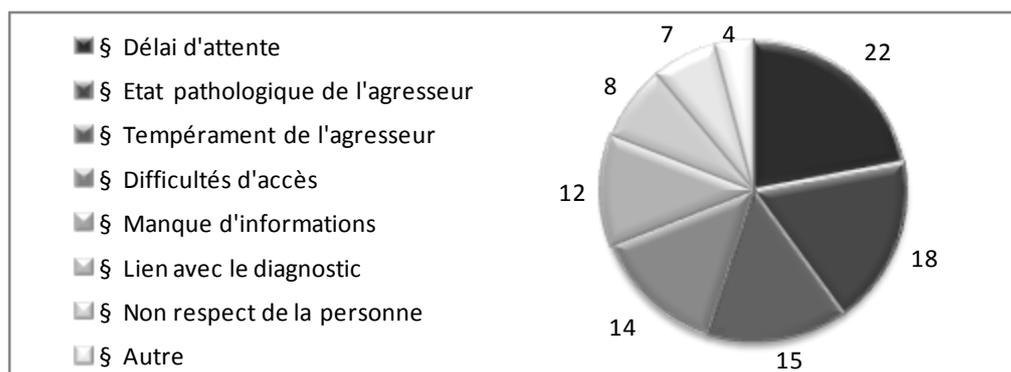
Celles-ci sont principalement verbales.

* Nous avons alors cherché à connaître qu'elles en étaient les causes :

- 4^{eme} Question : Pouvez-vous m'indiquer ce qui a déclenché la violence ?

TABLEAU 05 :

LES CAUSES	POURENTAGE
▪ Délai d'attente	22 %
▪ Etat pathologique de l'agresseur	18 %
▪ Tempérament de l'agresseur	15 %
▪ Difficultés d'accès	14 %
▪ Manque d'informations	12 %
▪ Lien avec le diagnostic	08 %
▪ Non respect de la personne	07 %
▪ Autre	04 %
▪ La délinquance	00 %
TOTAL	100 %



Représentation graphique

- Analyse :

Le délai d'attente provoque principalement l'agacement des patients. Pour l'expliquer il nous a semblé important de retracer leur parcours avant d'arriver dans nos salles. Outre l'angoisse d'effectuer un examen et la phobie de l'hôpital, le délai d'attente n'est qu'un facteur déclenchant de violence ne demandant qu'à s'extérioriser.

Tout d'abord il faut trouver le service dans lequel effectuer son examen. Après que la « bonne » salle d'attente soit trouvée et après un premier accueil tout à fait impersonnel, nos patients attendent pendant une durée indéterminée pour un examen ne durant parfois que dix minutes, et repartir parfois sans compte rendu oral ou écrit.

L'état pathologique de l'agresseur est le second fait déclencheur de violence. Anticiper les réactions, décoder une situation, adapter ses propos et ses attitudes sont devenus aujourd'hui indispensables pour apprendre à faire face à ces situations et à se protéger.

Réfléchir sur les raisons de ces actes j'avance plus que de poser une appréciation sur le comportement, d'autant que les motifs d'agressions ne sont qu'exceptionnellement intentionnels.

Le défaut de communication, le mauvais accueil, le barrage culturel, les tensions internes, mais aussi le refus d'acceptation, l'irruption de l'imprévu, le stress et la fatigue, sont des causes de violences. La liste est loin d'être exhaustive. Les petites maladresses peuvent déclencher de grosses réactions de même que des petits riens peuvent sauver des mauvaises violences.

Le manque de communication et le délai d'attente... n'est-ce pas ici deux paramètres caractérisant les maux de l'imagerie? Ces statistiques ne font qu'étayer cette hypothèse.

De plus, l'imagerie est un secteur où se mélange un grand nombre de catégories socioprofessionnelles. Bien que la plupart des agents apprécient leur métier, les différences de statuts, les pressions et les impératifs, ne donneraient-ils pas lieu, tout comme chez nos patients, à des altercations ?

III.5. Commentaires:

Ces différentes parties permettent de se familiariser avec le phénomène de la violence. Je ne pouvais répondre à notre questionnaire: savoir quelles sont les conséquences de la violence sur le service, sans connaître sa signification, son origine, ses causes ou même si elle est également ressentie par les professionnels de santé de l'imagerie médicale.

Afin de savoir si les services avaient connu des réorganisations de service, j'ai interviewé les cadres. Ceux-ci ne me constaté qu'un seul arrêt maladie d'un manipulateur, dû à une violence physique et morale provenant d'un patient dont l'état mental l'avait conduit à l'acte.

J'ai également appris que des aménagements de planning sont parfois nécessaires pour certains professionnels, dont les discordes sont telles, qu'il leur est devenu impossible de travailler en partenariat.

La mise en place de réunions entre cadres et personnels de santé ont été nécessaires afin de tenter de rétablir une discipline interne entre deux corps de métiers. Ces réunions ont permis de redéfinir les compétences de chacun selon la profession exercée.

Enfin, il est arrivé que les services fassent appel à des intérimaires manipulateurs pour maintenir une organisation stable.

Ces actes de violences sont rarement signalés de façon officielle mais ne sont jamais sans conséquences. En effet, la violence entraîne des pertes tant humaines que financières telles que le développement de troubles anxieux, les congés maladie, la diminution des performances au travail, des difficultés familiales, des indemnisations, des consultations psychologiques...

Souvent pris pour cible, le personnel paramédical ne vit pas ces situations comme de simples faits divers. En première ligne, ils font souvent face à des accompagnateurs particulièrement agressifs. C'est ce que confirme M. Gachi, secrétaire général du Syndicat algérien des paramédicaux (SAP) qui estime qu'il n'y a jamais eu de sécurité pour les paramédicaux. «Souvent, ce sont les accompagnateurs des malades qui sont à l'origine des agressions. C'est un problème récurrent», dit-il expliquant qu'à l'origine de cette problématique, le fait que l'administration des structures hospitalières n'ait jamais poursuivi les agresseurs en justice. «Nous avons connaissance de centaines de cas d'agressions d'infirmiers mais la personne agressée se retrouve toujours seule face à la justice. Jamais l'administration ne s'est constituée partie civile et pourtant le personnel doit être protégé», ajoute le secrétaire général du SAP, qui considère que la seule manière de mettre un terme à cette situation c'est de créer un précédent en punissant les auteurs des agressions. [05].

Reconnaître la violence revient à agir sur la sécurité du personnel.

III.6. Suggestions:

❖ En effectuant ce questionnaire, les personnes interrogées ont fait des propositions afin de prévenir la violence. Par exemple :

○ réduire le délai d'attente qui permettrait de limiter l'agressivité, ainsi que la pénurie de lits aux urgences, pour cela plus de ressources humaines et matérielles sont indispensables.

○ Un effort financier permettrait d'agréments les locaux pour un accueil plus chaleureux et personnalisé mais cela permettrait également de mieux soigner les patients.

○ Un personnel qualifié pour l'accueil, des panneaux en salle d'attente expliquant les examens, la prise de plus de temps par patient, l'identification et l'analyse des facteurs pouvant aboutir à une agressivité du patient, sont autant de propositions faites par les agents.

○ Les mots : « tolérance, compassion, patience, civisme, humilité, communication, dialogue et respect » sont redondants.

○ Des réunions entre personnels afin de partager le vécu de chacun, des formations sur la violence, sur la relation et la communication entre les équipes et entre les services, pour apprendre à gérer l'agressivité, ainsi que sur les droits des soignants, ont été vivement sollicitées.

○ Mes propositions porteront davantage sur la limitation et la prévention de la violence que sur des moyens correctifs.

○ Ainsi qu'un nombre d'urgentistes plus important permettraient une atténuation de l'attente et de l'engorgement des lits. De plus, éviter de confronter enfants et patients sains d'esprit à des personnes relevant davantage de la psychiatrie, pourrait empêcher une montée du sentiment d'insécurité et de peur vis-à-vis de ce lieu réputé pour ses étrangetés.

○ Plus de médiateurs aux urgences serait utile pour mieux guider et expliquer certaines situations incompréhensibles pour les patients et les accompagnants.

○ Des radiologues plus fréquemment disposés à venir au contact de leurs patients permettraient de prévenir l'insulte envers le manipulateur qui refuse au patient de lui dire ce qu'il a vu.

○ Les chefs des services souhaitent établir à l'avenir un livret d'information du personnel sur ses Droits, ainsi qu'une procédure du suivi administratif des dossiers de chaque personne ayant signalé une violence, et une orientation vers un soutien personnel.

Ceci, permettront également à tout agent hospitalier de les contacter pour de simples questions ou renseignements.

❖ Et enfin, ils ont en projet d'afficher dans les services une charte exposant les devoirs du patient, ainsi qu'une charte des droits du personnel hospitalier. et une fiche de signalement d'évènements indésirables [06] (voir exemple à l'annexe).

❖ CONCLUSION GENERALE

Les patients arrivent à l'imagerie fatigués et stressés. Au moment de passer leur examen ils sont accueillis par un manipulateur qui se doit de rester un soignant et un technicien, et non de devenir un médecin.

Le patient considère pourtant que cet agent, ayant réalisé son examen, peut lui en donner les résultats. Le fait qu'il ne l'en informe pas, alors que le médecin ne peut pas se rendre disponible, est un facteur entraînant de la violence.

Avec l'apparition des droits du patient, sa santé est devenue un Droit. Le patient exige les soins nécessaires à sa santé, générant certainement une violence quand il estime ne pas avoir « eu son dû ». De plus, le rapport économique entre le patient et le prestataire de santé est différent à l'hôpital car le patient vient chercher un service qu'il considère comme ayant déjà été payé par ses cotisations sociales et sa mutuelle.

J'ai vu que l'organisation de l'hôpital et des services peut également engendrer de la violence. Qu'elle provienne de patient ou de personnel, cette violence est « produite » par le milieu. L'étude de ces violences me montre aussi qu'elle peut être « pathologique » et qu'elle est probablement « innée » à l'Homme.

Les conséquences de ces violences ne sont pourtant pas négligeables. D'après mon analyse, deux phénomènes en résultent. Le premier phénomène est une atteinte de l'agent dans sa personne physique et/ou mentale doublée du stress de venir au travail. Le deuxième phénomène touche les services d'imagerie dont les postes doivent être réorganisés à cause de l'effectif souvent insuffisant.

Ces conséquences ont été confirmées par les personnes interrogées mais sont rarement exprimées comme telles. En effet, sur le plan personnel la plupart des agents considèrent la violence comme faisant partie de leur métier. L'agression verbale, la plus courante, a été banalisée.

Par conséquent, les agents hospitaliers minimisent ces maux, et très peu de rapports ou de plaintes sont déposés. Mais le fait qu'ils en parlent entre eux ou à leur famille et l'intérêt qu'ils portent à ce sujet, semble confirmer une saturation face à ce phénomène.

Suite à ce mémoire, je me suis demandé : si les manipulateurs et les étudiants étaient réellement préparés à faire face à ces situations de violences ?

❖ BIBLIOGRAPHIE

- **OUVRAGE :**

[01] : GARDEN-BRECHE F et ROUILLIER J : « *Etats d'urgence* ».

Edition :
Belfond. Saint-
Amand-
Montrond.

[02] : HIRSCH E : « *La révolution hospitalière* ».

Edition : bussièrè camedan. Saint- Amand-
Montrond.

[03] : MAURANGES A : « *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier* ».

Edition : mnh. Montargis.

- **DOCUMENTS ET COURS :**

[04] : Cours enseignés / au Module ORG des services de radiologie.
3ème Année.

[05] : Presse, le soir d'Algérie, 21.11.2010.

[06] : « rapport du jour », CHU de Montpellier, juin 2006, France.

- **SITES INTERNET :**

[07] : www.mnh.fr/espace_info/dossier/société/revue153/153_hospitalière

[08] : www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/comportements_violent

[09] : [www.serpsy.org/piste_recherche/violence\(s\)/nelly3.htm](http://www.serpsy.org/piste_recherche/violence(s)/nelly3.htm)

[10] : www.pep-org:document

[11] : www.Forums.Futura-sciences.com/archive/index

[12] : www.bosson-fute.com

[13] : www.elcsvier.com

ANNEXES

Institut Nationale De Formation Supérieur Paramédical

D'Oran

I.N.F.S.P.M. D'Oran

Questionnaire adresse aux personnels d'imagerie médicale de l'UMC du
Mostaganem

Titre: *Enquête Sur La Présence De La Violence Des Personnes Non
Professionnelles Envers Le Personnel De L'imagerie Médicale Et Ses
Répercussions*

Identification et description du profil de personnel

Service: **Sexe:** F M

Profession: **Grade:**

.....

**1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violence
dans l'exercice de votre métier ?**

❖ OUI

❖ NON

Si OUI répondez aux questions suivantes

2. Quelle était la nature de cette violence ?

Physique *Morale* *Verbale* *Matérielle (vol, dégradations)*

3. Qui était l'auteur de cette violence ?

	<i>Physique</i>	<i>Morale</i>	<i>Verbale</i>	
<i>Matérielle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient				
Famille ou accompagnant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de l'UMC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si l'auteur est personnel de l'UMC ne passe pas à la question suivante.

4. Pouvez-vous m'indiquer ce qui a déclenché la violence ?

- Si vous n'êtes pas concerné par la situation, ne cochez aucune case.

	<i>Souvent</i>	<i>Parfois</i>	<i>Rarement</i>	
<i>Jamais</i>				
- Difficulté d'accès :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Délais d'attente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Manque d'information :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Non respect de la personne (dignité, tradition, intimité ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etat pathologique de l'agresseur (psy, ébriété, drogue, précarité, sénilité...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lien avec le diagnostic (pronostic grave, décès brutal, décès attendu...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tempérament de l'agresseur (stress, anxiété, agressivité ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Délinquance :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

