*Article original / Original Article*

Violences physiques au travail : approche épidémiologique à partir de deux années de consultation dans l'unité médico-judiciaire du CHU de Toulouse

**S. CARTEGNIE^{1,2}, F. HERIN^{2,3}, M. FARUCH-BIFELD², F. DEDOUIT²,
J.M. SOULAT³, N. TELMON², D. ROUGE²**

RÉSUMÉ

La violence au travail est une préoccupation réelle car elle sévit partout dans le monde et toutes catégories professionnelles confondues. Dans ce contexte, nous présentons les résultats d'une étude rétrospective menée sur 810 certificats descriptifs de constatations de coups et blessures volontaires, suite à une agression au temps et au lieu de travail, dans le service de médecine légale du CHU de Toulouse-Rangueil entre janvier 2006 et décembre 2007. Les variables concernant les caractéristiques des victimes, la typologie des agressions ainsi que les conséquences médico-légales ont été analysées par le logiciel Stata® 9.

La plupart des consultants, quel que soit leur emploi, présentaient des lésions corporelles de faible gravité.

L'activité médico-légale clinique, outre la constatation des blessures, consiste en l'accueil, l'écoute et la communication d'informations adéquates aux victimes d'agressions physiques dans un cadre professionnel. Cette approche contribue aussi à l'évaluation des violences physiques volontaires survenant au travail.

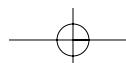
Mots-clés : Violences physiques au travail, Accident du travail, Unité médico-judiciaire.

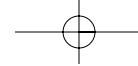
1. Institut de Médecine Légale et Sociale de Lille, place de Verdun, 59045 LILLE Cedex (France).

2. Service de Médecine Légale, Hôpital Rangueil, 1 avenue du Professeur Jean Poulhès, 31403 TOULOUSE Cedex 4 (France).

3. Service des Maladies Professionnelles et Environnementales, Hôpital Purpan, place du Docteur Baylac, 31059 TOULOUSE Cedex 9 (France).

Sandrine CARTEGNIE : Unité Médico-Judiciaire, Centre hospitalier de Sambre-Avesnois, 13 bd Pasteur, 59607 MAUBEUGE Cedex (France). Email : sandrinecartegnie@yahoo.fr





SUMMARY

Physical Violence at the Workplace: An Epidemiological Approach Based on Two Years of Consultation at the Forensic Unit of the Toulouse-Rangueil University Hospital

Violence at work is a real preoccupation because it happens everywhere in the world and it concerns all professional categories. In this context, we present the results of a retrospective survey led on 810 descriptive certificates of observations of voluntary assault, following an assault during working hours and at the workplace, in the forensic unit at the Toulouse-Rangueil University Hospital from January 2006 to December 2007. The variables concerning the victims' characteristics, the assault typology as well as the forensic consequences were analyzed by the software Stata 9.

Most consultants, whatever their profession, presented bodily lesions of low severity. The clinical activity in a forensic unit, in addition to observing injury information, consists in welcoming, listening and giving adequate information to the victims of physical assault in a professional setting. This approach also contributes to the assessment of voluntary physical violence occurring at work.

Key-words: Workplace physical violence, Occupational injury, Forensic unit.

INTRODUCTION

La violence est ubiquitaire dans nos sociétés. La sphère du travail n'y échappe pas. La notion de violence au travail n'est pas aisée à définir tant elle peut recouvrir des comportements variés, proches de comportements acceptables, et dans des contextes culturels différents. Néanmoins, ce fléau multiforme a suffisamment interpellé l'opinion internationale pour que diverses études émergent ces dernières années. D'autant que la violence coûte cher. Elle atteint l'individu, les entreprises, la société. Ses répercussions immédiates et par ricochet sont complexes à évaluer [1].

Selon le Bureau International du Travail (BIT), la violence sur le lieu de travail se définit comme « *Toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels, une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail* » [1]. Elle peut avoir deux origines : interne – celle qui se manifeste entre

travailleurs, y compris le personnel d'encadrement – et externe, s'exprimant entre les travailleurs et toute autre personne présente sur le lieu de travail (clients, usagers, public...) [1, 2]. Elle englobe la violence physique, psychologique et sexuelle (harcèlement moral, brimades, insultes, menaces, incivilités...) [1].

La quatrième enquête sur les conditions de travail (2005) de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin) met en évidence que 5 % des travailleurs signalent avoir été victimes de violence, de brimades ou de harcèlement au travail. Concernant la France, elle met en avant les chiffres suivants : 7 % des travailleurs évoquent des menaces ou des violences physiques, 7 % des violences externes, 3 % des violences internes, 7,7 % un harcèlement moral et 1,5 % un harcèlement sexuel [3].

Dans cette préoccupation actuelle d'évaluation de la violence au travail, nous avons réalisé une étude dans le service de médecine légale de l'hôpital Rangueil de Toulouse. Cette approche médico-légale per-

met d'établir un constat sur deux années de consultation et de dégager certains aspects de cette violence.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une enquête rétrospective descriptive a été menée au sein de la consultation de coups et blessures du service de médecine légale du CHU de Toulouse sur une période de janvier 2006 à décembre 2007, permettant d'identifier 810 examens médicaux de consultants alléguant être victimes de violences physiques au cours de l'exercice de leur profession. Ces consultants représentent 10 % de l'effectif global de la consultation sur la même période.

Les renseignements ont été recueillis à partir des fiches d'accueil des victimes et des rapports médicaux des médecins légistes. Nous avons exclu les victimes d'agressions survenant sur le trajet entre le domicile et le travail et les victimes de violences involontaires.

Les variables concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles des victimes, les aspects de la violence et les lésions constatées ont été analysées à l'aide du logiciel Stata® 9.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques personnelles des victimes

L'échantillon est constitué de 218 femmes (27 %) et de 592 hommes (73 %), âgés de 17 à 69 ans. La

moyenne d'âge des victimes est de 37 ans. La répartition est donnée dans le tableau I.

2. Caractéristiques professionnelles des victimes

Afin d'augmenter la puissance des effectifs et d'avoir une meilleure visibilité des catégories socio-professionnelles, nous avons regroupé les professions selon une classification propre basée à la fois sur le métier, sur le secteur d'activité et sur les nomenclatures officielles.

Les catégories ainsi répertoriées sont (cf. figure 1) :

- ✓ Le « commerce » regroupe tout service de vente en relation avec un client (boulanger, hôtesse de caisse, commerciaux...). Notre échantillon contient 12,8 % (104/810) d'emplois relatifs au « commerce » ;
- ✓ Le « contrôle » recouvre les métiers d'application des lois et des règlements, de surveillance et de contrôle (officiers de police, gendarmes, contrôleurs de titres de transport, personnel pénitentiaire, agent de sécurité). Cette classe concerne 35,5 % de l'échantillon (288/810) dont 53 % (153/288) sont représentés par les agents de la force publique ;
- ✓ La catégorie « chef d'entreprise » intéresse les personnes détentrices d'une position hiérarchique et d'une responsabilité de dirigeant dans une entreprise, soit 5 % des cas de l'échantillon (40/810) ;
- ✓ Les « loisirs » regroupent 7,4 % des cas (60/810) et concernent les métiers de l'hôtellerie et de la restauration ;

Tableau I : Répartition de notre échantillon selon le sexe et les classes d'âge

Sexe	Classes d'âge (ans)		<20	20-29	30-39	40-49	50-59	≥ 60	Total
	effectif	pourcentage							
Femme	effectif	5	71	60	43	34	5	218	100.0
	pourcentage	2.3	32.6	27.5	19.7	15.6	2.3		
Homme	effectif	5	155	203	157	65	7	592	100.0
	pourcentage	0.8	26.2	34.3	26.5	11.0	1.2		
Total	effectif	10	226	263	200	99	12	810	100.0
	pourcentage	1.2	27.9	32.5	24.7	12.2	1.5		

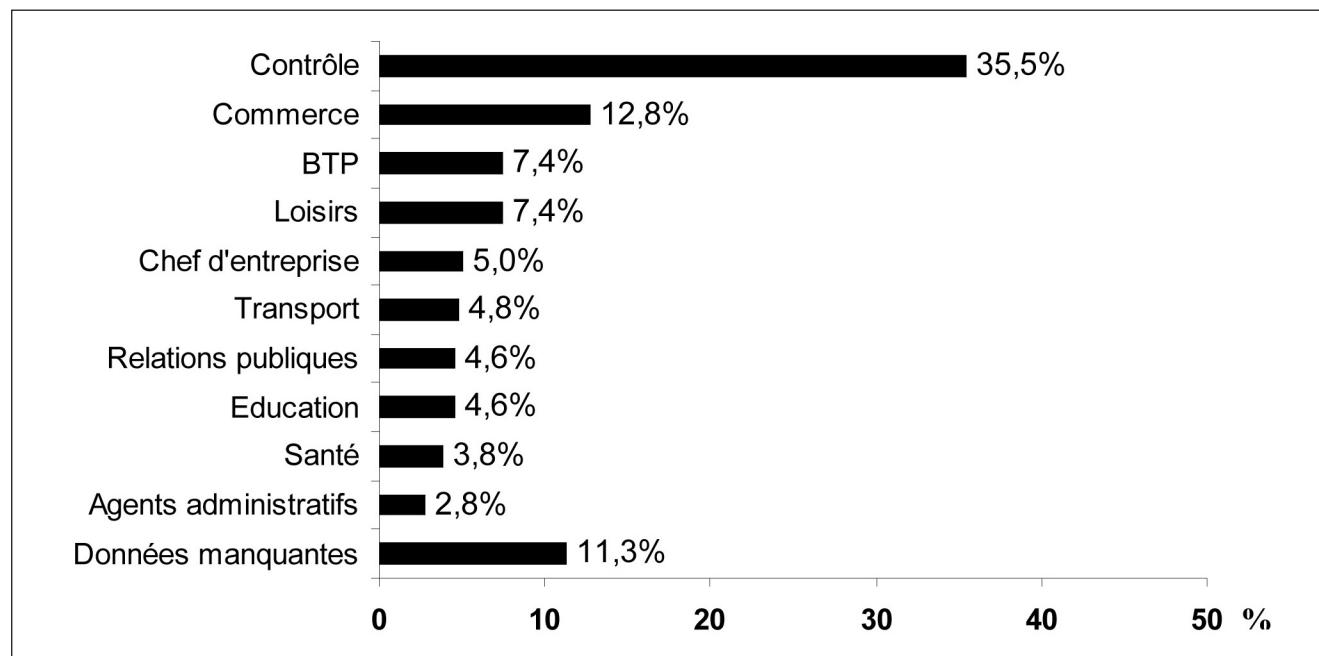
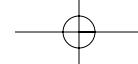


Figure 1 : Typologie des catégories professionnelles de notre échantillon

- ✓ Les « agents administratifs » représentent des salariés dont la fonction est essentiellement administrative soit 2,8 % des cas (23/810) ;
- ✓ La « santé » concerne toute profession en rapport avec un patient que ce soit en secteur hospitalier ou libéral (médecin, infirmière et tout autre personnel paramédical, ambulanciers...) et recouvre 3,8 % de l'échantillon (31/810) ;
- ✓ Les « transports » en rapport au transport de personnes (conducteur de bus...) et de marchandises (chauffeurs, livreurs...) représentent 4,8 % de l'échantillon (39/810) ;
- ✓ L'« éducation » rassemble les enseignants, les éducateurs et concerne 4,6 % des cas (37/810) ;
- ✓ La classe « relation publique » recouvre les métiers au contact avec le public avec une mission d'accueil, de renseignements, d'aide (sapeurs pompiers, les travailleurs sociaux, les agents d'accueil...) (4,6 % des cas soit 37/810) ;
- ✓ Le secteur du bâtiment (BTP) est représenté par 7,4 % des cas (59/810) ;
- ✓ Dans 92 cas (11,3 %), les données professionnelles sont manquantes car non renseignées.

3. Description des violences

Les violences auraient été réalisées sur le lieu de travail et au cours de l'exercice de la profession. Dans la majorité des cas, soit 77,9 % (631/810), ce lieu de travail correspond à un site délimité (pièce, bureau, magasin...), mais il peut s'agir également de la « voie publique » (22,1 % (179/810)).

On note que 48 % (138/288) des professions classées dans la catégorie « contrôle » auraient été victimes d'une agression sur la voie publique.

Le recueil de données rétrospectif ne permet pas d'établir de manière circonstanciée la survenue de l'agression pour chaque consultant. Cependant, il est mentionné un « braquage » dans 21 cas dont 62 % concernent un emploi du secteur « commerce » (13/21). Les agents de la force publique seraient victimes de violence dans le cadre d'une interpellation ou d'un contrôle d'identité dans 88,9 % des cas (136/153).

Les agents vulnérants utilisés sont présentés en figure 2. Il s'agit principalement d'armes naturelles (poings, pieds, tête), d'armes blanches (objet piquant, tranchant), d'objets contondants et d'armes à feu.

La victime allègue qu'un seul type d'arme serait employé dans 87 % des cas (705/810) et deux types d'armes associées dans 7,3 % des cas (59/810).

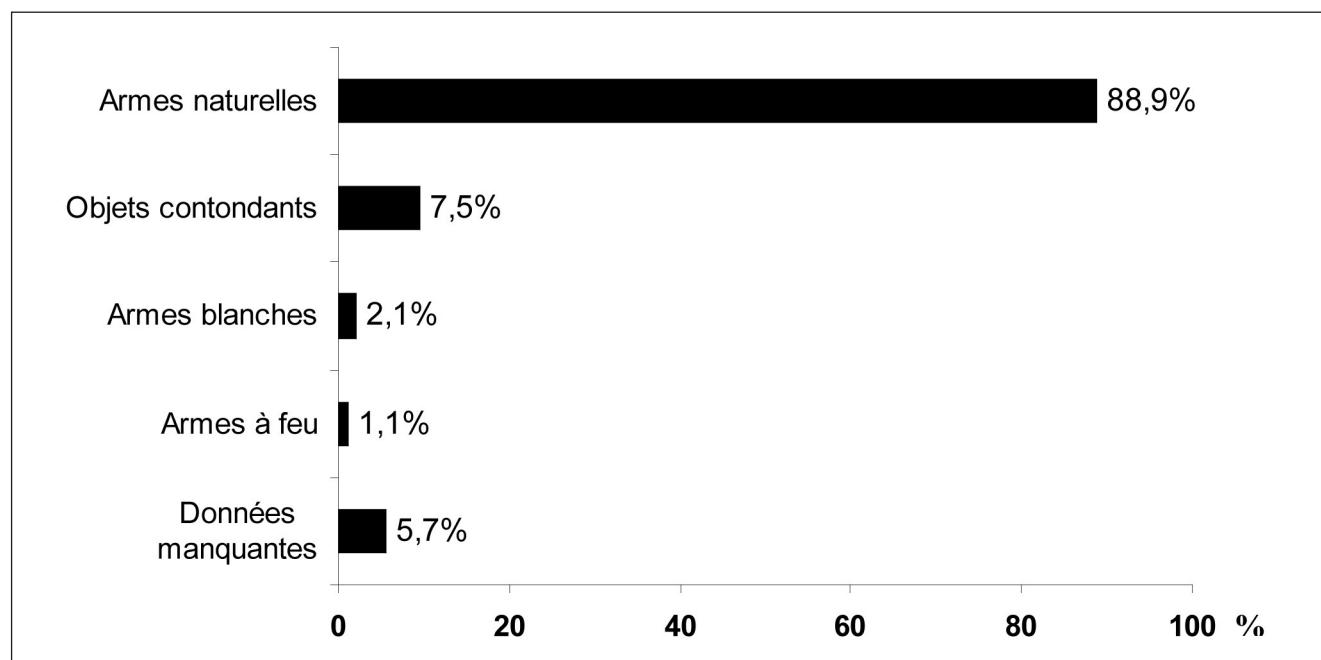
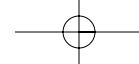


Figure 2 : Typologie des actes de violence

Les armes naturelles auraient été utilisées dans 88,9 % (720/810) des cas dont 91,8 % (661/720) seraient utilisées seules, 5,4 % (39/720) en association avec un objet contondant, 2,1 % (15/720) en association avec une arme blanche et 0,7 % (5/720) associé à une arme à feu. Les armes naturelles sont employées préférentiellement et ce quelle que soit la profession.

Au sein de notre échantillon, un objet contondant serait utilisé dans 77 cas (9,5 %) dont 50 % en association avec un autre type d'arme (39/77). L'utilisation d'une arme blanche et d'une arme à feu représentent respectivement 2,1 % (17/810) et 1,1 % (9/810).

L'agresseur serait un client, usager ou patient identifiable dans un tiers des agressions (239/810). La violence serait externe dans 94 % des cas (271/288) dans la catégorie « contrôle », 77,4 % des cas (24/31) dans le secteur « santé » (dont 17 patients) et 76 % (79/104) des agressions dans le « commerce ». Toute profession confondue, la violence serait interne dans 23,5 % des cas (190/810) dont 83,7 % sont représentés par un collègue de travail (159/190) et 16,3 % (31/190) par l'employeur. Dans le secteur du bâtiment, 2/3 des agresseurs seraient un collègue de travail (37/59). L'auteur des faits est déclaré « inconnu » de la victime que ce soit par son identité ou par sa fonction dans 45,7 % des cas (370/810).

On note l'allégation de violences conjugales survenant sur le lieu de travail dans 1,3 % des agressions (11/810).

4. Conséquences des agressions

Le médecin légiste a examiné le consultant sur réquisition de l'autorité judiciaire dans 72,6 % des cas (588/810).

L'examen clinique ne met en évidence aucune lésion corporelle dans 26,9 % des cas (218/810). Dans la majorité des cas (73 % soit 592/810), des stigmates cutanés contusionnels sont constatés (ecchymoses, d'érosions superficielles, de tuméfactions). Des plaies cutanées superficielles ayant nécessité une suture sont retrouvées dans 5,8 % des cas (47/810). Des fractures sont recensées dans 6,7 % des cas (54/810). Elles concernent prioritairement la face (fracture des os propres du nez) dans 60 % des cas (33/54) puis les mains (22,2 % soit 12/54). Le médecin légiste a noté un retentissement psychologique lors de la consultation dans 6,2 % des cas (50/810). Les conséquences post-traumatiques constatées sont présentées en figure 3.

Au décours des faits de violences allégués, 62,8 % (509/810) des victimes auraient bénéficié d'une consul-

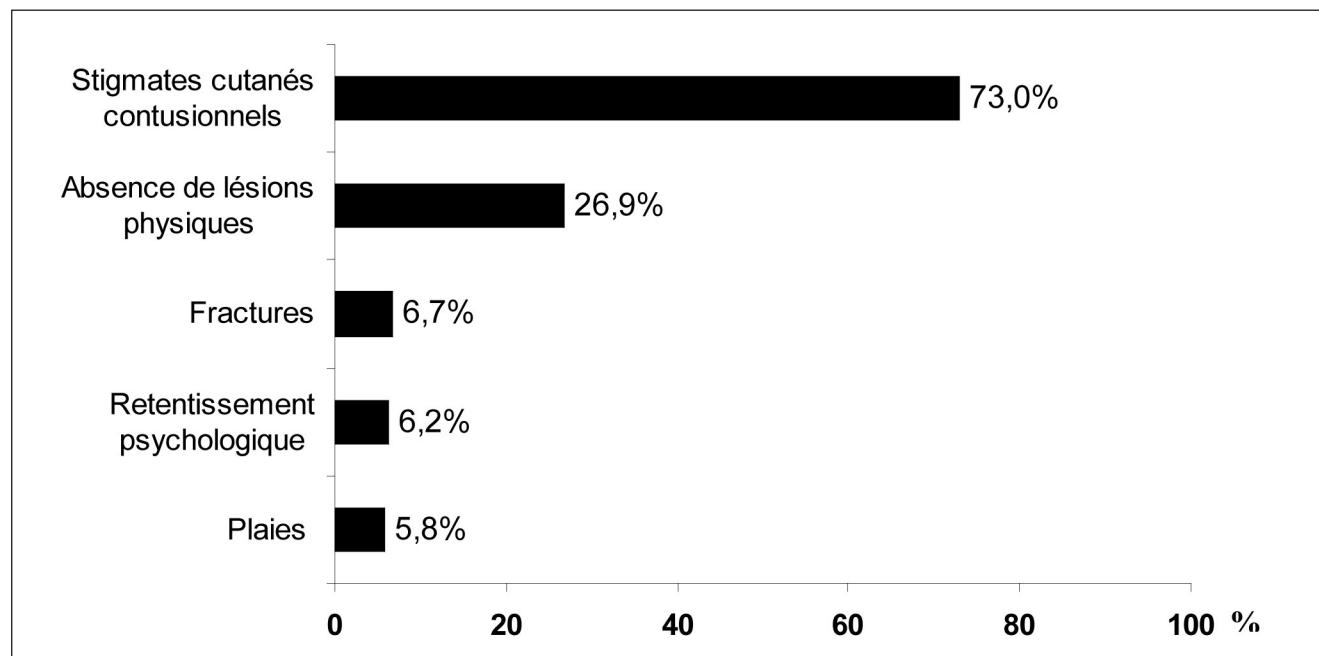


Figure 3 : Conséquences post-traumatiques

tation médicale (médecin traitant, service des urgences...) et 2,3 % (19/810) auraient été hospitalisés.

Vingt-trois pourcents (186/810) des consultants allèguent avoir déclaré, auprès de leur employeur, l'agression comme accident du travail. Un arrêt de travail suite aux faits aurait été prescrit dans 20 % (163/810) des cas.

Une incapacité totale de travail (I.T.T. pénale) a été déterminée lors de chaque consultation et est évaluée en moyenne à un jour. L'I.T.T. pénale est nulle dans 59,3 % des cas (480/810) et de un jour dans 22 % des cas (178/810). Nous avons constaté un lien statistiquement significatif ($p < 0,01$) entre la déclaration d'accident de travail et l'I.T.T. pénale ainsi qu'entre l'arrêt de travail et l'I.T.T. pénale.

La répartition de l'I.T.T. pénale est donnée en tableau II.

DISCUSSION

Il existe actuellement peu d'études descriptives sur la violence au travail selon une approche médico-légale en France. La plupart des études nationales sont réalisées par secteur professionnel et/ou par des médecins

du travail, les CRAM (Caisse Régionales d'Assurance Maladie), dans une démarche de prévention du risque professionnel. Le rapport du conseil économique et social (novembre 1999) présente une réflexion sur la violence envers les salariés des entreprises et des services [4]. Les données concernant les agressions dans les entreprises relevant du régime général de la sécurité sociale sont partielles et concernent le plus souvent des agressions à caractère grave et reconnues comme accident de travail [5]. L'Observatoire National de la Délinquance (OND) avance que 26 % des victimes exerçaient leur profession lors de l'agression [6].

Les sources de recueil de données chiffrées concernant les violences au travail en France sont multiples et complémentaires mais il reste difficile d'établir avec précision une vision globale du phénomène [4].

Cependant, l'évaluation de cette violence par différentes approches reste une étape essentielle afin d'en déterminer les modalités de formation, les caractéristiques, les répercussions individuelles et collectives [7]. La préoccupation devient croissante tant pour les salariés amenés à demander réparation pour les atteintes physiques et psychiques subies que pour les employeurs dont les responsabilités civile et pénale peuvent être mises en cause [4, 5].

Tableau II : Répartition des Incapacités Totales de Travail fixées

ITT au sens pénal du terme	Fréquences (n=810)	Pourcentages (%)
nulle (0)	480	59,3
1 jour	178	22,0
entre 1 et 8 jours compris	135	16,7
supérieure à 8 jours	17	2,0

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés à décrire la violence au travail à partir d'une consultation de coups et blessures.

1. Professions concernées par la violence au travail et circonstances de survenue des agressions

Les informations recueillies rétrospectivement n'ayant pas été élaborées initialement à des fins d'études concernant le sujet de travail de cet article, la première difficulté a été d'établir une classification des professions concernées. Ces dernières étaient recueillies sur les fiches d'accueil des victimes, mais les caractéristiques professionnelles n'ont pas été répertoriées selon les nomenclatures établies par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) des catégories socio-professionnelles ainsi que des activités des entreprises et des établissements. Nous avons regroupé en catégories professionnelles en fonction de l'emploi, du secteur d'activité et des données actuelles de la littérature concernant les professions touchées principalement par la violence au travail. Le Bureau International du Travail précise les métiers et les situations professionnelles à risques d'être confrontés à la violence [1]. Notre échantillon reflète certaines tendances.

La première catégorie est celle du « contrôle » (35,5 %) dont un peu plus de la moitié concernent les agents de la force publique.

Les activités de « commerce » intéressent 12,8 % des consultants. Les travailleurs seraient victimes d'une violence de « préddation » [4]. Le contact avec un public et la vente représentent des situations propices à la survenue de violences [1]. Notre échantillon recouvre de nombreuses professions en contact avec un public. Selon l'OND, 20 % des victimes

d'agression dans un cadre professionnel travaillent dans un commerce, un bar ou tout type d'établissement commercial [6]. L'hôtellerie et la restauration (catégorie « loisirs », 7,4 % de notre échantillon) sont des secteurs de plus en plus concernés [1]. Le client, potentiellement alcoolisé, peut être offensé de tout manquement au service exigé [1].

Nous ne retrouvons pas une proportion importante de consultants pour coups et blessures dans la catégorie « santé » (3,8 %). Nous n'avons pas individualisé les professions au sein de cette classe. De nombreuses études analysent cette violence et mettent en évidence un problème préoccupant touchant divers secteurs [1, 8-13]. La relation avec l'agresseur est particulière puisque ce dernier est majoritairement le patient (17/31, 54,8 %) [1].

Nous constatons 59 cas de violences (7,4 %) dans le domaine du bâtiment. Il n'est pas retrouvé d'études sur ce sujet.

Les autres catégories (chef d'entreprise, administration, le transport, l'éducation et les relations publiques) représentent environ un cinquième de l'échantillon. Toutes les professions sont confrontées à la violence et répondent chacune à différentes situations « à risque » énoncées par le BIT. Dans notre étude générale, il est difficile d'individualiser la violence physique survenant dans un emploi précis.

2. Typologie des agressions

La moyenne d'âge des victimes est de 37 ans, comparable à la plupart des études [11, 12].

L'OND annonce que 57,5 % des victimes de violences dans le cadre professionnel ont entre 26 et 39 ans. Cependant, les violences contre les agents de la force publique, entre collègues, entre employeur/

employé intéresserait des personnes plus jeunes [6]. Notre étude retrouve 60,4 % (489/810) de consultants entre 20 et 40 ans.

Les consultants sont majoritairement des hommes (73 %). Selon les études et le secteur professionnel concerné, cette donnée est très variable et généralement reflète la répartition sexuée de certains emplois. Ainsi, la prédominance masculine de notre échantillon peut s'expliquer par le profil du personnel des milieux professionnels consultant.

L'agent vulnérant le plus souvent employé est représenté par les armes naturelles (94,2 %) principalement seules (91,8 %) et ce quelque soit la profession. Ce résultat est conforme aux données d'études antérieures. Les objets contondants représenteraient la deuxième arme employée (10 %) et comprennent le plus souvent un « objet à portée de main » utilisés comme arme par destination, témoins de violences non préméditées [6, 12]. Aucune lésion corporelle par arme à feu n'est recensée dans notre échantillon. Ces données rejoignent les résultats d'études sur les violences physiques exercées à l'encontre de professionnels des transports lillois [14], celles rapportées dans des rapports de police en Californie [8].

Les violences externes représentent 76,5 % (620/810) de l'échantillon. Elles touchent tous les emplois. Les trois premières catégories professionnelles concernées sont : le « contrôle » (94 %), la « santé » (77,4 %), et le « commerce » (76 %). Ces résultats sont conformes aux données de la littérature.

L'agresseur est un collègue de travail dans 19,7 % des cas (159/810) et l'employeur dans 3,8 % (31/810). La violence physique entre collègues est retrouvée significativement dans le secteur du bâtiment. Elle surviendrait volontiers dans des milieux professionnels structurés par des références à la virilité ainsi que dans les situations où le travail expose à des risques importants pour l'intégrité physique des travailleurs [15]. Une étude américaine met en évidence une différence significative entre les victimes de violences physiques entre collègues selon le sexe des agressés mais sans références à l'emploi exercé [16].

Cette « violence interne » physique est peu étudiée dans la littérature. Un ensemble de facteurs sont évoqués dans la constitution de cette violence : facteurs individuels, organisationnels et sociaux [7]. Quelque soit le rapport hiérarchique, cette violence physique au travail constitue une faute et la réponse en droit social se situe sur un terrain disciplinaire [17].

3. Conséquences médicales des agressions et constatations médicolégales

Dans notre étude, les lésions constatées lors de l'examen médical sont le plus souvent bénignes à type de contusions (73 %). Ces résultats concordent avec différentes études concernant des secteurs professionnels divers [9, 11-14]. Nous relevons 6,7 % de fractures dont les 2/3 sont à la face puis aux mains ; ces résultats sont semblables aux données de la littérature (2,9 % [12], 5,5 % [11]). Ces localisations (tête et membres supérieurs) sont le siège de prédispositions des lésions [9, 11-14]. Les violences sur les lieux de travail étant généralement non préméditées, les coups portés sont aux zones les plus facilement accessibles comme le visage et les membres supérieurs (utilisés notamment dans les gestes de défense). Ces conséquences physiques bénignes diffèrent des études américaines où la violence sur le lieu de travail peut aboutir à un homicide. Aux Etats-Unis, les statistiques officielles indiquent qu'en 2006, l'homicide est la quatrième cause d'accidents mortels survenant sur le lieu de travail [2,18]. Les incidents violents au travail représentent 18 % de tous les crimes violents aux Etats-Unis [19]. Cependant, les agressions physiques sur le lieu de travail entraînant le décès de la victime demeurent bien moins fréquentes que celles provoquant des blessures non mortelles [2, 19].

Dans notre étude, l'incapacité totale de travail (I.T.T. pénale) est en moyenne de un jour. Dans une étude lilloise [14], l'I.T.T. pénale déterminée est nulle dans un tiers des cas et le plus souvent d'une durée de un jour. L'incapacité totale de travail représente l'état traumatique d'une personne victime de violence volontaire ou non et reflète la violence subie [20, 21]. Notre étude met en évidence, au sein de l'échantillon, une majorité d'I.T.T. pénales nulles (59,3 %) et 22 % évaluées à une journée. Ces constatations sont en faveur de violences subies de faible gravité et conformes aux données de la littérature française concernant les conséquences physiques mineures des violences au travail. [6, 12-14]. Cette observation est loin de la situation Outre-atlantique mais il faut rester vigilant devant cette violence pérenne survenant au cours du travail et ce d'autant plus que les répercussions psychologiques de cette violence sont de plus en plus mises en exergue.

Le retentissement psychologique est important à prendre en considération et ce pour les raisons suivantes :

- ✓ l'I.T.T. pénale recouvre les notions de retentissement physique et de retentissement psy-

chique de l'acte subi [20, 21]. Dans notre étude, il est noté un retentissement psychologique lors de la consultation dans 6,2 % des cas. Le délai entre les faits allégués et le jour de consultation n'a pas été relevé. Il n'est pas possible de dire si l'état psychique était constaté au décours immédiat de l'agression; cependant il paraît peu probable que les victimes aient consulté tardivement.

- ✓ L'appréciation de ce retentissement lors de la consultation de coups et blessures peut permettre de conseiller et proposer à la victime le suivi psychologique adéquat [4]. Cette évaluation peut se faire par un médecin légiste exercé à ce type de constatation. L'expertise psychiatrique n'est pas nécessaire en première intention. Le médecin légiste évalue le psycho-traumatisme induit et peut orienter la victime vers un psychiatre et/ou un psychologue pour une prise en charge thérapeutique adéquate. Il recherche, en fonction des signes psychiatriques et du délai écoulé entre les faits et la consultation, un état de stress adapté ou dépassé, des troubles psychiatriques précoces ou chroniques. Les manifestations post immédiates survenant dans les jours suivant un évènement sont le plus souvent transitoires. Il peut s'agir d'un état d'hébétude, des troubles mnésiques, de remémorations de l'évènement, de troubles anxieux, un état d'alerte, un sentiment d'insécurité [22]. Il est possible d'observer parfois des symptômes traumatiques spécifiques (reviviscence de la scène avec cauchemars, manifestations d'hyperactivité neurovégétative avec réaction de sursaut et difficulté d'endormissement, réaction d'évitement). Ces troubles peuvent apparaître et disparaître en quelques jours mais ils peuvent aussi être annonciateurs de troubles chroniques [22]. Dans la classification américaine, les troubles traumatiques sont inclus dans le chapitre des troubles anxieux, dans lesquels les troubles précoces sont répertoriés sous forme d'état de stress aigu (défini par huit critères) [22]. Cette classification DSM fixe la phase des troubles précoces pour une durée de 30 jours. Certains auteurs soulèvent les inadéquations de cette classification tant sur un plan conceptuel que chronologique [22].

Les conséquences psychopathologiques de la violence subie au travail, leur genèse, leur traitement, leur prévention font l'objet de nombreuses publications [1, 23].

Une étude danoise [24] met en évidence que les emplois exposant potentiellement aux menaces et aux violences sont un facteur de risque de développer des troubles psychiatriques et que ce risque est corrélé au degré d'exposition à cette violence. Les études francophones concernant le personnel hospitalier évoquent l'installation de troubles psychologiques suite aux agressions physiques [12, 13].

L'I.T.T. pénale contribue à la qualification des infractions et à la détermination du tribunal compétent pour juger l'auteur de l'infraction [20, 21]. Lorsque les violences sont exercées dans des circonstances aggravantes, les peines sont majorées. Elles tiennent notamment à la qualité de la victime dont sa profession (articles : L.222-12 et L.222-13 du code pénal). Cette notion concerne environ 50 % de notre échantillon, toute catégorie professionnelle confondue.

L'examen médical est effectué majoritairement dans un cadre juridique précis car 72,6 % des consultants sont examinés sur réquisition. Ceci laisse à penser que les victimes d'agressions sur le lieu de travail portent le plus souvent plainte. Selon l'OND, 92,4 % des victimes de violences dans le cadre professionnel ont déposé plainte (les analyses sont réalisées à partir d'un échantillon des procédures saisies à Paris) dont 97,9 % par des personnes chargées d'une mission de service public [6].

Il n'est pas retrouvé de lien statistique entre l'I.T.T. pénale et la profession. Cet indicateur de gravité ne serait donc pas corrélé à l'exercice de certains emplois, comme le « contrôle », exposés potentiellement à la violence physique.

4. Conséquences médico-sociales

Dans 20 % des cas, un arrêt de travail aurait été prescrit. Nous ne disposons pas de leur durée. Au-delà des conséquences individuelles, cette violence a des effets sur la collectivité et sur les entreprises supportant les coûts directs et indirects (absentéisme accru, perte de motivation, baisse de productivité, détérioration des relations de travail...) [1]. Le rapport IGAS de 2001 cite les chiffres de la CNAMTS : 1,2 % des salariés du régime général ont bénéficié d'un arrêt de travail suite à des violences sur le lieu de travail (il existe un code spécifique isolant les cas de violences dans le régime général s'intitulant « rixes et attentats »). Cependant, on peut s'interroger sur les arrêts de travail prescrits pour les motifs liés à

une agression survenue lors d'une activité professionnelle et non comptabilisés pour ce risque. En effet, il n'est pas exclu qu'un incident violent, non déclaré comme accident du travail ait des conséquences retardées nécessitant un arrêt de travail à distance de l'évènement (par exemple, le développement d'un stress post-traumatique qui ne sera pas rattaché à l'évènement causal). Cet argumentaire est théorique et les données françaises manquent cruellement pour étayer un constat initial certes modéré mais intuitivement ressenti comme important. Et ce d'autant que Chappell D. et Di Martino V citent des études internationales s'étant intéressées aux coûts des arrêts consécutifs aux faits de violence sur le lieu de travail (ouvrage de 2000), ces dernières mesurant les baisses de rentabilité, de productivité, de perte de clientèle etc...des entreprises [1].

Les consultants auraient déclaré, dans 23 % des cas, les agressions comme accidents de travail auprès de leur employeur. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par la méconnaissance des procédures, la diversité des statuts sociaux des professions rencontrées dépendants de régime de protection différents. Certains professionnels sont réticents à déclarer l'incident violent car ils le considèrent comme « faisant partie de leur métier » [1, 25]. Dans notre étude, un lien statistiquement significatif ($p<0,001$) est établi entre l'I.T.T. pénale et les déclarations en accident de travail. Les victimes auraient tendance à plus déclarer l'agression lorsque ses conséquences physiques sont importantes.

Cette légitimité à déclarer la survenue d'une violence physique comme accident de travail est source de nombreux écrits en France [4]. Certains critères doivent être réunis pour autoriser la qualification d'accident du travail [1, 4]. Pour bénéficier d'une éventuelle indemnisation future, il est préférable que les conséquences des agressions physiques fassent l'objet d'une déclaration sur le registre de déclarations d'accidents du travail bénins ou à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Le code de sécurité sociale (article L. 441-4) autorise l'employeur à tenir un registre où serait consignée toute agression même si elle n'a pas entraîné de soins médicaux immédiats ni d'arrêt de travail [4].

Enfin, rappelons l'obligation incomptant à l'employeur d'assurer la sécurité et la santé physique et mentale des travailleurs par des actions de prévention des risques professionnels (dont la violence au travail), d'information et de formation (articles L.4121-1, L.4121-2, L.4522-1 du code du Travail).

V. CONCLUSION

La violence au travail est un phénomène préoccupant et en forte progression [1]. Bien que certains secteurs d'activité y soient confrontés plus que d'autres, il semble qu'aucun n'échappe à cette tendance. La violence du fait ou dans le cadre de son travail peut avoir deux origines : interne ou externe. Elle peut revêtir différents aspects : physique, psychologique ou sexuelle. La gravité (possibilité de répercussions tardives) et la fréquence de ce type de violence sont souvent plus difficiles à évaluer que lorsqu'il s'agit d'accidents du travail classiques. Afin d'enrayer cette progression, l'évaluation de cette violence par différentes approches telle que l'approche médico-légale apparaît être une étape essentielle afin d'en déterminer les modalités de production, les caractéristiques, les répercussions individuelles et collectives. Pour une prise en charge optimale des victimes de violence au travail, celle-ci doit être pluridisciplinaire. Après le soin physique et psychique, deux acteurs médicaux doivent être privilégiés :

- ✓ le médecin légiste, de part ses compétences dans l'évaluation de l'état traumatique d'une personne victime de violence volontaire notamment pour une démarche de reconnaissance de l'institution pour la victime,
- ✓ le médecin du travail, de part ses compétences dans l'évaluation de l'aptitude au poste de travail lors du retour de la victime à la vie professionnelle ainsi que dans la prévention de ce type de violence.

Au regard du fait d'une faible déclaration en accident du travail pour certains personnels, il semble nécessaire d'améliorer l'information des victimes, des salariés sur leurs droits au travail. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] CHAPPELL D., DI MARTINO V. – *La violence au travail*. 1^{re} édition. Genève : Bureau international du Travail, 2000, 193 p. ISBN 92-2-210335-1.
- [2] NIOSH – Workplace violence prevention strategies and research needs: Report from the Conference Partnering in workplace violence prevention: translating research to practice, November 17-19, 2004, Baltimore, Maryland. DHHS. Publication N°2006-144, 38 p.
- [3] PARENT-THIRION A., FERNANDEZ MACIAS E., HURLEY J., VERMEYLEN G. – Violence, harcèlement et discrimina-

tion sur le lieu de travail (chap. 4). Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (2005). Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Dublin. 2007 : 35-41. ISBN : 92-897-0974-X.

[4] DEBOUT M. – *Travail, violences et environnement*. Paris. Conseil économique et social, 1999, 146 p.

[5] INRS – Travail et agressions. Etat des lieux et prévention des risques. Dossier web INRS. 2003. www.inrs.fr/dossiers/agression.html

[6] INHES – Violences intra-relationnelles, violences dans le cadre professionnel, violences en situation de la vie courante : les trois grandes catégories de violences physiques non crapuleuses : élaboration d'une typologie des violences physiques non crapuleuses à partir de l'analyse de plus de 1 600 procédures de coups et violences volontaires qui ont eu lieu à Paris entre mars et mai 2006. *Grand Angle, bulletin statistique de l'observatoire national de la délinquance*. 2008, n° 13, 30 p.

[7] TRAGNO M., DUVEAU A., TARQUINIO C. – Les violences et agressions physiques au travail : analyse de la littérature. *Revue européenne de psychologie appliquée* 2007, 57, 237-255.

[8] PEEK-ASA C., SCHAFER K.B., KRAUS J.F., HOWARD J. – Surveillance of non-fatal workplace assault injuries, using reports police and employers' reports. *J Occup Environ Med* 1998, 40, 8, 707-713.

[9] PEEK-ASA C., HOWARD J., VARGAS L., KRAUS J.F. – Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. *J Occup Environ Med* 1997, 39, 1, 44-50.

[10] ESTRYN-BEHAR M. *et al.* – Violence risks in nursing – results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine* 2008, 58, 107-114.

[11] RODAT S., DAUMONT A., RODAT O. – Enquête sur les violences exercées sur le personnel d'un centre hospitalier. *Arch Mal Prof* 1998, 59, 252-255.

[12] LADHARI N., FONTANA L., FAICT T.W., GABRILLARGUES D., MILLOT-THEIS B., SCHOEFFLER C. *et al.* – Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *Arch Mal Prof Environ* 2004, 65, 7-8, 557-563.

[13] UZAN M., GOZLAN C., DI LORIO E. – La violence à l'égard des équipes hospitalières : éléments de réponse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005, 34 (suppl. n°1), 2S54-2S61.

[14] TRYHOEN I. – Violences physiques dans les transports en commun de la métropole lilloise : à propos de 84 cas : consultation de médecine légale ; CHRU de Lille. Th : Méd : Lille 2 : 2001, 101 f.

[15] DEJOURS C. – Rapport de la commission « violence, travail, emploi, santé ». Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Remis au Ministère de la Santé et des Solidarités. 2005, 139 p.

[16] TJADEN P.G., THOENNES N. – Coworker violence and gender. *Am J Prev Med* 2001, 20, 2, 85-89.

[17] BENOIT A. – La prise en compte de la violence par le droit social. Communications à la société de médecine du travail dauphiné savoie. Séance 14 février 1997; *Arch Mal prof* 2000, 61, 1, 40-55.

[18] BUREAU OF LABOR STATISTICS (BLS) – 2007. National census of fatal occupational injuries in 2006. Washington, DC: United States Department of Labor. www.bls.gov/news.release/pdf/cfoi.pdf

[19] BUREAU OF JUSTICE STATISTICS (BJS) – 2001. Violence in the workplace, 1993-1999. Washington, DC: Department of Justice. Report No. NCJ-190076. www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/vw99.pdf

[20] DORIAT F., PETON P., COUDANE H., PY B., FOURMENT F. – L'incapacité totale de travail en matière pénale : pour une approche médico-...légale. *Médecine et Droit* 2004, p. 27-30.

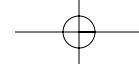
[21] GROMB S., DOST C. – L'état d'incapacité temporaire totale et qualification des violences. *Médecine et Droit* 2001, 48, 21-23.

[22] PRIETO N., VIGNAT J.P., WEBER E. – Les troubles traumatiques précoce. *Stress et Trauma* 2002, 2, 1, 39-44.

[23] MAYHEW C., CHAPPELL D. – Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *Int J Law and Psychiatry* 2007, 30, 327-339.

[24] WIECLAW J., AGERBO E., MORTENSEN P.B., BURR H., TUCHSEN F., BONDE J.P. – Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *J Epidemiol Community Health* 2006, 60, 771-775.

[25] KESKETH K.L. *et al.* – Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003, 63, 311-321.



INFORMATION

L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients Exploitation des données du PMSI HAD 2006

Anissa Afrite, Mylène Chaleix, Laure Com-Ruelle, Hélène Valdelièvre

Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins.

En 2006, plus de deux millions de journées 'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30% d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près des 7% des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.

Pour en savoir plus :

L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients

Rapport IRDES, mars 2009

A commander à l'IRDES – Service diffusion – 10, rue Vauvenargues – 75018 PARIS ou à consulter sur le site Internet : www.irdes.fr

