

# **PREVENTION DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL**

## **MEMOIRE**

Présentée et soutenue publiquement  
Dans le cadre du troisième cycle  
du Diplôme d'Etude Spécialisée en médecine du travail

Le 23 octobre 2000

Pour la validation du

**DIPLOME D'ETUDE SPECIALISEE  
EN MEDECINE DU TRAVAIL**

Par

**David ZERBIB**

Né le 12 mai 1971

A Paris 75012

**Directrice de mémoire : Dr Christine BRETON**

# SOMMAIRE

## sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>p. 5</b>
<b>Première partie : évaluation du phénomène de la violence en milieu du travail.....</b>	<b>p. 8</b>
. <i>Qu'entend-on par violence au travail ?</i>	
. <i>Quelques statistiques disponibles en France.</i>	
. <i>Quels sont les professions les plus exposées ?</i>	
<b>Deuxième partie : quelques règles de prévention de la violence en milieu de travail.....</b>	<b>p.20</b>
. <b>La prévention primaire</b>	
- Evaluation du risque	
- Lutte contre les facteurs favorisants	
- Organisation des locaux de travail	
- Systèmes de sécurité	
- Organisation des pratiques de travail	
- Formation des salariés	
- Programme d'assistance des employés	
- Recherche	
. <b>La prévention secondaire</b>	
. <b>La prévention tertiaire</b>	
- Pourquoi une prévention tertiaire ?	
. <i>Traumatismes physiques</i>	
. <i>Traumatismes psychologiques et stress post-traumatiques</i>	
- Eléments de la prévention tertiaire	
. <i>Les soins à la victime</i>	
. <i>Le nettoyage des locaux de travail</i>	
. <i>Le débriefing post accident</i>	
. <i>La déclaration en accident de travail</i>	
. <i>L'analyse des accidents</i>	
. <i>La réparation</i>	
. <i>Le suivi</i>	
<b>Troisième partie : enquêtes sur le terrain.....</b>	<b>p.41</b>
. Une société de transports urbains	
. Une société de logements sociaux	
. Une administration	
<b>Conclusion.....</b>	<b>p.53</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>p.57</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>p.64</b>

- . Formulaire de déclaration d'un accident violent**
- . Adresses utiles pour la prise en charge du stress post-traumatique**
- . Formations dans la gestion du stress lié au travail**
- . Organisations de lutte contre le harcèlement psychologique au travail**
- . Plan de prévention de la violence en milieu de travail**
- . Un exemple de statistiques à partir des bases de données des CRAM**
- . Proposition de moyens en vue de faciliter le service à la clientèle**

# **INTRODUCTION**

## Introduction

En 1996, dans une enquête sur les conditions de travail auprès de 1000 travailleurs représentatifs de la population active dans chacun des Etats de l'Union Européenne (soit 15800 personnes au total), 9% des salariés estimaient être l'objet d'intimidation.

(1)

La France paraissait être dans cette étude au premier rang de la violence en milieu de travail.

Cette violence devient une préoccupation de plus en plus importante parmi la population et les acteurs sociaux : beaucoup de médias dénoncent la montée des actes d'incivilité et de violence, les organismes syndicaux s'interrogent, des mouvements de grève notamment dans les secteurs du transport des personnes et des fonds ont eu lieu, certains CHSCT (Comités d'hygiène , de sécurité et des conditions de travail) travaillent déjà sur le sujet depuis quelques temps, surtout dans les secteurs les plus exposés (2) . Les salariés des secteurs les plus exposés sont pour la plupart demandeurs d'un suivi médical (3)

Les acteurs de prévention (médecins du travail, psychologues du travail, infirmiers du travail, contrôleurs de sécurité...) risquent d'être de plus en plus interrogés sur les techniques de prévention de la violence exprimée en milieu du travail car les conséquences de ce problème sont multiples à la fois pour les salariés et pour l'entreprise.

Le médecin du travail, peut être confronté à la fois à une demande de l'employeur (il est en effet son conseiller en matière de prévention des pathologies professionnelles), mais aussi à des demandes de salariés (prise en charge en

période post-traumatique, demande de renseignements sur les mesures de prévention technique...)

Les conséquences et l'ampleur de la violence en milieu de travail, bien que perçues par les différents acteurs, paraissent cependant difficiles à évaluer.

Cependant, employeurs et employés ont un intérêt dans la prévention de la violence au travail :

- Pour les employeurs : en raison d'une possible mauvaise image de l'organisation de travail, des difficultés pour l'embauche ou pour garder le personnel, des coûts engendrés par l'absentéisme, de l'augmentation des cotisations sociales, des accidents de travail, d'une perte de productivité,
- Pour les employés : en raison des souffrances physiques et psychologiques parfois chroniques, du stress (35,1% des salariés stressés les sont en raison de l'insécurité au travail (4) ), et des conséquences sur la vie professionnelle et familiale.

Afin de mieux préciser le phénomène de violence exercé dans le milieu du travail, et pour pouvoir envisager des principes de prévention, nous essayerons, à travers ce mémoire :

- d'identifier le problème et d'essayer de le quantifier
- d'illustrer par quelques exemples sa prise en charge dans certaines entreprises.
- d'aborder des solutions en prévention.

Nous excluons de notre étude les violences internes aux entreprises (violence entre collègues, avec la hiérarchie, violence liés aux conditions de travail...) , car les facteurs étiologiques, les conséquences, et les solutions proposées en prévention diffèrent sensiblement de la violence à l'encontre des salariés par des personnes extérieures, même si certains points communs existent.

**PREMIERE PARTIE :**

**EVALUATION DU  
PHENOMENE DE LA  
VIOLENCE EN MILIEU DE  
TRAVAIL**

## Première partie : évaluation du phénomène de violence en milieu de travail

### 1.1 Qu'entend-on par violence au travail ?

Définir la violence n'est pas chose simple : une liste de 106 définitions existe sur ce sujet (5) :

la violence au travail peut prendre diverses formes (physique, psychologique, sexuelle, financière, etc.).

Elle peut provenir de la clientèle, des collègues de travail, des supérieurs ou de personnes extérieures au milieu du travail. (6)

Le terme de violence est souvent trop largement utilisé, et il est souhaitable d'en donner une définition restrictive :

La violence se construit en deux phases :

- Une phase subjective d'intention de destruction ou de dégradation de l'objet :

limitée à ce stade, elle ne relève que du ressort normal de l'agressivité.

- Une phase objective, avec intervention du corps qui, seule, permet de qualifier avec certitude l'existence de la violence. A défaut, il est difficile de cerner les limites exactes de l'agression car elles restent complètement inscrites dans l'intersubjectivité et c'est le problème que pose la mesure de la violence psychologique. (7)

Nous prendrons donc comme définition de la violence au travail, tout processus d'attaque en milieu du travail par lequel une domination (sur les personnes ou sur une situation) est espérée. (8)

Cela correspond à la conception de Levinas : *Est violente toute action où l'on agit comme si l'on était seul : est violente, par conséquence aussi, toute action que nous subissons sans être en tout point les collaborateurs.*

Généralement, la violence s'inscrit dans un rapport de pouvoir entre l'agresseur et la victime.

L'agresseur cherche à contrôler la victime afin de la maintenir en état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses désirs à lui. (9)

## **1.2 Quelques statistiques disponibles en France**

Il est très difficile de se procurer des statistiques spécifiques sur les actes de violence au travail et sur leurs conséquences.

- Nous avons interrogé le Ministère de l'Intérieur : des statistiques sont effectivement réalisées à partir des plaintes déposées. Ces plaintes sont inscrites dans un formulaire appelé « grille 4001 » comprenant 110 éléments. Le service de presse du Ministère de l'Intérieur nous a affirmé qu'il est impossible à l'heure actuelle de différencier la violence au travail de la violence hors travail.

- Le BIT (Bureau International du Travail) a essayé d'évaluer le phénomène de violence dans 32 pays (10). Réalisant que les statistiques officielles relatives aux homicides, aux agressions physiques, psychologiques et sexuelles sont souvent inadéquates ou carrément inexistantes, les auteurs du rapport ont néanmoins utilisé les données d'une vaste étude réalisée en 1996 (11) portant sur la façon dont les travailleurs de 32 pays percevaient ce qu'ils enduraient sur leur lieu de travail.

D'après ces données, les employés français étaient ceux qui le plus fréquemment estimaient avoir été victimes de violence au travail : 11,2 % des hommes et 8,9 % des femmes déclaraient avoir été agressés au cours de l'année précédente.

- L'arrêt de travail nous paraissant un indicateur très intéressant, nous avons essayé de voir si les organismes sociaux ont la possibilité d'analyser les actes de violences commis contre les salariés : il existe une base de données EPICEA du service ETAP

de la CRAM d'Ile-de-France et de l'INRS. (ETAPE signifie Etudes Techniques Assistances Prévention).

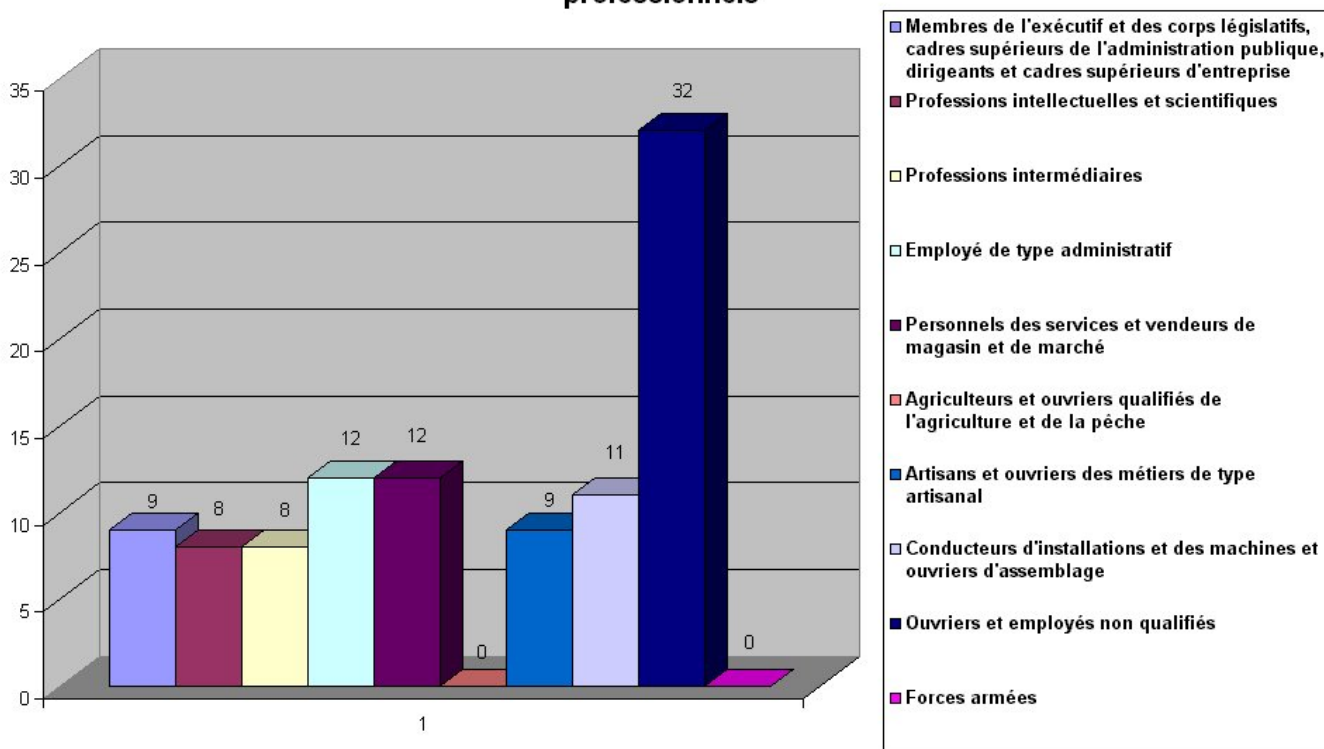
EPICEA est une base de données regroupant l'ensemble des enquêtes sur les accidents graves et mortels depuis 1983. Les informations sont parfaitement exhaustives depuis 1990 sur les accidents mortels. Plus de 700 000 enquêtes sur les accidents sont intégrées dans cette base de donnée.

EPICEA comporte une sous rubrique appelée : élément matériel 9803 « rixes et attentats ».

Nous avons pu analyser 101 accidents du travail graves de 1990 à 1998.

Nous avons analysé la répartition de ces accidents du travail en rapport avec des actes de violence graves parmi les différents types de profession. La classification utilisée a été celle du BITP (Bureau International du Travail à Genève) de 1998 (12).

**Répartition des accidents mortels entre 1990 et 1998 parmi les différents groupes professionnels**



Nous avons volontairement réduit notre étude à la période s'étendant entre 1990 et 1998 car avant ces dates, les accidents répertoriés dans EPICEA n'étaient pas exhaustifs.

Voici de façon plus détaillée le comptage sur le champ emploi :

Employés non qualifiés des services et de la vente	24
Agents et hôtesse d'accueil et d'information	11
Directeurs	7
Professions intermédiaires des finances et de la vente	6
Employés administratifs et opérateurs sur machines	6
Caissiers et guichetiers	6
Emploi non précisé	6
Conducteurs de machines à fabriquer des produits minéraux (ciment...)	5
Agents des services d'exploitation des transports	5
Spécialistes scientifiques	4
Cadres comptables	3
Ouvriers et artisans de l'exploitation, de l'extraction de carrière	3
Ouvriers et artisans du travail du métal	3
Dirigeants, gérants dans l'agriculture, la chasse, la sylviculture et la pêche	2
Ouvriers et artisans des métiers de type artisanal	2
Manœuvres - ouvriers non qualifiés	2
Professeur d'université et d'établissement d'enseignement supérieur	1
Techniciens autres que informaticiens et techniciens d'appareils spécialisés	1
Techniciens des sciences de la vie et de l'environnement	1
Mannequins et autres modèles	1
Artisans en matériel de précision	1
Conducteurs d'installations de mine – mineurs	1

Voici les régions d'où proviennent ces agressions :

- Montpellier : 2
- Dijon : 8
- **Paris : 48**
- Nancy : 4
- Strasbourg : 1
- **Marseille : 14**
- Lille : 6
- Orléans : 1
- Lyon : 9
- Toulouse : 5
- Réunion : 1
- Guadeloupe : 1

En 1995, étaient enregistrés dans la rubrique « rixes et attentats » au niveau national :

- 6875 accidents de travail avec arrêts de travail supérieurs à trois jours
- 78 incapacités
- 20 décès.

En Ile de France en 1998 :

- « Rixes et attentats » représentaient 2% des accidents de travail et 2% des incapacités temporaires de travail.

*Analyse des résultats :*

Bien que le recrutement entraîne des biais en raison de l'effectif assez faible, quelques tendances peuvent être analysées.

◆ **Les résultats obtenus sous-estiment les actes de violence** commis à l'encontre des agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche, des enseignants, des personnels des transports, des fonctionnaires, ainsi que ceux commis à l'encontre des personnels des hôpitaux publics et des forces armées, en raison de leur couverture sociale différente. EPICEA n'intègre que les accidents des salariés couverts par le régime général.

**La sous-représentation des personnels des hôpitaux est un biais très important** car de nombreuses études montrent qu'il s'agit de professions particulièrement exposées à la violence en milieu de travail, notamment pour les personnels des services de psychiatrie.

◆ Contrairement à notre hypothèse de départ, les personnes exposées au public, ne sont pas les victimes les plus nombreuses des actes de violence graves : sur un effectif de 101 personnes, seules 45 personnes décédées suite à un acte de violence, étaient réellement exposées dans leur exercice habituel au public, soit 44%. Lorsque l'on analyse de façon plus approfondie les rapports des contrôleurs sur ces accidents mortels, il s'avère que **l'isolement des salariés est un facteur de gravité des actes de violence en milieu de travail.**

◆ **Au vu des rapports détaillées des contrôleurs des caisses régionales**

**d'assurance maladie, il apparaît qu'il existe des facteurs de risque : ces facteurs de risques sont plus importants dans les déterminants d'actes graves de violence que les secteurs d'activité.**

Les ouvriers et employés non qualifiés sont les victimes les plus nombreuses des actes de violence aux conséquences graves : cette catégorie regroupe en effet les gardiens et assimilés ainsi que les convoyeurs de fond (catégorie 9152).

En 7 ans, 10 convoyeurs de fond ont été tués dans l'exercice de leur fonction (soit près de 10% des victimes enregistrés dans la base de donnée EPICEA)., ainsi que 13 gardiens et assimilés. Ces professions sont bien sûr très exposées aux actes de violence les plus graves.

**Les professions manipulant de l'argent ou des biens de valeur sont sur-représentées** dans notre échantillon : ils représentent plus de 25% de l'effectif.

Chaque année plus de 4000 employés de banque sont confrontés à une agression ou à une prise d'otage : en 1995, le réseau bancaire français a fait l'objet de 1001 agressions (soit 4,5 par jour ouvré), concernant 4500 guichetiers de banque et 2500 clients. Sur ce milliers d'agressions, 150 se sont déroulées avec des violences physiques, dont 30 avec des coups de feu, une quarantaine de salariés ont été blessés, 200 salariés ont été pris en otage. (13)

◆ **Les professions en contact avec des personnes sous l'influence de l'alcool** (barmans, gardiens de discothèques, restaurateurs) **sont également au premier rang des professions exposées au risque d'actes de violence graves.**

◆ **Les régions les plus touchées par les actes graves de violence en milieu de travail sont les zones les plus urbanisées** : la région parisienne et marseillaise arrivant en tête. Ceci correspond parfaitement avec la cartographie de la violence en France.

### 1.3 Quelques statistiques dans le monde

► **Aux Etats-Unis** : d'après les statistiques du NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health), 20 salariés sont tués en moyenne et près de 18000 agressés chaque semaine. La majorité des décès est attribuée à des cambriolages ou tentatives de vol.

Près d'un million de salariés sont agressés chaque année à leur travail. Le Bureau des Statistiques Judiciaires (Bureau of Justice Statistics) estime ce chiffre à deux millions.

La plupart des agressions ont lieu dans des services comme : les hôpitaux, les services infirmiers, les services sociaux. (14)

Les facteurs de risque de violence en milieu de travail qui ont été isolés dans ce pays sont : le contact avec le public, la manipulation d'argent, la distribution de services ou de marchandises, le travail de nuit ou très tôt dans la matinée, le travail isolé, le gardiennage, les échanges avec des personnes violentes.

En 1994, le nombre d'accidents mortels au travail USA était de 1071.

Parmi ces tués, il y avait :

- 179 directeurs ou gérants
- 105 caissiers
- 86 chauffeurs de taxi
- 76 gardiens ou personnel de sécurité
- 70 agents de police ou détectives
- 49 responsables d'hôtels ou de restaurants

Une enquête rétrospective menée sur 100.000 salariés au Minnesota en 1992 (15) a tenté d'évaluer le nombre de blessés et de personnes agressées par an. Les taux corrigés pour 100.000 salariés ont été de :

- 101 agents des administrations publiques
- 81 salariés des professions de services
- 20 salariés des transports publics
- 13 commerciaux
- 8 salariés d'agences immobilières, assurance et finance
- 6 salariés de l'agriculture, pêche ou garde forestiers

- 5 ouvriers en construction
- 5 ouvriers d'usines

► **Finlande** : la Finlande s'est donné les moyens d'évaluer le phénomène de la violence en milieu de travail par une large étude menée en 1988 sur 13762 salariés (représentant près de 1% des travailleurs). (16)

Comparé aux USA, le problème de la violence est minime dans ce pays : en 1992, il y a eu deux homicides au travail (contre 20 par semaine aux USA et une centaine en huit ans en France). Le nombre d'agressions indemnisées a été de 298 en 1993 (selon la fédération des assurances finlandaises).

Le risque de violence au travail en Finlande est 263 fois moindre qu'aux USA.

Sur douze mois, 394 cas de violence au travail ont été rapportées par l'étude, soit un taux de 40,6 actes de violence pour 1000 travailleurs.

L'analyse des professions les plus touchées a été établi par un taux de violence correspondant au nombre d'actes violents divisé par le nombre de personnes exposées

- 1- Les gardiens de prison (taux = 722,22)
- 2- Les officiers de police (taux = 617,65)
- 3- Les infirmières en psychiatrie (taux = 500,00)
- 4- Les médecins (taux = 234,04)
- 5- Les infirmières des services médicaux (taux = 229,73)
- 6- Les chauffeurs de taxi et de bus (taux = 221,05)
- 7- Les infirmières des service sociaux (taux = 207,21)
- 8- Les maîtres d'hôtel (taux = 189,19)
- 9- Les gérants, directeurs d'entreprise (taux = 42,45)
- 10- autres professions (taux = 20,26)

La nature des actes violents a également été analysée

- 1- Menace ou tentative d'agression physique
- 2- Menace téléphonique
- 3- Immobilisation
- 4- Bousculade
- 6- Coups
- 7- Agression avec un objet ou une arme
- 8- Viol

## 9- Violence psychologique

La personnalité type de l'assaillant est un homme d'âge mûr (âge moyen : 35,8 ans), sous influence de l'alcool (dans 59% des cas).

Il a été remarqué que le nombre des actes de violence a été plus nombreux en fin de semaine qu'en début de semaine (ce qui peut être expliqué par une consommation plus importante de l'alcool dans ce pays) , et dans la journée entre 11 heures du soir et une heure du matin.

Malgré les différences du taux de violence avec les Etats-Unis, il est intéressant de remarquer que nous retrouvons les mêmes facteurs de risque : le contact avec le public, la manipulation d'argent, la distribution de services ou de marchandises, le travail de nuit ou très tôt dans la matinée, le travail isolé, le gardiennage, les échanges avec des personnes violentes.

► **Grande-Bretagne** : les données épidémiologiques sont aussi peu nombreuses dans ce pays qu'en France. (17)

En 1996, en Angleterre et au Pays de Galle, 3,2 % des hommes et 6,3 % des femmes ont été victimes d'actes de violence sur les lieux du travail en 1996 d'après le Bureau International du travail. (18)

Une étude a été menée par The Health Service Advisory Committee, service de la Health and Safety Commission (organisme de prévention pour la sécurité et la santé) en 1987 sur 5 caisses de sécurité sociale (19). Les statistiques ont porté sur le pourcentage des personnes qui ont répondu aux quatre questions suivantes :

Avez-vous été victime dans l'année précédente d'une blessure grave : 0,5%  
Avez-vous été victime dans l'année précédente d'une blessure légère : 11%  
Avez-vous été menacé d'une arme dans l'année précédente : 4,6%  
Avez-vous été injurié dans l'année précédente : 17,5 %

Cependant, il n'a pas été précisé le nombre de réponses à ces questions !

Une autre étude a été menée en 1989 sur 1000 personnes : 800 femmes et 200 hommes. (20)

236 agressions ont été rapportées par 196 personnes soit près d'un quart de l'effectif.

Les agressions physiques représentaient 90 incidents rapportées par 81 personnes (8% de l'effectif).

La plupart des études britanniques sur la violence au travail sont spécifiques à des secteurs d'activité (par exemple 2,1% des professeurs ont été victime d'agression physique par des élèves dans la semaine). Il est très difficile d'isoler les professions les plus exposées dans ce pays.

► **Pays-Bas** : En 1996, 3,6 % des hommes et 3,8 % des femmes ont été victime d'actes de violence sur les lieux du travail en 1996 d'après le Bureau International du travail. (10)

► **Suède** : Selon ce même organisme, en 1996, 1,7 % des hommes et 1,7 % des femmes ont été victime d'actes de violence au travail.(18)

Une étude nationale suédoise sur plus de 2600 infirmières rapporte que 30% ont été victimes de violence au travail (21)

#### 1.4 ***Quelles sont donc les professions les plus exposées ?***

Au travers de plusieurs études (22) (23) (24) (25) (26), certaines professions sont plus exposées aux risques de violence en milieu de travail :

**Manipulation d'argent, de biens de valeur, de médicaments :**

- caissiers
- livreurs
- transporteurs de fonds
- employés de banque ou des postes
- service de sécurité
- pharmaciens...

**Dispense de soins, enseignement, conseils :**

- infirmières
- ambulanciers
- assistantes sociales
- professeurs, enseignants...

**Représentant de l'ordre, contrôleurs :**

- agents de police
- agent de la circulation
- gardiens de parking
- employés des contraventions...

**Travail avec des malades mentaux, personnes potentiellement violentes ou sous l'influence de l'alcool ou stupéfiants :**

- gardiens de prison
- employés des services de psychiatrie
- agents de police...

**Travail dans des débits de boisson (restaurants, bars, brasseries, night clubs..)**

- barmans
- agents de sécurité

**Travailleurs isolés**

- représentants
- conducteurs de bus ou de taxi
- réparateurs...

**DEUXIEME PARTIE :**

**QUELQUES REGLES DE  
PREVENTION DE LA  
VIOLENCE EN MILIEU DE  
TRAVAIL**

## Deuxième partie : la prévention de la violence en milieu de travail

La prévention de la violence en milieu de travail a été l'objet de nombreux travaux à travers le monde.

### I- Prévention primaire

Il existe quelques guides de prévention de la violence en milieu de travail.

Citons par exemple :

- ***Assault on the Job : We Can do Something about Workplace Violence***, 2<sup>nd</sup> ed. Washinton DC, SEIU (Service Employees International Union, American Federation of Labor and Congress of Industrial Organisations), 1995
- ***Violence to Staff in the Health Service***. London, Their Majesty's Stationery Office, 1987
- ***Guideline for the Security and Safety Health Care and Community Service Workers***. Los Angeles, California Division of Occupational safety and health, Departement of Industrial Relations, 1993
- ***Violence in Work – A presentative strategy***, Unison Working for Health and Safety, July 1992
- ***Violence in the NHS : NUPE Guideline***, London, Unison, 1991
- ***Model Injury and Illness Prevention Program for Workplace Security***, Los Angeles, California Division of Occupational Safety and Health, Departement of Industrial Relation, 1995
- ***La prévention du risque d'agression des salariés en contact avec le public***, Recommandation de la CRAM Languedoc-Roussillon, 1999

Leur dénominateur commun inclus les stratégies de prévention suivantes :

- **Evaluation du risque**
- **Contrôle des facteurs favorisants**
- **Modifications des locaux de travail**
- **Systemes de sécurité**
- **Contrôle des pratiques du travail**
- **Formation des salariés**
- **Programme d'assistance des employés**
- **Recherche**

### ***1.1 Evaluation du risque***

A travers nos recherches, nous avons pu constater à quel point l'évaluation du risque de violence en milieu de travail est difficile à appréhender en France (absences de statistiques, absence de mécanisme de déclaration spécifique...).

Cependant l'inspection des locaux de travail, l'analyse des accidents survenus et des informations récoltées, permettent :

- d'identifier les facteurs de risque
- d'améliorer l'organisation du travail
- de coordonner les actions de prévention.

Les médecins du travail, en collaboration avec les CHSCT, les agents de prévention (contrôleurs, inspection du travail...) doivent prendre en charge cette étape d'évaluation du risque.

L'évaluation peut être améliorée par un court questionnaire d'enquête auprès des salariés et de la hiérarchie.

## **1.2 Lutte contre les facteurs favorisants**

La violence est un problème multi-factoriel, qui fait intervenir trois éléments principaux (20) :

- la personnalité de l'agresseur
- la personnalité de la victime
- les circonstances de l'interaction entre eux.

A partir de ces trois éléments principaux, il est possible d'isoler plusieurs facteurs favorisants, sur lesquels le médecin du travail peut avoir son rôle à jouer, mais dont la complexité exige une prise en charge plus globale :

- la détection des désordres mentaux : la grande majorité des personnes violentes ne souffrent d'aucune maladie mentale, et la majorité des malades mentaux ne sont pas violents. Cependant, certaines pathologies psychiatriques peuvent provoquer chez les malades atteints, des actes de violence : les personnes dites « border-line », les schizophrènes, les troubles maniaques, et quelques pathologies organiques (24).
- La lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants
- La lutte contre la criminalité

D'autres facteurs ont également été associés à l'augmentation de la violence en milieu de travail (24) :

- Le stress
- Le manque d'estime au travail : il peut être la cause de violence à l'encontre de la hiérarchie ou des représentants de l'autorité au travail : ainsi le nombre de gérants ou directeurs tués aux USA en 1994 atteignait la première place parmi les victimes de violence. Dans la base de données EPICEA sur les accidents mortels,

sur huit ans, les directeurs et autres gérants représentent près 10% de l'effectif étudié.

- Les salariés des services de santé et des services sociaux :
- Le travail isolé. Ce facteur de risque a été également mis en évidence grâce à la base de données EPICEA. Parmi les professions fréquemment exposées, citons : les professions de santé, les salariés des services sociaux, les chauffeurs de taxi, les livreurs, les salariés des services de proximité (comme les stations services).
- Les personnes en contact avec le public.

### **1.3 Organisation des locaux de travail**

La CRAM du Languedoc-Roussillon a émis des recommandations en 1999 sur les principes qui doivent régir l'organisation des locaux afin de prévenir le risque d'agression des salariés en contact avec le public (27) :

- Accueil du public sur plusieurs niveaux
- Guichets rapides
- Recours à un tiers en cas d'incident
- Délimitation des zones accessibles au public
- Salles d'attente spacieuses
- Sas avec gâche électronique
- Possibilité d'évacuation du personnel
- Disposition et signalétique des locaux
- Eclairage, acoustique des locaux étudiés
- Equipements divers inamovibles
- Moyens d'alerte pour les travailleurs isolés (alarme avec commande au pied ou hors de la vue de l'agresseur, téléphone mobile, Détecteur d'Alarme pour

Travailleur Isolé : DATI couplé au téléphone mobile)

#### **1.4 Systèmes de sécurité**

De nombreux systèmes de sécurité existent. Citons par exemple :

- Ecrans protecteurs : l'opportunité de l'installation d'écrans physiques entre les salariés et le public doit être étudiée par l'entreprise. Ce type d'installation a montré une certaine efficacité dans la prévention des agressions des pompistes travaillant la nuit.
- Vidéosurveillance
- Trappes pour l'échange des fonds
- Alarmes...

#### **1.5 Organisation des pratiques de travail**

Certaines recommandations peuvent aider à la prévention des agressions :

- l'évacuation périodique des fonds pour les entreprises manipulant de fortes sommes d'argent,
- Adaptation au flux du public (*cf. Annexe VII*)
- Réduction de l'attente du public
- Rotation du personnel
- Amplitude des horaires de travail
- Limitation des échanges d'argent

Il est parfois nécessaire de réorganiser complètement un système de travail afin de diminuer l'exposition au risque.

Ainsi, le métro de Londres surveillait déjà depuis quelques années le nombre des agressions, ce qui lui a permis d'avoir une excellente base de donnée pour analyser

le problème et proposer cette mesure de prévention. L'entreprise s'est dotée de barrières électroniques sophistiquées en remplacement des contrôleurs qui était posté à l'entrée et à la sortie du métro. Ceux-ci étaient régulièrement sujets à des agressions.

L'efficacité des barrières a permis d'économiser plus que ne l'avait estimé l'entreprise. Elle n'a pas eu à licencier ses employés : ceux-ci ont été affectés à d'autres tâches dans les grandes stations : surveillance des nouvelles barrières, aide et orientation des passagers etc. (17)

Cette exemple extrême illustre qu'une réorganisation du travail peut permettre à la fois de réduire les risques, et d'ouvrir à l'entreprise de nouvelles perspectives, mais qu'un programme de prévention réussi, peut nécessiter un bouleversement des habitudes de travail.

Selon Caroline David, chargée de mission à l'ANACT, il existe toujours une corrélation entre agressivité du public et insatisfaction : parfois il est nécessaire de revoir l'ensemble du processus de traitement de la demande en tenant compte aussi bien du « back-office » que du « front office ».

### **1.6 Formation des salariés**

Reconnaître les signes précurseurs d'un acte de violence est essentiel en prévention primaire.

Une étude menée sur des agressions par des patients psychiatriques a conclu que 63% des accidents auraient pu être évités.

Un des signes précurseurs le plus important est le changement de comportement de la personne (28) :

- augmentation de l'agitation

- calme soudain et inattendu
- cris
- attitude hostile
- serrements de poings
- mobilité plus importante de la personne, occupation plus importante de l'espace personnel
- expression de pensées paranoïdes

En réponse à des manifestations de violence, un conseil souvent donné est de garder son calme. L'anxiété, bien que sentiment normal et approprié, a été démontré comme facteur pouvant exacerber la violence de l'incident (28).

Les agresseurs ont besoin de plus d'espace que les autres lors des manifestations de violence. Il ressentent l'intrusion d'une autre personne dans cette espace comme une attaque. Il est donc conseillé de se mettre à l'écart et de communiquer avec eux d'une distance plus importante que celle habituellement utilisée.

De même, le langage corporel est très important. Se tenir directement en face de l'agresseur peut être interprété comme une confrontation. Il est conseillé de se placer sur le côté de la personne violente. Il est conseillé également de ne pas regarder l'agresseur dans les yeux.

Certaines techniques verbales permettent de diminuer le risque de passage à l'acte (29) :

- diminuer la colère de l'agresseur est une compétence primordiale : l'agresseur ne pourra régler un problème de façon appropriée s'il n'est pas calmé : pour cela, il peut être nécessaire de rassurer, interroger, d'être explicatif et de conseiller la personne.

- résoudre un conflit implique de clarifier le problème et d'essayer d'apporter des solutions. L'agresseur ne doit jamais avoir l'impression de perdre la face.
- L'employé et l'agresseur doivent alors mettre en pratique les solutions apportées plus haut. La communication est vitale pour gérer une situation susceptible de dégénérer. Les psychologues disent souvent que, dans la plupart des cas, la personne ne passe pas à l'acte s'il y a dialogue.

Seul un des employé doit dialoguer avec l'assaillant (30). Cela évite le désordre, et permet de fixer un objectif ainsi qu'un interlocuteur pour y arriver.

Lors du dialogue avec la personne violente, il vaut mieux utiliser les mots « comment » et « quand » plutôt que « pourquoi » qui pourrait apparaître comme une provocation.

Le principe est qu'il n'est pas honteux d'essayer d'éviter l'acte de violence : il est mieux de perdre momentanément la face que de risquer une blessure voire pire, de perdre la vie. (70).

### **1.7 Programme d'assistance des employés**

Par exemple mise en place d'un numéro vert d'aide, indication de personne chargée du suivi...

### **1.8 Recherche**

En raison de la complexité du problème, et du manque de données, l'épidémiologie permettrait d'affiner l'analyse, la prévention et le contrôle de la violence en milieu de travail.

La prévention de la violence est un travail multidisciplinaire impliquant (en plus des experts dans le domaine de la prévention et de la santé au travail) : des psychiatres,

des psychologues, des architectes (pour la modification des locaux de travail), des ingénieurs, des services de police, de la justice...

L'analyse des données épidémiologiques est un outil permettant de développer un consensus entre les différentes disciplines et offre un pont permettant de faire passer des propositions et idées d'une discipline à une autre.

Un questionnaire validé pour l'évaluation des actes de violence en milieu hospitalier est le VIF (Violent Incident Form) (13). Nous avons essayé d'adapter ce formulaire pour une utilisation plus large (cf. annexe I).

La recherche et les études permettent également d'établir les conséquences sur l'entreprise de la violence en milieu de travail.

Par exemple, une étude présentée par le Dr Chevillard, médecin du travail en secteur bancaire (Caisse d'Epargne Ile-de-France), portant sur 110 salariés victimes d'agressions par hold-up (34), a montré :

- qu'un suivi plus intensif par le médecin du travail avait été jugé nécessaire dans 85% des cas,
- que 7 salariés (soit 6%) avaient dû être orientés pour un suivi psychologique spécialisé
- que 35 salariés avaient reçu un traitement anxiolytique léger pendant 8 jours, mais 7 (6%) avaient eu besoin d'un traitement antidépresseur,
- que 23 salariés avaient eu un arrêt de travail inférieur à 8 jours (mais deux rechutes parmi eux, 7 un arrêt de 8 à 15 jours, et 2 un arrêt supérieur à un mois,
- l'accident de travail avait été reconnu pour 50 arrêts de travail (soit 45% des victimes), la décision était négative ou non connue pour les autres (refus administratif).

Cependant, afin d'améliorer son efficacité, la recherche sur la violence en milieu de travail, en raison justement de la multi-disciplinarité qu'elle implique, nécessite un travail important que les pouvoirs publics (représenté par le Ministère du Travail ou de la Santé, voir des Caisses d'Assurance Maladie) pourrait organiser.

Un exemple réussi d'étude sur la violence en milieu de travail est une étude finlandaise (25) qui a pu isoler des facteurs de risque précis.

## **II- Prévention secondaire**

Elle dépend essentiellement de la mise en pratique, lors d'une agression des éléments cités en prévention primaire.

Sont importants également :

- la détection des incidents,
- le rôle du médecin du travail lors de la visite médicale et des visites d'entreprise,
- le rôle du CHSCT, de l'encadrement, des délégués du personnels...

## **III- Prévention tertiaire**

### **A- Pourquoi une prévention tertiaire ? : les conséquences d'un acte de violence**

Les conséquences d'un traumatisme lié à un acte de violence dépendent du type d'agression (physique, verbale), et de son intensité (utilisation d'armes...)

- **Les traumatismes physiques** : coupures, fractures etc. En fonction de leur gravité, ils sont systématiquement pris en charge par des praticiens spécialisés et doivent faire l'objet d'un certificat d'accident du travail.
- **Les traumatismes psychologiques** : il s'agit particulièrement du stress aigu immédiat, du stress post-traumatique aigu, différé (de six mois ou plus) ou

chronique (anciennement appelé « névrose traumatique »). Ces pathologies sont répertoriées dans la classification américaine DSM IV et confirmé dans trois études épidémiologiques menées par des médecins du travail des banques. A l'occasion d'un colloque sur les « conséquences médicales et professionnelles suite à un hold-up ou une agression » (31), deux médecins du travail (Dr Stakoski, Dr Chevillard) ont décrit les conséquences des agressions parmi les salariés suivis : manifestations réactionnelles « normales » dans les suites immédiates (reviviscence, trouble du sommeil et cauchemars, culpabilité injustifiée, tendance à l'évitement), et décrit les risques d'évolution vers la « névrose post-traumatique » et ses manifestations : troubles psychosomatiques non spécifiques tels que asthme, ou manifestations plus spécifiques de ce type de phénomène (cauchemars ou reviviscence persistants, perturbation dans les relations avec autrui, agressivité, impression d'être incompris, etc...)

### ***Le syndrome de stress post-traumatique :***

Le syndrome du stress post-traumatique est causé par un traumatisme psychologique, qui généralement se situe hors du champ de l'expérience humaine normale, résultant en une détresse mentale et physique caractérisée par des troubles psychologiques chroniques qui peuvent se manifester chez un petit nombre de personnes à la suite d'un ou d'une série d'incidents critiques : cette maladie atteint des gens qui ont vécu des événements où dans la majeure partie des cas, ils ont été confrontés à la mort.

Les victimes d'actes criminels, les accidentés de la routes ou du travail, les militaires qui ont servi dans des pays en conflit, sont des personnes qui peuvent souffrir de stress post-traumatique.

Il se voit le plus souvent après une agression violente mais peut être une conséquence également d'agressions mineures. Il peut se pérenniser, devenir chronique, très douloureux. Ce syndrome post traumatique est connu par les militaires depuis plus d'un siècle.

**Les symptômes principaux de ce syndrome sont**

1) **des souvenirs accablants et envahissants**, parfois à l'occasion de cauchemars ou de «flash-back ». Sont associés également une sensation d'anxiété, une augmentation de la tension musculaire (avec myalgies, maux de tête), une perte de la concentration,

2) **l'évitement de certaines situations** qui rappellent l'événement avec un **émoussement des réactions générales** (engourdissement, anesthésie émotionnelle),

3) **une hyperactivité**

A moins d'une prévention par un débriefing post-accident et des conseils initiés aussitôt que possible, le syndrome post-traumatique peut se pérenniser. Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme, bien qu'il puisse exister un délai de plusieurs mois ou même de plusieurs années avant que les symptômes apparaissent (*cf en infra B-3.1 : « Soins à la victime » pour les recommandations concernant la rédaction des certificats médicaux qui découlent de cet élément*).

La durée des symptômes est variable avec une guérison complète survenant en trois mois dans environ la moitié des cas alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme.

Les risques en l'absence de traitement sont la dépression (25 à 30% des sujets souffrant d'un stress post traumatique), une consommation abusive de drogue,

d'alcool ou de médicaments (environ 50%), un trouble panique, de multiples évitements phobiques et des problèmes de santé. (32)

## **B- Eléments de la prévention tertiaire**

Voici quelques éléments de prévention tertiaire après un acte de violence :

### **3.1 Les soins à la victime (sur place et consultation médicale précoce)**

Le médecin du travail doit participer à l'organisation des règles de premiers secours. Il s'agit ici d'organiser la prise en charge des conséquences physiques de l'agression (formation des secouristes du travail, consignes de premiers secours ...), mais également préparer le débriefing post-accident. Si le médecin du travail ne peut lui-même assurer ce débriefing, une personne contact (psychiatre, psychologue par exemple) doit être désignée.

Nous avons indiqué en annexe 2, quelques services pouvant assurer le débriefing post accident.

La nature des blessures (psychiques ou physiques) doit être notée et détaillée avec soin, en raison des conséquences médico-légales, et si possible photographiée.

La consultation médicale précoce (avant trois jours) pourra permettre l'administration d'un petit anxiolytique ou somnifère et surtout la rédaction d'un certificat médical initial, pièce médico-légale très importante, car nombre de caisses refusent la prise en charge en accident du travail si le salarié n'a pas consulté de médecin.

Le médecin du travail pourra également conseiller le médecin sur les modalités de déclaration de l'accident de travail : il convient par exemple dans les cas les plus graves, de mettre « soins sur six mois » et à six mois « consolidé mais non guéri ».

En cas de rejet, le médecin traitant ou médecin du travail devra prendre contact avec le médecin conseil. Une circulaire de la CNAM du 8 février 1982 propose des recommandations pour une meilleure reconnaissance de ce type d'accident . Un arrêt de travail d'un mois permet de recourir à la CIVIP (commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions Pénales) qui siège dans chaque tribunal de grande instance.

### ***3.2 Le nettoyage du lieu de travail***

Si le lieu de travail a été endommagé pendant l'accident, il doit être inspecté pour déterminer s'il n'est pas dangereux d'y retravailler.

Le médecin du travail, en raison de son rôle dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles peut donner son avis. Sa présence peut par ailleurs avoir un effet rassurant pour les salariés.

Les bris de glace et les taches de sang doivent être nettoyés (le port de protection est alors obligatoire pour le personnel) et les équipements endommagés réparés ou remplacés.

Tant que la sécurité et la propreté des lieux n'ont pas été restaurées, le local de travail ne doit pas être à nouveau utilisé.

### ***3.3 Le débriefing post- accident***

Il doit être mené par une personne qualifiée et expérimentée, soit en interne (médecin du travail, infirmière du travail, psychologue du travail) si les personnes sont compétentes et formées, soit en externe par un spécialiste (psychiatre en ville ou dans un service hospitalier). Une liste des formations sur la gestion du stress

post-traumatique est disponible en Annexe III

Deux impératifs :

- être capable de faire identifier et exprimer l'élément le plus traumatisant de l'accident par la victime.
- pouvoir analyser la situation afin de prévenir sa récurrence. (10)

L'entretien individuel se devra d'être précoce, avant que le traumatisme soit intégré au plan psychique, c'est à dire trois jours, systématique, même en cas d'agression mineure, et très détaillé dans les faits, pensées, émotions.

Les différents objectifs qui peuvent être poursuivis en psychothérapie sont de :

- rassurer le patient et l'informer sur la symptomatologie de sa pathologie
  - permettre d'exprimer ce qui a été vécu
  - aider à l'intégration de cette mauvaise expérience : en évitant une surestimation du danger et une sur-généralisation, et en permettant à la personne de relativiser l'événement.
  - lutter contre l'anxiété
  - proposer une technique d'immersion progressive (afin de lutter contre les phénomènes d'évitement)
  - détecter et prévenir les complications : alcoolisme, toxicomanie, dépression etc..
- (32)

Il existe également des techniques de débriefing collectifs. (33)

**Des grilles d'évaluation** existent pour rechercher et évaluer le degré de stress post-traumatique :

- échelle-évaluation de Steinitz et Crocq
- échelle d'auto-évaluation de Crocq
- échelle IES (Impact of Event Scale) d'Horowitz.

***La prise en charge par le médecin du travail du stress post-traumatique ne doit pas être improvisée et il faut impérativement adresser le patient à un spécialiste s'il ne s'agit plus de prévention mais d'une prise en charge thérapeutique*** . Le praticien doit être capable de mener le débriefing par une formation appropriée. Il est à noter que certains intervenant fréquemment exposés aux phénomènes post-traumatiques ont été victimes d'usure de compassion : il s'agit d'une maladie professionnelle en rapport avec un stress secondaire, résultat d'un envahissement émotionnel progressif. Le poids émotionnel accable alors le médecin, et celui ci a tendance à s'isoler.

L'usure de compassion n'est pas assimilable au « burn-out ». Elle se prévient et se traite de façon différente. Contrairement au « burn-out », elle se déclare brutalement, mais il est possible de la résorber assez rapidement. (36) (37)

Un test d'auto-évaluation : le TUC (Test d'usure de compassion) existe afin de savoir si le praticien est en danger et jusqu'à quel point. (38)

### ***3.4 Déclarer l'accident***

Il existe ainsi dans certains pays des formulaires déclaration des accidents violents en milieu du travail. Cette initiative, peu employée dans notre pays paraît être intéressante. Une étude est en cours par l'équipe du Pr Cabal (St-Etienne) sur l'évaluation des phénomènes de violence dans les hôpitaux.

La déclaration systématique des accidents apportera des données épidémiologiques utiles à la prévention primaire.

Le problème de la mise en place, de la confidentialité et de l'exploitation de ces formulaires de déclaration est un problème important : en effet les conséquence d'une réponse à cette question peuvent être très différente, selon l'organisation mise

en place :

- si ces formulaires de déclaration sont à la charge de l'employeur, il peut s'agir d'un bon moyen d'évaluation de risques, des coûts engendrés par la violence en milieu de travail. Cependant l'aspect médical du problème peut être écarté. De plus les analyses des résultats sur le plan national resteraient difficiles.

- si ces formulaires sont à la charge du médecin du travail, cela permettrait une meilleure évaluation des risques, un meilleur suivi médical. La formation des médecins du travail vis-à-vis de la violence en milieu de travail devrait être renforcée. Par contre, certains salariés seraient peut être réticents à déclarer l'accident par méconnaissance du rôle de la médecine du travail. Le problème de l'évaluation sur le plan national resterait également posé sauf si des structures sont établies par le Ministère du Travail.

- si ces formulaires de déclaration sont pris en charge par les pouvoirs publics, l'évaluation serait favorisée et les solutions apportées plus nombreuses en raison de la possibilité d'impliquer de nombreux intervenants (policiers, magistrats, juges, milieux associatifs, services de prévention...). Mais cela impliquerait une réorganisation ou une organisation de services administratifs spécifiques et l'adaptation des outils (parfois existants) pour exploiter les données.

### **3.5 Analyser l'accident**

Dans les entreprises où il existe, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) doit être convoqué.

L'analyse de l'accident doit être un travail fait conjointement par l'entreprise, les salariés, avec l'aide éventuelle des partenaires habituels de prévention, mais également avec d'autres partenaires : justice, police, municipalité etc.

Le rôle du médecin du travail, quand il est impliqué, peut être celui de coordonnateur entre les différents intervenants.

### **3.6 Réparer le préjudice commis à l'employé**

- La réparation par l'Assurance Maladie :

Actuellement, il est très difficile de faire reconnaître comme maladie professionnelle les conséquences psychologiques d'agression au travail.

Il n'est en effet pas toujours facile d'établir un lien entre la pathologie et le fait accidentel évoqué. La prise en charge, quand elle est acceptée, passe par l'accident de travail plus que par la maladie professionnelle.

Par circulaire DGR n°1329/82 et ENSM n°640/82 du 2 août 1982 relative à la prise en charge, au titre des accidents du travail, des traumatismes psychologiques des personnels des établissements financiers, commerciaux ou industriels à la suite d'une attaque à main armée pour vol, il avait été indiqué que les intéressés pouvaient bénéficier de la présomption d'imputabilité lorsque la maladie apparaissait immédiatement ou quelques jours après les faits et ce lorsqu'ils avaient été directement menacés.

Depuis lors, il a été constaté que de tels faits de sont multipliés, mais qu'ils donnent toutefois lieu à des prises de position divergents par les organismes d'Assurance Maladie.

Des directives semblent avoir été donnée de la part de la Direction des Risques Professionnels aux directeurs des Caisses d'Assurance maladie afin d'améliorer la prise en charge des victimes de traumatismes psychologiques à la suite d'agression.

En cas de refus médical de prise en charge d'accident du travail, la voie de recours est l'expertise médicale, prévue par le Code de la Sécurité Sociale, puis par le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale. (42)

Depuis 1993, lorsque la victime a une incapacité de travail supérieure au deux tiers, elle peut saisir le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) au titre de l'alinéa 4.

Les litiges concernant le refus de reconnaissance par ce comité relèvent du contentieux général de la Sécurité Sociale.

En 1998, un préparateur en pharmacie a fait une dépression nerveuse suite à une série d'agressions et a pu obtenir, grâce au CRRMP une reconnaissance en maladie professionnelle.

Des discussions existent sur la possibilité de créer un tableau de maladies professionnelles lié au stress.

- La réparation par la Justice.

Une réflexion doit être menée par l'entreprise : dans la majorité des cas, le salarié assure seul les procédures de justice lors d'actes de violence en milieu de travail. Or à travers le salarié, c'est également l'entreprise qui peut se considérer comme étant agressée.

Maître Paul Bouaziz, avocat et spécialiste du Droit au Travail, considère que la réparation en justice peut s'envisager en prenant en compte trois points :

- Il n'existe pas de solution juridique actuellement pour les actes d'incivilité (violence à bas niveau : manque de courtoisie, manque de considération etc.)
- Pour les actes de violence plus graves, la solution est alors pénale : l'entreprise peut alors s'impliquer et se porter partie civile car le salarié est une partie

intégrante de l'entreprise.

- Enfin, la responsabilité de l'entreprise dans l'agression est parfois engagée : négligence dans la prévention, dans le traitement... Le salarié pourrait alors se retourner contre l'entreprise elle-même au niveau pénal.

### **3.7 Assurer le suivi de la victime**

- Rédaction d'une lettre émanant du service médical à l'intention du médecin traitant dans le but de le conseiller sur les soins et la rédaction des certificats médicaux (15)
- Création d'un document pour guider le salarié victime d'une agression, tant au niveau médico-social que juridique (15)
- Réalisation d'une note résumant les symptômes éventuellement ressentis par la victime (15)

**TROISIEME PARTIE :**

**ENQUÊTE SUR LE  
TERRAIN**

## Troisième partie : enquête sur le terrain

Voici quelques exemples d'entreprises qui ont mené un programme de prévention contre la violence en milieu de travail.

Il s'agit :

- d'une société de transport en commun de la banlieue parisienne suivie par le docteur D., médecin du travail. Celui ci a participé à un plan de prévention contre la violence,
- d'une société de logement de travailleurs, dont la prévention contre la violence est organisée par le responsable sécurité,
- d'une administration.

### **I- Prévention de la violence dans une société de transport en commun**

Cette société est située dans les Yvelines, son secteur d'activité est urbain et inter-urbain ; elle est la filiale d'un grand groupe :

- en 1992, il y avait 151 conducteurs dont 41 à temps partiel
- en 1998 il y avait 163 conducteurs dont 27 à temps partiel (39)

#### **A- Prévention primaire**

- 1) Evaluation du risque

L'évaluation du risque a été faite par le médecin du travail, de façon subjective par l'interrogatoire lors des consultations, et de façon objective :

- par l'indicateur « accident de travail » : en 1992 il y avait 5 agressions reconnues en accident de travail, responsables de 24 jours d'arrêt, en 1998, il y avait 4 agressions reconnues en accident de travail responsables de 25 jours d'arrêt.

- par le nombre de vitres cassées (49 en 1995, 14 en 1998)
- par l'instauration d'un numéro vert SOS conducteur

Les lignes de bus « à risque » ont ainsi été répertoriées.

Parmi les facteurs retrouvés, la sortie des lycées a été considérée comme un événement qui augmentait le nombre des agressions.

- 2) Contrôle des facteurs favorisants

Des échanges ont été proposés avec la population la plus souvent en cause dans les agressions (jeunes des citées...).

Certains conducteurs organisent des sorties afin de mieux dialoguer avec ces populations.

- 3) Modifications des bus

Il n'y a pas eu de modification

- 4) Systèmes de sécurité

Certains bus ont été équipés d'alarme pour les lignes les plus sensibles.

- 6) Formation des salariés

La formation des salariés a été organisée par le médecin du travail : celui-ci a fait appel à une société spécialisée composée de psychiatres et de psychologues ; la formation est de type cognitivo-comportementaliste ; elle dure 4 jours (3 jours espacés d'une semaine, une journée de bilan et d'approfondissement 6 mois après et une journée de rappel les années suivantes).

Le but de cette formation est de permettre au conducteur : d'identifier les « stressseurs », d'analyser la réaction adaptée ou inadaptée par rapport à ces « stressseurs », de modifier sa réaction physique, comportementale et psychologique face aux « stressseurs », de développer les facteurs de protection et de gérer les situations conflictuelles. Le médecin présente cette formation au

début de chaque session et l'évalue lui-même de façon anonyme trois mois après. Dans la majorité des cas, les conducteurs l'ont trouvé intéressante, la recommandent à leurs collègues, mais en même temps, ils n'estiment pas à la même majorité qu'elle ait un retentissement sur leur vécu et leur comportement.

(39)

- 7) Programme d'assistance des employés

Un numéro vert d'assistance a été mis en place .

- 8) Recherche

Le médecin du travail continue son programme de prévention.

## **B- Prévention secondaire**

Il s'agit principalement de la mise en applications des conseils donnés lors des formations concernant les attitudes à adopter lors d'une agression.

## **C- Prévention tertiaire**

- 1) soins à la victime

- 2) nettoyage du lieu de travail

Les bus sont systématiquement réparés après agression.

- 3) débriefing post agression

Ce débriefing est assuré systématiquement par le médecin du travail. S'il n'est pas capable d'arriver aux objectifs du débriefing, il oriente alors le salarié vers un collègue psychiatre.

- 4) déclaration de l'accident

En 1992 5 agressions ont été reconnues en accident de travail et responsables de 24 jours d'arrêt. En 1998, 4 agressions ont été reconnues en accident de travail et responsable de 25 jours d'arrêt. Cependant, le médecin utilise d'autres indicateurs d'accidents violents que sont : les jets de pierre, les agressions, les

incidents techniques et les menaces verbales signalées (au système d'assistance des conducteurs par exemple). Ces autres indicateurs sont nettement plus importants que les accidents de travail, ce qui souligne la sous évaluation de la violence par le système de déclaration des accidents du travail.

- 5) analyse de l'accident

L'analyse de l'accident s'inscrit dans un projet d'entreprise, dont le médecin du travail est une pièce maîtresse.

- 6) réparation

La réparation des accidents les plus graves s'effectue par le système classique des accidents de travail.

- 7) suivi

Le suivi est assuré essentiellement par le médecin du travail. Pour 50%, des conducteurs agressés, le médecin du travail a prescrit une mutation définitive sur des lignes moins risquées, ce qui a provoqué chez eux un soulagement et a participé à la sédation de la symptomatologie. Un des conducteurs a été suivi pendant un an chez un psychiatre référent et un autre pendant deux mois.

## **II- Prévention de la violence dans une société de logement sociaux**

### **A- Prévention primaire**

- 1) Evaluation du risque

L'évaluation des risques de violence, non seulement à l'encontre des salariés, mais aussi des résidents a été une préoccupation de cette entreprise.

Cette évaluation a été possible grâce à l'organisation d'un « observatoire de la malveillance ». Cette observatoire a pour objectif l'organisation de la réflexion et

de la gestion de la lutte contre la malveillance, la mise en place de structures propres à assurer une meilleure lutte contre la délinquance, et à favoriser une meilleure circulation des instructions et informations concernant la sécurité, et à organiser des actions locales et des mesures techniques de sécurité passive propre à améliorer la sécurité des sites.

Schématiquement, tout acte de violence doit être consigné et transmis au service de sécurité.

Pour cela, a été installé un système de messagerie électronique qui permet au responsable de connaître, détailler et analyser l'acte de violence.

Ainsi en 1996, 75 faits de violence à l'encontre des salariés a été constaté, en 1997 : 62 faits et en 1998 : 32 faits. Ces actes de violence concernent les agressions physiques, viol, injures faits aux salariés.

Les salariés les plus exposés dans ces établissements sont les assistants de gestion (responsables d'établissements chargés de l'accueil, des rappels à l'ordre, et de la collecte des redevances). Il est à signaler que ces salariés cumulent plusieurs facteurs de risque : la manipulation d'argent, le fait qu'ils sont des représentants de l'ordre, qu'ils sont parfois des travailleurs isolés, mais aussi souvent au contact avec le public.

Les agents des cafétérias sont également des salariés exposés. Enfin, les aides (ouvriers de maintenance) sont parfois également sujets à des actes de violence. Signalons que cette évaluation a été effectuée en interne, que les indicateurs que sont l'absentéisme ou les arrêts de travail n'ont pas été utilisés, et que les services médicaux du travail n'y ont pas été associés

- 2) Contrôle des facteurs favorisants

Certains facteurs favorisants ont été contrôlés :

. La manipulation de fond a été largement diminué par l'obligation pour les résidents de régler leur redevance par T.I.P ou par chèque bancaire, et la présence de coffre dans les cafétérias (ce qui évite aux salariés de transporter avec eux des grosses sommes en liquide).

. Des consignes (non obligatoires) ont été données concernant l'habillement des personnels des cafétérias (un viol avait déjà été commis dans un des établissement).

. L'alcool a été clairement identifié comme un facteur d'agressivité et favorisant la violence. On peut en trouver dans les cafétérias de ces établissements.

Malheureusement, et pour des raisons économiques, les boissons alcoolisées n'ont pas été retirées de la vente

#### - 3) Modifications des locaux de travail

. Des efforts ont été dirigés vers l'éclairage car il a été constaté que l'éclairage des voies et des locaux améliore grandement la sécurité.

. Des sorties de secours ont été aménagées dans les bureaux des assistants de gestion et dans les cafétérias.

#### - 4) Systèmes de sécurité

Plusieurs systèmes de sécurité ont été envisagés :

. la sécurisation passive (présence d'un veilleur de nuit), mais qui ne semble pas apporter toute satisfaction, ni à l'employeur, ni au résidents des établissements.

. la sécurisation active par des équipes tournantes dans les différents établissements. Ces équipes sont composées d'agents de sécurité. La sécurisation active a été évaluée en interne par l'entreprise : des améliorations ont été constatées dans certains établissements et dans certaines régions, mais pas dans d'autres.

. la vidéosurveillance réactive qui permet une réaction rapide lors d'une éventuelle agression.

- 5) Organisation (ou réorganisation) des pratiques du travail

Il s'agit en fait de l'application des mesures citées ci-dessus : éviter la manipulation de fond... Un guide pratique de la sécurité a été rédigé par les responsables de la sécurité : ce guide traite des impératifs de la sécurité, des impératifs liés à la législation, et des procédures pratiques de la sécurité.

- 6) Formation des salariés

La formation des salariés à la sensibilisation de la violence en milieu de travail est effectuée en interne sauf pour les agents de sécurité.

La société emploie une centaine d'agents de sécurité. Il bénéficie d'une formation assurée par l'AFEP 88, dispensée dans le LEP des Bruyères (Vosges) par deux officiers en retraite de la gendarmerie. Elle porte sur les aspects suivants :

. conditions légales de l'exercice de leur mission,

. conditions techniques d'intervention,

. conditions psychologiques du travail face aux spécificités de la clientèle de l'établissement.

. conditions d'intervention des services publics de secours et de sécurité.

Signalons cependant l'absence de participation de comportementalistes (psychologues par exemple) lors de cette formation.

- 7) Programme d'assistance des employés

En cas de problème, les responsables d'établissements peuvent s'adresser au correspondant local de sécurité. Celui-ci peut faire intervenir un responsable régional de sécurité (voir national en cas de problème grave).

Une liste de psychologues ou de psychiatres locaux est mis en place par l'observatoire de la malveillance.

Des consignes de premiers secours sont disponibles dans tous les établissements (numéro de téléphone des pompiers, du SAMU...).

Remarquons que les médecins du travail n'ont pas été associés à cette démarche.

#### - 8) Recherche

La recherche en matière de prévention de la violence dans ces établissements, est effectuée à partir des observations et des évaluations disponibles, par les responsables de la sécurité, par l'observatoire de la malveillance, et consignée dans les plans pluriannuel pour l'amélioration de la sécurité.

### **B- Prévention secondaire**

Il s'agit principalement de la mise en applications des conseils donnés lors des formations concernant les attitudes à adopter lors d'une agression, ainsi que de la création de l' « observatoire de la malveillance » qui permet de repérer très précocement les actes de violence en cours.

### **C- Prévention tertiaire**

#### - 1) soins à la victime

des consignes sont affichées dans tous les établissements pour les premiers secours.

#### - 2) nettoyage du lieu de travail

Le nettoyage des locaux en cas de dégradation est une des priorités de la direction.

#### - 3) debriefing post-agression

La direction a conscience de la nécessité d'adresser les salariés victimes de violence à des spécialistes.

Une liste de spécialistes référents est en cours d'élaboration.

La médecine du travail est écartée de la prise en charge des victimes.

- 4) déclaration de l'accident

La déclaration de l'accident est laissée au soin de la victime.

- 5) analyse de l'accident

L'analyse des accidents est effectuée par le responsable de la sécurité. Tous les incidents sont signalés au responsable.

- 6) réparation

L'entreprise ne s'est pas impliqué dans les procédures de réparation.

- 7) suivi

Pour l'instant le suivi médical n'est pas assuré. L'entreprise a du mal à orienter les victimes dans un circuit médical. L'implication du médecin du travail pourrait probablement aider l'entreprise à remédier à ce problème.

### **III- Prévention de la violence dans une administration**

#### **A- Prévention primaire**

- 1) Evaluation du risque

L'évaluation des risques liés à la violence est réalisée par le responsable de la sécurité et par le médecin du travail. Cette évaluation des risques liés aux actes de violence fait partie d'une réflexion plus globale concernant la qualité du service.

Depuis les aménagements récents des locaux de travail, le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail a chuté en 1997 et 1998.

- 2) Contrôle des facteurs favorisants

Un effort a été fait pour éviter les longues files d'attente : il existe désormais plusieurs files.

- 3) Modifications des locaux de travail

Depuis 1995, les structures d'accueils ont beaucoup évolués : les grosses structures capables de recevoir plusieurs centaines d'allocataires ont été divisées en plus petites structures

Un cahier des charges des locaux de travail a été élaboré en collaboration avec l'ANACT (*Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail* :

<http://www.anact.fr/index.html>): ainsi les allocataires ne peuvent rentrer dans les

bureaux des salariés sans autorisation, les banques d'accueil ont été

standardisées : les sièges des salariés ont été surélevés (ce qui semble donner un ascendant psychologique sur d'éventuels agresseurs), l'informatique a été protégée

et intégrée dans les bureaux, un panneau en verre sépare les agents des

allocataires, les objets placés sur les postes d'accueil, dans les salles d'attente et

pouvant être projetés, ont été supprimés. Une allée de circulation à l'arrière des

bureaux a été installée permettant aux agents de pouvoir se déplacer vers les

différents guichets, sans passer par la salle d'attente.

- 4) Systèmes de sécurité

Il existe un dispositif « coup de poing » placé sous le bureau : ce dispositif est relié à une centrale, met en marche une alarme et alerte les vigiles présents dans l'agence.

Les agents de sécurité font partie intégrante du dispositif de sécurité.

- 5) Organisation (ou réorganisation) des pratiques du travail

Une collaboration a été mise en place avec les renseignements généraux, l'AFP

(*Agence France Presse* : <http://www.afp.fr/francais/home/>), les pouvoirs publics : en

fonction des renseignements récoltés par l'entreprise, les agents de sécurité peuvent

être réaffectés vers des agences d'accueil plus sensibles.

- 6) Formation des salariés

Chaque agent d'accueil suit une formation dans le management des relations avec les allocataires (formation interne).

- 7) Programme d'assistance des employés

Il n'a pas été précisé.

- 8) Recherche

Le suivi du nombre accidents du travail avec et sans arrêt est un indicateur à la fois pour le service médical mais également pour la direction.

### **B- Prévention secondaire et tertiaire**

Les mesures prises sont semblables à celles qui ont été réalisées dans la société de logements sociaux.

# CONCLUSION

## Conclusion

La violence en milieu de travail est une nuisance importante.

L'évaluation, quoique difficile permet d'objectiver, et ce, quelque soit la fréquence des actes de violence, quelque soient les pays, la notion de facteurs de risque, plus que celle de professions à risque :

- La manipulation d'argent, de biens de valeurs, de médicaments,
- La dispense de soins, d'enseignement, de conseils,
- Le fait de représenter une certaine autorité (exemple : policiers, contrôleurs...),
- Le travail avec des malades mentaux, des personnes sous l'influence de l'alcool ou des stupéfiants,
- Le travail près ou dans des débits de boisson (restaurants, bars, brasseries, night clubs..)
- Les travailleurs isolés et les travailleurs de nuit.

Parfois, une même profession peut cumuler plusieurs facteurs de risque. Cette notion doit être prise en compte dans l'évaluation du risque.

L'action du préventeur va être multiple :

- Evaluation du risque
- Proposition de méthode de contrôle des facteurs de risque de violence :
  - Proposition d'éventuelles modifications des locaux de travail
  - Proposition de systèmes de sécurité
  - Proposition de modification de l'organisation des pratiques du travail
  - Proposition de formation des salariés
- Mise en place d'un programme d'assistance des employés

- Mise en place des procédures de soins (d'urgence et après l'urgence)  
 Programmation d'un circuit permettant la réalisation d'un débriefing post-agression rapide (dans les jours qui suivent l'agression)
- Faciliter la déclaration de l'accident
- Analyse de l'accident
- Faciliter la réparation
- Assurer un suivi à court, moyen et long terme.

Le rôle du médecin du travail est précieux dans l'organisation de cette prévention.

Les exemples pris sur le terrain ont montré que :

- lorsque le médecin du travail est écarté du plan de prévention, l'aspect médical du problème est occulté ou est mal pris en charge. L'entreprise se prive alors d'un maillon précieux dans un dispositif complexe de prévention qui met en jeu également des ressources extérieures à l'entreprise (psychiatres, psychologue...).
- lorsque le médecin est impliqué en même temps que les autres acteurs de prévention de la violence en milieu de travail, il peut se positionner à la fois en tant que coordonnateur, mais également en tant que conseiller de l'employeur et du salarié.

Parfois, il assure également le suivi, et peut ainsi prévenir la survenue du stress post-traumatique non pas en tant que thérapeute (qui est incompatible avec sa fonction), mais en tant que médecin qui peut détecter les symptômes et orienter le patient si besoin : ce suivi ne doit pas s'improviser et le médecin du travail doit se former dans ce domaine.

La violence en milieu de travail n'est donc pas une fatalité : **des solutions existent à partir du moment où :**

- **les entreprises ne considèrent plus ce problème comme un tabou et ne refusent pas une réorganisation éventuelle des méthodes de travail.** Il s'agit alors principalement d'une question de moyens.
- **les préventeurs ne sous-estiment pas le problème de la violence en milieu de travail :** les chiffres sont là pour les convaincre du contraire. Leur implication nécessite au préalable une formation car ils doivent être capable de proposer une analyse des difficultés, mais également des solutions techniques, des conseils administratifs et médicaux.

Des exemples sur le terrain nous montrent que quand ces deux conditions sont réunies, la prévention de la violence en milieu de travail est efficace !

# **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

- (1) Les conditions de travail dans l'Union européenne, T.S. 10, 1997.
- (2) Linquié N., Berthet M. CHSCT : une utilité démontrée. Un CHSCT face à la violence, Udaf 44, 1998
- (3) Eveillard A., Hold-up : les victimes réclament un meilleur suivi médical, Panorama du médecin, 1<sup>er</sup> juillet 1996, p.8
- (4) Demogeot E., Boitel L., Stress en milieu de travail : enquête épidémiologique descriptive en secteur tertiaire, CAMIP, 1998-1, p.5
- (5) Brennan WJ., Coping with Aggression and Violence at Work, The Safety and Health Practitioner, August 1996,
- (6) Violence en milieu de travail, Objectif prévention, Canada, vol. 21, n°2, 1998, pp 9-22.
- (7) Pecoud B., La violence liée au travail a changé, pas la souffrance, Le Quotidien de Médecin, 18 mars 1999.
- (8) Bowden P., Nursing Mirror, June, 1978
- (9) Damant D., J Dompierre, N. Chauvin, Conclusion d'une recherche : Diverses facettes de la violence en milieu de travail, Objectif prévention, vol 21, n°2, 1998
- (10) Organisation Internationale du Travail, Communiqué de Presse 1998. La violence sur le lieu de travail – un problème mondial. (disponible sur le réseau Internet : <http://www.ilo.org/public/french/235press/pr/1998/30.htm>)
- (11) Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la Criminalité et la Justice, 1996 International Crime (Victim) Survey. 1998.
- (12) CITP-88 Classification internationale type des professions, BITP
- (13) Arnetz J.E, The Violent Incident Form (VIF) : a practical instrument for registration of violent incidents in the health care workplace, Work & Stress, 1998, vol. 12.
- (14) U.S Department of Health and Human Services, Violence in the workplace : risk factors and prevention strategies, Current Intelligence Bulletin 57, DHHS (NIOSH) Publication 96-100, June 1996
- (15) Martinelli C., Action d'une infirmière de santé au Travail dans le milieu bancaire, mémoire DIUST, GIT Revue, 1999, 46
- (16) Salminen S., Violence in the Workplace in Finland, Journal of Safety Research, vol. 28, n°3, 1997

- (17) Poyner B., Working against Violence, Occupational Health, August 1989
- (18) La France en tête de la violence sur les lieux de travail, La Tribune, 21 juillet 1998, P.28.
- (19) Health Services Advisory Committee, Violence to staff in the Health Service, HMSO, London, 1987
- (20) Stockdale J. & Phillips C., Physical attack and new survey, Occupational Health, August 1989
- (21) Arnetz J.E, Arnetz B., Petterson I-L, Violence in the nursing profession : occupational and lifestyle risk factor in Swedish nurses, Work & Stress, 1996, Vol. 10, N°2, 119-127
- (22) LaMar, Work-Related Physical Assault, JOEM, Volume 40, Number 4, April 1998
- (23) Warchaw L.J, Jacqueline Messite, Workplace Violence : Preventive and Interventive Strategies, JOEM, Volume 38, Number 10, October 1996
- (24) Tardiff K, Washinton DC, Assessment and Management of Violent Patients, American Psychiatric Press, 1989
- (26) Occupational Safety and Health Service, Industrial Welfare Division, A Guide for Employers and Employees on Dealing With Violence at Work, Wellington, New Zealand,1995
- (27) Recommandations de la CRAM Languedoc-Roussillon, La prévention du risque d'agression des salariés en contact avec le public, 1999
- (28) Hunger, Fear and Rage, W. Cannon, Bodily Change in Pain, In Introduction to Psychology, New York, 1929
- (29) Turnbull J., Aitken I., Turn it Around : Short-term management for aggression and Anger. Journal of psychosocial nursing, 28 (6), 1990
- (30) Cahill C., Stuart G., In-patient management of violence behaviour : Nursing prevention an intervention, Mental Health Nursing, 12, 1991
- (31) Compte rendu de colloque « les conséquences médicales et professionnelles suite à un hold-up ou agression », Colloque organisé par la Mutuelle Nationale des Caisses d'Epargne (MNCE), direction des services fonctionnels, Hygiène Industrielle et Pathologie Professionnelle, CRAM d'Ile de France, 26 juillet 1996.
- (32) Lebel H., Paquette R., Le stress post-traumatique, quand le choc choque, PsychoMédia Senc, 1996 (ce document peut être consulté sur Internet à l'adresse : <http://204.101.252.126/sdos1men.htm> )

- (33) Freal S., Hold-up bancaire : comment prévenir et réparer le stress psycho-traumatique, Le Quotidien du Médecin, Vendredi 28 février 1997, p.6.
- (34) Conséquence médicale et professionnelles après hold-up ou agression, actes du colloque de 27 juin 1996 à Paris, Mutuelle Nationale Caisse d'Epargne, 1996
- (35) Levinas E., Totalité et Infinie, Ed. Broché
- (36) C.R Figley, Compassion Fatigue, Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized, New York, 1995
- (37) Seligman, Weathersn Williams, Secondary Traumatic Stress : Self-Care Issues for Clinicians, Researchers & Educators, B. Hudnall Stamm, 1995
- (38) Figley R., Larivey M., Test d'Usure de Compassion (TUC), Psychological Stress Research Program, Florida State University, 1997 (le document est disponible en français sur Internet à l'adresse : <http://www.redpsy.com/pro/tuc.html> )
- (39). Desnoyers G, Les agressions dans les transports en commun : rôle du médecin du travail, 6emes journées de médecine du travail, Mai 1999
- (40) Hrogoyen M.F, Le Harcèlement moral, la Violence perverse au quotidien, Syros, 1998
- (41) Helfter C., Se défendre en cas de harcèlement psychologique au travail, Le Monde, Mercredi 5 mai 1999
- (42) Laporte D., responsable de la division réglementation à la direction des risques professionnels de la CNAM, Dossier de Presse du Colloque organisé par la Mutuelle Nationale des Caisses d'Epargne : L'Entreprise face aux agressions et à la violence, « Les conséquences psychologiques d'agressions au travail devraient être reconnues comme maladie Professionnelle »
- (43) Caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, Prévention des risques professionnels, Transports de fonds, programme de formation des personnels affectés aux transports de fonds, Note technique n°10 cdu 336.7
- (44) J. Spencer Felton, Violence Prevention at the Health Care Site, Occupational Medicine, Vol 12, N°4, October-December 1997, p.701
- (45) Centre d'Enseignement au Québec, Résultat de l'enquête sur la violence en milieu de travail et milieu de vie, decembre 1998, <http://ceq.qc.ca/societe/femmes/enquete1.htm>
- (46) M. Kompier, L Levi, Stress at Work, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, 1994

- (47) Figley C.R, Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat, N.Y. Fingley, 1995
- (48) Précarisation et Violences vécues par les Femmes au travail, Recueil de monographies, 1998
- (49) American Psychiatric Association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p.
- (50) Anderson , Stephen D., Post-traumatic Stress Disorder : Recognizing the Signs, The Canadian Journal of Diagnosis, July 1994, pp. 67-75.
- (51) Brunet, Alain, Le syndrome de stress post-traumatique, pamphlet pour la Fondation Québécoise des maladies mentales.
- (52) Martineau, Caroline, Le stress post-traumatique est responsable de troubles psychiatriques très invalidants, <http://www.upml.fr/quotidien/congres/c5877p04.htm>
- (53) Grainger C., Violence : a study of armed hod-up over a four-year period in a single organisation, J Occup Health Safety, Aust NZ 1995, 11(3) : 281-287
- (54) Martel V., Contrer la Violence en milieu de travail, Travail et Santé, Juin 1994, vol. 10, n°2, p5.
- (55) Nelson N., Kaufman J., Fatal and Nonfatal Injuries Related to Violence in Washington Workplaces, 1992, American Journal of Industrial Medicine 30:438-446 (1996)
- (56) Dickson R. Et Al., Violence at Work, Occupational Health Review, November/December 1993
- (57) Lucci S, Marchand A, Actes Violents au Travail : Conséquences pour la Victime et Modes d'Intervention, Objectif prévention, Vol 21, N°2, p17.
- (58) Robitailles M.J, Violence du bénéficiaire, une mosaïque de besoins et de priorités, Objectif prévention, Vol 21, n°2, 1998, p22.
- (59) Leather P, Lawrence C, Effects of exposure to violence and the mediating impact of fear, Work & Stress, 1997, Vol. 11, N°4, 329-340.
- (60) Krauss, McArthur, Epidemiology of Violent Injury in the Workplace, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p201.
- (61) Lynn, Jenkins, Workplace Homicides : Industries and Occupations at High Risk, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p219
- (62) Toscano, Workplace Violence : An Analysis of Bureau of Labor Statistic Data, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p227.

- (63) Bachman, Epidemiology of Violence and Theft in the Workplace, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p237.
- (64) Barab, Public Employees as a Group at Risk for Violence, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p257.
- (65) Cabral, Policies for developing Workplace Violence Prevention Strategies, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p303.
- (66) Askari, Tools for Developing a Workplace Violence Prevention Program, Occupational Medicine : State of Art Review, Vol. 11, n°2, April-June 1996, p363.
- (67) Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France, Charte de l'utilisateur, Plan de développement 1999/2002.
- (68) Guillemainault C., Violence et troubles du sommeil, Organisation du Travail et Sommeil, Masson
- (69) Violence, Nurses at Risk, p140.
- (70) Grainger C. Occupational Violence : managing the risk of assault in the workplace, J Occup Health Safety – Aust NZ 1993, 9(1): 43-47.
- (71) Kedjidjian C., Violence at Work : Is Anyplace Safe ?, Safety+Health, October 1993, P.79
- (72) Smith S.L, Violence in the Workplace : a cry for help, Occupational Hazards, October 1993, p29.
- (73) Harkness L., Part of the job ? A study of violence at work, Occupational Health Review, January/February 1997, p.25.
- (74) Lachance A., Trucs et Conseils anti-violence, Prévention au Travail, Octobre-Novembre-Décembre 1996, p.14.
- (75) Hatch M., Moline J., Women, Work, and Health, American Journal of Industrial Medicine 32:303-308 (1997)
- (76) Cole L and Al., Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace, Scand J Work Environ Health 1997;23:450-7
- (77) Mutuelle Nationale Caisse d'Epargne, L'entreprise face aux agressions et à la violence, Actes du Colloque du 14 octobre 1999 à Paris.
- (78) Peltier C., Les cabinets médicaux en proie à l'insécurité, Bulletin de l'Ordre des Médecins, Février 2000-09-20
- (79) Grainger C., Risk management and occupational violence : reflections on a Saudi experience, Occupa Health Safety, Aust NZ 1997, 13(6): 541-547

(80) Boxer P., Assessment of Potential Violence in the Paranoid Worker, JOM, vol3 35, Number 2, February 1993

(81) AMTB (Association des Médecins du Travail des Banques), Compte rendu ordinaire de l'association qui s'est tenue le 16 mars 1999 dans les locaux du CIC Paris

(82) Hales T., Seligman P., Occupational Injuries due to Violence, Journal of Occupational Medicine, Vol. 30, n°6, June 1988

(83) Poyner B, Working against violence, Occupational Health, August, 1989

# ANNEXES



**Résultat :**

- Blessure physique : décrire : .....
- Pas de blessure physique       Peur       Anxiété
- Honte       Culpabilité       Déception
- Pas de réaction       Autre : décrire : .....

**Avez vous :**

- Porté plainte ?       Déclaré l'accident ?

## Annexe II

### Prise en charge du stress post-traumatique : adresses utiles

#### I- Au niveau national

##### ***Cellule Nationale d'urgences médico-psychologiques***

Mise en place par le Pr Crocq et Xavier Emmanuelli (ministère de l'Action humanitaire) depuis fin juillet 1995.

Elle est composée de psychiatres et de psychologues.

**Elle n'intervient qu'en liaison et à la demande du SAMU (composer le 15)**

##### ***Groupe d'Intervention Post-agression (GIP)***

Intervient sur place à Paris et sur toute la France, à la demande et par contrat pour le débriefing et le suivi psychologique.

2 rue Enghien, 75010 Paris

Tel : 01-47-70-10-85

Fax : 01-40-22-06-16

##### ***Association d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) : prise en charge axé plutôt sur l'assistance juridique.***

14 rue Ferruss, 75014 Paris

Tel : 01-45-88-19-00

Tel : 01-45-88-18-00 (Paris : aide aux victimes de 11h à 18h)

##### ***CLAVIF : Comité de Liaison d'Aide aux victimes en Ile de France***

14 rue Ferrus, 75014 Paris

#### II- Consultations hospitalières spécialisées dans le syndrome de stress post-traumatique

##### ***Paris et région parisienne :***

- Service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Antoine, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.  
Tel : 01-49-28-26-35 ou 39
- Service de psychiatrie de l'hôpital Henri Mondor, 51 avenue du maréchal De-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil  
Tel : 01-49-81-21-11

- Service de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des armées Percy, 101 avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart  
Tel : 01-41-46-60-00
- Service de psychiatrie adulte de l'hôpital Necker-Enfants Malades (Pr Crocq), 149 rue de Sèvres, 75015 Paris  
Tel : 01-44-49-41-03
- Service de psychiatrie de l'hôpital Cochin, 27 rue du Faubourg-Saint-Martin, 75014 Paris  
Tel : 01-42-34-45-95
- Institut de victimologie (établissement privé subventionné)  
16 rue Jean Leclerc, 75017 Paris  
Tel : 0140-25-04-04

**Province :**

- Lille : Service de psychiatrie, USN, 6 rue du Dr Laguesse, 59000 Lille  
Tel : 03-20-44-45-84
- Lyon : consultation d'aide aux victimes, hôpital Edouard Herriot, 5 place Aronval, 69003 Lyon  
Tel : 04-72-11-78-56
- Marseille : service de psychiatrie de l'hôpital de la Timone, boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille  
Tel : 04-91-38-55-99

## Annexe III

### Formation dans la gestion du stress post- traumatique

- **STIMULUS**  
Stage de formation à la gestion du stress post-traumatique et affirmation de soi.  
320 rue Saint-Honoré, 75001 Paris  
Tel : 01-42-96-92-62
  
- **IFAS : Institut français de l'anxiété et du stress**  
5 rue Kepler, 75116 Paris  
Tel : 01-53-23-05-20
  
- **CISP : Centre international des sciences criminelles de Paris**  
Préparation au diplôme de victimologie et de gestion du stress post-traumatique  
de l'université américain de Washington DC  
78 avenue des Champs-Élysées, 75008 Paris  
Tel : 01-42-56-02-01
  
- **Diplôme universitaire : Université Paris V René Descartes**  
Laboratoire d'anthropologie et écologie humaine  
45 rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 06  
Tel : 01-42-86-20-34
  
- **Diplôme universitaire : Université Pierre et Marie Curie**  
« Stress et santé publique », hôpital Saint-Antoine  
15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris  
Tel : 01-49-28-26-39

## Annexe IV

### Lutte contre le harcèlement psychologique au travail

#### - **Les Centres de Consultation de Pathologie Professionnelle**

Avis médical spécialisé et pluridisciplinaire (médecin inspecteur, psychiatre, psychologue et éventuellement suite de prévention en entreprise).

Hôpital Cochin (Pr Conso)  
27 rue du Faubourg Saint-Jacques  
75014 Paris  
Tel : 01-42-34-14-42

Hôpital Fernand Widal (Pr Dally)  
200 rue du Faubourg Saint-Denis  
75010 Paris  
Tel : 01-40-05-41-92

Hôpital Raymod Poincaré (Pr Ameille)  
104 boulevard Raymon Poincaré  
92380 Garches  
Tel : 01-47-10-77-52 ou 01-47-10-77-53  
Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (Pr Pairon)  
36/40 avenue de Verdun  
94010 Créteil  
tel : 01-45-17-50-30

Hôtel Dieu (Dr Leger)  
1 Place du Parvis Notre-Dame  
75181 Paris Cedex 04  
Tel 01-42-34-82-43

#### - **Association Mots pour maux au travail**

16 rue des Cailles, 67100 Strasbourg  
Tel : 03-88-65-93-38  
Internet : <http://www.multimania.com/XAUMTOM>

#### - **Association nationale des victimes de harcèlement psychologique au travail**

ANVHPT, Maison des associations  
3 bld des Lices, 13200 Arles  
Tel : 04-90-93-42-75

## **Annexe V**

### **Plan de prévention de la violence en milieu de travail**

#### **A- Prévention primaire**

- 1) Evaluation du risque (formulaire de déclaration, facteurs de risque...)
- 2) Contrôle des facteurs de risque de la violence en milieu de travail
- 3) Modifications des locaux de travail
- 4) Mise en place de systèmes de sécurité
- 5) Organisation (ou réorganisation) des pratiques du travail
- 6) Formation des salariés
- 7) Programme d'assistance des employés
- 8) Recherche sur les moyens de prévention de la violence en milieu du travail

#### **B- Prévention secondaire**

Mise en pratique des conseils donnés en formations

#### **C- Prévention tertiaire**

- 1) soins de la victime
- 2) nettoyage du lieu de travail
- 3) débriefing post-agression
- 4) déclaration de l'accident de travail
- 5) analyse de l'accident de travail
- 6) réparation
- 7) suivi

## Annexe VI

### Accidents du travail en Languedoc Roussillon (1990-1994) :

#### Exemple de statistiques exploitables à partir des bases de données des CRAM

### Accidents du travail en Languedoc Roussillon EM 98.03: rixes et attentats sur 5 ans (1990 à 1994)

sur 793 cas                      aspects technologiques

sexe de la victime		NB	%
1	homme	450	56,7%
2	femme	343	43,3%
totaux		793	100%

âge de la victime		NB	%
1	non précisé	0	
2	moins de 20 ans	7	0,9%
3	de 20 à 24 ans	73	9,2%
4	de 25 à 29 ans	131	16,5%
5	de 30 à 34 ans	118	14,9%
6	de 35 à 39 ans	103	13,0%
7	de 40 à 49 ans	241	30,4%
8	de 50 à 59 ans	92	11,6%
9	de 60 à 64 ans	14	1,8%
10	65 ans et plus	14	2%
totaux		793	100%

nationalité		NB	%
1	non précisé	35	4,4%
2	France	730	92,1%
3	-		
4	Pays étrangers	21	2,6%
5	C.E.E.	7	0,9%
totaux		793	100%

lieu de l'accident		NB	%
1	non précisé	2	0,3%
2	trajet A/R du domicile au lieu de travail	47	5,9%
3	déplacement pendant les heures de travail pour le compte de l'employeur	16	2,0%
4	lieu de travail habituel (atelier ou chantier)	728	91,8%
5	domicile du travailleur	0	
totaux		793	100%

qualification professionnelle		NB	%
1	non précisé	17	2,1%
2	cadres et techniciens, agents de maîtrise	93	11,7%
3	employés	404	50,9%
4	apprentis	-	
5	-	-	
6	ouvriers non qualifiés	73	9,2%
7	ouvriers qualifiés	152	19,2%
8	divers	54	6,8%
totaux		793	100%

nature des lésions		NB	%
1	non précisé	32	4,0%
2	fracture, fêlure	29	3,7%
3	brûlure	11	1,4%
4	gelure		0,0%
5	amputation	1	0,1%
6	plaies (coupure, écorchure, autres plaies) sauf piqûre	103	13,0%
7	piqûre	3	0,4%
8	contusion	302	38,1%
9	inflammation		0,0%
10	entorse	22	2,8%
11	luxation	5	0,6%
12	asphyxie		0,0%
13	commotion	1	0,1%
14	présence d'un corps étranger	2	0,3%
15	hernie		0,0%
16	douleur, effort, lumbago	58	7,3%
17	intoxication		0,0%
18	dermite		0,0%
19	troubles visuels	4	0,5%
20	troubles auditifs		0,0%
21	déchirure musculaires ou tendineuse	5	0,6%
22	lésions nerveuses	1	0,1%
23	lésions de nature multiple	139	17,5%
24	divers	75	9,5%
totaux		793	100%

siège des lésions		NB	%
1	non précisé	68	8,6%
2	tête (yeux exceptés)	23	2,9%
3	yeux	243	30,6%
4	membres supérieurs (mains exceptées)	25	3,2%
5	main	50	6,3%
6	tronc	56	7,1%
7	membres inférieurs (pieds exceptés)	51	6,4%
8	pied	53	6,7%
9	localisations multiples	2	0,3%
10	sièges internes	222	28,0%
totaux		793	100%

**Accidents du travail en Languedoc Roussillon  
EM 98.03: rixes et attentats sur 5 ans (1990 à 1994)**

aspects technologiques sur 793 cas		nb AT	effectif en 1995	Indice pour 100 000 salariés	nb risques concernés
O1	METALLURGIE	18	29 518	122	10
O2	BATIMENT ET T.P.	22	42 433	104	11
O3	BOIS	2	4 923	81	2
O4	CHIMIE	1	8 387	24	1
O5	PIERRES ET TERRES A FEU	8	5 847	274	5
O6	CAOUTCHOUC, PAPIER, CARTON		1 990	0	
O7	LIVRE	2	4 761	84	1
O8	TEXTILE		2 757	0	
O9	VETEMENTS		2 861	0	
10	CUIRS ET PEAUX	1	1 558	128	1
11	ALIMENTATION	132	41 337	639	18
12	TRANSPORT ET MANUTENTION	68	20 946	649	10
13	EAU, GAZ, ELECTRICITE	5	2 328	430	2
14	COMMERCES NON ALIMENTAIRES	27	46 526	116	14
15	INTERPROFESSIONNEL	507	204 569	496	38
TOTAUX		793	420 741	377	113

avec une approche par risque, on constate

RISQU	CTN	désignation activité	nb AT	% sur total de 793 cas	% cumulé	effectif en 1995	nb etab. en 1995
851aa	15	ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIVES CLINIQUES GENERALES OU SPECIALISEES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS GENERAUX OU SPECIALISES DISPENSAIRES ETC	160	20,2%	20,2%	16 152	258
751aa	15	ADMINISTRATIONS LOCALES(COMMUNALE, DEPARTEMENTALE REGIONALE, Y COMPRIS LEURS ETABLISSEMENTS PUBLICS).	80	10,1%	30,3%	24 357	2 584
853aa	15	ACTION SOCIALE SOUS TOUTES SES FORMES Y COMPRIS GARDERIES,HALTES-GARDERIES,CENTRES DE READAPTATION FONCT.REEDUC PROF.CAT(PERS ADM ET ENSEIG)	76	9,6%	39,8%	14 253	967
521da	11	SUPERMARCHES (surface de vente < 2 500 m²)	44	5,5%	45,4%	6 222	223
521fa	11	HYPERMARCHES (surface de vente > 2 500 m²)	36	4,5%	49,9%	6 062	31
651aa	15	ORGANISMES FINANCIERS	34	4,3%	54,2%	7 712	764
746za	15	AGENCES PRIVEES DE RECHERCHES ENTREPRISES DE SURVEILLANCE SANS TRANSPORTS DE FONDS	34	4,3%	58,5%	1 879	148
602aa	12	TRANSPORTS URBAINS DE VOYAGEURS	27	3,4%	61,9%	1 005	15
753aa	15	SECURITE SOCIALE	17	2,1%	64,1%	5 072	99
853ha	15	STAGIAIRES DES CENTRES FORM PROFESSIONNELLE DE READAPTATION FONCTIONNELLE REEDUCATION PROFESSIONNELLE	13	1,6%	65,7%	170	85
521ca	11	SUPERETTES	11	1,4%	67,1%	1 436	211
521ba	11	COMMERCE D'ALIMENTATION GENERALE	10	1,3%	68,3%	3 071	1 138
<b>12 métiers sur 113 touchés en 5 ans représentent</b>			<b>542</b>	<b>68,3%</b>		<b>87 391</b>	<b>6 523</b>

## Annexe VII

### Propositions de moyens en vue de faciliter le service à la clientèle

#### PROPOSITIONS DE MOYENS EN VUE DE FACILITER LE SERVICE À LA CLIENTÈLE

##### **1** L'accessibilité des services

- Posséder une politique de gestion des appels téléphoniques.
- Posséder un tableau indiquant à la téléphoniste les présences et les absences du jour, les absences prévisibles 2 ou 3 jours à l'avance.

##### **2** La réduction du délai du service

- Minimiser les temps d'attente.
- Déterminer avec le personnel des délais maximaux pour retourner un appel.
- Gérer les rendez-vous en ayant à l'esprit le délai de service et les besoins du prestataire.
- Tenir compte des messages expédiés avec les chèques dans l'organisation de l'accueil.
- Tenir compte du nombre de prestataires en attente pour l'organisation du travail afin d'assigner les ressources nécessaires à l'accueil.

##### **3** La gestion de la file d'attente et de l'achalandage

- Développer un système d'attente par exemple, numéros, ligne au sol que la clientèle ne doit pas dépasser, etc.
- Inviter le prestataire à s'asseoir dans la salle.
- Afficher des consignes visuelles dans la salle.

##### **4** L'établissement d'un contrat clair avec le prestataire

- Informer le prestataire de ses droits et de ses obligations.
- Informer clairement le prestataire des délais de retour d'appel, de prise de rendez-vous et de la livraison du service.
- Informer le prestataire de la politique d'appel téléphonique (moment de disponibilité de l'agent pour recevoir et retourner les appels).
- Sensibiliser le prestataire sur son comportement agressif.

##### **5** La réduction de l'inquiétude de la clientèle

- Favoriser la présence de la même personne à la réception (meilleure connaissance de la clientèle).
- Réduire la multiplication et la diversité des acteurs auprès du prestataire.
- Avoir le souci de la confidentialité.

Source: Annexe 2 du document Principes et moyens... (3).

Document extrait de l'article de Vicki Martel, Contre la violence en milieu de travail, Travail et Santé, Juin 1994, Vol. 10 n°2

**Mots clés** : prévention, violence, médecine, travail, stress, post-traumatique, formation.

**Résumé** :

La violence en milieu de travail est une préoccupation de plus en plus importante dans notre société. Les acteurs de prévention et en particulier les médecins du travail peuvent être interpellés sur ces phénomènes de violence au travail.

L'évaluation au niveau national par l'étude des statistiques des bases de données des organismes d'Assurance Maladie, et au niveau international, par l'étude de la littérature, objective des facteurs de risque professionnels : la manipulation d'argent, de biens de valeur, de médicaments, la dispense de soins, d'enseignements ou de conseils, le travail isolé ou de nuit, le travail avec des malades mentaux, des personnes sous l'influence de l'alcool ou de stupéfiants, le travail près ou dans des débits de boisson, le fait de représenter l'ordre ou une certaine autorité.

A partir de l'évaluation de ces facteurs de risques, il est possible d'établir un plan de prévention :

- prévention primaire (contrôle des facteurs favorisants, modification des locaux de travail, mise en place de systèmes de sécurité, organisation des pratiques de travail, formation des salariés, programme d'assistance des employés, recherche),

- prévention secondaire (application des conseils donnés lors de la formation)

- prévention tertiaire (soins à la victime, nettoyage des locaux de travail, débriefing post-agression, déclaration de l'accident de travail, analyse de l'accident, réparation de l'accident du travail, suivi).

L'expérience sur le terrain montre que lorsque le médecin du travail est écarté de ce plan de prévention, l'entreprise est privée d'un maillon essentiel, en particulier pour tout ce qui est évaluation du problème de la violence en entreprise, organisation de la prévention, recherche de solutions techniques, détection des troubles secondaires, orientation vers d'autres milieux médicalisés...