

**Rapport sur les violences subies
par les professionnels de santé**

*Rapport présenté par
Georges Costargent et Michel Vernerey
inspecteurs généraux des affaires sociales*

*Rapport n° 2001.110
Octobre 2001*

La ministre de l'emploi et de la solidarité a demandé à l'IGAS de diligenter une mission à propos de la violence subie par les professionnels de santé et des situations d'insécurité auxquelles ils se trouvent confrontés. MM. Costargent et Vernerey ont été désignés pour effectuer cette mission. Ils ont conduit leurs investigations en tenant compte des travaux partenariaux et multidisciplinaires en cours, auxquels ils ont été associés (DHOS, DIV, etc.) et ont rencontré, à Paris et en région -au cours de 17 déplacements- environ 350 professionnels de santé. Ils ont dressé l'état des lieux des violences et de l'insécurité, relevé les réponses des professionnels de santé et formulé des recommandations.

• L'appréciation quantitative et qualitative des agressions subies par les professionnels de santé doit tenir compte du fait que la société change, faisant évoluer la sphère de l'exercice des activités professionnelles et les conditions dans lesquelles ces activités s'exercent. Pour les rapporteurs, la violence au travail subie par les professionnels de santé peut être d'origine interne ou externe. En ayant garde d'oublier que les professionnels de santé ne sont pas les seules victimes de la violence et de l'insécurité. Les malades sont aussi victimes de l'insécurité et de la violence, en ville comme à l'hôpital .

Quelle qu'en soit l'origine, la violence peut prendre une forme physique et/ou psychologique. Les données quantitatives existantes pour mesurer et décrire la violence subie par les professionnels de santé sont les statistiques des crimes et délits établies par la police nationale pour les circonscriptions urbaines et par la gendarmerie nationale pour les zones rurales, ainsi que les statistiques des accidents du travail survenus suite à des violences. Si les données nationales sont homogènes, elles comportent de nombreux biais statistiques et sont insuffisantes pour mesurer les plaintes ou les accidents du travail consécutifs à une agression.

Dans les statistiques dites institutionnelles de la police et de la gendarmerie, les phénomènes les mieux répertoriés sont évidemment les plus graves : les crimes et les délits. S'agissant des quinze dernières années, on constate une progression continue des crimes et délits contre les personnes. Pour l'année 2000, les taux de criminalité pour mille habitants vont de 24,53 dans le Cantal à 139,54 à Paris, la moyenne nationale étant de 60,97. Les cinq départements ayant les taux de criminalité les plus élevés sont, par ordre de criminalité décroissante, Paris, les Alpes-Maritimes, la Seine-Saint-Denis, les Bouches-du-Rhône et le Val-d'Oise. Toutes professions de santé réunies et toutes catégories de crimes et délits confondues, on observe que les infractions subies dans le cadre de l'exercice professionnel ne représenteraient que 7,8% du total des infractions subies et déclarées par ces professionnels.

Les statistiques des déclarations d'accidents du travail, d'accidents de service, d'interruptions d'activité (accidentabilité) prennent en compte l'agression produite au travail et ayant entraîné un arrêt. Les données d'accidentabilité sont produites par les organismes gérant le risque (CNAMTS, hôpitaux, sociétés d'assurance, etc.). Sur 15.908.480 salariés, la CNAMTS dénombrait 8.710 accidents du travail suite à des violences sur le lieu de travail, dont 649 ayant entraîné une invalidité permanente, 17 décès, 405.579 journées perdues. Les arrêts de travail suite à des violences constituent un risque plus important pour les professionnels de santé (2,2 %) que pour l'ensemble des salariés du régime général (1,2%). Les autres séries disponibles éclairent ce constat. En 1999, dans les établissements de santé publics, le taux de fréquence diminue

de nouveau sensiblement, de 28% en 1998 à 26% en 1999. Les accidents de travail avec arrêt concernent actuellement 4,6% de l'effectif moyen annuel (contre 4,9% de l'ETP de l'année précédente). Il s'avère que la taille de l'établissement n'est pas discriminante de la fréquence des accidents du travail, que les accidents dus au contact avec les malades agités représentent par leur fréquence la cinquième cause d'accidents du travail et que les agressions les plus nombreuses se produisent en psychiatrie, aux urgences, en médecine et en long séjour (personnes âgées). Les victimes sont par ordre décroissant les infirmiers, les aides-soignants, les agents de service hospitalier et les para-médicaux.

Au sein des professions de santé exerçant en ville (environ 300.000 salariés et non-salariés), les pharmaciens officinaux constituent la profession de santé la plus exposée aux agressions. Pour les 91.900 salariés du commerce de détail des produits pharmaceutiques, l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt est de 6,7% contre 3,2% dans l'ensemble des métiers du commerce non-alimentaire. Concernant les professionnels de santé exerçant en établissement, les 253.412 salariés du secteur d'hospitalisation privée sont soumis au régime général des accidents du travail et les 788.449 agents hospitaliers publics sont couverts au titre du risque accident du travail par leurs employeurs. Par exemple, à l'AP-HP (86.995 salariés), le taux d'exposition aux accidents du travail (94) survenus suite à violence avec arrêt de travail s'établit à 0,11%.

Dans les autres établissements de santé visités ou ayant répondu à l'enquête, on constate des écarts non corrélés entre établissements. Le taux d'exposition aux accidents de travail survenus suite à des violences varie de 0,11 % à 2,07 %. C'est dans les établissements psychiatriques qu'il est le plus élevé.

Les limites des statistiques se rapportant à la violence et à l'insécurité et/ou à l'accidentabilité conduisent à souligner l'intérêt des enquêtes de victimation qui constituent une nécessaire correction des données statistiques de la criminalité ou de la sinistralité. Une enquête (DARES) révèle que « la sous-estimation » des accidents du travail est de 8,5%. Seulement un fait d'insulte sur douze et un fait de menace sur six seraient déclarés (enquête IHESI).

Cependant la difficulté à mesurer l'insécurité ne doit pas masquer sa réalité. L'insécurité, telle que nos interlocuteurs et témoins affirment la ressentir, revêt deux aspects : d'un côté, ils se disent préoccupés par un problème de société, de l'autre, ils s'étonnent des menaces personnelles dont sont l'objet eux-mêmes ou leurs proches collaborateurs ou leurs collègues. Elle est vécue comme une entrave à l'exercice professionnel. Les risques diffèrent selon la profession exercée : salariés travaillant en établissement avec des risques professionnels accrus pour ceux participant aux activités psychiatriques, aux activités d'urgence ; professionnels de ville exerçant en cabinet regroupant plusieurs professionnels moins exposés que ceux travaillant isolément et que ceux appelés à se déplacer (visites et/ou soins à domicile) ou que ceux exerçant une activité s'apparentant au sens de la sécurité à une activité de commerce (tel est le cas des pharmaciens). La sécurité des professionnels de santé se pose avec une acuité différente selon les zones géographiques, les conditions économiques et sociales et l'environnement urbain des populations. Les conditions d'exercice sont rendues plus difficiles dans certains quartiers sensibles en raison de la délinquance.

• Pour compléter ces données chiffrées et inventorier les réponses apportées au phénomène de violence au travail par les institutions et/ou les groupements

professionnels, la mission s'est rendue dans sept départements franciliens et six métropoles régionales (Lille-Roubaix, Lyon, Marseille, Nantes-Saint-Nazaire, Nice et Strasbourg). Elle a visité seize établissements de santé, des cabinets médicaux et des officines pharmaceutiques. Les rapporteurs ont rencontré près de 350 professionnels de santé (dont des victimes d'agression) et les autorités administratives (préfets, DDSP, DDASS).

Quelques constats :

- *Le retrait des services de santé (cabinet et visites et soins à domicile, officine pharmaceutique) des quartiers difficiles est une réalité. Ces stratégies d'évitement ou de fuite adoptées par les professionnels de santé sont une des réponses et des conséquences de l'augmentation des manifestations de violence et de l'insécurité ressentie. Il ne faut pas interpréter ces replis comme des solutions de facilité. Pour ces professionnels, l'abandon de leur cabinet a un coût économique ; c'est une épreuve professionnelle et humaine douloureuse. Cette désertification rampante est déjà une réalité dans certains quartiers que la mission a visités. Fort heureusement, ce processus n'est pas irréversible.*
- *Parmi les moyens de « sécurisation » des cabinets, la protection contre les intrusions fait partie de ceux auxquels les libéraux pensent d'emblée.*
- *Les visites au domicile des patients vivant dans des quartiers dits sensibles ou à risques exposent le professionnel à un risque de malveillance ou d'agression. Même si le risque réel ne paraît pas toujours avéré, le sentiment d'insécurité n'en demeure pas moins ainsi que ses effets négatifs pour le patient et la qualité des soins.*
- *La permanence des soins n'est pas toujours assurée dans des conditions satisfaisantes (absence de tour de garde, recherche vaine pour trouver un médecin, un chirurgien-dentiste, voire un pharmacien, etc.), sachant que la période de garde peut constituer, notamment dans les zones sensibles, une période à risque élevé.*
- *Dans les établissements de santé soumis à la dotation globale de financement, les effets positifs du plan 2001 de prévention et d'accompagnement des situations de violence ont été constatés. L'enveloppe de crédits alloués aux 481 hôpitaux par les ARH, 110,39 MF, a été supérieure aux 100 MF ouverts. Les réponses apportées par quelques institutions hospitalières visitées (AP-HP, HCL, AP-HM, etc.) et/ou des établissements de santé ayant répondu à l'enquête IGAS/DDASS s'orientent dans trois directions : favoriser l'élément humain (formation, renfort d'effectifs, professionnalisation des métiers de sécurité, etc.), renforcer les moyens techniques (vidéo-surveillance, accès réglementés, etc.), organiser la fonction sécurité et surveillance en lien avec la police. Elles ont un rôle dissuasif et donnent un sentiment de sécurité aux personnels. Les établissements de santé ont orienté leurs actions de prévention et d'accompagnement des situations de violence et de lutte anti-malveillance sur la prévention passive consistant à éviter que ne se produisent des situations de violence, la prévention active visant à préparer l'encadrement et le personnel à faire face aux situations de violence et au suivi et à l'accompagnement des victimes.*

Deux situations à part : les urgences hospitalières et la psychiatrie. Le cas particulier des urgences hospitalières est ainsi caractérisé : forte prévalence de la violence et importance des mesures prises. Si les actes graves demeurent en nombre limité, les actes de violence physique ou d'agressivité s'accroissent, les paroles provocantes ou blessantes deviennent insupportables et entraînent une perte de confiance et de contrôle de la part des agents non expérimentés ou non préparés à ces phénomènes. Les facteurs favorisant cette violence repérés par les professionnels sont l'agencement et l'architecture, les délais d'attente et le manque d'information, la prise en charge des populations à risque (psychiatrie, éthylisme, toxicomanie, etc.) et la qualification et la formation des personnels affectés aux urgences.

Plusieurs études et travaux se rapportant aux établissements psychiatriques et aux secteurs psychiatriques (le personnel des établissements psychiatriques est le plus exposé aux risques de violence) mettent en évidence la perception du phénomène de violence et les interactions violentes entre soignés et soignants. Elles démontrent l'intérêt d'une approche envisageant des facteurs liés aux patients et à leurs proches, des facteurs environnementaux –structurels et organisationnels- et des facteurs liés aux victimes.

• Les cinquante-six propositions formulées par les rapporteurs sont présentées sous sept rubriques : connaître les phénomènes de violence et d'insécurité, prévenir ces phénomènes, traiter le risque professionnel, faire évoluer le droit, accompagner les victimes d'agression, favoriser le partenariat et améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles. Elles constituent à la fois un plan d'action de prévention de la violence, de lutte contre l'insécurité et d'accompagnement des professionnels de santé victimes d'une agression et un programme visant à améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles et les réponses à apporter aux besoins de santé des habitants de ces quartiers. Elles s'énoncent ainsi :

Mieux connaître les phénomènes de violence et d'insécurité

- Promouvoir la réalisation d'études multidisciplinaires et de portée générale sur les phénomènes de violence ;*
- Entreprendre des enquêtes de victimation auprès des professions de santé identifiées à plus forts risques professionnels ;*
- Individualiser, au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité (DHOS), une fonction transversale sur la prévention des accidents du travail des professions de santé ;*
- Améliorer la comptabilisation des infractions pénales relatives à la violence et à l'insécurité ;*
- Encourager les ordres professionnels constitués à créer une fiche de déclaration d'agression ;*
- Améliorer les statistiques d'accident du travail;*
- Généraliser dans les établissements de santé la tenue du registre d'inscription des accidents de travail bénins ;*
- Modifier la nomenclature des bilans sociaux des établissements de santé ;*
- Inciter les établissements de santé, à instaurer une fiche de signalement d'événements indésirables.*

Prévenir les phénomènes de violence et lutter contre l'insécurité

- Favoriser l'insertion, l'implication et la participation des professions de santé et des établissements dans l'élaboration et le suivi des contrats locaux de sécurité ;
- Inviter les préfets à négocier, pour les territoires non inclus dans un CLS, un protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité des professionnels de santé libéraux ;
- Elargir les compétences du sous-comité médical du CODAMU ; cette instance pourrait examiner le protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité ;
- Inciter les professions libérales médicales au sein des unions régionales des médecins libéraux à favoriser des actions en faveur de la sécurité des activités professionnelles de leurs adhérents ;
- Prévoir le financement de ces dispositifs de protection (FRE, FAQSV, etc.) ;
- Rappeler aux professionnels de santé libéraux que ceux qui travaillent seuls courent vraisemblablement plus de risques ;
- Sensibiliser les populations au bon usage des visites à domicile ;
- Envisager, dans les cas où le déplacement s'avère justifié, des modalités d'accompagnement du praticien en visite au domicile du patient ;
- Inciter, en matière de déontologie et de permanence des soins, les conseils et/ou syndicats départementaux des ordres concernés à exercer leurs prérogatives et rappeler aux praticiens défaillants leurs obligations déontologiques ;
- Renforcer la sécurité des officines pharmaceutiques ;
- Rappeler aux pharmaciens d'officine la nécessité d'appliquer les règles édictées ;
- Encourager l'élaboration et l'édition conjointe de guides de sécurité par les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens et les DDSP ;
- Rappeler aux pharmaciens leurs obligations d'assurer la garde durant la nuit ou les dimanches et jours fériés ;
- Inventorier et évaluer (études de coût-efficacité) les procédures mises en place pour sécuriser les modalités d'accès aux officines pharmaceutiques ;
- Évaluer les pratiques en cours des officines pharmaceutiques d'exercice exclusif de nuit ou des officines pharmaceutiques assurant le service au public 24 heures sur 24 et 365 jours par an ;
- Inciter les établissements de santé à produire le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail ;
- Harmoniser les conditions d'intervention et de financement des mesures de prévention des fonds nationaux de prévention des accidents du travail ;
- Poursuivre en 2002 le programme lancé en 2001 de prévention de la violence et d'accompagnement des victimes ;
- Conforter les acteurs de la prévention dans leur rôle de prévention et appeler l'attention des chefs d'établissement sur la nécessité de la formation ;
- Renforcer la lutte contre la malveillance par du personnel et des moyens matériels ;
- Développer la formation initiale et continue à la sécurité ;

- Favoriser la pratique des stages extra-hospitaliers auprès des professionnels exerçant dans les quartiers sensibles, au cours des études et de la formation aux métiers de la santé.

Traiter le risque professionnel

- Identifier les professionnels de santé qui courent le plus de risques ;
- Répertorier les situations de violence prévisibles ;
- Harmoniser les conditions de reconnaissance des accidents du travail et des arrêts de service consécutifs à un accident survenu au travail suite à des violences ;
- Admettre le principe de l'imputabilité au service en cas d'accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail ;
- Envisager, s'agissant des professionnels libéraux -praticiens et auxiliaires médicaux-conventionnés, une modification du régime d'assurance maladie volontaire ;
- Attirer l'attention des préfets sur le fonctionnement des commissions de réforme.

Rappeler et faire évoluer les droits

- Rappeler aux chefs d'établissement leurs obligations en matière disciplinaire ;
- Aggraver les peines encourues en cas d'agression commise sur la personne d'un professionnel de santé ;
- Demander à la Chancellerie d'inviter les Parquets à porter une attention particulière aux plaintes déposées suite à une agression et à envisager des modalités de réparation.

Prendre en compte les répercussions psychiques de la violence, accompagner les victimes

- Inventorier les conséquences économiques et les régimes de réparation des dommages physiques et matériels subis suite à une agression ;
- Rappeler aux administrations hospitalières les dispositifs de la protection judiciaire ;
- Porter une attention particulière à la prise en charge et à l'accompagnement psychologique des professionnels victimes d'accident du travail ou de violence dans l'exercice de leur profession ;
- Prendre conscience que les conséquences physiques et psychologiques des agressions subies sont souvent sous-estimées ;
- Prendre en compte les conséquences psycho-pathologiques du traumatisme subi par la victime et par les tiers (malades, autres professionnels, etc.) impliqués par ces faits de violence ;
- Faire mieux connaître les dispositifs spécifiques de prise en charge et de suivi psychologique existants ;
- Aider et accueillir les professionnels de santé victimes d'agressions physiques et/ou psychiques ;
- Favoriser la désignation et la disponibilité réelle d'interlocuteurs ou correspondants privilégiés des "professionnels à risques" dans les commissariats de police et les unités de gendarmerie.

Partenariat : une exigence à promouvoir, à soutenir et à encourager

- *Rappeler que tout mode de fonctionnement qui fait intervenir plusieurs institutions et plusieurs professions d'exercices différents à la réalisation d'une même mission et/ou de missions complémentaires, requiert un effort de coordination ;*
- *Pouvoir inscrire, dans une convention annexe au contrat de ville de type contrat local santé-ville, l'offre de santé sur un territoire inclus dans le périmètre d'un contrat de ville (à destination par exemple des quartiers sensibles), si les élus, les professionnels de santé et les associations locales en expriment la volonté.*

Améliorer l'exercice des professionnels de santé exerçant dans les quartiers sensibles et répondre aux besoins de santé des populations

- *Eviter que les professionnels de santé cessent d'exercer leur activité dans les quartiers sensibles ;*
- *Faire bénéficier des mesures de défiscalisation (taxe professionnelle, taxe sur les sociétés et impôt sur le revenu, etc.) et d'exonération des charges patronales de sécurité sociale, les professionnels de santé qui exercent ou créent des activités et leur donner la possibilité de réaliser des investissements pour sécuriser leurs lieux d'exercice ;*
- *Améliorer les revenus des professionnels ;*
- *Donner plus de cohérence aux dispositifs de santé ;*
- *Recentrer, par exemple vers les quartiers sensibles, les dispositifs existants (PASS, ASV, etc.) et rendre plus cohérentes leurs mises en œuvre ;*
- *Créer un contrat local santé-ville.*

Les violences dont les professionnels de santé sont victimes dans le cadre de leurs activités professionnelles ne sont le plus souvent que l'expression, à leurs dépens, de la violence "ordinaire" qui règne dans nos sociétés, notamment urbaines. Les violences à l'encontre des professionnels de santé sont un phénomène relativement récent, à l'exception des pharmaciens d'officine, comme si la nature humanitaire ou "sacrée" de leur mission les avait plus longtemps et davantage protégés. Les statistiques officielles de la délinquance, particulièrement dans leur présentation nationale consolidée, rendent assez mal compte de l'acuité croissante de ce phénomène très inégalement réparti. Le phénomène doit être appréhendé au niveau local, infradépartemental. Les violences mineures et les incivilités quotidiennes alimentent l'insécurité ressentie, exacerbant l'importance et la résonance des agressions plus graves.

Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé

Sommaire

TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	V
INTRODUCTION.....	1
1 ETAT DES LIEUX : APPRÉCIATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES VIOLENCES AU TRAVAIL SUBIES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	3
1.1 DONNÉES GLOBALES.....	6
1.1.1 <i>Statistiques de la délinquance</i>	6
1.1.1.1 Les statistiques dites institutionnelles de la police et de la gendarmerie.....	6
1.1.1.2 L'exploitation des données issues du STIC.....	9
1.1.2 <i>Statistiques des déclarations d'accidents du travail, d'accidents de service, d'interruptions d'activité</i>	10
1.1.2.1 CNAMTS.....	11
Résultats bruts de l'année 1999.....	11
Evolution des accidents de travail suite à des violences.....	13
1.1.2.2 Les autres séries disponibles.....	14
Synthèse annuelle des données sociales hospitalières –établissements publics de santé.....	14
Recueil automatisé de données concernant les risques professionnels, PRORISQ.....	15
Les données de la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM).....	15
1.2 DONNÉES PARTIELLES.....	16
1.2.1 <i>Concernant les professionnels de santé exerçant en ville (en cabinet, consultations et/ou visites à domicile)</i>	16
1.2.2 <i>Concernant les professionnels exerçant à titre libéral</i>	17
1.2.3 <i>Pharmaciens d'officine</i>	18
1.2.3.1 La déclaration ordinale des agressions et vols à main armée.....	18
1.2.3.2 Les statistiques d'accidents de travail chez les salariés du commerce de détail des produits pharmaceutiques.....	18
1.2.4 <i>Concernant les professionnels de santé exerçant en établissement</i>	19
1.2.4.1 Fédérations professionnelles (FHF, FHP, FEHAP).....	20
1.2.4.2 Assistance publique-Hôpitaux de Paris.....	21
Violence au travail.....	21
Insécurité, agressivité et violence envers le personnel.....	22
1.2.4.3 Autres établissements de santé visités ou ayant répondu à l'enquête.....	22
Une série longue, celle des Hospices civils de Lyon.....	22
Des taux variables d'exposition aux accidents du travail suite à des violences.....	23
1.3 LIMITES DES STATISTIQUES SE RAPPORTANT À LA VIOLENCE ET À L'INSÉCURITÉ.....	23
1.3.1 <i>L'apport des enquêtes de victimation</i>	23
1.3.2 <i>La difficulté à mesurer l'insécurité ne doit pas masquer sa réalité</i>	24
2 RÉPONSES APPORTÉES AU PHÉNOMÈNE DE VIOLENCE AU TRAVAIL PAR LES INSTITUTIONS ET/OU LES GROUPEMENTS PROFESSIONNELS.....	27
2.1 CABINET ET VISITES ET SOINS À DOMICILE.....	28
2.1 <i>Le retrait des services de santé</i>	28
2.1.1 <i>La sécurisation des cabinets professionnels</i>	29
2.1.2 <i>La sécurisation des visites et soins à domicile</i>	30
2.2 OFFICINE PHARMACEUTIQUE.....	31
2.2.1 <i>Des mesures établies en concertation avec les pouvoirs publics et donc une base normative</i>	31
2.2.1.1 Les mesures de surveillance et de gardiennage.....	32
2.2.1.2 Le problème des stupéfiants et des produits de substitution.....	33
2.2.1.3 Fonctionnement normal de jour.....	34
2.2.1.4 Fonctionnement de garde.....	34

2.3	EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	35
2.3.1	<i>Les effets positifs du plan 2001 de prévention et d'accompagnement des situations de violence</i> 35	
2.3.2	<i>Illustration à l'aide des réponses apportées par quelques institutions hospitalières visitées ou ayant répondu à l'enquête IGAS/DDASS</i>	37
2.3.2.1	A l'AP-HP : équilibre entre prévention de la violence et lutte contre la malveillance, une réelle ingénierie	37
2.3.2.2	Aux Hospices civils de Lyon : une réflexion approfondie des professionnels.....	37
2.3.2.3	A l'AP-HM : la lutte contre la malveillance et contre la violence, un des éléments du contrat de ville, Etat-ville de Marseille	38
2.3.2.4	A Strasbourg, les apports de la médiation sociale et de la police	39
2.3.2.5	Les solutions proposées par les autres établissements de santé	39
	➤ Des mesures de prévention passive	40
	➤ Des mesures de prévention active.....	41
	➤ Dispositifs d'accompagnement et de suivi des victimes.....	41
2.3.3	<i>Deux situations à part : les urgences hospitalières et la psychiatrie</i>	43
2.3.3.1	Le cas particulier des urgences hospitalières: forte prévalence de la violence et importance des mesures prises	43
	➤ La situation observée	43
	➤ constat et facteurs favorisant la violence	43
	➤ mesures prises et/ou envisagées.....	44
2.3.3.2	Le cas particulier de la psychiatrie et du secteur psychiatrique : un taux d'exposition au risque accidents du travail élevé.....	45
	➤ Etudes et rapports décrivant la violence en psychiatrie	45
	➤ Le centre hospitalier spécialisé du Vinatier	47
3	PROPOSITIONS RÉPERTORIÉES EN SEPT RUBRIQUES	49
3.1	MIEUX CONNAÎTRE LES PHÉNOMÈNES DE VIOLENCE ET D'INSÉCURITÉ	49
3.1.1	<i>Développer les études (appréciation qualitative) et améliorer les statistiques (appréciation quantitative)</i>	49
3.1.1.1	Etudes	49
3.1.1.2	Statistiques	50
3.2	PRÉVENIR LES PHÉNOMÈNES DE VIOLENCE ET LUTTER CONTRE L'INSÉCURITÉ.....	51
3.2.1	<i>Harmoniser les conditions d'élaboration, de financement et de mise en œuvre des plans de prévention</i>	52
3.2.1.1	Propositions relatives aux professionnels libéraux	52
	➤ Sécurisation des cabinets	52
	➤ Sécurisation des visites au domicile du patient.....	53
	➤ Permanence des soins	53
3.2.1.2	Propositions relatives aux pharmaciens d'officine	54
	➤ Fonctionnement normal de jour.....	54
	➤ Permanence pharmaceutique et sécurité des personnes qui utilisent leurs services.....	55
3.2.1.3	Propositions relatives aux établissements	55
	Une exigence poursuivre l'effort entrepris	55
	➤ Former les professionnels de santé	56
3.3	TRAITER LE RISQUE PROFESSIONNEL.....	57
3.3.1	<i>Identifier les métiers de santé à risques</i>	57
3.3.2	<i>Reconnaître l'agression physique et/ou psychologique, comme accident du travail</i>	57
3.4	RAPPELER ET FAIRE ÉVOLUER LES DROITS	58
3.4.1	<i>Droit sanitaire</i>	59
3.4.2	<i>Droit pénal</i>	59
3.5	PRENDRE EN COMPTE LES RÉPERCUSSIONS PSYCHIQUES DE LA VIOLENCE, ACCOMPAGNER LES VICTIMES	60
3.5.1	<i>Les conséquences économiques et la réparation</i>	60
3.5.2	<i>L'accompagnement psychologique de la victime</i>	61
3.6	PARTENARIAT : UNE EXIGENCE À PROMOUVOIR, À SOUTENIR ET À ENCOURAGER.....	63
3.6.1	<i>Favoriser le fonctionnement en réseau des professionnels de santé</i>	63
3.6.2	<i>Le fonctionnement en réseau doit recouvrir des réalités diverses et être encouragé</i>	63
3.7	AMÉLIORER L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT DANS LES QUARTIERS SENSIBLES ET RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS	65
3.7.1	<i>Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant leur activité dans des quartiers sensibles</i>	65
3.7.2	<i>Donner plus de cohérence aux dispositifs de santé</i>	66

3.7.3 *Donner un cadre d'action aux communes et aux agglomérations souhaitant prendre un engagement fort avec l'Etat en matière de santé : des contrats locaux santé-ville* 67

CONCLUSION..... **69**

LISTE DES ANNEXES **71**

Le texte des annexes n'est pas disponible sur internet

Table des abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMUHF	Association des médecins urgentistes hospitaliers de France
ANFH	Association pour la formation professionnelle des agents hospitalières
AP-HM	Assistance publique – hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
BIT	Bureau international du travail
CAPS	Cabinet d'accueil et permanence des soins
CARMF	Caisse autonome de retrait des médecins de France
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDC	Caisse des dépôts et des consignations
CEL	Contrat éducatif local
CES	Conseil économique et social
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGT	Confédération générale du travail
CGT-FO	Confédération générale du travail – force ouvrière
CHG	Centre hospitalier général
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIV	Comité interministériel des villes
CIVI	Commission d'indemnisation des victimes d'infraction
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLS	Contrat local de sécurité
CMP	Centre médico psychologique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CODAMU	Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires
CPSP	Centre de permanence de soins de proximité
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DCSP	Direction centrale de la sécurité publique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDSP	Direction départementale de la sécurité publique
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIV	Délégation interministérielle à la ville
ETP	Equivalent temps plein
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEHAP	Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération hospitalière privée

FMF	Fédération des médecins de France
FNA	Fédération nationale autonome
FRE	Fonds de revitalisation économique
HCL	Hospices civils de Lyon
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HL	Hôpital local
HO	Hospitalisation d'office
IHESI	Institut des hautes études de la sécurité intérieure
INAVEM	Institut national d'aide aux victimes et de médiation
INPH	Intersyndicat national des praticiens hospitaliers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPP	Incapacité partielle permanente
ITT	Incapacité temporaire totale
MG-France	Fédération française des médecins généralistes
NAF	Nomenclature d'activité française
OCRB	Office central de répression du banditisme
OCRTIS	Office central de la répression du trafic illicite des stupéfiants
OCT	Over the counter
OPJ	Officier de police judiciaire
PAPRIACT	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDALH	Plan d'action en faveur du logement des personnes en situation de précarité
PLH	Plan local d'habitat
PLIE	Plan local d'insertion par l'économique
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Programme régional de santé
PSPH	(établissement) participant au service public hospitalier
SAMU	Service de l'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SCP	Société civile professionnelle
SEL	Société d'exercice libéral
SHAM	Société hospitalière d'assurance mutuelle
SMPR	Service médico-psychologique régional
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
STIC	Système de traitement des infractions constatées
UNOF	Union nationale des omnipraticiens de France
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
ZFU	Zone franche urbaine
ZRU	Zone de redynamisation urbaine

Introduction

Par lettre du 31 juillet¹, la ministre de l'emploi et de la solidarité a demandé à la chef du service de l'inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission à propos de la violence subie par les professionnels de santé et des situations d'insécurité auxquelles ils se trouvent confrontés, qu'ils exercent en ville ou en établissement. MM. Costargent et Vernerey se sont vu confier cette mission.

Cette saisine se réfère aux termes du discours prononcé par la ministre à l'occasion de la clôture de la rencontre du 12 juillet² avec les professionnels de soins de ville, réunion suivant la rencontre du 25 janvier 2001, et au souhait exprimé par les professionnels d'établir des voies de dialogue entre les différents acteurs du système de soins.

Concluant cette rencontre, la ministre proposait de travailler dans deux directions : une meilleure reconnaissance des professionnels libéraux dans le système de soins et une meilleure gestion du système de soins de ville. C'est en évoquant les métiers, la démographie et la nécessaire réponse spécifique pour les territoires où se pose un problème d'accès aux soins, que la ministre a déclaré « *nous sommes également préoccupés par les questions de sécurité auxquelles se trouvent confrontés les professionnels de santé particulièrement dans les zones urbaines sensibles* » et affirmé « *faire de cette question une de ses priorités.* »

Les rapporteurs ont conduit leurs investigations en tenant compte des travaux partenariaux et multidisciplinaires en cours, auxquels ils ont été associés :

- au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ces groupes sont chargés : du suivi de l'application du protocole du 14 mars 2000 et de la circulaire du 15 décembre 2000³ relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence, de l'organisation des urgences pré-hospitalières et hospitalières, de l'élaboration des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatriques.

- au sein de la délégation interministérielle à la ville du groupe présidé par le docteur Lebas⁴.

Ils ont pris en compte les orientations définies et les décisions prises dans le cadre interministériel par le comité interministériel des villes⁵ et, en matière de sécurité par le conseil de la sécurité intérieure⁶.

¹ Cf. annexe n°1, lettre de saisine de l'IGAS par la ministre de l'emploi et de la solidarité.

² Discours de clôture prononcé par Mme Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, à l'occasion de la rencontre avec les professionnels de santé du 12 juillet 2001.

³ Circulaire DHOS/P1/2000 n°609 du 15/12/2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.

⁴ M. le docteur Lebas s'est vu confier, par le ministre délégué à la santé et le ministre délégué à la ville, la présidence d'un groupe de travail : professionnels de santé et sécurité.

⁵ Voir le projet de relevé des décisions du quatrième comité interministériel des villes (CIV) du 1er octobre 2001. Il amplifie les efforts des pouvoirs publics en faveur de la « renaissance urbaine » dans trois directions et notamment l'amélioration de la qualité de la vie, cite trois mesures (sécuriser les officines pharmaceutiques et cabinets médicaux, regrouper les professionnels de santé dans des « maisons médicales », développer les fonctions de médiateurs santé) visant à sécuriser les professionnels de santé exerçant dans ces quartiers sensibles.

⁶ Récemment, le ministre de l'intérieur a demandé aux préfets d'associer systématiquement les maires aux mesures prises contre la délinquance. Considérant que la sécurité « *c'est l'affaire de toute la société* », le ministre a indiqué

Au cours de leurs investigations à Paris et en région, les rapporteurs se sont attachés à rencontrer (annexe n°2) les représentants ordinaires –médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes-, syndicaux à vocation généraliste (CSMF, UNOF, MG-France, FMF) ou à vocation hospitalière (AMUHF, INPH), les fédérations hospitalières d'employeurs (FHF, FHP, FEHAP) et de salariés (CFDT, CGT, CGT-FO, CFTC), les dirigeants des établissements de santé (directeurs, praticiens hospitaliers, médecins du travail, cadres infirmiers, responsables de la sécurité, représentants syndicaux au sein des CHS-CT) et avec leur acquiescement, les médecins de ville, les pharmaciens ou les personnels médicaux et non-médicaux des établissements de santé, victimes d'agressions.

Ils ont consulté, au plan national, les autorités administratives en charge de la sécurité publique, la direction générale de la police nationale, la direction générale de la gendarmerie, ou de la politique de la ville –délégation interministérielle à la ville-, et, à l'échelon des départements, les préfets de région et de département, les directeurs départementaux de la sécurité publique, les commandants des groupements de la gendarmerie nationale, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, et les médecins inspecteurs de santé publique.

Pour connaître ces phénomènes de violence et d'insécurité, les rapporteurs se sont employés à en dresser l'état des lieux (première partie), à relever les réponses apportées par les professionnels de santé de nature à réduire et à prévenir la violence (deuxième partie), et à formuler (troisième partie) des recommandations confortant la prévention des violences, la réparation des torts faits à la victime et les sanctions pénales visant les auteurs des agressions.

(cf. revue Civique, n°109, juillet 2001) que 527 contrats locaux de sécurité passés par l'Etat et les collectivités locales avaient été signés, 227 étaient en cours d'élaboration, mais que cette démarche devait être approfondie et étendue à la lutte contre la violence dans le sport et à l'amélioration de la sécurité des professions de santé.

1 Etat des lieux : appréciation quantitative et qualitative des violences au travail subies par les professionnels de santé

La société change, faisant évoluer la sphère de l'exercice des activités professionnelles et les conditions dans lesquelles ces activités s'exercent. Or notre société devient de plus en plus sensible à la violence faite aux personnes et particulièrement à la violence subie dans l'exercice d'une profession⁷ ou à l'insécurité à laquelle elle est confrontée. La violence au travail, qu'elle soit physique ou psychologique, se généralise « *franchissant les frontières, elle sévit un peu partout dans le monde, tous contextes et toutes catégories professionnelles confondus.* » Les métiers de la santé, les lieux où ils s'exercent –cabinet médical, cabinet dentaire, cabinet de soin, officine pharmaceutique, domicile du patient, institutions de soins, hôpital- n'échappent pas à cette évolution.

Il n'entre pas dans le cadre de ce rapport de réfléchir et de décrire les causes profondes de la violence. Ce sont les répercussions –physiques et psychiques- sur la pratique professionnelle qui constituent l'état des lieux de ces phénomènes et leur retentissement sur la santé et la sécurité des professionnels de santé qui entrent dans le champ de la mission.

Ces phénomènes de violences au travail et/ou d'insécurité en établissement ou en ville ont été objectivés à l'aide des données statistiques disponibles⁸ et d'entretiens avec de nombreux interlocuteurs notamment les victimes de ces violences.

Sachant que des médecins du travail, des médecins légistes, des psychiatres, des psychologues, des victimologues ont décrit ces diverses formes de violence et analysé leur répercussion sur les victimes, leurs travaux peuvent aider à comprendre et à prévenir ces violences.

Pour les rapporteurs, la violence au travail subie par les professionnels de santé peut être d'origine interne ou externe⁹. Celle externe est exercée à l'encontre des professionnels de santé par des personnes extérieures à l'établissement de santé, ou hors de la clientèle des professionnels d'exercice de ville. Il s'agit fréquemment d'actes de délinquance.

La violence interne doit être examinée sous deux angles. Elle recouvre le champ des agressions physiques ou psychologiques, perpétrées à l'occasion d'une activité de soins. Elle est considérée par de très nombreux professionnels comme inhérente à l'activité de soins et décrite dans les statistiques des accidents du travail (contacts avec les malades agités, rixes et agressions) et dans les statistiques d'infractions pénales (contraventions, délits et crimes). Cette violence peut aller jusqu'à la dégradation des biens de la victime,

⁷ «La violence au travail» Duncan Chappel et Vittorio Di Martino, ouvrage publié par le BIT, Genève, 06/1999. Les auteurs analysent les différentes formes de la violence au travail : le harcèlement sexuel (33%), les agressions verbales (29%), le harcèlement moral -brimades, persécutions- (14%), les agressions physiques (14%) et les menaces (10%).

⁸ EUROGIP, conférence européenne 2 mars 2000 : « *violence au travail en Europe : état des lieux, rapport d'enquête (janvier 1999-juillet 2000)* », février 2001. Eurogip est un groupement d'intérêt public créé par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'institut national de recherche et de sécurité (INRS).

⁹ Cf. les deux publications du conseil économique et social : rapport de M. Michel Debout « travail, violence et environnement », CES, 1999 et « Le harcèlement moral au travail », CES, 2001.

voire des agressions au domicile privé des professionnels de santé –cabinet médical ou cabinet de soins.

Il faut savoir que les professionnels de santé ne sont pas les seules victimes de la violence et de l'insécurité. Les malades sont aussi victimes de l'insécurité et de la violence en ville (en raison d'un environnement hostile, difficultés d'accès au cabinet médical ou à l'officine pharmaceutique, etc.) ou à l'hôpital (stress des patients témoins de violence ou subissant la violence externe).

La violence envers les professionnels de santé et l'insécurité ont des conséquences sur la qualité des soins. Au vu des témoignages recueillis de médecins et de soignants, l'expérience de la violence et de l'insécurité induisent une baisse d'efficacité, de réactivité, d'attention au processus de décision, une remise en cause professionnelle, ainsi qu'une augmentation du niveau de stress¹⁰.

Quelle qu'en soit l'origine, la violence¹¹ peut prendre une forme physique et/ou psychologique.

La violence physique, identifiable et quantifiable, est soudaine et brutale. Elle se manifeste sous diverses formes : morsures, coups, gifles, tentatives de strangulation, blessures, voire meurtre, viol. Ses conséquences immédiates pour la victime sont physiques, mais peuvent prendre ultérieurement un aspect psychologique. Les agressions physiques peuvent déclencher un stress interne chez la victime et les témoins de l'agression. La gestion du stress post-traumatique devient alors nécessaire pour éviter l'apparition ultérieure de troubles plus importants.

La violence psychologique ou morale prend diverses formes : agressivité, insultes, dénigrement, menaces verbales –de mort, de viol-, médisance, harcèlement, etc. Elle affecte le bien-être de la victime pouvant entraîner des absences pour troubles neuro-psychologiques.

Le plus souvent ces violences psychologiques –insultes, dénigrement, menaces- sont répétées. Elles sont subies par les professionnels de santé, professions fortement féminisées, qui doivent assumer les violences des patients mécontents¹², excédés ou des proches les accompagnant. La répétition des actes d'incivilité et leur fréquence constituent un stress psychologique que de nombreux professionnels ne savent pas gérer et qui est vécu comme un harcèlement.

Les membres des groupes de suivi du protocole d'accord du 14 mars 2000 décrivent les formes¹³ que peut revêtir la violence dans les établissements de santé et donnent une tentative d'explication de ses causes.

¹⁰ « Le manuel à l'usage des soignants : stress, souffrance et violence en milieu hospitalier », Aline Mauranges, MNH, février 2001. Mme Aline Mauranges est psychologue clinicienne conseillère en ressources à l'hôpital Tenon (AP-HP). Ce manuel à l'usage des soignants est un outil pédagogique et didactique. Il explore de nombreuses situations auxquelles se trouvent confrontés les personnels soignants : le quotidien en service de soins –la mort, la souffrance- et la violence sur le corps soignant, à l'aide de cas cliniques autour de la difficulté à communiquer (lorsque la dimension culturelle s'en mêle, l'alcoolisme et ses conduites agressives, bronchopathie et stress, trachéotomie et violence, violence et toxicomanie, un chapitre particulier est consacré aux urgences, etc.).

¹¹ Dans le dictionnaire contemporain la violence désigne le fait d'agir sur quelqu'un en employant la force ou l'intimidation, le caractère brutal d'une action, la force irrésistible d'une chose ; une disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments.

¹² Plusieurs professionnels ont tenu à souligner les effets du comportement qu'ils qualifient de « consumériste » de nombreux patients et malades, qui exigent et veulent être soignés sans délai.

¹³ En exécution du protocole du 14 mars 2000 -point 3- des mesures envisagées, intitulé « prévenir la violence », et ayant admis que la violence perpétrée contre les soignants augmentait, la DHOS a mis en place un comité de pilotage

Deux contributions ont retenu l'attention des rapporteurs. Une note intitulée « *situation de violence dans les établissements de santé* » établit une typologie des violences et distingue : la violence physique comme étant la « *violence exercée sur le corps même de la victime, qui porte atteinte à son intégrité, cette violence pouvant s'exercer entre personnels, de patient à personnel, d'accompagnant à personnel.* » et la violence morale et/ou psychique comme « *toute action (geste, parole, écrit, comportement, attitude...), qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne ou du collectif de travail.* »¹⁴

Dans un document interne aux travaux du groupe organisation de la psychiatrie, communiqué aux rapporteurs¹⁵, l'auteur rappelle les diverses formes de la violence : l'incivilité qui révèle l'absence du respect d'autrui et se manifeste au niveau des comportements, l'agression physique et verbale et enfin l'acte violent. Il met en évidence les facteurs généraux de l'augmentation de la violence : concentration de la population dans les zones urbaines, insuffisance des politiques urbaines face à la constitution de ghetto (phénomènes des banlieues), précarisation du lien sociétal et familial, évolution du rôle des urgences et de la psychiatrie du point de vue des actions sociales, rôle des toxiques : persistance élevée de la consommation d'alcool, de la consommation de drogue, etc.

Des psychologues dont l'auteur de l'ouvrage référé (cf. *supra*) illustrent les phénomènes de violences relationnelles et existentielles et proposent d'entendre par violence celle que les professionnels de santé côtoient et « *qui transite par la relation d'aide lorsque celle-ci est mise à mal.* »

Les juristes eux établissent une distinction entre la violence agression qui s'adresse à la personne et la destruction ou la dégradation lorsque les biens sont visés.

Les rapporteurs aborderont les situations de violence en lien avec l'activité professionnelle que la victime exerce en ville ou en établissement, à l'exclusion de toutes les autres formes de violence sans pour autant nier leur existence.

Il y a une réelle difficulté, si l'on veut être opérationnel, à couvrir la totalité du champ de la violence. Les violences subies et ressenties par les professionnels ne peuvent être écartées au motif qu'elles ne sont pas comptabilisées, d'autres violences telles que celles découlant des relations entre institution et personnel évoquées par les médecins du travail et les représentants du personnel, d'un intérêt certain, ne seront qu'évoquées comme un facteur aggravant les risques d'agression.

La diversité des statuts sociaux de ces professions –profession libérale, commerçant, salarié- sont régis par un ensemble de dispositions pas forcément harmonisées et contenues dans plusieurs codes (déontologie, du travail, de la santé publique, de la fonction publique, de la sécurité sociale, des assurances, code pénal, code de procédure

sur la prévention des situations de violence dans les établissements publics de santé. Quatre axes de travail ont été fixés aux membres des groupes : la violence exercée par les patients ou leurs proches à l'encontre du personnel, la violence exercée par les personnels à l'encontre des patients, la violence générée par l'organisme institutionnel et la violence exercée à l'encontre de l'institution par le personnel.

¹⁴ Cf. DHOS : travaux du sous-groupe de travail du COPIL « prévention des situations de violence dans les établissements publics de santé », catégorisation des différentes formes de violence, animateur : Dr Mertani.

¹⁵ « Réflexions à propos de la violence et de l'insécurité dans les services des urgences, les services et les hôpitaux psychiatriques », Docteur Kannas, psychiatre, est membre de la mission permanente « psychiatrie » de la DHOS.

pénale) et par la jurisprudence (civile, administrative et pénale), autant de normes juridiques constitutives du régime de protection en cas de violence subie dans l'exercice professionnel des salariés et des non-salariés.

Le rapport s'efforcera de quantifier ces phénomènes et d'en apprécier l'évolution à partir des statistiques, des travaux existants, des contributions des institutions représentatives de ces professions et de celles des établissements de santé.

1.1 Données globales

Etablir l'état des lieux de la violence à laquelle les professionnels de santé font face, qu'ils exercent dans le secteur libéral ou en établissement de santé, c'est connaître et objectiver ces phénomènes afin de lutter, de prévenir, d'aider les victimes et de sanctionner les agresseurs.

Les données quantitatives existantes pour mesurer et décrire la violence subie par les professionnels de santé sont au nombre de deux :

- les statistiques des crimes et délits établies par la police nationale pour les circonscriptions urbaines et par la gendarmerie nationale pour les zones rurales,
- les statistiques de prise en charge de victimes de la violence au travail, soit au titre du maintien des revenus en cas d'arrêt de travail pour les professionnels de santé d'exercice libéral, soit au titre de la législation sur les accidents du travail et les accidents de service pour les professionnels salariés.

Si les données nationales sont homogènes, elles comportent de nombreux biais statistiques (non-déclaration, absence de dépôt de plainte, etc.) et sont insuffisantes pour mesurer les arrêts ou les accidents du travail ou les plaintes consécutives à une agression. Elles ne mesurent pas les retentissements psychiques sur l'activité des professionnels de santé. Et cependant on s'y référera, au moins pour une raison : elles autorisent les comparaisons des professionnels de santé, en terme de sinistralité ou de criminalité dont ils sont victimes, avec l'ensemble des autres professionnels exerçant dans d'autres branches d'activité économique.

1.1.1 Statistiques de la délinquance

1.1.1.1 Les statistiques dites institutionnelles de la police et de la gendarmerie

Les manifestations de la violence sont de nature et de gravité variées. Elles peuvent être classées, par référence au code pénal, en crimes, délits et contraventions. On y ajoute maintenant ce qu'il est convenu d'appeler les incivilités ¹⁶.

On peut aussi distinguer les atteintes aux biens et les atteintes aux personnes, et subdiviser ces dernières en agressions verbales et psychologiques et en agressions physiques.

¹⁶ Sébastien Roché, *Le sentiment d'insécurité*, PUF, 1993.

Les phénomènes les mieux répertoriés sont évidemment les plus graves : les crimes et les délits. En France, les statistiques des crimes et délits enregistrés par les services de police et les unités de gendarmerie reposent sur des critères et des méthodes d'enregistrement communs et identiques depuis 1972. Depuis cette date, les analyses et les comparaisons dans le temps et dans l'espace sont désormais possibles.

Ces statistiques sont établies à partir des seuls faits dénoncés par les victimes ou des constatations réalisées à l'initiative des services de police ou des unités de gendarmerie, consignés dans une procédure transmise à l'autorité judiciaire. Il s'agit donc de faits constatés et non de faits jugés. En conséquence, sont exclus de la comptabilisation de la statistique institutionnelle (dite "4001") les contraventions de toute nature, les délits routiers, les faits mentionnés en main-courante, les infractions constatées par d'autres institutions (douanes, inspection du travail, répression des fraudes, etc.).

Enfin et bien évidemment, ces statistiques ne recensent pas les faits criminels non signalés aux services de police ou de gendarmerie, quelles qu'en soient les raisons ; c'est ce qu'on appelle le "chiffre noir" de la criminalité.

Ces précisions et ces limites étant apportées, le tableau ci-dessous résume l'évolution des différentes catégories de crimes et délits de 1950 à 2000. On constate des évolutions différenciées pour ces grandes catégories.

La criminalité et la délinquance constatées, en France de 1950 à 2000

Année	Crimes et délits					Population (France métropole)	Taux de criminalité pour 1 000 habitants
	Vols y compris recels	Infractions économ. et financières	Crimes et délits contre les personnes	Autres infractions (dont stupéfiants)	Total		
1950	187 496	43 335	58 356	285 102	574 289	41 828 873	13,73
1960	345 495	71 893	53 272	216 656	687 766	45 684 227	15,05
1970	690 899	250 990	77 192	116 540	1 135 621	50 772 227	22,37
1972	910 220	438 102	81 818	245 367	1 675 507	51 700 913	32,41
1980	1 624 547	531 588	102 195	369 178	2 627 508	53 731 387	48,90
1985	2 301 934	681 699	117 948	477 613	3 579 194	55 062 478	65,00
1990	2 305 600	551 810	134 352	500 950	3 492 712	56 614 493	61,69
1995	2 400 644	357 104	191 180	716 392	3 665 320	58 027 305	63,17
2000	2 334 696	352 164	254 514	830 475	3 771 849	58 746 500	64,21

Source : Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2000 par les services de police et les unités de gendarmerie - Ministère de l'intérieur, direction centrale de la police judiciaire ; Ministère de la défense, direction générale de la gendarmerie nationale - 2001, La Documentation française.

S'agissant des quinze dernières années, on constate une progression continue des crimes et délits contre les personnes alors que l'ensemble de la criminalité constatée est sensiblement stationnaire : 64,21 crimes et délits pour mille habitants en 2000 contre 65,00 pour mille habitants en 1985.

De ce point de vue, par rapport à ses voisins de l'Union européenne, la France se situe dans une position moyenne. En 1999, la criminalité française était de 60,97 pour mille habitants, contre ¹⁷

¹⁷ Source : OIPC-Interpol, Taux de criminalité dans l'Union européenne - in Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2000 par les services de police et les unités de gendarmerie - Ministère de l'intérieur, direction centrale de la police judiciaire ; Ministère de la défense, direction générale de la gendarmerie nationale - 2001.

76,82 en Allemagne,
 60,95 en Autriche,
 84,12 en Belgique,
 93,00 au Danemark,
 44,49 en Espagne,
 84,00 en Finlande,
 36,40 en Grèce,
 16,96 en Irlande,
 41,23 en Italie,
 62,80 au Luxembourg,
 06,61 au Portugal.

Les chiffres ci-dessus, publics, ont l'intérêt d'exister, même s'ils alimentent depuis plusieurs années de nombreuses discussions quant aux conclusions que l'on peut en tirer. L'objet de la mission n'est pas d'entrer dans ce débat. Elle se doit tout de même de le signaler par souci d'objectivité et pour mettre en garde contre les risques d'interprétations hâtives. L'encadré ci-dessous évoque l'un des aspects de la controverse qui peut en résulter sur la mesure de l'insécurité.¹⁸

En mettant en place la police de proximité et en incitant les autres institutions (municipalités, bailleurs sociaux, éducation nationale) à déposer systématiquement plainte en cas d'incidents, le gouvernement aurait paradoxalement aidé à la révélation du chiffre noir de la délinquance. Cette meilleure prise en compte de la délinquance fait ainsi augmenter mécaniquement les indicateurs statistiques, enfermant le gouvernement dans un cercle vicieux : plus les policiers et les gendarmes collectent des faits qu'ils ne comptabilisaient pas auparavant, plus ils font augmenter les chiffres. Plus les chiffres augmentent, plus la polémique sur l'insécurité est alimentée.

C'est principalement à cause de ce redoutable effet boomerang que les chercheurs appellent de leurs vœux, depuis plus de dix ans, un changement d'outils de mesure de la violence en France.¹⁹

Mais les chiffres nationaux consolidés présentés ci-dessus n'ont qu'un intérêt modeste pour le sujet de ce rapport. Que peuvent-ils apporter à l'analyse et à la quantification des violences subies par les professionnels de santé ? D'autant que la nature de la profession, critère essentiel en l'espèce, recueillie sur un mode essentiellement déclaratif, ne peut être utilisée pour une extraction automatisée à partir de la base de données²⁰. Ainsi, pour avoir la profession exacte de la victime, et dans la mesure où cette information a été recueillie, il faut aller chercher l'information manuellement dans la procédure. De plus, la profession de la victime n'implique pas que celle-ci ait été agressée dans le cadre strict de ses activités professionnelles. Ceci illustre les limites et les difficultés d'utilisation de cette base de données à des fins qui ne sont pas celles pour lesquelles elle a été conçue.

Le système statistique 4001 a cependant un réel intérêt si on l'utilise au niveau départemental et infradépartemental. Au niveau départemental, on peut ainsi mesurer et suivre l'importance des 107 catégories d'infractions. On obtient ainsi une authentique cartographie de la criminalité constatée. Cette cartographie montre des écarts très importants des taux de criminalité selon les départements. Pour l'année 2000, les taux de criminalité pour mille habitants vont de 24,53 dans le Cantal à 139,54 à Paris (la

¹⁸ Fin juin 2001, le Premier ministre a confié une mission à deux députés, Christophe Caresche et Robert Pandraud, afin d'élaborer "un nouvel instrument statistique de mesure de l'insécurité". Les parlementaires devraient rendre leurs travaux début 2002.

¹⁹ Cf. Laurent Mucchielli « violences et insécurité : fantasme et réalités dans le débat français », édition de la Découverte, Paris, 2001.

²⁰ La nomenclature comporte 107 index (catégories d'infractions) et 12 colonnes (données relatives aux personnes en cause : majeur ou mineur, français ou étranger, suites judiciaires).

moyenne nationale étant de 60,97). Les cinq départements ayant les taux de criminalité les plus élevés sont par ordre de criminalité décroissante, Paris, les Alpes-Maritimes, la Seine-Saint-Denis, les Bouches-du-Rhône et le Val-d'Oise.

On constate ainsi qu'il existe une superposition spatiale étroite de la criminalité générale avec l'insécurité ressentie et parfois mesurée des professions de santé. La cartographie de la criminalité générale a donc une valeur prédictive des niveaux de violence auxquels les différentes catégories professionnelles sont potentiellement exposées.

1.1.1.2 L'exploitation des données issues du STIC

Si le système statistique 4001 ne permet pas, en l'état actuel de sa configuration, de mesurer directement les infractions dont sont victimes les professionnels de santé, des perspectives d'amélioration existent néanmoins.

Selon le ministère de l'intérieur, l'exploitation des données du STIC (Système de traitement des infractions constatées), application gérée par la direction centrale de la police judiciaire (sous-direction de la police technique et scientifique) devrait à moyen terme permettre de disposer d'indicateurs nationaux associant aux natures d'infractions des données complémentaires sur les victimes et les auteurs (répartition par catégorie socioprofessionnelle, tranches d'âge, nationalités) ainsi que sur la nature des lieux ou encore les modes opératoires.

L'exploitation de l'ensemble de ces données pourra permettre, pour chaque type d'infraction, de connaître notamment le nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, autres professionnels de santé...) qui sont victimes de crimes ou de délits.

Pour l'heure, des données chiffrées sont disponibles au titre de l'année 2000 pour les médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé qui ont été victimes de crimes ou de délits :

- dans les hôpitaux et cliniques,
- dans les autres lieux (cabinet médical ou paramédical, dispensaire et infirmerie).

Il est à noter que les données du STIC ne concernent toutefois que les seuls services de la police nationale (hors préfecture de police). Les crimes et délits constatés par les unités de gendarmerie²¹ et par les commissariats de police de Paris sont donc exclus de ces statistiques.

Le tableau joint (annexe n°3) donne les résultats d'une extraction réalisée à partir du STIC, pour les besoins de la présente enquête, par la direction centrale de la police judiciaire.

Ce tableau dénombre, pour chacune des 107 rubriques d'infractions de la nomenclature, les infractions constatées au préjudice des professionnels de santé. La comparaison des nombres obtenus à partir du seul critère "profession de la victime" avec ceux obtenus en tenant compte simultanément des critères "profession de la victime" et "lieu de

²¹ Au 1^{er} janvier 2001, la population habitant en zone gendarmerie nationale est de 28 709 415 habitants, tandis que 30 037 085 habitent en zone police nationale, soit un total de 58 746 500 (estimations INSEE, in Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2000 par les services de police et les unités de gendarmerie - Ministère de l'intérieur ; Ministère de la défense - 2001, La Documentation française.

commission" permet d'avoir une idée des infractions subies dans le cadre de l'exercice professionnel.

On observe au vu de ces résultats, toutes professions de santé réunies et toutes catégories de crimes et délits confondues, que les infractions subies dans le cadre de l'exercice professionnel représenteraient 7,8% du total des infractions subies et rapportées par les professions de santé. Bien entendu, cette proportion moyenne dissimule de très grands écarts. Ainsi, s'agissant de la rubrique cambriolages dans locaux industriels, commerciaux, financiers (dans laquelle figurent les pharmacies) la presque totalité des cambriolages rapportés par des pharmaciens l'auraient été au titre de leur activité professionnelle.

1.1.2 Statistiques des déclarations d'accidents du travail, d'accidents de service, d'interruptions d'activité

Quand une agression se produit au cours du travail salarié ou de l'exercice libéral d'une activité professionnelle et entraîne un arrêt de travail, la prise en charge de la victime est assurée s'il s'agit d'un salarié par l'employeur en application de la législation des accidents du travail, s'il s'agit d'un professionnel libéral par une adhésion volontaire à un régime d'assurance et/ou de prévoyance.

Il faut distinguer les médecins des autres catégories professionnelles. Les médecins libéraux ne sont pas garantis en cas d'accidents entraînant une interruption d'activité survenus à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle et notamment à la suite d'une agression. Ils doivent souscrire à titre volontaire²², auprès des caisses primaires, une assurance accident du travail prévoyant des prestations identiques à celles du régime général, à l'exclusion des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail.

Le praticien peut par ailleurs souscrire un contrat de prévoyance individuelle²³. Il peut poursuivre l'auteur de l'agression en justice ou saisir, lorsque les conditions sont réunies, les commissions d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI).

Dans les trois situations –interruption d'activité, accident de service²⁴, accident de travail²⁵- consécutives à une agression subie au travail, la déclaration est obligatoire auprès de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la société ou mutuelle d'assurance. Cette déclaration constitue l'élément d'enregistrement des actes de violence.

²² Aux termes de l'article L. 722-1 du code de la sécurité sociale, modifié par l'ordonnance 96-345 du 4 avril 1996.

²³ Ces professionnels libéraux ne seront indemnisés que s'ils ont souscrit une police d'assurance couvrant le risque d'interruption d'activité ou de maintien du revenu durant la période de carence, combiné au régime de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF).

²⁴ Cf. circulaire du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accident du travail. « *Le fonctionnaire peut être victime d'un accident survenu dans l'exercice des ses fonctions ou à l'occasion de celles-cil'accident de service, pour être reconnu comme tel, doit résulter de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail ou du trajet une lésion du corps humain.* »

²⁵ Au sens de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale « *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.* »

La non déclaration quel qu'en soit le motif –pusillanimité, protection d'intérêts personnels, commerciaux ou financiers- est un des biais statistiques au moins d'égale importance que le non-dépôt de plainte en matière pénale.

Les dispositions de l'article L. 441-4 du code de la sécurité sociale stipulent que la caisse régionale peut autoriser un employeur à remplacer la déclaration des accidents du travail n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux, par une inscription sur un registre ouvert à cet effet. Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur ce registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu de le déclarer. Ainsi les droits de la victime sont préservés en cas de modification ultérieure de sa santé en lien direct avec l'accident ou si elle souhaite faire ultérieurement une déclaration en bonne et due forme ou apporter des éléments de la preuve puisque c'est au fonctionnaire à apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service.²⁶.

1.1.2.1 CNAMTS

Dans les statistiques consolidées de la CNAMTS et au titre des risques professionnels – accidents du travail- existe un code spécifique permettant d'isoler les cas de violence subie au travail. Ce code couvre « *les rixes et les agressions* .»

Le service statistiques de la direction des risques professionnels de la CNAMTS a extrait de la base des données des accidents du travail, les données concernant l'ensemble des accidents du travail survenus suite à des violences subies sur le lieu de travail pour les années 1997, 1998, 1999 et 2000 (annexe n°4), en croisant deux critères : le code de risque par activité professionnelle (l'agrégat « *santé* » pour ce qui concerne une partie des professionnels de santé -les régimes spéciaux ayant une comptabilisation propre et d'autres professionnels par exemple les salariés des officines pharmaceutiques étant dénombrés sous un autre numéro de risque), avec le code risque « *rixes et agressions*. »

Résultats bruts de l'année 1999

Les résultats bruts des données 1999²⁷ concernant l'ensemble des accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail sont rapportés dans le tableau ci-dessous²⁸. Ces résultats distinguent trois catégories d'accidents : les accidents avec arrêt de travail (au moins 24 heures) ; parmi eux, les accidents ayant entraîné une incapacité partielle permanente (IPP) et donc le versement d'un capital ou d'une rente ; et les accidents mortels. Ces données sont à comparer avec les données concernant l'ensemble des accidents du travail toutes causes confondues, avec les accidents suite à des violences et pour l'ensemble des secteurs d'activité de l'économie.

²⁶ La mise en place à l'AP-HP des « *registres d'inscription des accidents du travail bénins* », dits cahiers d'infirmerie, date de 1975, selon un support et une procédure similaires à ceux existant dans le secteur d'activité relevant du régime général des accidents du travail. Son but est d'alléger les procédures relatives à la déclaration des accidents du travail dès lors qu'ils présentent un caractère bénin ne nécessitant pas d'arrêt de travail ou de prise en charge de frais médicaux, tout en préservant les droits de la victime en cas de modification ultérieure de sa santé.

²⁷ Le choix de l'année 1999 permet d'établir des comparaisons avec les données des synthèses annuelles des données sociales hospitalières et avec celles de la CNRACL (PRORISQ).

²⁸ Cf. annexe n° 4, CNAMTS, DRP, services statistiques : données du régime général de la sécurité sociale de l'année 1997, 1998, 1999 et 2000 pour les professionnels de santé : données concernant l'ensemble des accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail (en valeur relative et absolue).

**Comparaison des accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail (en 1999)
entre l'ensemble du régime général et les professions de santé**

Année 1999	Nombre de salariés (1)	Nombre d'accidents avec arrêt (2)	Nombre d'accidents avec I.P (3).	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Somme des taux d'I.P.
Ensemble du régime général (*)	15.908.480	8.710	649	17	405.579	7.585
Professions de santé	478.747	245	17	0	8.947	134

Source : CNAMTS, direction des risques professionnels

* hors accidents de trajet, (1) équivalents temps plein, (2) avec arrêt, incapacité temporaire totale, (3) I.P.= incapacité partielle permanente.

En 1999, la CNAMTS a recensé, tous secteurs d'activités confondus (15.908.480 salariés dont ceux du secteur santé), 8.710 accidents du travail déclarés et survenus suite à des violences sur le lieu de travail, dont 649 accidents du travail avec incapacité partielle permanente, 17 décès et 405.579 journées perdues.

Pour les 478.747 salariés du secteur santé affiliés au régime général des accidents du travail, la CNAMTS a dénombré 245 accidents du travail déclarés et survenus suite à des violences sur le lieu de travail, dont 17 accidents du travail avec incapacité partielle permanente, aucun décès et 8.947 journées perdues.

Ces deux séries de données chiffrées rapportées dans le tableau ci-dessus permettent de comparer les accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail des professionnels de santé avec l'ensemble des salariés du régime général.

Comparaison entre accidents du travail avec arrêts et accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail, en 1999 et en pourcentage

Année 1999	Nombre de salariés (1)	Nombre d'accidents avec arrêt (2)	Nombre d'accidents avec I.P (3).	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Somme des taux d'I.P.
Ensemble du régime général	15.908.480	1,24 %	1,43 %	2,37 %	1,44 %	1,69 %
professionnels de santé	478.747	2,19 %	2,21 %	0	1,67 %	2,21 %

Source : CNAMTS, direction des risques professionnels

* hors accidents de trajet, (1) équivalents temps plein, (2) avec arrêt, incapacité temporaire totale, (3) I.P.= incapacité partielle permanente.

La comparaison (tableau ci-dessus) entre le nombre total d'accidents du travail avec arrêt toutes causes confondues (701.175 pour l'ensemble du régime général et 11.188 pour les professionnels de santé) et le nombre d'accidents du travail avec arrêt survenus suite à des violences sur le lieu de travail (8.710 ensemble régime général et 245 professionnels de santé) permet de constater que :

- le taux d'accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail dans le secteur santé 2,19% est supérieur au taux 1,24% de l'ensemble du régime général ;
- le taux des accidents avec invalidité permanente des professionnels de santé 2,21% est supérieur à celui de l'ensemble des professions couvertes par le régime général des accidents du travail 1,69% ;
- le taux d'accidents mortels des professions de santé est égal à zéro, il est de 2,37 % pour l'ensemble du régime ;

- le taux des journées perdues 1.67% est plus élevé que celui de l'ensemble des professions 1,44% ;
- le taux de la somme des taux d'invalidité permanente est de 2,21% pour les professionnels de santé, il est de 1,69% pour l'ensemble du régime.

Les actes de violence survenus au travail constituent un risque plus important pour les professionnels de santé (2,19%) que pour l'ensemble des salariés du régime général (1,24%). Il s'agit d'une tendance générale permettant d'observer une probabilité légèrement plus forte de voir survenir un accident suite à la violence subie sur le lieu de travail. Toutefois, comme le note le directeur des risques professionnels de la CNAMTS, M. Gilles Evrard « *étant donné, qu'il s'agit de petits chiffres, les conclusions sur des différences de risques entre professionnels de santé et ensemble du régime ne sont pas significatives.* »

Néanmoins, plusieurs observations peuvent être faites pour apprécier la portée et la limite des enseignements que l'on peut tirer de ces constatations.

Le classement des établissements employeurs est établi dans une perspective de tarification des risques liés pour le salarié à exercer dans tel ou tel secteur d'activité économique. L'agrégat « *santé* » auquel se rapporte ces données inclut au sens de la nomenclature d'activité française (NAF) : « *les établissements de soins (cliniques générales ou spécialisées, établissements hospitaliers, généraux ou spécialisés), les dispensaires, etc., les cabinets de médecin, de médecine systématique et de dépistage, les cabinets dentaires, les cabinets d'auxiliaires médicaux, les laboratoires d'analyses médicales extrahospitaliers, les centres de transfusion sanguine, les banques d'organes, les vétérinaires et les cliniques vétérinaires* ».

En matière d'accidents du travail, la plupart des établissements publics de santé sont leur propre assureur pour les agents titulaires dont les professeurs d'université-praticiens hospitaliers et praticiens avec fonctions universitaires permanentes. Les agents non titulaires sont affiliés au régime général : contractuels et autres catégories de salariés à statuts particuliers et assimilés –étudiants, internes, assistants-chefs de clinique, praticiens hospitaliers –à plein temps et à temps partiel, dont les attachés. On peut estimer le nombre d'agents hospitaliers soumis au régime général d'accidents du travail à quelque 138.625 agents équivalents temps plein²⁹, et le nombre de salariés - professionnels de santé- exerçant leur activité dans des établissements soumis pour la plupart aux dispositions du code de la santé, à 253.412 salariés équivalents temps plein.

Evolution des accidents de travail suite à des violences

L'évolution sur les quatre dernières années –1997, 1998, 1999 et 2000- complète l'analyse précédente. Une remarque s'impose, il s'agit de données peu nombreuses ; toutefois, le nombre d'accidents du travail suite à des violences des professionnels de santé : 176 en 1997, 232 en 2000, le nombre de journées perdues : 7.845 en 1998 pour 11.980 en 2000 et le nombre d'accidents du travail avec incapacité permanente de 15 en 1997 à 17 en 2000 augmentent.

²⁹ Les chiffres cités sont extraits de la publication «L'hospitalisation en France, données et chiffres repères, édition 2000 », Informations Hospitalières, mars 2000, n°53, ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS.

**Evolution de 1997 à 2000 des accidents du travail survenus suite à des violences
sur le lieu de travail (ensemble des professionnels de santé)**

année	Nombre d'accidents avec arrêt	Nombre d'accidents avec IP.	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Sommes des taux d'IP
1997	176	15	0	7.845	107
1998	214	19	0	8.406	194
1999	245	17	0	8.947	134
2000	232	17	0	11.980	124

Source : CNAMTS, direction des risques professionnels

1.1.2.2 Les autres séries disponibles

Trois séries méritent d'être rapportées : la synthèse annuelle des données sociales hospitalières (établissements publics de santé) établie par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)³⁰, le recueil automatisé de données concernant les risques professionnels (PRORISQ) livré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC)³¹ et les renseignements fournis par une société d'assurance –la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM). Elles donnent des éléments de comparaison. Certes elles sont partielles, elles concernent les 788.449 salariés qu'emploient les établissements publics de santé publics, mais suffisamment importantes pour éclairer le phénomène des violences au travail.

Synthèse annuelle des données sociales hospitalières –établissements publics de santé

Depuis 1989, la DHOS produit la synthèse annuelle des données hospitalières. Ce rapport résulte de l'exploitation d'une sélection d'informations contenues dans les bilans sociaux selon les années, d'un échantillon de quelque 130 à 150 établissements d'au moins 300 salariés, soit pour 1999 un effectif physique enquêté de 371.095 agents.

Le taux de fréquence des accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail, exprimé en pourcentage de l'effectif équivalents temps plein, après avoir connu une baisse spectaculaire en 1995, est remonté en 1996 à son niveau précédent. En 1999, notent les auteurs de cette synthèse « *le taux de fréquence diminue de nouveau sensiblement, de 28% en 1998 à 26% en 1999. Les accidents de travail avec arrêt concernent actuellement 4,6% de l'effectif moyen annuel (contre 4,9% de l'ETP de l'année précédente).* »

Autres enseignements à tirer de cette synthèse :

- la taille de l'établissement ne paraît pas être discriminante de la fréquence du nombre d'accidents du travail,
- dans la répartition en pourcentage des accidents du travail en 1996, 1997, 1998 et 1999, les accidents dus au contact avec les malades agités³² représentent par leur

³⁰ Ces données sont traitées par la société Planistat-Europe. Elles font l'objet d'une publication annuelle du ministère de l'emploi et de la solidarité, DHOS.

³¹ Caisse des dépôts et des consignations –établissements de Bordeaux- étude invalidité 1999, PPOD, octobre 2000.

³² Au sens de l'arrêté du 26 décembre 1989 précisant les informations devant figurer au rapport prévu à l'article L. 236-4 du code du travail pour les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail, la répartition des accidents du travail par éléments matériels inclut l'item -accidents provenant de contact avec les malades agités- et regroupe l'ensemble des faits et des incidents résultant d'une confrontation physique entre un malade et le personnel médical et soignant.

fréquence la cinquième cause d'accidents du travail dont le taux de croissance a été fort (6% en 1996, 9% en 1999) ; avec des variabilités selon la taille des établissements (4% pour ceux de > 3.000 et 12% pour ceux de 1.000 à 2.999).

Répartition des accidents du travail selon la nature de l'accident et selon le nombre d'agents par établissement (pour les années 1997, 1998 et 1999)

Nature de l'accident	Taille des établissements, nombre d'agents											
	> 3.000			1000 -2999			500 - 999			300 - 499		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Contact avec les malades agités	4 %	4%	4%	8%	10%	12%	10%	9%	9%	6%	7%	7%
	1.201	803	973	2.138	2.438	3.393	1.454	1.272	1.384	394	434	475
Total des accidents du travail	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	32369	22171	23578	25774	25490	27713	15291	14577	15211	7034	5946	6432

Source : DHOS ; synthèse annuelle des données sociales hospitalières : établissements publics de santé, année 1999.

Recueil automatisé de données concernant les risques professionnels, PRORISQ

L'analyse statistique de l'invalidité –recueil automatisé des données concernant les risques professionnels- PRORISQ³³ que livre annuellement les services de la caisse des dépôts et des consignations -au travers des données de la CNRACL³⁴- recense les accidents du travail toutes causes confondues (dont les coups), ayant entraîné l'attribution aux victimes, soit d'une allocation temporaire d'activité, soit d'une rente d'un taux supérieure à 10%. Ces données se rapportant à 817.839 actifs des collectivités hospitalières pour l'année 1999 présentent l'intérêt d'autoriser des comparaisons avec l'effectif des collectivités territoriales (1.802.816 actifs).

Ces données complètent celles rapportées ci-dessus : la répartition des 1689 flux des pensionnés invalides en 1999 en fonction du sexe, du type d'établissements et du grade, soit un taux d'exposition égal à 0,11%, légèrement inférieur au taux 0,12% pour les agents des collectivités territoriales.

Sur les 1689 agents hospitaliers ayant été allocataires suite à un accident survenu au travail :

- 400 hommes soit 23,7% et 1.289 femmes soit 76,3% ; mais le taux d'exposition des allocataires masculins 0,14% est supérieur à celui des allocataires féminines 0,10% ;
- 509 dans les CHR, 590 dans les CHG, 227 dans les HL, 155 dans les CHS, 115 dans les centres de personnes âgées et 93 autres ;
- 406 aides-soignants, 359 infirmiers, 318 agents des services hospitaliers, 204 ouvriers, 100 agents d'entretien, 49 agents administratifs et 253 autres.

Les données de la société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM)

Ces renseignements sont extraits du portefeuille de contrats couvrant le risque accident du travail de la SHAM. Ils concernent quelque 120.000 agents. Ne sont décomptés que

³³ Plusieurs établissements hospitaliers utilisent ce logiciel, par exemple Bordeaux, Grenoble, etc.

³⁴ Voir le rôle qu'est appelée à jouer la CNRACL en application de la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, notamment l'article 31 portant création d'un fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

les sinistres suite à accident de service. Deux types de statistiques –par catégorie professionnelle et par agression survenue par lieu- sont renseignés pour les années 1996 à 2000, autorisant une appréciation de l'évolution de la sinistralité :

- sur un nombre de sinistres cumulés sur la période 1996-2000 (1.817 sinistres), on dénombre : 780 infirmiers, 566 aides-soignants, 321 agents de service hospitalier, 109 para- médicaux et 41 autres. Les variations annuelles traduisent une baisse de 1996 (315) à 1998 (291), puis une hausse de 510 en 2000 pour 396 en 1999 ;
- la répartition des agressions par lieu où elles se sont produites et sachant que pour près du tiers des agressions (515) le lieu est non-précisé sur les déclarations de sinistre, les agressions les plus nombreuses se produisent en psychiatrie (356), en médecine (246), en long séjour (198), aux urgences (190) et autres lieux (1.207).

1.2 Données partielles

1.2.1 Concernant les professionnels de santé exerçant en ville (en cabinet, consultations et/ou visites à domicile)

Le système statistique actuel (système 4001) de comptabilisation de la criminalité et de la délinquance constatées ne permet pas, en l'état, de dénombrer les différentes catégories de crimes et délits dont les professions de santé sont victimes. On a vu que la version du STIC actuellement en développement devrait permettre à terme de disposer de statistiques répondant mieux au problème posé (cf. : *supra*).

Les données les plus récentes disponibles à partir de la base de données STIC figurent en annexe n 5. Le tableau montre que durant les six premiers mois de l'année 2001 l'ensemble des professionnels de santé (hors Paris et hors zone gendarmerie) ont été victimes de 43.198 crimes ou délits constatés, dont 3.284 en rapport avec leurs activités professionnelles.

On constate ici également que les infractions subies dans le cadre professionnel représentent 7,6% du total des infractions subies par des personnes déclarant exercer une profession de santé. Mais ce ratio doit être interprété avec prudence et souffre sans doute de différents biais. Par exemple, il faut se souvenir qu'il existe des professionnels de santé peu actifs ou retraités ; d'autre part, il n'a pu être vérifié que les visites à domicile des médecins et infirmiers étaient bien comptabilisées au titre de leur activité professionnelle.

Ce ratio montre néanmoins que les violences les plus graves subies par les professionnels de santé dans le cadre de leurs activités professionnelles ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des violences graves qu'ils subissent en qualité de citoyen. Cet aspect mériterait d'être vérifié par d'autres types d'enquêtes, notamment par des micro-enquêtes de victimation.

En outre, il serait utile d'affiner ce type de comparaison par profession et par mode d'activité, par catégorie d'infraction et par circonscription de sécurité publique.

Statistiques issues de l'office central de la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS)

Données issues de l'office central de la répression du trafic illicite des stupéfiants

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1998	2000
Cambriolages de pharmacies	131	186	113	139	102	58	43	53	26	28
Tentatives de cambriolages pharmacies	10	35	12	8	4	4	10	1	0	1
Vols violences pharmaciens médecins	34	51	69	25	59	24	5	49	9	13
Vols produits toxiques dans autres établissements	54	112	86	75	53	48	53	101	63	68
Vols au préjudice des médecins	173	210	166	188	160	96	198	211	135	146
Totaux	402	594	446	435	378	230	309	415	233	256

Source : OCRIS à la Direction centrale de la police judiciaire (données police nationale et gendarmerie nationale)

Le tableau ci-dessus, comme celui qui suit, est l'une des rares séries statistiques d'infractions spécifiques à l'encontre de certaines catégories de professions de santé. Les nombres relevés reflètent à la fois l'évolution réelle des phénomènes mesurés mais aussi l'activité des services impliqués.

Statistiques issues de l'office central de répression du banditisme (OCRB)

Données issues de l'office central de répression du banditisme

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Vols à main armée commis dans les pharmacies	600	778	658	605	428	483	294	291	197	250

Source : OCRB à la Direction centrale de la police judiciaire (données police nationale et gendarmerie nationale)

Au vu de ce tableau, on constate une tendance à la diminution régulière des vols à main armée commis dans les pharmacies au cours de la dernière décennie.

1.2.2 Concernant les professionnels exerçant à titre libéral

A la différence des pharmaciens d'officine, il n'existe pas de statistiques élaborées par les organisations représentatives (ordres et syndicats) des médecins, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes ou autres.

La mission n'a obtenu, à l'occasion de ses visites sur le terrain et de l'enquête réalisée auprès de services déconcentrés, que des recensements limités et ponctuels, généralement sur les derniers mois. Mais aucune série chronologique n'a pu être obtenue.

L'ordre national des médecins envisage de mettre en place un système de déclarations des agressions subies par les médecins, à l'image de ce que les pharmaciens ont mis en place.

La fédération nationale des infirmiers a consulté ses sections départementales au mois de juin dernier, mais les informations recueillies sont exclusivement qualitative. Elles confirment que les phénomènes de violence préoccupent les infirmiers et infirmières libérales. Mais, il n'y pas eu de véritable réflexion de leur part sur ce sujet à l'égard duquel ils se sentent démunis et pas suffisamment disponibles.

1.2.3 Pharmaciens d'officine

Les pharmaciens officinaux constituent la profession de santé la plus exposée aux agressions. Les violences aux pharmaciens sont aussi moins récentes que pour les autres professions de santé. De ce fait, la profession a dû, avec le concours des pouvoirs publics, s'organiser pour se prémunir contre les agressions dont elle est l'objet.

Les pharmacies d'officine présentent deux risques spécifiques :

- Le stockage de produits stupéfiants ou de médicaments psychotropes en fait des cibles potentielles pour les toxicomanes en quête de substances psycho-actives par elles-mêmes ou en association avec d'autres drogues.
- L'existence d'une caisse susceptible de contenir des numéraires les expose à des tentatives de vol, éventuellement à main armée. La finalité de ces vols d'espèces peut en outre n'être qu'un moyen intermédiaire permettant à l'agresseur de s'approvisionner sur le marché illicite des produits stupéfiants.

Les officines pharmaceutiques constituent néanmoins un chaînon indispensable à la dispensation des soins, en ville comme à la campagne. Leur accès au public doit donc être maintenu et facilité, notamment pour les personnes malades et ou handicapées, souvent âgées. Ce sont ces objectifs contradictoires d'accessibilité et de protection qu'il faut s'efforcer de concilier.

1.2.3.1 La déclaration ordinale des agressions et vols à main armée

Il s'agit d'une initiative récente prise par la profession devant la recrudescence des agressions, parfois mortelles, dont les officinaux étaient victimes. Les pharmaciens de la région d'Ile-de-France ont joué un rôle moteur dans cette initiative dont la finalité est de mieux cerner l'importance et la nature du phénomène, en vue de rechercher les solutions les plus appropriées.

Il s'agit d'un dispositif de déclaration interne à la profession, reposant sur l'utilisation d'une fiche de déclaration nominative, mais facultative, de chaque agression subie (annexe n°6: fiche de déclaration d'agression). Les fiches sont adressées par les pharmaciens concernés directement au président du Conseil central de la section A de l'ordre national des pharmaciens. Sur sa fiche de déclaration, le pharmacien déclarant indique s'il souhaite ou non que copie de sa fiche soit adressée au Conseil régional des pharmaciens d'officine, pour information et accompagnement et soutien éventuels, tant sur le plan psychologique que dans les démarches administratives, judiciaires et assurantielles.

Le dispositif n'étant en place que depuis janvier 2001, l'ordre national des pharmaciens procède actuellement à l'exploitation des premières fiches fournies par les pharmaciens agressés.

1.2.3.2 Les statistiques d'accidents de travail chez les salariés du commerce de détail des produits pharmaceutiques

Salariés et pharmaciens soumis au régime général risques d'accidents du travail, en 1999

Année 1999	Nombre de salariés (1)	Nombre d'accidents avec arrêt (2)	Nombre d'accidents avec I.P. (3).	Nombre de décès	Nombre de journées perdues	Somme des taux d'I.P.
Ensemble des accidents du travail (*)	91.900	540	54	1	23.549	628
Accidents du travail survenus, divers, incendies, rixes...	91.900	36	5	1	1.564	133

Source : CNAMTS, direction des risques professionnels

* hors accidents de trajet, (1) équivalents temps plein, (2) avec arrêt, soit une incapacité temporaire totale, (3) I.P.= incapacité partielle permanente.

Les 91.900 salariés du commerce de détail des produits pharmaceutiques ne sont pas comptés au titre de l'agrégat santé mais, dans la logique des taux de risque et de tarification, avec l'agrégat "commerces non alimentaires". L'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt de travail par rapport au nombre de salariés exposés est de 6,7% dans le commerce de détail des produits pharmaceutiques, contre 3,2% dans l'ensemble des métiers du commerce non-alimentaire ; soit une incidence deux fois plus grande chez les salariés du commerce de détail des produits pharmaceutiques.

1.2.4 Concernant les professionnels de santé exerçant en établissement

Pour quantifier la violence subie par les professionnels de santé exerçant en établissement, au regard de la couverture du risque d'accident du travail, on doit distinguer plusieurs cas.

Les 253.412 salariés du secteur d'hospitalisation privée à but lucratif et non-lucratif sont soumis au régime général des accidents du travail, et les accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail sont comptabilisés à ce titre et l'indice de fréquence aux accidents n'est pas particulier. (cf. *supra*)

Quant aux 788.449 agents hospitaliers –titulaires et non titulaires-, pour l'année 1998, dont 102.192 agents médicaux et 686.257 agents non-médicaux des établissements publics de santé, ils sont couverts au titre du risque accident du travail par les employeurs soit en qualité de propre assureur, soit (cf. *supra*) par l'affiliation de l'employeur au régime général des accidents du travail, soit auprès de la société ou mutuelle d'assurance avec laquelle l'établissement a souscrit une police assurant la couverture financière des obligations statutaires.

Quelques sociétés ou mutuelles sont spécialisées dans ce marché, les plus souvent citées par les directeurs d'hôpitaux sont la société hospitalière d'assurance mutuelle (cf. *supra*) et/ou des sociétés de courtage d'assurances hospitalières. Au côté de ces sociétés ou mutuelles spécialisées, d'autres sociétés d'assurance interviennent sur ce marché de la couverture financière des obligations statutaires des établissements hospitaliers telles que définies à l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière³⁵ et de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, article 49 portant régime de pensions des agents des collectivités locales.

³⁵ « Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.... La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou

Les rapporteurs ont rencontré les dirigeants des sociétés et des mutuelles. A l'exception de la SHAM, elles ont été dans l'incapacité de fournir des données soit parce que le nombre d'accidents du travail suite à des violences n'est pas individualisé, soit parce que le nombre de sinistres était réduit à quelques cas.

Pour les salariés du secteur public, les données relatives aux accidents du travail suite à des violences ont été obtenues auprès :

- des institutions hospitalières à vocation générale en raison du nombre d'agents qu'elles emploient, l'AP-HP (89.040), les Hospices civils de Lyon (HCL) 21.066 et l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille AP-HM (15.288) ;

- des établissements visités : CHU (de Nice –hôpital Saint Roch-, de Lille, de Strasbourg –hôpital Hautepierre-, de Nantes, de Paris intra muros -Hôpital Saint Antoine, Hôpital Saint Louis, Hôpital Bichat-, de Lyon -hôpital Edouard Herriot-, de Marseille -hôpital Nord-), des centres hospitaliers généraux (Argenteuil, Aulnay-sous-Bois, Evry-Corbeil (hôpital Sud-francilien), Mantes-la-Jolie, Roubaix, Saint-Denis, Saint- Nazaire) et des établissements spécialisés en psychiatrie (hôpital du Vinatier à Bron, hôpital Edouard Toulouse à Marseille) .

D'autres données ont été recensées par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales suite à l'enquête IGAS/DDASS.

1.2.4.1 Fédérations professionnelles (FHF, FHP, FEHAP)

Les trois fédérations hospitalières se sont montrées sensibles aux questions de violence subie au travail mais ne disposent pas de données permettant d'évaluer l'importance de ces agressions dont les répercussions sont importantes au plan des établissements de santé, ont-ils déclaré aux rapporteurs.

La fédération hospitalière de France (FHF) qui regroupe quelque 2000 établissements va lancer une enquête auprès d'un vaste échantillon d'établissements de santé (CHU, centres hospitaliers, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, centre de rééducation, etc.). Aujourd'hui, elle ne dispose pas de données chiffrées relatives aux accidents du travail.

La fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ne dispose pas de données détaillées permettant d'apprécier l'importance que revêtent les accidents du travail suite à des violences. Ces dirigeants se sont déclarés préoccupés par ces questions de violence et d'insécurité.

Même préoccupation chez les dirigeants de la fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non-lucratif (FEHAP) qui, bien que ne disposant pas de données chiffrées dans ce secteur d'activité, ont indiqué aux rapporteurs qu'ils avaient lancé une enquête sur les violences subies par les salariés des centres d'hébergement et qu'ils avaient eu à connaître des cas de violence au travail, particulièrement en psychiatrie et aux urgences.

outrages dont ils ont été victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté ». Les dispositions de cet article ont été étendues aux agents non- titulaires (loi n°96-1093 du 16 décembre 1996, article 50-II).

1.2.4.2 Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Violence au travail

L'AP-HP se présente comme le centre hospitalier régional d'Ile de France, regroupe 41 hôpitaux et emploie quelque 86.995³⁶ personnes exerçant plus de 150 métiers de la santé. L'organisation des services de médecine du travail et de la direction du personnel, tant à l'échelon du siège que des 41 établissements, autorise la consolidation des données relatives aux accidents du travail pour l'ensemble de l'AP-HP.

Pour l'année 2000, ces données de la base accidents du travail ont été extraites par le service central de la médecine du travail. Elles croisent le nombre total d'accidents toutes causes confondus, dont les accidents de trajets 14.166, avec le nombre d'accidents du travail repérés avec le discriminant « *contact malade agité* », le plus en adéquation avec l'objet de la mission. Le tableau ci-dessous récapitule les données recueillies au titre de l'année 2000.

Année 2000	Accidents du travail			Incapacité temporaire totale de travail (ITT) en jours ³⁷
	Sans arrêt	Avec arrêt	Total	
Accidents du travail suite à un contact malade agité	536	94	630	2.337
Accidents du travail toutes causes confondues	11.144	3.022	14.166	72.205

Source : AP-HP, service central de médecine de travail.

Sur 630 accidents du travail survenus sur le lieu de travail suite à des violences (item : contacts avec malades agités), 536 n'ont pas donné suite à un arrêt de travail, 94 accidents ont entraîné un arrêt de travail et 94 victimes ont eu une incapacité temporaire de travail, au total 2.337 jours ou une durée moyenne d'incapacité temporaire de 24,9 jours.

En 1999, on comptait 575 accidents dus à un contact malade agité dont 511 sans arrêt de travail et 64 avec arrêt de travail pour un total de 1.674 jours d'arrêt de travail. Les fonctions exercées par les victimes de ces accidents sont principalement 276 aides-soignants, 197 infirmiers, 29 agents de service hospitalier, 11 cadres infirmiers et 62 autres.

En 2000, le taux d'exposition³⁸ aux accidents du travail survenus suite à violence avec arrêt de travail s'établit à 0,11% (rapport 94 accidents du travail avec arrêt de travail et le nombre d'agents 86.995). Il est de 0,05% pour les 478.747 professionnels de santé couverts par le régime général alors que le nombre d'accidents du travail suite à des violences est de 245 (cf. : *supra*). Certes il est peu élevé cependant, de la comparaison de ces taux d'exposition au risque, il ressort que les actes de violence constituent un risque plus important pour les agents de l'AP-HP que pour les professionnels de santé.

L'analyse détaillée des taux d'accidents par nature dont ceux suite à « *contact avec les malades agités* » corrélés à l'âge des victimes, traduit une prévalence de ce type

³⁶ Afin de donner un cohérence aux données utilisées c'est l'effectif physique soit 86.995 agents pour l'année 2000 qui est retenu.

³⁷ L'AP-HP décompte en jours calendaires.

³⁸ Le taux d'exposition est le rapport entre le nombre d'accidents avec arrêt suite à des violences et le nombre d'actifs correspondants pour la même année de référence.

d'accidents chez de jeunes professionnels de la tranche des moins de 26 ans (près de 80% des accidents de cette nature survenus en 2000). Les causes de ce constat sont multiples (expérience professionnelle insuffisante, formation, tendance à signaler les incidents, etc.).

Insécurité, agressivité et violence envers le personnel

Il est paru utile de rapporter l'initiative des dirigeants des hôpitaux de l'AP-HP consistant à croiser les données relatives aux accidents du travail avec le bilan de l'activité des équipes de sécurité anti-malveillance³⁹, de retenir quelques indicateurs orientés sur les personnels et sur le contexte d'insécurité dans lequel ils exercent leur activité professionnelle.

- Ainsi, les demandes d'assistance aux personnes formulées par le personnel représentent 48,3% en 2000 -elles représentaient 54,7% en 1999- alors que le nombre total de ces interventions a augmenté de 5,4% entre 1999 et 2000.

- Le poids des actes de violence⁴⁰ pour 1000 demandes d'assistance aux personnes est en augmentation 7,3 en 1999, 7,8 en 2000. Le nombre d'actes de violence (93) est resté identique entre 1999 et 2000.

Les lieux où se sont principalement produits ces faits sont les services d'urgences et de porte, les services de soins et de consultations externes, les chambres de malades et les services d'accueil administratif.

1.2.4.3 Autres établissements de santé visités ou ayant répondu à l'enquête

Les rapporteurs ont réuni des données partielles, soit à l'occasion des visites de sites hospitaliers, soit au travers de remontées d'information suite à l'enquête⁴¹ diligentée (cf. *supra*).

L'analyse des séries de données chiffrées et d'éléments se rapportant aux circonstances dans lesquelles les accidents du travail survenus suite à des violence se sont produits met en évidence des écarts non corrélés entre établissements appartenant à la même catégorie plutôt qu'une sinistralité accrue. Elles sont commentées et détaillées ci-dessous.

Une série longue, celle des Hospices civils de Lyon

Les données rassemblées par le service de médecine statutaire des HCL retracent –sur dix ans- l'évolution du nombre annuel d'accidents du travail ayant entraîné un arrêt de travail suite à « *agression ou contact avec des malades agités* ».

L'analyse des accidents du travail avec arrêt de travail -18 en 1988 contre 7 en 1999- montre une réduction du phénomène d'agression ayant des conséquences physiques en terme d'arrêt de travail. On note une légère sur représentation des hommes (38%) mais

³⁹ Cf. bilan de la sécurité anti-malveillance pour 2000, AP-HP, note interne, février 2001.

⁴⁰ Dans les actes de violence sont compris les vols à main armée, les événements avec arme à feu, les vols avec violence, les coups et blessures volontaires, les violences légères et les délits d'ordre sexuel, etc.

⁴¹ Cette enquête n'est en rien comparable à l'enquête nationale sur la thématique de la violence et le champ social coordonnée par le Dr Pierre Benghozi (qui a réuni 20.000 réponses) et ayant impliqué les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales.

ils sont souvent appelés en cas de « *situation difficile* ». La moyenne annuelle sur ces treize années s'établit à 8 accidents du travail.

En 2000, pour 21.086 salariés employés par les HCL, on dénombre 31 accidents suite à un contact avec malades agités (un taux d'exposition de 0,1%). Les circonstances de 11 accidents qualifiés d'accidents de service ayant entraîné un arrêt de travail sont les suivantes : 3 agressions de tiers, 6 contacts avec malades agités et 2 rixes entre agents.

Des taux variables d'exposition aux accidents du travail suite à des violences

Les taux d'exposition (cf. *supra*) au risque d'accidents du travail avec arrêt survenus suite à des violences sur le lieu de travail sont variables. Pour l'année 2000, ils s'établissent ainsi :

- 0,11 % AP-HP, 0,18 % aux HCL, 0,49 % au CHU de Strasbourg, 0,59 % au CHU de Nice, 0,68 % à l'AP-HM et 0,69 % au CHU de Nantes ; 1,71 % à Aulnay-sous-Bois, à 1,14 % à Argenteuil et à Evry-Essonnes, à 0,65 % à Saint Denis, à 0,38 % à Mantes la Jolie, à 0,31 % à Meaux (six hôpitaux généraux franciliens) ;
- 1,04 % au Vinatier⁴² à Bron, 2,07% à Edouard Toulouse à Marseille (deux hôpitaux psychiatriques)⁴³.

Des écarts importants (0,11 % à l'AP-HP à 2,07 % à l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille) que seules des analyses détaillées permettraient d'expliquer. D'où l'importance que revêt l'harmonisation des conditions d'enregistrement des déclarations d'accidents du travail.

1.3 Limites des statistiques se rapportant à la violence et à l'insécurité

Un constat s'impose : celui d'une insuffisante connaissance des diverses formes de violence et d'insécurité ressentie, de leurs répercussions sur les professionnels de santé d'exercice libéral ou travaillant en établissement et, au-delà des victimes, sur le collectif de travail. Ces professionnels expriment leur désarroi et leur attente de solutions plus adaptées, soit à titre individuel (arrêts de travail, de service, de maladie) soit collectivement (manifestions publiques, grèves, manifestations sur la voie publique, etc.).

1.3.1 L'apport des enquêtes de victimation

Les enquêtes de victimation constituent une nécessaire correction des données statistiques de la criminalité ou de la sinistralité existantes. Dans de nombreux pays existent des enquêtes de victimation sous forme de sondages destinés à corriger les statistiques officielles : les personnes interrogées répondent à un questionnaire portant sur les infractions ou les accidents dont elles ont été victimes par le passé.

⁴² L'hôpital psychiatrique du Vinatier à Bron, en charge de la sectorisation des deux tiers des habitants du Rhône, est au sein de l'agglomération lyonnaise. Les données relevées d'accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail à l'hôpital psychiatrique du Vinatier, qui emploie 2.304 salariés, répertoriées sous la rubrique « *contention et agressions malades* » ressortent à 183 accidents du travail sur les 606 accidents du travail relevés, dont 24 avec arrêt de travail ayant entraîné 848 jours d'arrêt de travail.

⁴³ Cf. l'ouvrage de Mme M. Monceau « Soigner en psychiatrie entre violence et vulnérabilité », Gaëtan Morin éditeur, 1998. L'auteur rapporte les résultats d'une enquête menée dans les établissements publics ayant une activité psychiatrique sur la période de référence 1990-1993 et analyse les 178 réponses : davantage de contacts violents et d'accidentés, des variations non corrélées d'un établissement à l'autre, etc.

Menées à intervalles réguliers auprès d'un échantillon de population sélectionnée, ces enquêtes complètent les données statistiques par les informations tenant aux différents événements –accidents du travail et/ou infractions, victimes (sexe, âge, profession), raisons qu'elles mettent en avant pour déclarer ou non les faits subis.

Un des intérêts de ces enquêtes de victimation est de permettre de mesurer l'ampleur de ces atteintes mineures aux personnes qui en raison de l'abaissement important du seuil de tolérance psychologique des victimes pèsent fortement sur l'insécurité.

Les données chiffrées mettent en évidence les biais qui aboutissent à une distorsion entre les événements subis par les victimes et ceux enregistrés par les services de police ou par les services gérant le risque professionnel accident du travail et/ou arrêt de travail. Le faible taux de signalement à l'autorité publique ou à l'employeur biaise les données statistiques car le « *chiffre noir* » représente des écarts importants avec les statistiques officielles.

Ainsi en matière d'accident du travail, une enquête de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)⁴⁴ menée entre mars 1997 et mars 1998 auprès de 20.000 salariés sondés, souligne « *la sous-estimation* » des accidents du travail : 8,5%⁴⁵ des salariés ont répondu avoir eu « *un accident même bénin au cours des 12 derniers mois les ayant obligés à se faire soigner* » et non-déclaré, soit 1.650.000 personnes (300.000 de plus que ceux recensés par la CNAMTS) dont 911.000 nécessitant un arrêt de travail (seulement 691.000 selon la CNAMTS).

Une étude de l'Institut des hautes études de la sécurité intérieure (IHESI)⁴⁶ et de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) portant sur des faits survenus en 1998 ou 1997, incluant 10.000 personnes, met en évidence que dans les atteintes mineures mais qui alimentent l'insécurité, seul un fait d'insulte sur douze est déclaré et seulement un fait de menace sur six.

1.3.2 La difficulté à mesurer l'insécurité ne doit pas masquer sa réalité

L'insécurité telle que nos interlocuteurs et témoins affirment la ressentir, revêt deux aspects : d'un côté, ils se disent préoccupés par un problème de société, de l'autre, ils s'étonnent des menaces personnelles dont sont l'objet eux-mêmes ou leurs proches collaborateurs ou leurs collègues. Elle est vécue comme une entrave à l'exercice professionnel.⁴⁷

Partant du constat qu'à ce jour, la connaissance statistique des phénomènes de violence subie et d'insécurité ressentie par les professionnels de santé est insuffisante, les rapporteurs ont procédé à des interviews. Des témoignages reçus et des discussions que les rapporteurs ont eues, deux aspects collatéraux de la violence subie par les professionnels de santé apparaissent lourds de conséquence sur l'environnement

⁴⁴ Voir : Ministère de l'emploi et de solidarité, DARES, revue Travail et emploi, n° 88, octobre 2001 : dossier accidents du travail qui, au-delà des chiffres, inclut trois articles : 1/ accidents du travail et accidentés du travail : un nouvel outil statistique, l'enquête de conditions de travail 1998, 2/ les angles morts de la connaissance des accidents du travail, 3/ accidents et organisations du travail : les enjeux de l'arrêt de travail.

⁴⁵ Le centre psychothérapeutique de l'Ain (ORSAC) a communiqué le bilan des accidents du travail toutes causes confondues pour l'année 2000 en distinguant les accidents déclarés (65) et les accidents non-déclarés (74).

⁴⁶ Cf. « *enquête de victimation* », IHESI et INSEE, 2000.

⁴⁷ Cf. « L'insécurité des médecins : une entrave à l'exercice professionnel », ordre national des médecins, conseil national de l'ordre, 10 mai 2001.

professionnel. Au-delà de la victime, l'agression survenue au travail affecte les personnes impliquées (les salariés, la profession, les malades et les témoins), et limite la liberté d'aller et venir des malades.

Plus les données statistiques s'affinent (augmentation des déclarations d'accidents du travail, dépôts de plaintes), plus on s'aperçoit qu'on n'appréhende qu'une faible partie du problème de la violence et plus encore de l'insécurité. L'appréciation quantitative demeure largement insuffisante. Elle est devenue une préoccupation prioritaire (cf. *infra*).

Les lieux des principales manifestations de la violence⁴⁸ :

- en milieu hospitalier (cf. *supra*) : le service d'urgence et de porte, les services de psychiatrie (unités fermées, contention, SMPR, etc.), des services cliniques (médecine, chirurgie, obstétrique, traumatologie, rééducation) recevant des malades (alcooliques, toxicomanes, malades mentaux), des service de pédiatrie accueillant des adolescents en difficultés, des services de gériatrie, etc.
- en ville (cabinet médical, cabinet de soins [en soirée] durant les gardes et à l'occasion des visites à domicile, ou de venues en pharmacie, etc.).

Les risques diffèrent selon la profession exercée : salariés travaillant en établissement avec des risques professionnels accrus pour ceux participant aux activités psychiatriques, aux activités d'urgence ; professionnels de ville exerçant en cabinet regroupant plusieurs professionnels moins exposés que ceux travaillant isolément et que ceux appelés à se déplacer (visite et/ou soins à domicile) ou que ceux exerçant une activité s'apparentant au sens de la sécurité à une activité de commerce (tel est le cas des pharmaciens).

Cependant on peut indiquer que la sécurité des professionnels de santé se pose avec une acuité différente selon les zones géographiques et les conditions économiques et sociales. Des témoignages recueillis, il ressort que la pratique des professionnels de santé est au regard des risques d'agression, de violence ou d'incivilité, plus difficile en zones urbaines (où vivent 80% de la population) qu'en zones rurales. Et que dans l'environnement urbain, ces conditions d'exercice sont rendues plus difficiles dans certains quartiers sensibles en raison de la délinquance.

⁴⁸ Cf. réponse de la direction des affaires sanitaires et sociales de Saône-et-Loire à l'enquête IGAS.

2 Réponses apportées au phénomène de violence au travail par les institutions et/ou les groupements professionnels

Afin de rassembler les réponses apportées aux phénomènes de violence et aux manifestations d'insécurité ressenties par les professionnels de santé, la mission s'est rendue :

- dans sept départements franciliens – Paris (à l'AP-HP, elle a visité les hôpitaux Saint Antoine, Saint-Louis et Bichat-Claude Bernard), la Seine-et-Marne, les Yvelines (Mantes-La-Jolie), l'Essonne (Corbeil-Essonnes : hôpital Sud francilien), les Hauts de Seine, la Seine-Saint Denis (Saint-Denis et Aulnay-sous-Bois) et le Val d'Oise (Argenteuil) ;

- dans six métropoles⁴⁹ régionales : Lille-Roubaix, Strasbourg (hôpital Hautepierre) ; Lyon (HCL et CHS du Vinatier), Bron, Rillieux-la-Pape; Marseille (hôpital Nord) ; Nantes–Saint-Nazaire (hôpital central) et Nice (hôpital Saint Roch et hôpital Pasteur).

En effectuant treize déplacements : six en région et sept en départements franciliens dont Paris, les rapporteurs avaient pour objectif d'entendre le plus grand nombre d'interlocuteurs et de professionnels de santé dont ceux victimes d'agressions.

Ils ont rencontré :

- au cours de douze réunions organisées par les préfets de région et de département et pour Lyon, Marseille et Lille, par les préfets délégués pour la sécurité publique :

- les autorités administratives impliquées dans les politiques publiques de la santé, de la ville, de la sécurité publique (le sous-préfet à la ville, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales accompagné d'un médecin inspecteur de santé publique et du pharmacien inspecteur régional, le directeur départemental de la sécurité publique, le commandant du groupement de gendarmerie départemental),

- les acteurs institutionnels : ordres (des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes), syndicats professionnels (CSMF, MG-France, FMF, etc.), associations de garde (SOS-médecins), directeur du SAMU, professionnels de santé constitués en associations dans tel ou tel quartier sensible, dirigeants associatifs connus pour leurs initiatives dans ce domaine et les représentants des fédérations des établissements de santé (FHF, FHP, FEHAP) ;

- dans les seize établissements de santé visités : les chefs d'établissement, les médecins du travail, les représentants des organisations syndicales siégeant au CHS-CT, les psychologues et/ou psychiatres en charge du suivi des victimes, le chef du service des urgences et les professionnels victimes d'agression qui avaient accepté de faire part de leurs expériences aux rapporteurs ;

- en visitant des cabinets médicaux (Corbeil-Essonnes, Mantes-la-Jolie, Marseille, Saint-Denis et Strasbourg), des officines pharmaceutiques (Corbeil-Essonnes, Gagny, Mantes-la-Jolie, Montreuil et Strasbourg), ils se sont entretenus avec des professionnels de ville, dont des victimes d'agression.

⁴⁹ La mission avait programmé un déplacement à Toulouse les 10 et 11 octobre. A la suite de la catastrophe du vendredi 21 septembre, ce déplacement a été annulé.

2.1 Cabinet et visites et soins à domicile.

2.1 *Le retrait des services de santé*

Au niveau de l'ensemble du pays, le développement de la violence à l'encontre des professionnels de santé s'est fait insidieusement et progressivement. Si on excepte les pharmacies d'officine dont les spécificités en ont fait plus tôt des cibles particulières, les violences dont sont victimes les professionnels libéraux⁵⁰ ressemblent beaucoup aux violences "ordinaires" que subissent d'autres catégories professionnelles et les citoyens en général.

Les libéraux installés en dehors des quartiers sensibles ont donc adapté progressivement leurs conditions d'exercice professionnel, à peu près au même rythme et dans les mêmes conditions qu'ils aménageaient leur vie privée.

En revanche, ceux qui se sont installés dans des quartiers déjà sensibles ou qui le sont devenus, ont dû prendre des mesures plus rapides et plus radicales. L'une des premières mesures prises a généralement consisté à éloigner leur lieu de résidence personnelle du quartier d'implantation de leur cabinet professionnel.

A un degré de plus, on observe une diminution des visites et soins à domicile dans les quartiers les plus difficiles. L'étape ultime consistant en un abandon, parfois sans reprendre, du cabinet professionnel.

Ces stratégies d'évitement ou de fuite adoptées par les professionnels de santé sont une des réponses et des conséquences de l'augmentation des manifestations de violence et de l'insécurité ressentie. Il ne faut pas interpréter ces replis comme des solutions de facilité. Pour ces professionnels, l'abandon de leur cabinet a un coût économique ; c'est aussi une épreuve professionnelle et humaine douloureuse pour des personnes qui avaient souvent choisi délibérément et par conviction de travailler au sein de populations moins favorisées.

Pour les habitants, la fermeture d'un cabinet peut représenter une diminution de leur accès aux soins et un pas de plus dans la régression sociale du quartier. Le quartier risque ainsi d'entrer dans un véritable cercle vicieux fait de :

retrait des commerces et services
détérioration des équilibres socio-catégoriels dans la population
nouveau retrait des commerces et services
nouvelle détérioration des équilibres socio-catégoriels
etc.

jusqu'au stade ultime de ghetto, parfois de zone de non droit, dans laquelle les forces de police n'interviennent que dans des conditions soigneusement évaluées.

Cette désertification rampante est déjà une réalité dans certains quartiers que la mission a visités et qui sont bien connus des services déconcentrés et des collectivités locales. Le retrait des libéraux est d'autant plus problématique que les structures publiques (dispensaires de soins, centres de santé, structures intermédiaires de la sectorisation psychiatrique) ne sont pas davantage présentes.

⁵⁰ Dans le cadre de ce rapport, les "libéraux" regroupent l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral. Il s'agit notamment des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes.

Fort heureusement, le processus décrit n'est pas irréversible. La mission a pu le constater.

2.1.1 La sécurisation des cabinets professionnels

Parmi les moyens de sécurisation des cabinets, la protection contre les intrusions fait partie de ceux auxquels les libéraux pensent d'emblée.

Les moyens de protection contre les intrusions sont nombreux et variés, et généralement complémentaires. On peut citer, de manière non exhaustive, les volets et barreaux de protection pour les fenêtres et autres issues, les verres de sécurité pour les fenêtres, la sécurisation des portes d'immeuble et de cabinet utilisant le blindage, les gâches électriques, les digicodes, les interphones et vidéophones, les détecteurs volumétriques ou de contact, les alarmes, la télésurveillance et la vidéosurveillance, etc.

Tous ces moyens ont leur intérêt et leurs limites. Ils doivent être choisis judicieusement et le conseil de spécialistes est souvent nécessaire. Outre les cabinets conseils spécialisés, les services de la sécurité publique peuvent apporter leur expertise sous forme d'audits de sécurité, comme par exemple dans les Hauts-de-Seine.

Tous ces dispositifs de protection ont évidemment un coût. Leur financement doit donc être prévu. Le fonds de revitalisation économique peut aider au financement de ces dépenses.

Le fonds de revitalisation économique (FRE) a été créé pour soutenir le développement économique dans les quartiers de la politique de la ville. Il a notamment comme objectif de compenser les charges exceptionnelles de certains commerçants ou des professions libérales exerçant dans les quartiers en difficulté et devant engager, à ce titre, des dépenses liées à la mauvaise qualité du bâti ou aux troubles répétés en matière d'insécurité. Le fonds est donc mobilisable pour financer la sécurisation des locaux professionnels ou pour des aménagements ayant des effets sécurisants.

Même si ce fonds est encore relativement récent, la mission a constaté que :

- l'existence de fonds est très peu connue des libéraux,
- ses modalités d'accès et la constitution des dossiers paraissent compliqués,
- les libéraux demandent vivement que l'administration soit plus accessible et les aide dans leurs démarches.

Toutes les formules de regroupement professionnel peuvent avoir un intérêt pour la sécurité de ceux qui y exercent. Ces modes d'exercice atténuent l'isolement physique et psychologique des professionnels et de leurs collaborateurs (auxiliaires techniques, personnels de secrétariat, de service et d'entretien) ;
permettent de réaliser des économies d'échelle pour la réalisation et la maintenance des divers dispositifs de prévention passive ou active ;
élargissent les plages d'utilisation et de présence au niveau des parties communes des cabinets.

Aux traditionnels cabinets de groupe, mono- ou pluridisciplinaires, il faut désormais ajouter les différentes formules présentées plus haut et connues, selon les lieux et ceux qui y font référence, sous les noms de maison médicale, maison de santé, CAPS, etc.⁵¹

⁵¹ Les dispensaires de soins et centres de santé présentent de ce point de vue les mêmes avantages. Ils ne sont pas explicitement énumérés ici car les professionnels qui y exercent ont généralement un statut de salarié.

2.1.2 La sécurisation des visites et soins à domicile

Les visites au domicile des patients vivant dans des quartiers dits sensibles ou à risques constituent exposent le professionnel à un risque de malveillance ou d'agression. Même si le risque réel ne paraît pas toujours avéré et documenté, le sentiment d'insécurité n'en demeure pas moins et on en a vu plus haut les inconvénients pour le patient et la qualité des soins.

L'insécurité constitue donc une raison supplémentaire pour limiter les examens et soins à domicile aux circonstances et aux patients pour lesquels le déplacement du professionnel s'avère souhaitable ou nécessaire. Il faut donc œuvrer pour réduire les visites non nécessaires. On pourrait avoir recours à des campagne de sensibilisation et d'information sur le bon usage de la visite et des soins à domicile. Les organismes d'assurance maladie pourraient envisager, dans un deuxième temps, des dispositions plus contraignantes pouvant aller jusqu'à la sanction des recours les plus abusifs.

Différentes pratiques ou expériences sont utilisées pour réduire les risques d'agression à l'occasion des visites. Il s'agit notamment des médiateurs sociaux, adultes relais, agents locaux de médiation sociale, correspondants de nuit.

Toutes ces formules ont leur intérêt et leurs limites. Des expériences malheureuses ont été rapportées à la mission : assassinat d'un correspondant de nuit, connivence d'un autre avec une bande de délinquants.

On rappellera que le dernier conseil de sécurité intérieure a décidé de réserver 4 000 postes d'adultes relais pour des actions développées dans le cadre des CLS et des volets prévention-sécurité des contrats de ville.

Certains praticiens demandent leur accueil et leur accompagnement par un membre de la famille du patient ayant sollicité la visite à domicile.

Le recours à des formules d'escorte policière est peu pratiqué, pour des raisons de disponibilité limitée des effectifs de la police, mais aussi et peut-être surtout à cause du risque de confusion. La présence de policiers peut avoir un effet de provocation.

Il en va de même de tout ce qui peut constituer un signe d'appel, comme par exemple les véhicules équipés de gyrophare, les caducées, les objets professionnels ou privés laissés dans le véhicule, l'utilisation de chien de défense.

La protection des véhicules professionnels est une préoccupation forte en raison de la fréquence des vols de véhicule, vols d'accessoires, dégradations volontaires, vols à la roulotte. Une étude ponctuelle menée sur 10 jours par la préfecture de police à Paris montre que les vols à la roulotte sont beaucoup plus fréquents parmi les professions de santé que dans le reste de la population. Il s'agit sans doute de ce qu'on appelle communément l'effet caducée.

2.1.4. La permanence des soins

La permanence des soins la nuit, les dimanches et jours fériés, ou à l'occasion des congés d'un professionnel libéral n'est pas toujours bien résolue dans les quartiers réputés non sensibles. Dans les quartiers sensibles, les problèmes sont accrus par la difficulté à trouver des remplaçants, notamment parmi les jeunes médecins ou auxiliaires médicaux de sexe féminin.

Outre les inconvénients qu'un tour de garde mal assuré présente pour les habitants, les répercussions sur le fonctionnement et la performance des services hospitaliers d'accueil et de réception de urgences sont bien connues.

Les demandes de dispense de participation aux tours de garde sont parfois motivées par l'insécurité vécue ou ressentie par le professionnel demandeur. Dans certains cas le risque n'est pas douteux, même s'il est toujours relatif par lui-même et en fonction du seuil de tolérance ou d'acceptation du soignant. D'autres aspects viennent cependant interférer et compliquer la tâche des pairs ordinaires chargés de faire respecter les règles déontologiques et d'organiser la réalité de la permanence des soins de ville. Ces aspects sont divers et tiennent à :

- la féminisation importante des professions médicales, y compris parmi les médecins généralistes ;
- l'aspiration croissante de ces professionnels à disposer d'une vie privée plus proche de celle dont dispose les autres catégories de professionnels ;
- le développement du travail à temps partiel, notamment parmi les professionnels féminins ;
- la spécialisation croissante de l'exercice médical au point que certains peuvent ne pas se sentir à l'aise dans des circonstances d'exercice qui requièrent des compétences larges et réellement généralistes ; le problème posé par les médecins à exercice particulier n'est pas que théorique ;
- la plus grande mobilité des habitants fait qu'une proportion plus grande d'entre eux plus ou pas encore de médecin de famille ou ne souhaitent pas en avoir. Certaines de ces personnes, lorsqu'elles sont malades, peuvent rechercher des soins ponctuels et immédiats (diagnostic et traitement groupés sur le même site et dans un minimum de temps), aux heures compatibles avec leurs contraintes professionnelles et familiales. On en connaît les conséquences et la traduction sur le fonctionnement des établissements de santé et des services normalement dédiés à l'accueil et à la prise en charge des urgences.

Le problème est donc complexe. Il dépasse le cadre de ce rapport mais lui est largement connexe.

En l'état actuel des compétences ordinaires (pour les médecins et les chirurgiens-dentistes) en matière de déontologie et de permanence des soins, les conseils départementaux des ordres concernés doivent exercer leurs prérogatives et rappeler aux praticiens défaillants leurs obligations déontologiques. Certains conseils départementaux y parviennent de manière satisfaisante.

La nécessité de sécurisation de la garde médicale libérale s'est traduite par la mise en place de différentes expériences, connues sous des appellations différentes, mais qui ont des points communs.

Il s'agit de limiter autant que possible les visites à domicile et d'encourager la venue du patient en un lieu de consultation, plus ou moins équipé techniquement, et sécurisé par les moyens physiques traditionnels et parfois avec le concours de personnel de surveillance.

La permanence est alors assurée par les libéraux qui se relaient à tour de rôle.

Toutes ces réalisations sont généralement récentes et encore non évaluées. D'autres sont à l'état de projet depuis parfois plus d'un an. D'autres se sont arrêtées après quelques mois seulement de fonctionnement.

2.2 Officine pharmaceutique

2.2.1 Des mesures établies en concertation avec les pouvoirs publics et donc une base normative

Les pharmaciens titulaires d'officine et leurs collaborateurs (pharmaciens assistants et préparateurs en pharmacie notamment) subissent la violence depuis plus longtemps que

les autres professionnels de santé. Les raisons en ont été données précédemment : présence de produits stupéfiants et psychotropes ; existence de fonds de caisse (cf. *supra*). Cette particularité expose les officinaux à des agressions qui relèvent de la criminalité organisée. Il n'est d'ailleurs pas surprenant que leurs mesures de protection s'apparentent fortement à celles préconisées pour les commerçants ou les banques. Mais les pharmaciens sont aussi victimes de violences plus ordinaires et d'incivilités croissantes.

2.2.1.1 Les mesures de surveillance et de gardiennage

Les pouvoirs publics ont donc été amenés à considérer les pharmacies comme des établissements à risque, au même titre que d'autres locaux professionnels ou commerciaux. Les dispositions du décret n° 97-46 du 15 janvier 1997⁵² leur sont donc applicables. L'encadré ci-dessous rappelle les principaux éléments découlant de cette réglementation.

<p>Domaine d'application :</p> <p>L'article 4 (III) du chapitre V du décret est relatif aux obligations de surveillance et de gardiennage incombant aux propriétaires de pharmacie situées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les communes dont la population municipale dépasse 25 000 habitants; - dans les communes insérées dans une zone urbanisée contiguë d'une commune dont la population dépasse 25 000 habitants ; - dans les grands ensembles et quartiers visés à l'article 1466 A (I) du code général des impôts et dont la liste est fixée par le décret n° 96-1156 du 26 décembre 1996. <p>Régime de surveillance :</p> <p>Les pharmaciens concernés doivent mettre en œuvre (sous peine d'une contravention de 5^{ème} classe) certaines mesures qui consistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit dans un système de surveillance à distance (télésurveillance, décret n° 91-1206 du 26 novembre 1991) ; - soit un dispositif de vidéosurveillance autorisé asservi à un dispositif d'alerte ; - soit par des rondes quotidiennes effectuées par au moins un agent d'un service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services ; - soit dans une présence permanente d'au moins un agent d'un service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services. <p>La circulaire ministérielle du 30 mai 1997 précise en outre que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les centres commerciaux, la surveillance es pharmacies peut être exercée en commun par au moins un agent de surveillance en permanence ; - la surveillance n'est pas obligatoire pendant les heures de garde si celle-ci est faite "à guichet fermé".
--

Le respect de ces obligations réglementaires en matière de surveillance et de gardiennage est vérifié par les services de la police nationale.

Ainsi, selon la DDSP du Val-d'Oise, en 2000, un bon tiers des officines de ce département n'avaient pas encore mis en place les mesures de défense passive imposées par le décret n° 46-97 du 15 janvier 1997.

Le ministre de l'intérieur a donc été amené à rappeler cette obligation par circulaire du 26 juin 2000⁵³. Les termes de cette circulaire (extrait ci-dessous) rendent bien compte des risques auxquels les officines sont exposées et de l'esprit dans lequel les services de police sont appelés à intervenir.

⁵² Décret n° 97-46 du 15 janvier 1997 relatif aux obligations de surveillance ou de gardiennage incombant à certains propriétaires, exploitants ou affectataires de locaux professionnels ou commerciaux (JO du 22 janvier 1997).

⁵³ Circulaire du ministre de l'intérieur du 26 juin 2000 relative à la sécurité des pharmaciens d'officine.

"Les pharmaciens d'officine et leurs collaborateurs appartiennent à une profession à risque. Les fonds de caisse détenus par ces commerçants et les produits stupéfiants ou psychotropes (ainsi que leurs substituts) qu'ils offrent à la vente sur prescription médicale donnent lieu à des vols accompagnés de violences. L'amplitude horaire d'ouverture des pharmacies, notamment lors des gardes, et la féminisation importante de la profession accroissent la vulnérabilité de ces commerces."

"Pour lutter contre cette forme de délinquance, il convient de veiller à :

- une action renouvelée des services de police ;
- un suivi des mesures obligatoires de surveillance ou de gardiennage prévues par les textes."

L'action renouvelée à laquelle le ministre de l'intérieur appelle les services de police consiste en

- une approche rationalisée des phénomènes d'insécurité, reposant sur une analyse fine des statistiques locales de la délinquance spécifique dont les pharmacies sont victimes, complétée par des échanges réguliers avec les représentants des conseils de l'ordre et des principaux syndicats, afin d'aboutir à l'adoption d'un dispositif de sécurité adapté à la situation des officines de chaque département, surtout dans les secteurs urbains.
- une traduction opérationnelle du dispositif adopté. Les contrats locaux de sécurité constituent le cadre privilégié pour l'élaboration d'une politique partenariale de lutte contre les diverses formes d'insécurité dont sont victimes les officines.

La mission a constaté que l'esprit de la circulaire était assez bien suivi par les services de police de proximité.

Dans certains départements, comme à Paris et en petite couronne d'Ile-de-France, une collaboration étroite s'est d'ailleurs instituée. La note de quatre pages intitulée "Officine et sécurité – Conseils pratiques", rédigée par la commission de travail du conseil régional d'Ile-de-France de l'ordre des pharmaciens, avec la participation du service information sécurité de la préfecture de police de Paris, constitue un bon exemple de ce qui peut être fait en la matière.

2.2.1.2 Le problème des stupéfiants et des produits de substitution

Il existe des mesures de sécurité pour le stockage des stupéfiants :

L'article R. 5175 du code de la santé publique prévoit que les substances et préparations classées comme stupéfiants sont détenues dans des armoires ou des locaux fermés à clef et ne contenant rien d'autre, et que tout vol est signalé sans délai aux autorités de police, à l'inspection de la pharmacie et à l'AFSSAPS.

Un arrêté du 22 février 1990 a précisé certaines modalités de détention de ces substances et préparations :

- les armoires ou locaux fermés à clef doivent être également munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé contre toute tentative d'effraction ;
- les quantités trouvées en dehors de ces armoires ou locaux peuvent être saisies.

Certains pharmaciens considèrent que le stockage et l'isolement des stupéfiants dans des armoires ou locaux spécifiques fermés à clef est générateur de stress au moment d'une agression. Ils suggèrent la suppression de cette obligation et le stockage des stupéfiants avec les autres médicaments.

La délivrance de produits de substitution (Subutex) par les pharmacies d'officine est assez souvent dénoncée par les pharmaciens comme de nature à les exposer à un risque supplémentaire. L'ordre des pharmaciens est ainsi parfois critiqué pour avoir collaboré à la politique de réduction des risques développée par les pouvoirs publics. Le risque est réel mais le procès fait à l'ordre est injuste.

2.2.1.3 Fonctionnement normal de jour

Les moyens de protection directe des officines sont évidemment primordiaux. La réglementation instituée par le décret du 15 janvier 1997 n'est pas encore totalement appliquée. Les officinaux prétextent du coût de ces installations et de leur manque d'efficacité.

La mission n'a pas été convaincue par les justificatifs fournis à l'appui de ces appréciations. Tout d'abord, le fait que des officines puissent être l'objet d'agressions en dépit de leur conformité aux règles édictées ne signifie pas que lesdites règles n'aient aucune utilité. Ensuite, la qualité même des solutions mises en œuvre pour se conformer à la réglementation est variable ; il n'est pas surprenant que les performances à en attendre soient elles aussi inégales.

L'élaboration et l'édition conjointe, par les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens et les DDSP et groupements ou brigades de gendarmerie, de brochures ou de feuillets donnant de conseils pratiques sur les moyens de se prémunir contre les agressions constitue une bonne initiative.

2.2.1.4 Fonctionnement de garde

La période de garde peut constituer, notamment dans les zones sensibles, une période à risque particulièrement élevé. Les moyens de protection et l'application des conseils usuels en matière d'agencement de l'officine, d'équipements et de comportements des personnels, revêtent en ces circonstances une importance particulière.

Les modalités d'accès aux officines durant les périodes de garde de nuit ou de dimanches et jours fériés font désormais l'objet de préconisations assez consensuelles. Il s'agit de réaliser un filtrage des appels destinés aux pharmacies de garde par les services de police. Elles ont d'ailleurs été rappelées par une circulaire du ministre de l'intérieur du 26 juin 2000 relative à la sécurité des pharmaciens d'officine.

La procédure minimale consiste en un appel téléphonique du client au commissariat compétent, au cours duquel le client indique son nom et le numéro de téléphone auquel il peut être joint. Selon les pratiques locales en vigueur, et en fonction de la sensibilité du secteur, ce dispositif peut être plus contraignant : contre-appel téléphonique, passage du client au commissariat, appel du chef de poste au pharmacien de garde.

La mission a constaté, dans certains départements au moins, que les unités de gendarmerie n'avaient pas la possibilité d'identifier les numéros téléphoniques appelant et de procéder à d'éventuels contre-appels. L'impact de cet inconvénient est sans doute encore limité puisqu'il touche la zone gendarmerie dont on sait qu'elle est beaucoup moins concernée par le problème des agressions d'officines. Néanmoins, il conviendrait que la gendarmerie nationale analyse les raisons de cette difficulté et trouve les moyens de corriger cet inconvénient dont les conséquences pourraient être lourdes dans l'avenir sur certaines communes de leur compétence.

2.3 En établissement de santé

2.3.1 Les effets positifs du plan 2001 de prévention et d'accompagnement des situations de violence

Il faut distinguer les établissements de santé soumis à dotation globale de financement des établissements de santé privés.

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 prévoyait une dotation de 100 MF pour financer les projets de prévention et d'accompagnement de situations de violence dans les établissements de santé financés par dotation globale.

Ces dispositions prévues par la circulaire DHOS/P1/2000 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence ont été mises en œuvre avec célérité. Les agences régionales de l'hospitalisation en charge de la répartition des 100 MF de crédits ouverts ont réparti ces crédits en majorité au cours du premier trimestre de l'année 2001.

La plupart des établissements ont reçu la notification des opérations retenues et les montants des financements accordés suite aux décisions des commissions exécutives avant fin avril 2001. Il est vrai que les travaux préparatoires à la mise en œuvre de ces mesures avaient permis d'identifier quatre domaines principaux : la formation à la conduite de projets ou de ceux visant à renforcer la compétence des agents en matière de prévention, les mesures d'amélioration de l'accueil visant à diminuer l'agressivité, la mise en place d'équipements de sécurité et le renforcement des personnels d'accueil et de sécurité. C'est sur ces critères de sélection que le choix des projets éligibles a été opéré.

Au cours de la réunion de l'instance de suivi (cf. : *supra*) du 3 octobre, la DHOS a dressé le bilan de cette campagne : l'enveloppe de crédits alloués par les ARH a été légèrement supérieure aux 100 MF ouverts. Elle est égale à 110,39 MF, les ARH ayant mobilisé d'autres dotations de crédits pour le financement des mesures de lutte contre la violence.

Répartition des actions ayant bénéficié aux établissements, par catégorie, en 2001

catégories	nombre	%	Montant en francs	%
CHU-CHR	30	8,00 %	22.354.377	20,25 %
CH	273	56,85 %	58.670.675	53,15 %
CHS	65	13,50 %	16.233.555	14,71 %
HL	42	8,65 %	3.836.290	3,48 %
PSPH	59	12,30 %	8.647.598	7,83 %
Autres	12	2,50 %	647.400	0,59 %
Total	481	100 %	110.389.895	100 %

Source : DHOS/P1, octobre 2001, suivi du protocole mars 2000

La répartition des actions ayant bénéficié aux établissements par catégorie (cf. tableau ci-dessus) et par nature s'établit comme suit :

- sur les 481 établissements sur 512, soit près d'un sur trois⁵⁴, ayant présenté des projets de lutte contre la violence, on dénombre 30 CHU, 273 centres hospitaliers généraux, 65 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, 42 hôpitaux locaux, 59 établissements participant au service public et 12 autres établissements ;
- sur 110 MF de crédits, les crédits pérennes (38,019 MF) représentent 34,44% (personnel 68,24%, investissements 23,53% et formation 8,23%) et les crédits non reconductibles (72,37 MF) représentent 65,56 % ;
- enfin, les agences régionales ont mené des politiques différenciées en tenant compte des spécificités régionales. Ainsi dans trois régions –Bourgogne, Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes-, le montant des projets pris en charge est supérieur au montant des crédits alloués aux ARH, celles-ci ayant affecté d'autres ressources au financement de ces mesures.

Au cours de leurs déplacements à Paris, en région dont l'Ile de France, lors des rencontres avec les membres du CHS-CT, les médecins et psychologues du travail et les psychiatres en charge de l'accompagnement des victimes, il a été donné aux rapporteurs de mesurer l'impact positif de ces mesures : prise en compte des particularités locales, structuration des fonctions d'accueil et de sécurité des établissements et enrichissement du dialogue social au sein des établissements. L'élaboration des 511 projets a donné lieu à une forte mobilisation et à une large concertation des chefs d'établissements avec les médecins du travail, avec le corps médical et avec les représentants du personnel principalement au sein du CHS-CT.

Dans de nombreux établissements, ces mesures de prévention et d'accompagnement des violences ont permis l'élaboration d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT), intégré dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) qui représente l'effort que l'établissement fait sur le court et le moyen terme en matière d'amélioration des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité⁵⁵.

⁵⁴ Pour la même période on comptait 1.655 établissements d'hospitalisation publics.

⁵⁵ Référence explicite aux dispositions du code du travail, article L. 230-2 précisant les responsabilités incombant au chef d'établissement de prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, dispositions législatives incluant la transposition de la directive 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (le décret pris en application de l'article L. 230-2 n'est pas à ce jour publié).

2.3.2 *Illustration à l'aide des réponses apportées par quelques institutions hospitalières visitées ou ayant répondu à l'enquête IGAS/DDASS*

2.3.2.1 *A l'AP-HP : équilibre entre prévention de la violence et lutte contre la malveillance, une réelle ingénierie*

La sécurité générale anti-malveillance à l'AP-HP est un plan de sécurité mis en œuvre depuis dix ans et adapté aux évolutions des comportements sociaux et des risques. Ce plan établi en participation avec les personnels et leurs représentants, est fondé sur la prévention renforcée excluant les interventions d'ordre répressif, donnant une priorité à la sécurité des personnes et s'appuyant sur des activités préventives plus fondées sur l'intervention humaine que sur l'emploi des technologies.

Au plan opérationnel, cette institution hospitalière a mis en place une organisation fonctionnelle : le conseiller pour la sécurité générale et un adjoint chargé de la veille technologique sont placés auprès du directeur général et dans 32 hôpitaux ou groupes hospitaliers, une organisation hiérarchique placée sous l'autorité du chef d'établissement composée d'un chef de sécurité, agent contractuel ayant exercé des fonctions d'officier de police judiciaire, d'un adjoint, d'une équipe d'agents de sécurité ; une partie des tâches de gardiennage est sous-traitée à des sociétés de gardiennage.

Ce dispositif a mis en évidence une profession, le chef du service de sécurité. Ce métier nécessite une expertise et une expérience et, dans la lutte contre l'insécurité entourant l'activité des professionnels de santé, ce cadre participe à l'élaboration des plans de prévention et de sécurité, conseille le chef d'établissement et accompagne les victimes dans leurs démarches auprès des autorités de police (dépôt de plainte) et de justice.

Les résultats obtenus méritent d'être rapportés : stabilisation des délits ou des faits de délinquance, réponses apportées aux demandes croissantes d'aide de la part du personnel et diminution du sentiment d'insécurité par une forte présence sur le terrain.

Les compétences réunies pour prévenir et accompagner les violences, pour prévenir et réduire l'insécurité ne se limitent pas aux seuls effectifs et au professionnalisme apporté par les officiers de police judiciaire et les agents des services de sécurité. Pour l'avoir constaté, il convient de souligner les synergies opérées entre le service central de médecine du travail –médecins, statisticiens, ingénieurs en hygiène et sécurité, psychologues-, les médecins du travail en établissement et les services juridiques, tous constituant une réelle ingénierie en matière de sécurité et de lutte contre la violence.

2.3.2.2 *Aux Hospices civils de Lyon : une réflexion approfondie des professionnels*

L'initiative prise par le directeur général des Hospices civils de Lyon de proposer qu'un numéro de la revue des HCL soit consacré au thème de la violence, reflète deux préoccupations managériales :

- la prise en compte des évolutions des comportements et de la gravité que revêtent parfois les situations de violence,
- la volonté de nourrir le dialogue social, les partenaires sociaux par leur connaissance des situations de violence et d'insécurité ayant retenu ce thème.

La démarche des HCL s'inscrit dans le contrat local d'amélioration des conditions de travail. Elle s'appuie sur un travail antérieur et en profondeur des médecins du travail, de la direction du personnel –cadres administratifs, psychologues, cadres soignants- et des psychiatres chargés au sein du SAMU 69 de la cellule médico-psychologique des catastrophes.

Trois mesures de portées différentes ont retenu l'attention des rapporteurs :

- une, innovante et qu'il conviendrait d'étendre à raison de son intérêt mais aussi des problèmes statistiques liés à la constitution d'un échantillon, c'est le projet de créer un observatoire des situations de violence ;
- deux autres, plus opérationnelles et internes à l'institution : communication à partir des actions du plan et structuration de la fonction sécurité.

2.3.2.3 A l'AP-HM : la lutte contre la malveillance et contre la violence, un des éléments du contrat de ville, Etat-ville de Marseille

L'impact des événements de 1999 avait conduit à un arrêt de travail après une énième agression physique (grève des urgences). Cet impact demeure une réalité indépendamment des mesures importantes prises par la direction (aménagement des locaux, renforcement des effectifs médicaux et para-médicaux, installation d'une antenne de police -deux fonctionnaires- dans le service des urgences de l'hôpital Nord⁵⁶ de 21 heures à 5 heures, mise en place en septembre 1999 et qui a cessé son activité en août 2000, recrutement de 9 agents et d'un responsable de la sécurité, mise en place de 4 médiateurs sociaux).

Il y a une vingtaine d'années, l'AP-HM avait commencé à recruter (un par site hospitalier) des inspecteurs surveillants, anciens policiers, pour coordonner l'action des services hospitaliers et établir des liens avec les services de la police, puis elle a abandonné cette pratique au profit de contrats avec des sociétés privées de surveillance. L'expérience ayant montré ses limites, la direction pour lutter contre la malveillance et l'insécurité, a repris le recrutement d'inspecteur surveillant parmi des officiers de police judiciaire.

A partir du diagnostic de sécurité, les signataires (préfecture de police-mairie-Parquet) du contrat local de sécurité annexé au contrat de ville : Etat-ville de Marseille, en lien avec l'AP-HM, ont envisagé un avenant : sécurisation des services d'urgences des hôpitaux du CHU de Marseille, comportant 18 fiches d'actions⁵⁷. Ce projet d'avenant n'avait pas reçu d'approbation au moment du passage de la mission

L'AP-HM a adopté un plan d'action en quatre points : recentrage des services d'urgence sur leur mission propre (prise en charge dans les locaux de la police des personnes en état d'ivresse publique manifeste, généralisation de la prise en charge spécialisée des urgences psychiatriques, expérimentation d'un réseau ville-hôpital dans les quartiers Nord : consultations de médecine générale hors service d'urgence) ; maintien sur le site de l'hôpital Sainte Marguerite de la prise en charge des toxicomanes ; renforcement des effectifs et organisation de la protection physique des personnes -agents hospitaliers et

⁵⁶ Comme l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg, l'hôpital Nord de Marseille jouxte des quartiers sensibles du Nord de l'agglomération marseillaise.

⁵⁷ A ce jour cet avenant est encore à l'état de projet et les services de la préfecture n'ont pu donner les raisons du non aboutissement de ce dossier.

malades- en lien étroit avec la police nationale (dispositif d'alerte directe, renforcement de la police de proximité autour des établissements, etc.).

2.3.2.4 A Strasbourg, les apports de la médiation sociale et de la police

L'exemple hospitalier strasbourgeois présente l'intérêt d'offrir deux situations contrastées, à raison de la localisation de deux établissements de court séjour –l'hôpital civil et l'hôpital de Hautepierre- dans l'espace urbain strasbourgeois.

Si la perception et les faits de violence et d'insécurité constatés sont forts sur le site de l'hôpital de Hautepierre, situé à la périphérie du centre historique de la ville, à proximité des quartiers sensibles (Hautepierre, Cronenbourg), de construction récente et ouvert aux différents flux de population (malades, consultants, accompagnants, visiteurs et aussi jeunes en déshérence, bandes, émigrés, etc.), à l'inverse, à l'hôpital civil situé au cœur de la ville historique et entouré de murs, la violence et l'insécurité de moindre intensité bien qu'existant aux urgences et en psychiatrie, sont vécues et ressenties différemment.

A la suite d'événements graves survenus aux urgences, le chef d'établissement a pris en concertation avec les autorités administratives et la municipalité de Strasbourg, un certain nombre de mesures au titre desquelles deux doivent être rapportées. Elles sont appréciées différemment par les acteurs locaux. Si la présence de la police municipale au sein du service des urgences de Hautepierre⁵⁸ entre 21 heures et 4 heures du matin apparaît pour l'encadrement, le personnel et leurs représentants, comme un facteur d'amélioration de la sécurité, par contre l'affectation de 14 agents locaux de médiation sociale (ils sont 9 aujourd'hui) n'a pas eu l'effet sécuritaire attendu (jeunesse des agents occupant ces postes sur des contrats emploi-jeunes, affectation des AMLS à d'autres tâches, etc.). Pour coordonner la lutte contre la violence et la malveillance, le directeur général des HUS a confié à un ingénieur-sécurité, une mission d'organisation et d'animation de la fonction de sécurité pour l'ensemble des sites des HUS.

2.3.2.5 Les solutions proposées par les autres établissements de santé

Aux trois questions posées aux services déconcentrés (DDASS) : identifier les établissements de santé concernés par les phénomènes de violence, pointer les établissements les plus concernés par ces phénomènes et catégoriser les violences constatées (physiques et matérielles) et les lieux où elles se produisent.

Globalement les réponses s'articulent ainsi : les établissements les plus concernés par les phénomènes de violence sont les établissements de santé –publics et privés-, sièges d'un service d'accueil des urgences (SAU), d'une unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) et ceux ayant des activités psychiatriques. C'est le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) qui est le plus souvent confronté à la violence physique et psychique.

Un constat : des mesures (cf. *supra*) visant à prévenir les violences et à accompagner les victimes suite à des agressions ont été mises en œuvre dans la plupart des établissements de santé.

⁵⁸ L'hôpital de Hautepierre est localisé à l'Est de l'agglomération strasbourgeoise, à proximité de quartiers sensibles tels que Cronenbourg, Hautepierre, etc.

Les actions engagées par les établissements visités ou ayant répondu à l'enquête IGAS/DDASS s'orientent dans trois directions : la prévention passive consistant à éviter que ne se produisent des situations de violence, la prévention active visant à préparer l'encadrement et le personnel à faire face aux situations de violence et des dispositifs spécifiques de suivi et d'accompagnement des victimes.

➤ Des mesures de prévention passive

Ces mesures recouvrent :

Des moyens humains :

- création de postes budgétaires au titre de la circulaire du 15 décembre 2001 (cf. *supra*) soit 104 équivalents temps plein en crédits reconductibles et 19 postes en crédits non reconductibles
- création d'équipes d'intervention pour faire face aux situations violentes, composées d'hommes de différents services de l'hôpital ; elles peuvent intervenir rapidement en renfort de la victime et de l'équipe de soins (à Poissy-Saint Germain-en-Laye, au CH de Mulhouse) ou avoir une fonction dissuasive (aux CH et CHS d'Albi, au CHIC de Castres –Mazamet, etc.) ;
- extension de l'encadrement de nuit (CHS de Chambéry, CH de Saint Denis, etc.) ;
- mise en place d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences (CH Bourg-en Bresse, au CH de Mulhouse, etc.) ;
- confortation de la fonction de sécurité par l'action de personnels spécialisés (création à Bordeaux d'un poste de conseiller pour la sécurité des personnes et des biens, chargé par le directeur général d'une mission transversale sur les établissements du CHU) ou renforcement de l'effectif des équipes de sécurité (à Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Le Raincy-Montfermeil, Ville-Evrard, Marseille, etc.) ;
- renforcement de l'équipe d'accueil et de surveillance par des agents en CEC (au CHU de Poitiers), en emplois-jeunes, qualifiés « *agents d'accueil et de sécurité* » (CHR d'Orléans et centre hospitalier de l'agglomération montargoise, etc.) ;
- renforcement de l'effectif de personnel infirmier des services difficiles en particulier des unités accueillant les détenus (CH de Rouffach) ou en maternité (CH d'Argenteuil).

Des moyens organisationnels :

- en lien avec la politique de la ville, des établissements (CH de Saint-Denis, du Raincy-Montfermeil, d'Aulnay-sous-Bois en Seine-Saint-Denis, de Gonesse dans le Val d'Oise, le CHU de Marseille, le CHS du Vinatier, etc.) ont inscrit leurs actions en lien avec les dispositifs de la politique de la ville : contrat de ville et contrat local de sécurité (CLS) ;
- création d'une cellule de veille concernant les situations de violence (CHS de Saint Egrève à Grenoble) ou d'un observatoire des violences (HCL à Lyon) ;
- contrôle des accès, accès sélectifs aux locaux, etc. ;
- meilleur repérage et connaissance du phénomène avec déclaration de tous les cas inscrits sur registre tenu dans chaque service (CHU de Saint Etienne, CHU et CHS à Limoges, etc.) ;
- tenue de registres permettant de recenser les agressions, menaces et violences et/ou de fiches de signalement⁵⁹ ou d'événements indésirables (CHU Nice, CH Cannes, hôpital Charles-Perrens à Bordeaux, CHS Henri Laborit à Poitiers, etc.) ;

⁵⁹ Les fiches de signalement révèlent des situations diverses, de l'agression verbale à des dommages corporels subis par le personnel. Pourtant la fiche d'événement indésirable ne recense pas l'ensemble des situations ; de nombreux chefs d'établissement, considérant que ce recensement est un bon révélateur des situations de violence, inscrivent cette procédure dans une démarche plus large de gestion de la qualité du service.

- fiches de signalement d'événements indésirables (HCL, AP-HP, AP-HM, Nice, etc.) ;
- rapprochement avec la police : protocoles d'intervention, réunions d'information du personnel, organisation de journées thématiques (CH Argenteuil), protocoles de recueil des plaintes au commissariat (AP-HP, AP-HM, Strasbourg, Nice, etc.) et protocoles avec le parquet.

Des mesures d'investissements :

- installations de télésurveillance, vidéo-surveillance, appels de détresse (CH Versailles, etc.) ;
- mise aux normes des chambres d'isolement et des moyens de contention (CHS de la Savoie à Chambéry, CHS Edouard Toulouse à Marseille, etc.) ;
- dispositifs d'alarme pour travailleur isolé, pose de barrières d'ouverture, de clôtures, appareils de protection du travailleur isolé, etc.

Des mesures administratives :

- modification du règlement intérieur traitant du comportement des hospitalisés (lorsqu'un malade dûment averti cause des désordres persistants, le directeur avec l'accord du médecin responsable du malade, prend toutes les mesures appropriées pouvant aller jusqu'à l'exclusion de l'intéressé) ;
- mise en place de guides d'aide aux victimes à l'intention des personnels.

➤ **Des mesures de prévention active**

Ces mesures consistent à préparer les personnels et l'encadrement à l'apparition de situations de violence afin de les prévenir et lorsque de telles situations se produisent d'y faire face et de limiter leur impact sur la victime, le personnel et les malades hospitalisés ou consultants.

Par son importance, la formation du personnel constitue l'une des principales mesures prises par les établissements dans le plan de lutte contre la violence et l'insécurité.

Deux données chiffrées montrent l'importance qu'elle revêt dans la prévention des situations de violence :

- le bilan établi par le principal collecteur de fonds de formation continue des établissements hospitaliers publics, l'association pour la formation professionnelle des agents hospitaliers (ANFH), bien que n'incluant qu'une partie des actions conduites, est significatif des moyens consacrés aux actions de sensibilisation et de formation des personnels : en 2000, 2.661 agents hospitaliers ont participé à des actions ciblées sur violence-agressivité, soit 58.184 heures de formation ;
- le montant des crédits pérennes et de ceux non-reconductibles, engagés au titre du plan d'action prévention de la violence et accompagnement des victimes, s'élève à 39.688.399 de francs.

➤ **Dispositifs d'accompagnement et de suivi des victimes**

En raison des graves répercussions psychologiques qu'ont les accidents et les agressions sur les victimes et le personnel, les établissements ont pris des mesures importantes, établi des protocoles de prise en charge des victimes et identifié les différents acteurs susceptibles d'intervenir.

Cette prise en charge est d'abord médicale et psychologique ; le plus souvent dans les situations rencontrées, elle est assurée par l'équipe médicale du service ou par celle

appartenant à la cellule médico-psychologique. L'agent victime d'une agression a le choix de se référer à son médecin. De nombreux établissements organisent des séances de debriefing avec ou sans la participation de personnes extérieures au collectif de travail, par exemple psychologues, psychiatres, médecins du travail.

Ensuite l'agent victime d'une violence caractérisée d'infraction est accompagné dans ses démarches administratives (dépôt de plainte, etc.).

Parmi les mesures prises par les établissements, on notera :

- mise en place de dispositifs de prise en charge des professionnels victimes d'agression et /ou de violences, cellule de soutien psychologique permettant aux victimes de bénéficier d'une aide médico-psychologique en vue de limiter les conséquences post-traumatiques, cellule de victimologie (CHU de Grenoble, entre le CHU et le CHS Henri Laborit à Poitiers, au CHU de Saint Etienne, de Marseille, de Lyon, de Nantes et Nice, etc.) ;
- mise en place d'un débriefing immédiat avec l'encadrement (cadres infirmiers et médecins) avec l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre (particulièrement dans les services d'urgence et en psychiatrie) ;
- création d'un poste de psychologue du travail (CH de Bourg en Bresse, CH d'Angoulême, CHS de Rouffach) et mise en place d'une structure d'accueil et de médiation ;
- aide dans les démarches administratives des victimes (signalement d'un fait sans poursuite pénale sur la main courante des commissariats, dépôt de plainte) ; certains hôpitaux (Argenteuil, Nice, etc.) ont obtenu que la victime soit domiciliée dans l'établissement ; d'autres établissements dans le cas de crimes ou de délits portent plainte avec constitution de partie civile ; d'autres ont établi des protocoles à des démarches à suivre (Strasbourg, Marseille, etc.) ;
- le CHU de Bordeaux, le CH d'Argenteuil étendent la protection des agents hospitaliers contre les violences, les voies de fait, les injures, les diffamations et les outrages dont ils peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions et réparent les préjudices matériels subis, aide juridictionnelle lorsqu'un agent porte plainte avec constitution de partie civile⁶⁰, et le CHU de Nîmes a développé une démarche visant à assurer la protection juridique des agents (dépôt de plainte immédiat devant un OPJ, dépôt de plainte avec constitution de partie civile au titre des troubles causés, en cas de classement sans suite, dépôt de plainte auprès du doyen des juges d'instruction avec constitution de partie civile, suivi de la procédure en cours, après le jugement demande systématique au greffe du jugement pour en obtenir l'exécution forcée, etc.).

Un inventaire non-exhaustif des mesures correctives mises en place pour prévenir les violences, atténuer le sentiment d'insécurité des professionnels et des patients –malades et consultants- et accompagner les victimes.

Les établissements de santé ont orienté leurs actions de prévention et d'accompagnement des situations de violence et de lutte anti-malveillance sur la prévention, autour de quatre axes, ce qui n'exclut pas l'application des mesures disciplinaires que doit prendre le chef d'établissement dans certaines circonstances, à l'égard des malades hospitalisés ou des consultants ou des visiteurs :

- l'élément humain (formation, renfort d'effectifs, professionnalisation des métiers de sécurité, etc.) prime sur l'élément matériel,

⁶⁰ A Bordeaux, les 22 plaintes déposées entre le premier janvier 2000 et le 31 août 2001 ont permis d'ores et déjà la condamnation de 4 personnes ayant commis des faits délictueux ou criminels.

- l'architecture des établissements doit intégrer les préoccupations de sécurité, à ce titre l'exemple de l'hôpital de Mantes-la-Jolie doit être rapporté,
- les équipes de sécurité, de surveillance et la présence de la police ont un rôle dissuasif et donnent un sentiment de sécurité aux personnels,
- la lutte contre l'insécurité et la violence nécessite des compétences et le recours à une ingénierie existante (cf. *supra*).

2.3.3 Deux situations à part : les urgences hospitalières et la psychiatrie

2.3.3.1 Le cas particulier des urgences hospitalières: forte prévalence de la violence et importance des mesures prises

➤ La situation observée

Les services d'accueil et d'urgence, les quatorze⁶¹ sites visités par la mission et ceux dont elle a eu à connaître le dossier sont identifiés comme des lieux de manifestation de la violence ordinaire, parfois grave. Les sites visités sont localisés dans des agglomérations importantes et présentent des caractéristiques particulières :

- hôpitaux de l'AP-HP (Saint Antoine, Saint Louis et Bichat-Claude Bernard) situations différenciées mais identification des facteurs de risques communs (populations à risque, importance des problèmes sociaux, personnel plus sensible à l'agression, forte fréquentation, locaux rénovés ou rénovation en projet) ,
- hôpitaux des départements de la couronne : Argenteuil, Aulnay-sous-Bois, Corbeil-Essonnes, Mantes-la-Jolie, Saint Denis, situés en zone urbaine et à proximité de quartiers sensibles, quatre d'entre-eux sont associés à un contrat local de sécurité et ont bénéficié d'investissements récents ;
- hôpital Edouard Herriot à Lyon (3 sites d'urgences : urgences médicales intégrant la psychiatrie, urgences chirurgicales et urgences pédiatriques) ;
- hôpital Nord à Marseille : situé en zone urbaine à proximité de quartiers sensibles a bénéficié d'aménagement et de renforcement de l'effectif (cf. *supra*) ;
- hôpital St Roch à Nice : un site d'urgences intégrant trois dimensions de prises en charge : une médico-chirurgicale, une unité d'accueil psychiatrique et une unité de consultations non-programmées ouvertes aux heures ouvrables ;
- hôpital de Haute-pierre, l'un des deux sites d'urgences des hôpitaux universitaires strasbourgeois, réorganisé après la crise de 1999 ;
- deux hôpitaux : CH de Roubaix et CH de Saint-Nazaire, situés en zone urbaine ont une forte activité.

➤ constat et facteurs favorisant la violence

Le constat est identique : si les actes graves demeurent en nombre limité, les actes de violence physique ou d'agressivité s'accroissent, les paroles provocantes ou blessantes deviennent insupportables et entraînent une perte de confiance et de contrôle de la part des agents non expérimentés ou non préparés à ces phénomènes.

⁶¹ Il s'agit des sites suivants : hôpital St Antoine, hôpital St Louis, hôpital Bichat - Claude Bernard, hôpital Edouard Herriot à Lyon, hôpital psychiatrique du Vinatier à Bron, hôpital Nord à Marseille, hôpital St Roch à Nice, hôpital Haute-pierre à Strasbourg, hôpital d'Argenteuil, hôpital de Mantes-la-Jolie, hôpital de St Denis, hôpital d'Aulnay sous-Bois, hôpital de Roubaix et hôpital de Saint-Nazaire.

Les facteurs favorisant cette violence sont repérés par les professionnels comme étant les suivants :

- Agencement et architecture : conditions matérielles de l'accueil (coexistence de personnes dont les motifs de venue sont différents : urgence « réelle » ou ressentie, consultation sans rendez-vous, problèmes sociaux, etc.), absence de circuits autorisant la séparation des malades à raison de la gravité de leur état de santé (flux) ou de leurs besoins sanitaires et sociaux et exigüité des locaux.
- Délais d'attente et manque d'information : attente prolongée (parfois plusieurs heures), manque d'information sur les causes de l'attente, attente liée à la surcharge de travail du personnel soignant et médical, délais dus aux avis médicaux (avis de spécialistes) et aux investigations para-cliniques dont celle de radiologie, et en aval, manque de lits en médecine.⁶²
- Prise en charge des populations : *en raison du risque sanitaire* : les situations à risque (psychiatrie, éthyliisme, toxicomanie, etc..) même clairement identifiées ne sont pas toujours prises en considération ; *en raison d'aspect culturel des soins* : l'insuffisante prise en charge des situations individuelles (non francophones, personnes âgées ou très âgées, SDF, etc.), relations difficiles avec les familles accompagnant les enfants, ou les hommes accompagnant leur femme, etc. ; *en raison des risques liés à la délinquance* : agressivité croissante de la population des 15-25 ans (particulièrement sensible en secteur traumatologique).
- Importance de la qualification et de la formation des personnels affectés aux urgences : affectation d'un personnel soignant dont des infirmiers ayant une expérience de la psychiatrie et d'un personnel médical en nombre suffisant y compris la nuit, constitution d'un collectif de travail au sein duquel des postes essentiels comme ceux d'orientation et de tri doivent être l'objet d'une plus grande attention.

➤ **mesures prises et/ou envisagées**

Au cours des dernières années, les politiques publiques ont conforté les effectifs médicaux et soignants des services d'accueil et d'urgences, les locaux ont été rénovés⁶³ mais cela s'avère insuffisant devant l'augmentation constante des malades qui ont recours aux services d'urgence.

Le traitement des urgences a induit des modes de collaborations particuliers entre établissements et professionnels de santé : service d'aide médicale d'urgence (SAMU), centre de réception et de régulation et des appels⁶⁴, services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou unités d'accueil et de traitement des urgences et une importante production normative qui a servi de base à la préparation et à l'adoption des schémas d'urgence au niveau des 22 régions.

⁶² Il convient de noter que la France comptait en 1998 presque autant de lits d'hospitalisation en médecine (119.247 lits) qu'en chirurgie (104.644 lits).

⁶³ De nombreux services visités par les rapporteurs ont été construits au cours des dix dernières années, certes en tenant compte des contraintes environnementales, mais l'agencement, s'il constitue une réelle amélioration, a insuffisamment pris en compte les lieux d'accueil, les locaux d'attente, la non-différenciation des circuits de malades (traumatiques, médicaux, enfants, gynécologie, etc.).

⁶⁴ Sur 11 millions d'appels reçus en 1997, 6,6 millions d'appels n'ont pas eu de suite (erreurs, faux appel, malveillance), 4,1 millions d'appels ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical dont 2,9 millions soit 36% à l'envoi d'une équipe sans moyen de réanimation (ambulance privée, pompiers, police secours), 20% à l'envoi d'un médecin de garde à domicile et 14% à l'envoi d'une équipe avec moyens de réanimation (SMUR, pompiers).

Indépendamment des mesures prises et des moyens affectés à cette activité, les conditions d'exercice des professionnels de santé les exposent à la violence. Les témoignages des soignants et des médecins urgentistes qu'ont reçus les rapporteurs, sont éloquentes et traduisent la peur et l'angoisse dans leur pratique quotidienne, la remise en cause de leur métier et ont des répercussions sur leur environnement personnel et familial.

2.3.3.2 *Le cas particulier de la psychiatrie et du secteur psychiatrique : un taux d'exposition au risque accidents du travail élevé*

➤ **Etudes et rapports décrivant la violence en psychiatrie**

Plusieurs études et travaux mettent en évidence à la fois la perception du phénomène de violence et les inter-actions violentes entre soignés et soignants. Elles démontrent l'intérêt d'une approche envisageant des facteurs liés aux patients et à leurs proches, des facteurs environnementaux –structurels et organisationnels- et des facteurs liés aux victimes⁶⁵.

D'autres soulignent le fait que les agressions sur le personnel sont pour le quart d'entre-elles prévisibles⁶⁶. Les résultats d'une enquête déjà citée (cf. *supra*) réalisée sur la période de référence 1990-1993, faisaient apparaître la réalité des confrontations violentes en milieu psychiatrique, leur progression dans deux catégories d'établissements (CHS et CHG) et une forte disparité des indicateurs de la violence constatée entre établissements.

Pour d'autres psychiatres, ces deux phénomènes tiendraient à la coexistence d'un nombre élevé de patients hospitalisés sous contrainte (HO et HDT⁶⁷) dans la même unité d'hospitalisation, d'une réduction globale du nombre de lits d'hospitalisation complète, d'un nombre élevé d'admissions⁶⁸, d'une rotation accélérée des patients et d'un fort taux d'occupation, autant de facteurs structurels d'insécurité et de violence potentielle.

Autres causes favorisant les situations de violence, les évolutions : des soins en psychiatrie, des pathologies, de la société (les patients mais aussi les visiteurs, famille et amis, manifestent de façon non-exceptionnelle des comportements violents) et de l'environnement social (situation spécifique des établissements qui desservent des zones urbaines caractérisées par une très grande fragilité des structures familiales, précarité du lien social, précarité économique, taux élevé de violence quotidienne).

⁶⁵ Cf. par exemple les travaux de : B. Rioton (médecin du travail), P. Peltier (médecin de médecine préventive) et S. Guibert (psychiatre), CHU – CHS de Poitiers ; L. Daligand, professeur de médecine légale, université Claude Bernard, Lyon 1 ; H. Claudel et N. Giloux, psychiatres, unité médicale d'accueil, CHS Le Vinatier à Bron.

⁶⁶ Cf. P. Weiss, T. Della, C. Lowy « *prédiction clinique des agressions en service d'urgences psychiatriques* », l'information psychiatrique, n°2 –février 1998.

⁶⁷ L'augmentation de l'hospitalisation sous contrainte génère des tensions plus fortes dans les unités et provoque un plus grand recours à des mesures contenantes disent les psychiatres du CH St Jean de Dieu à Lyon. Entre 1995 et 1999, le nombre d'hospitalisations d'office est passé de 64 à 144 soit +125% et le nombre de placement à la demande d'un tiers de 544 en 1995 à 834 en 1999, soit +37%.

⁶⁸ Par exemple au CHS du Rouvray, sur une période de dix ans, le ratio "nombre d'agressions par rapport au nombre de malades" croît et de façon non proportionnelle : de 25 pour 3.000 hospitalisations, il est passé à 60 pour 6.000 hospitalisations.

Les réponses apportées au questionnaire IGAS/DDASS par plusieurs établissements psychiatriques (CH du Rouvray⁶⁹, CH Charles-Perrens à Bordeaux, CH de Montfavet, CH Saint Jean de Dieu à Lyon, CH Henri Laborit à Poitiers, secteur psychiatrique du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, centre psychothérapeutique de l'Ain, CH des Pyrénées à Pau, CHS de la Savoie à Chambéry, CH de Saint Egrève) donnent des éclairages complémentaires de ces constats et des solutions apportées pour prévenir ou atténuer la violence.

L'analyse des conditions de 49 accidents survenus au travail, effectuée par les médecins du travail du CH Charles-Perrens,⁷⁰ aboutit à proposer une typologie en trois classes : les agressions directes, la contention et l'agitation.

Autres apports au niveau des accidents du travail par contact avec les malades agités, plusieurs établissements (CHS de l'Ain, etc.) ont constaté que les agressions concernent majoritairement les femmes, particulièrement les infirmières et les jeunes professionnelles, que les accidents se produisent de jour au sein des unités intra-hospitalières et que les circonstances des accidents montrent qu'ils se produisent dans plus du tiers des cas, lors du rappel des règles aux malades ou à leurs proches, etc.

Une enquête dans un établissement comptant 1.308 salariés dont 851 soignants, diligentée par la CFDT en mars 2000 sur le thème de l'insécurité, mettait en évidence les points suivants :

- 54,93% des personnels ont été confrontés à des situations de violence physique au cours de l'année écoulée,
- 60% des personnels interrogés ressentent un réel sentiment d'insécurité sur leur lieu de travail,
- dans 50 % des cas, des situations de violence ont pu être désamorçées grâce à la compétence professionnelle et à la connaissance approfondie des mécanismes liés à la violence en psychiatrie.

Par son importance, le nombre des accidents du travail enregistrés en 2000 en psychiatrie, appelle l'attention : 52 au CH du Rouvray, 25 au CH Charles-Perrens à Bordeaux, 72 au CH de Montfavet (76 situations d'agressivité ou de violence répertoriées sans pour autant avoir donné lieu à déclaration), 97 au CH Saint Jean de Dieu à Lyon, 43 sur quinze mois au CH Henri Laborit à Poitiers, 64 dans le secteur psychiatrique du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, 49 au centre psychothérapeutique de l'Ain, 30 au CH des Pyrénées à Pau, 26 au CHS de la Savoie à Chambéry.

Parmi les mesures prises on notera :

Des mesures passives : création d'emplois (temps de psychologue), d'équipes de renfort (une préoccupation majeure des personnels infirmiers et soignants), d'équipes de sécurité polyvalente, mise en place d'une équipe de gardiennage, d'un encadrement de nuit, etc., développement des équipements de protection du travailleur isolé,

- instauration d'une fiche signalétique des événements indésirables, tenue d'un tableau de bord relatif aux signalements de situations de violence, contacts fréquents et structurés avec la police et la justice (protocole),

⁶⁹ A noter que le centre hospitalier du Rouvray participe au programme européen Léonardo 2 « sécurité et confort à l'hôpital *« plus de sécurité pour les agents, pour un meilleur confort pour les malades »*. ce projet regroupe 6 établissements hauts-normands et douze pays européens. Il vise à des échanges de savoir-faire et des transmissions de connaissances.

⁷⁰ Cette étude a été réalisée par D. Grabot (SNP), C. Morin et Delmas St Hilaire (médecin du travail).

Des mesures actives : formation à la gestion et à la prévention des situations de violence, formation des cadres au debriefing post-traumatique ;

Des mesures d'accompagnement des victimes : prise en charge des victimes d'agression, suivi psychologique par le personnel de la cellule d'urgence médico-psychologique et accompagnement pour l'ensemble des démarches administratives (police, justice, etc.).

➤ **Le centre hospitalier spécialisé du Vinatier**

Confronté aux violences subies au travail par les personnels et en concertation avec les psychiatres, les cadres et les représentants du personnel notamment au sein du CHS-CT, le chef d'établissement a pris deux séries d'initiatives :

- les unes, de nature à lutter contre les violences subies par les personnels (programme de formation individuel ou du collectif de travail, aménagement des unités de soins, augmentation des effectifs, affectation à l'équipe de renfort d'agents ayant de l'expérience professionnelle, etc.) ;
- les autres, visant à développer l'offre de santé mentale en s'appuyant sur les dispositifs de la politique de la ville, par une coopération active avec les communes (Rillieux-la-Pape, Vaux-en-Velin, Villeurbanne, etc.) où se trouvent implantées des structures psychiatriques externalisées (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, etc.), avec les services de la police, de la gendarmerie et avec le parquet.

L'unité d'accueil et d'orientation a retenu l'attention des rapporteurs. Cette unité accueille en urgence soit directement, soit parce qu'ils sont référés par les urgences hospitalières des hôpitaux et cliniques lyonnais, les adultes et adolescents atteints de troubles mentaux. Le médecin responsable de cette unité intersectorielle a développé le concept de « *zone de tolérance zéro* ». Cette politique volontariste est le fruit d'un travail collectif et pluri-disciplinaire, d'un effort de formation des personnels médicaux et soignants (gestion du stress, de l'agressivité, des techniques de contention) et du refus de la violence externe, en impliquant l'agresseur par le biais d'une médiation pré-judiciaire ; autant de facteurs favorables ayant permis d'obtenir des résultats significatifs. Il a fallu un incident grave: agression à main armée sur un agent, pour qu'en réaction devant le caractère inadmissible de ce fait, cette collectivité (direction, médecins, cadres et personnels) prenne les mesures énoncées.

3 Propositions répertoriées en sept rubriques

Les cinquante six propositions formulées par les rapporteurs sont présentées sous sept rubriques : connaître les phénomènes de violence et d'insécurité, prévenir ces phénomènes, traiter le risque professionnel, accompagner les victimes d'agression, favoriser le partenariat et améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles.

Ces propositions constituent à la fois :

- un plan d'action de prévention de la violence, de lutte contre l'insécurité et d'accompagnement des professionnels de santé victimes d'une agression ;
- et un programme visant à améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles et les réponses à apporter aux besoins de santé des habitants de ces quartiers.

3.1 Mieux connaître les phénomènes de violence et d'insécurité

3.1.1 Développer les études (*appréciation qualitative*) et améliorer les statistiques (*appréciation quantitative*)

La violence physique et psychique et l'insécurité au travail ne sont pas des phénomènes marginaux, il importe donc de les suivre attentivement dans l'avenir ; ce qui implique le développement d'études éclairantes des phénomènes de violence et d'insécurité et l'amélioration des outils statistiques existant en matière d'infractions pénales ou d'accidents du travail.

3.1.1.1 Etudes

• Promouvoir la réalisation d'études⁷¹ multidisciplinaires et de portée générale sur les phénomènes de violence suite à des agressions :

- en associant au niveau national, les professionnels de santé et les experts des organismes publics (DCSP, DREES, IHESI, etc.) et para-publics (CNAMTS, division des risques professionnels, CNRACL, GIP tel qu'Eurogip) ;
- en contribuant aux études internationales dans le cadre de la communauté européenne (fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) et internationale (BIT).

Ces études seront de nature à améliorer la connaissance des agressions, les causes et les effets directs et collatéraux des infractions pénales, des accidents du travail, des accidents de service et d'interruption du travail, etc.

• Entreprendre des enquêtes de victimation auprès des professionnels de santé identifiés à plus fort risques⁷² professionnels (infirmiers de psychiatrie, personnel

⁷¹ Par exemple l'étude conduite par la DIV visant à établir un état des lieux précis pour identifier les territoires désertés par les professionnels de santé ou l'étude confiée par la DHOS à une société privée portant sur la situation de la violence et les réponses apportées, tant au niveau de la prévention que du traitement de la crise et de l'accompagnement des victimes, à partir d'un échantillon de six établissements publics de santé.

médical et soignant des urgences, professionnels de santé exerçant leur activité dans des quartiers sensibles tels que définis par les lois et règlements), (cf. *supra* : *étude de la DARESS et étude -IHESI /INSEE-*).

- **Individualiser au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité (DHOS), une fonction transversale** - exercée par exemple par un chef de projet- **des conditions de travail et de sécurité au travail** de près d'un million deux cent mille professionnels de santé. Elle devrait traiter des aspects juridiques, économiques et fiscaux et du suivi des actions de prévention des accidents professionnels (arrêt de travail, arrêt de service, interruption d'activité professionnelle) et associer les organismes en charge de la gestion –entendue au sens large du risque accident du travail- CNRACL, CNAMTS, CARMF, que ces professionnels exercent en ville (cabinet, officine, à domicile etc.) ou en établissements de santé.

3.1.1.2 *Statistiques*

Il faut privilégier les outils permettant un suivi continu ou sur des périodes données, de manière à déceler les évolutions possibles. Consolidés au niveau national, la mesure et le suivi de ces phénomènes de violence et d'insécurité doivent être proches du terrain, de manière à ne pas masquer les disparités, parfois grandes, qui peuvent exister entre quartiers au sein d'une commune, d'une agglomération ou de communes voisines d'un même département.

- **Améliorer la comptabilisation des infractions pénales relatives à la violence et à l'insécurité** et associer les professionnels à la détermination des indicateurs les plus pertinents et les tenir informés des résultats de ces mesures.

Les statistiques des infractions pénales (crimes et délits) constatées sont l'instrument statistique utilisé par la police et la gendarmerie nationales pour suivre en continu l'évolution de la criminalité et de la délinquance constatées au niveau national (cf. *supra*).

Les améliorations en cours de ce système d'information (STIC) sont de nature à améliorer la connaissance des infractions les plus graves, dont celles dont sont victimes les professionnels de santé.

A côté des crimes et délits, les infractions de nature contraventionnelle sont plus nombreuses mais ne font l'objet d'aucune analyse ou traitement statistique de routine. Dans aucun des départements visités, les rapporteurs n'ont eu connaissance de tels travaux. Ils estiment qu'il y a néanmoins beaucoup d'informations latentes au niveau des circonscriptions de sécurité publique et des brigades de gendarmerie ; il conviendrait d'exploiter ces informations dans le cadre d'études ponctuelles, renouvelées périodiquement.

Il en va de même des incivilités et autres signalements qui sont consignés sur les mains courantes des commissariats de police et sur leurs équivalents dans certaines unités de gendarmerie.

- **Encourager les ordres professionnels constitués** –ordre national des médecins, ordre national des chirurgiens-dentistes, ordre national des sages-femmes-, à l'instar de

⁷² Dans l'étude citée, le BIT établissant une typologie des métiers à risque précise « *que ce sont les travailleurs qui courent vraisemblablement le plus de risques ; on compte ceux des services de soins (infirmiers, ambulanciers), ceux qui travaillent auprès de malades mentaux, d'ivrognes ou de personnes potentiellement violentes (personnel d'établissements psychiatriques) et ceux qui travaillent seuls* ».

l'initiative prise par l'ordre national des pharmaciens, **à créer une fiche de déclaration d'agression** (cf. *supra*) et à demander à leurs adhérents de bien vouloir déclarer les événements susceptibles de constituer une infraction pénale (contraventions, délits et crimes).

- **Améliorer les statistiques d'accident du travail.** Pour ce faire : intégrer dans la nomenclature des accidents du travail et des maladies professionnelles, des codes, ou des index, ou des items tels que : agression physique par un tiers (autre qu'hospitalisé ou consultant ou patient), agression non-physique (menaces, insultes, stress, etc.) par un tiers (autre qu'hospitalisé ou consultant), l'item « *contact avec malades agités* » permettant de mesurer les conséquences de la violence sur les professionnels de santé : salariés et assurés volontaires, qu'ils exercent leur activité professionnelle en ville ou en établissements de santé,

- **Généraliser dans les établissements de santé, la tenue du registre d'inscription des accidents de travail bénins** dans le but d'alléger les procédures relatives à la déclaration des accidents du travail telles que prévues à l'article L. 441-4 et articles D. 441-1 à 441-4 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils présentent un caractère bénin ne nécessitant pas d'arrêt de travail ou de prise en charge financière des frais médicaux, tout en préservant les droits de la victime en cas de modification ultérieure de sa santé, en lien avec l'accident.

- **Modifier la nomenclature des bilans sociaux des établissements de santé**, fixée par l'arrêté du 28 décembre 1989 précisant les informations devant figurer au bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail et à l'instar des modifications apportées à la codification de la fonction publique territoriale, et ouvrir des rubriques introduisant en la détaillant la cause « *agression* » se substituant à la rubrique « *contact avec malades agités* » (cf. *supra*).

- **Inciter les établissements de santé**, par exemple ceux ayant conclu un contrat local d'aménagement des conditions de travail (CLACT) – il devrait être envisagé d'étendre cette procédure de présentation annuelle aux établissements de santé privés-, dans une perspective de qualité du service rendu, **à instaurer une fiche de signalement d'événements indésirables**⁷³. Dans une perspective d'assurance qualité ou de lutte contre la malveillance, l'incivilité, les agressions quelles qu'en aient été les victimes : personnels, malades, visiteurs. Une telle fiche a été mise en place par de nombreux établissements.

Ces éléments chiffrés pourront servir au chef d'établissement, d'indicateurs d'efficacité des mesures prises en matière de lutte contre la violence et l'insécurité.

3.2 Prévenir les phénomènes de violence et lutter contre l'insécurité

- **Favoriser l'insertion, l'implication et la participation des professions de santé et des établissements dans l'élaboration et le suivi des contrats locaux de sécurité (CLS)** et, dans les territoires non inclus dans le périmètre d'un CLS, dans l'élaboration et le suivi d'un **protocole « prévention de la violence et de l'insécurité »** entre l'Etat (police, justice, santé-solidarité).

⁷³ En aucun cas, le signalement porté sur cette fiche ne saurait se substituer à la déclaration d'accident du travail.

- **Inviter les préfets** –direction départementale des affaires sanitaires et sociales- au niveau départemental pour les territoires, non inclus dans le périmètre d'un contrat de ville et en concertation avec les représentants des professionnels de santé (ordres, syndicats, associations de professionnels, etc.) **à négocier**, dans les territoires non inclus dans le périmètre d'un CLS, **un protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité des professionnels de santé libéraux**. En effet, leur mode d'exercice professionnel ne leur assure pas la protection qu'ont les autres professionnels de santé travaillant dans un établissement de santé, puisque, dans ce cas, il appartient au chef d'établissement de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger les salariés et/ou fonctionnaires hospitaliers.

- **Elargir les compétences du sous-comité médical**⁷⁴, du CODAMU, cette instance pourrait examiner le **protocole départemental de lutte contre la violence et l'insécurité** et son avis devrait être requis sur le projet **de contrat local de sécurité**. Une telle mesure contribuerait à donner à l'autorité publique, une vision à la fois plus globale et plus cohérente des mesures envisagées (cf. *infra*) pour sécuriser la pratique des professionnels libéraux.

- **Inciter les professions libérales médicales au sein des unions régionales des médecins libéraux** (URML), en lien avec les URCAM⁷⁵ et en associant les médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, **à favoriser des actions en faveur de la sécurité des activités professionnelles de leurs adhérents**. L'idée d'une réflexion professionnelle devrait être envisagée, s'inspirant du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail et selon des modalités propres aux professionnels d'exercice libéral.

3.2.1 *Harmoniser les conditions d'élaboration, de financement et de mise en œuvre des plans de prévention*

3.2.1.1 *Propositions relatives aux professionnels libéraux*

➤ **Sécurisation des cabinets**

Deux préoccupations doivent être affirmées concomitamment : sécurisation de l'environnement et aménagement du cabinet médical en tenant compte des recommandations des services chargés de la sécurité publique à l'instar de ce qui est fait dans plusieurs départements.

- **Prévoir le financement de ces dispositifs de protection**. Le fonds de revitalisation économique peut aider au financement de ces dépenses⁷⁶.

⁷⁴ Aux termes de l'article 4 du décret n°87-964 du 30 novembre 1987 le sous-comité médical est formé de tous les médecins membres du CODAMU ; il est présidé par le médecin inspecteur départemental.

⁷⁵ Les URCAM ont la responsabilité de la gestion de la dotation régionale du fonds d'aide à la qualité des soins (FAQSV) et de la coordination. A ce titre, des actions proposées par des professionnels de santé libéraux devraient pouvoir être éligibles au bénéfice des crédits ouverts.

⁷⁶ Voir supra, au point 2.1.2, l'encadré sur le fonds de revitalisation économique (FRE).

Il conviendra de préciser à l'attention des professionnels de santé par les voies appropriées, les conditions à remplir pour déposer un projet éligible à ce fonds. C'est une demande des professionnels, l'ingénierie des financements publics ne leur étant pas familière.

- **Rappeler aux professionnels de santé libéraux que ceux qui travaillent seuls courent vraisemblablement plus de risques**, d'où l'intérêt que présentent les formules de regroupement professionnel.

Aux traditionnels cabinets de groupe, monodisciplinaires ou pluridisciplinaires, il faut désormais ajouter les différentes formules présentées sous les noms de maison médicale, maison de santé, maison médicale de garde, centre de permanence des soins de proximité (CPSP), CAPS, etc.

➤ **Sécurisation des visites au domicile du patient**

Les visites au domicile des patients vivant dans des quartiers dits sensibles ou à risques exposent le professionnel à un risque de malveillance ou d'agression. Même si le risque réel ne paraît pas toujours avéré et documenté, le sentiment d'insécurité n'en demeure pas moins et on en a vu plus haut les inconvénients pour le patient et la qualité des soins.

- **Sensibiliser les populations au bon usage des visites à domicile.** L'insécurité constitue une raison supplémentaire pour limiter les examens et soins à domicile aux circonstances et aux patients pour lesquels le déplacement du professionnel s'avère nécessaire. Il faut œuvrer pour réduire les visites non nécessaires. On pourrait avoir recours à des campagnes de sensibilisation et d'information sur le bon usage de la visite et des soins à domicile. Les organismes d'assurance maladie pourraient envisager dans un deuxième temps, des dispositions plus contraignantes pouvant aller jusqu'à la sanction des recours les plus abusifs.

- **Envisager, dans les cas où le déplacement s'avère justifié** et si le professionnel de santé en exprime le souhait, **des modalités d'accompagnement** avec la collaboration d'auxiliaires de la vie urbaine (adultes relais⁷⁷, agents locaux de médiation sociale, correspondants de nuit), de favoriser l'émergence d'initiatives locales et/ou associatives de gestion de ces personnels telles qu'il en existe (OPTIMA⁷⁸, 3MS, etc). Lors des déplacements où la présomption de risque peut apparaître élevée, il peut être utile de le signaler à la police.

➤ **Permanence des soins**

Deux objectifs sont à affirmer : nécessité d'assurer la permanence des soins et les gardes et sécurité des professionnels et des malades

Les inconvénients qu'un tour de garde mal assuré présente pour les habitants, les répercussions qu'il a sur le fonctionnement et la performance des services hospitaliers d'accueil et de réception des urgences sont bien connus, la permanence des soins la nuit, les dimanches et jours fériés, ou à l'occasion des congés d'un professionnel libéral, n'est pas toujours bien résolue.

⁷⁷ Le conseil de sécurité intérieure a décidé de réserver 4 000 postes d'adultes relais pour des actions développées dans le cadre des CLS et des volets prévention-sécurité des contrats de ville.

⁷⁸ L'association Optima anime le réseau « des Villes Correspondants de Nuit ». L'association 3MS « Marseille-Méditerranée-Stratégie » est une association dont le champ d'intervention est la médiation sociale.

Les demandes de dispense de participation aux tours de garde sont parfois motivées par l'insécurité vécue ou ressentie par le professionnel demandeur (cf. *supra*). Dans certains cas le risque n'est pas douteux, même s'il est toujours relatif et en fonction du seuil de tolérance ou d'acceptation du soignant. Dans les quartiers sensibles, les problèmes sont accentués par la délinquance et par la difficulté à trouver des remplaçants, notamment parmi les jeunes médecins ou auxiliaires médicaux de sexe féminin.

- **Inciter, en matière de déontologie et de permanence des soins, les conseils et/ou syndicats départementaux des ordres concernés à exercer leurs prérogatives et rappeler aux praticiens défaillants, leurs obligations déontologiques.** Certains conseils départementaux y parviennent de manière satisfaisante. L'élargissement envisagé des compétences à ces questions du sous-comité médical du CODAMU est souhaitable.

3.2.1.2 Propositions relatives aux pharmaciens d'officine

Nombre des propositions faites précédemment à propos des professionnels de santé libéraux valent également pour les pharmacies d'officine. On se limitera donc à développer ci-après les propositions spécifiques aux officines.

➤ Fonctionnement normal de jour

- **Renforcer la sécurité des officines pharmaceutiques.** Un préalable, la sécurité de l'officine sera d'autant mieux assurée que la sécurité sera plus grande dans son environnement immédiat.

Comme pour les cabinets professionnels, il faut rappeler :

- l'utilité de rondes systématiques et suffisamment fréquentes de la police de proximité ou de la brigade de gendarmerie, à des heures aléatoires ;
- l'intérêt de la désignation, au sein des commissariats et des unités de gendarmerie, d'interlocuteurs ou correspondants spécifiques des professionnels et d'une personnalisation des relations entre le pharmacien titulaire de l'officine et ses collaborateurs et les agents chargés d'assurer cette surveillance de proximité ;
- le rôle relativement protecteur de l'existence d'autres commerces environnants, notamment au moment de la fermeture de la pharmacie aux heures crépusculaires.

- **Rappeler la nécessité d'appliquer les règles édictées.** Les moyens de protection directe des officines sont primordiaux. La collaboration qui existe déjà entre les officinaux et les services de police doit bien sûr être poursuivie et étendue.

La mission préconise donc que la nécessité d'appliquer les règles édictées soit rappelée et vérifiée. En outre, une analyse détaillée des circonstances dans lesquelles les personnels des officines sont agressés devrait être systématiquement faite en collaboration avec les services de police intervenant en qualité d'expert conseil, pour en tirer les leçons utiles à l'amélioration du dispositif mis en place dans ce cas particulier.

- **Encourager l'élaboration et l'édition conjointe par les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens et les directions départementales de la sécurité publique et**

groupements ou brigades de gendarmerie, de brochures ou de feuillets donnant des conseils pratiques sur les moyens de se prémunir contre les agressions constituent une bonne initiative.

➤ **Permanence pharmaceutique et sécurité des personnes qui utilisent leurs services**

- **Rappeler les pharmaciens à leurs obligations d'assurer la garde durant la nuit ou les dimanches et jours fériés.** Sachant que la période de garde peut constituer, notamment dans les zones sensibles, une période à risque particulièrement élevé. Les moyens de protection et l'application des conseils usuels en matière d'agencement de l'officine, d'équipements et de comportements des personnels, revêtent en ces circonstances une importance particulière.

- **Inventorier et évaluer** (études de coût-efficacité) **les procédures mises en place pour sécuriser les modalités** d'accès aux officines pharmaceutiques durant les périodes de garde de nuit ou de dimanches et de jours fériés font désormais l'objet de préconisations assez consensuelles.

- **Evaluer les pratiques en cours des officines pharmaceutiques d'exercice exclusif de nuit ou des officines pharmaceutiques assurent** dans plusieurs départements (Paris, Seine-Saint-Denis, Rhône, Alpes-Maritimes, Haute-Garonne, etc., **le service au public 24 heures sur 24 heures et 365 jours par an.**

3.2.1.3 Propositions relatives aux établissements

Une exigence poursuivre l'effort entrepris

Les propositions formulées ci-après ont pour objet d'inciter les établissements de santé à poursuivre les efforts entrepris et à structurer la fonction prévention de la violence et lutte contre la malveillance

- **Inciter les établissements de santé** à l'occasion de la transmission du projet d'établissement tel que défini à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique ou à l'occasion de la démarche de contractualisation (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) inscrite aux articles L. 6114-1 et 6114-2 du code de la santé publique, **à produire le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail** (PAPRI Pact). Ce document devrait être établi en référence aux dispositions des articles L. 230-2 du code du travail et, les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) s'articuleront au PAPRI Pact.

C'est une véritable stratégie locale de prévention et de lutte contre la violence (cf. *supra*) qui doit être mise en place en impliquant les acteurs locaux : chefs d'établissement, médecins du travail, membres du CHS-CT, cadres ou agents chargés de la sécurité, praticiens hospitaliers, cadres soignants et cadres techniques. L'accueil, la formation, l'organisation et la formalisation des pratiques et des protocoles d'intervention (avec la police et le Parquet) constituent les éléments de cette stratégie locale (cf. *supra*).

- **Harmoniser les conditions d'intervention et de financement des mesures de prévention, des fonds nationaux de prévention des accidents du travail** et des maladies professionnelles au bénéfice des professions de santé :

- le fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles créé par la loi n° 2001°164 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, à destination des agents des collectivités territoriales et des établissements hospitaliers publics,

- et le fonds national de prévention des accidents du travail (article R. 421-5 du code de la sécurité sociale) du régime général des travailleurs salariés qui bénéficie aux salariés des établissements privés dans le cadre d'une convention d'objectifs en matière d'accidents du travail, telle que celle conclue par la fédération de l'hospitalisation privée.

- **Poursuivre en 2002, le programme lancé en 2001, de prévention de la violence et d'accompagnement des victimes** et dont la mission a relaté (cf. *supra*) le caractère positif des mesures (renforcement des effectifs, formation, achats d'équipement, etc.) et l'activation du dialogue social.

- **Conforter les acteurs de la prévention** (médecins du travail, psychiatres notamment ceux ayant acquis une formation à la victimologie, psychologues du travail, membres des CHS-CT, cadres chargés de la sécurité, chefs d'établissement) dans leur rôle de **prévention particulièrement du stress et de la violence** et appeler l'attention des chefs d'établissement sur **la nécessité de formations dispensées** aux agents temporaires, aux nouveaux embauchés et aux agents affectés sur un nouveau poste comportant (cf. *supra*) plus de risques professionnels (urgence, psychiatrie, etc.).

- **Renforcer la lutte contre la malveillance, par du personnel et des moyens matériels.**

Les personnels assurant la sécurité doivent avoir acquis un véritable professionnalisme, soit par l'expérience professionnelle -ancien officier de police judiciaire-, soit par la formation –universitaire ou continue- à l'hygiène et à la sécurité. Il convient de faciliter le recrutement de ces cadres.

Placés sous l'autorité du chef d'établissement, ils interviennent dans les services à la demande du directeur et des services. L'installation⁷⁹ de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance et de contrôle des accès complète le dispositif de prévention et de lutte contre la malveillance.

➤ **Former les professionnels de santé**

L'apprentissage de la gestion des conduites agressives est souhaitable car, dans une proportion importante des cas, elle permet de faire diminuer la tension et d'éviter que des agressions verbales ou des actes d'intimidation ne dégénèrent en violences physiques.

- **Développer la formation initiale et continue à la sécurité.** Rappeler l'obligation de portée légale et/ou morale à laquelle sont tenus les établissements de promouvoir des actions de formation à la sécurité, soit pour leurs salariés, soit pour leur adhérents :

- les établissements de santé soumis à dotation globale de financement (*ce pourrait être, un des points que devrait prendre en compte la circulaire relative à la prévention et à*

⁷⁹ L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo-surveillance sont soumis aux termes de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité et du décret n°96-926 du 17 octobre 1996, à autorisation administrative.

l'accompagnement des situations de violence pour 2002, si la procédure adoptée en 2001 était reconduite) ;

- les établissements de santé privés.

En prenant comme référence la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 formation à la sécurité, les objectifs de la formation à la sécurité sont d'ordre préventif. La sécurité des professionnels de santé, notamment ceux travaillant en établissement ou en entreprise, concerne l'ensemble des mesures prises pour garantir l'absence de risques de toute nature que peuvent subir ces professionnels à raison de leur activité y compris les situations de violence –physique ou psychique- de la part de certains patients et de leurs proches ou de délinquants.

- **Favoriser la pratique des stages extra-hospitaliers auprès des professionnels exerçant dans les quartiers sensibles, au cours des études et de la formation aux métiers de la santé** (médecine, odontologie, pharmacie, infirmiers, etc.).

Une telle mesure est de nature à permettre aux étudiants de découvrir au cours de ces stages, les difficultés de vie des habitants de ces quartiers (femmes, travailleurs, personnes âgées, etc.) et d'acquérir des connaissances professionnelles pour l'exercice de leur futur métier (diversité des pathologies, clientèle globale –enfants, femmes, hommes, etc.).

3.3 Traiter le risque professionnel

3.3.1 Identifier les métiers de santé à risques

- **Identifier les professionnels de santé qui courent le plus de risques**, en référence aux travaux du bureau international du travail : ceux des services de soins (infirmières, ambulanciers), ceux qui travaillent auprès des malades mentaux, des alcooliques ou des personnes potentiellement violentes (personnel d'établissements psychiatriques), ceux qui sont isolés notamment ceux qui exercent leur activité dans des quartiers classés administrativement «quartiers sensibles», et mettre en œuvre à leur attention des mesures adaptées.

- **Répertorier les situations de violence prévisibles** : qu'ils s'agissent des populations de patients à risques (alcooliques, toxicomanes, malades mentaux, etc.), des tiers extérieurs (bandes, délinquants -racketteurs, dealers-, etc.), des lieux identifiés comme à risque (service d'urgences, service de psychiatrie, etc.), des heures de travail (dans les cabinets de ville : fin de soirée, visite à domicile et gardes de nuit ; en institution de soins : service de nuit) et des professionnels de santé eux-mêmes prédisposés parce que fragilisés. Favoriser pour documenter les aspects cliniques de ces situations, les contributions des sociétés savantes.

3.3.2 Reconnaître l'agression physique et/ou psychologique, comme accident du travail

En cas d'accident du travail survenu suite à des violences physiques ou psychiques sur le lieu de travail, deux aspects de l'évolution de la couverture du risque accident du travail et accident de service sont à prendre en compte : admettre une extension de la notion d'accidents du travail aux traumatismes psychologiques et atténuer la règle,

selon laquelle le fonctionnaire hospitalier doit apporter la preuve de l'imputabilité de la faute au service.

- **Harmoniser les conditions de reconnaissance des accidents du travail et des arrêts de service consécutifs à un accident survenu au travail suite à des violences**, que la victime ait subi des traumatismes psychologiques suite à une agression ou des traumatismes psychologiques suite à des agressivités, à des incivilités répétées.

La notion d'accident du travail a connu une évolution importante avec l'abandon du caractère violent de l'accident, du caractère externe de sa cause et du caractère traumatique de ses conséquences.

Si les victimes de traumatisme psychologique survenu à la suite d'une agression et sous certaines conditions peuvent bénéficier des dispositions de l'article L.411-1 du code de la sécurité sociale, les victimes de traumatismes psychologiques à la suite d'agressivités, d'incivilités répétées, etc., voient leur demande de reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie liée au stress post-traumatique examiné au cas par cas⁸⁰.

- **Admettre le principe de l'imputabilité au service en cas d'accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail.** En effet, la législation applicable aux agents notamment à ceux de la fonction publique hospitalière prévoit que c'est au fonctionnaire à apporter la preuve de l'accident et de sa relation avec le service. A l'opposé, pour les salariés soumis au régime du droit du travail, l'imputabilité est présumée.

- **Envisager, s'agissant des professionnels libéraux -praticiens et auxiliaires médicaux- conventionnés, une modification du régime d'assurance maladie volontaire** en y intégrant le risque accident du travail et en le rendant obligatoire. Le montant des cotisations prises en charge par les caisses pourrait être modulé, soit par le biais d'une liste précise d'accidents pris en charge –par exemple uniquement les agressions-, soit par une limitation des prestations comprenant ou non des indemnités journalières (régime de base).

- **Attirer l'attention des préfets sur le fonctionnement des commissions de réforme**⁸¹ appelées à donner un avis sur l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie et sur l'état de santé, les infirmités ou le taux d'invalidité qui en découlent, avant que l'administration notamment hospitalière ne se prononce et celle des chefs d'établissement à une plus grande compréhension quand il s'agit d'accident de service ou de maladie professionnelle survenus suite à une agression, particulièrement sur les conséquences psycho-traumatiques consécutives à cet accident du travail, l'avis de la commission de réforme ne liant pas l'administration.

3.4 Rappeler et faire évoluer les droits

L'évolution des droits est rendue nécessaire par l'évolution de la société –émergence croissante du sentiment d'insécurité et de manière différenciée des violences-. Si les violences graves sont humainement difficiles à tolérer, on a dit (cf. *supra*) qu'elles

⁸⁰ La rédaction du certificat médical a deux effets : ouvrir les droits en matière de couverture du risque accident du travail avec arrêt (ITT) ou sans arrêt et qualification de l'infraction, la durée de l'ITT, et fixer la juridiction de l'infraction : tribunal d'instance (contraventions, violences volontaires : ITT inférieure ou égale à 8 jours), tribunal de grande instance (délict, ITT supérieure à 8 jours) etc.

⁸¹ Voir circulaire du 30 janvier 1989 portant protection sociale contre les risques maladie et accident de travail.

étaient peu nombreuses, mais qu'à l'inverse les infractions pénales contraventionnelles étaient en augmentation.

Sans prétendre établir de façon exhaustive le toilettage nécessaire pour adapter les droits à ces réalités sociales, il convient que la législation relative aux accidents du travail et le droit de la fonction publique (cf. supra) assurent une plus grande protection de la victime.

Le droit sanitaire et le droit pénal doivent permettre de sanctionner l'un, le manquement au respect des malades et des personnels et l'autre, les auteurs des agressions dont sont victimes les professionnels de santé.

3.4.1 *Droit sanitaire*

• **Rappeler aux chefs d'établissement leurs obligations en matière disciplinaire** et notamment les dispositions du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux- précisant les conditions de séjour des malades, leurs obligations et les conséquences de leur non respect :

- les visiteurs sont invités à ne pas troubler le repos des malades, ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion ou l'interdiction des visites peut être décidée par le directeur ;
- lorsqu'un malade dûment averti cause des désordres persistants, le directeur avec l'accord du chef de service prend toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement, et hors le cas où l'état de santé de ce dernier l'interdirait, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé ou au prononcé de sa sortie.

3.4.2 *Droit pénal*

• **Aggraver les peines encourues en cas d'agression commise sur la personne d'un professionnel de santé.**

Le code pénal assortit de peines plus lourdes les violences commises sur certaines catégories de victimes que le législateur considère devoir protéger particulièrement : les mineurs de moins 15 ans, les personnes vulnérables, les personnes chargées d'assurer la sécurité : policiers, douaniers, gendarmes, etc.

Devant l'augmentation de la violence et des agressions commises sur « *un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs* », ces dispositions leur ont été étendues (article 222 et suivants du code pénal) ; auparavant elles avaient été étendues aux victimes de faits commis à l'intérieur des établissements scolaires et éducatifs.⁸²

Compte tenu des violences -graves et ordinaires- recensées et commises à l'encontre des personnels de santé, le législateur pourrait être invité à prendre à leur égard, les mêmes dispositions conduisant à aggraver les peines encourues par les auteurs des agressions commises sur ces professionnels.

En considération des missions de santé au service du public qu'assument les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) et de l'émotion que suscitent dans la profession et chez les malades, les événements violents et l'insécurité dans l'exercice de leur fonction :

⁸² Voir article 222-13 du code pénal (loi n°98-468 du 17 juin 1998) « 11° lorsque les faits sont commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif, ou, à l'occasion des entrées ou des sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement. »

- **Demander à la Chancellerie d'inviter les Parquets à porter une attention particulière aux plaintes déposées suite à une agression et à envisager des modalités de réparation** (excuses, réparations matérielles, etc.), ce que certains parquets pratiquent. Pour les professionnels de santé victimes d'agressions physique ou morale, ce serait un signe fort de l'intérêt que l'Etat porte à leur activité professionnelle.

On notera l'incidence qu'aurait une telle disposition sur le recensement de la délinquance constatée. En effet, des violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours sont alors, du fait de l'aggravation, considérées comme des délits, donc recensées par le système de comptabilisation (*état : 4001*) des crimes et délits (cf. article 222-13 du code pénal).

3.5 Prendre en compte les répercussions psychiques de la violence, accompagner les victimes

3.5.1 Les conséquences économiques et la réparation

- **Inventorier les conséquences économiques et les régimes de réparation des dommages physiques et matériels subis suite à une agression** afin d'informer les professionnels de santé dans l'exercice de leur activité, en établissant une double distinction selon qu'il s'agit d'un salarié ou d'un non salarié, et d'un dommage physique ou matériel.

En distinguant les différentes catégories de professionnels : praticiens et auxiliaires de soins libéraux, salariés du secteur privé, non-titulaires du secteur public, praticiens hospitaliers universitaires et non-universitaires, agents de la fonction publique hospitalière.

En distinguant selon la nature des faits et des événements ouvrant droit à la protection⁸³ : les atteintes aux biens (destruction, détérioration, vol⁸⁴) et les atteintes à la personne (agression physique, etc.) ou à son honneur (insinuation calomnieuse ou diffamatoire, etc.).

- **Rappeler aux administrations hospitalières les dispositifs de la protection judiciaire**⁸⁵ et notamment :

- les modalités de mise en œuvre : dépôt d'une plainte, dépôt de plainte avec constitution de partie civile, demande de remboursement des frais liés à une ITT, condamnation pécuniaire sur le fondement de l'article 475-1 du code pénal et en cas de classement, dépôt de plainte renouvelée auprès du doyen des juges d'instruction ;

⁸³ Le principe de la protection due aux agents publics est inscrit dans la loi du 13 juillet 1983, article 11, alinéa 3 « *la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations et outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.* »

⁸⁴ Ainsi, s'agissant des dommages matériels subis par l'agent et notamment des vols, les dispositions d'une circulaire du ministère de l'éducation nationale (circulaire n°1665 du 16/07/87 relative à la protection du fonctionnaire) précise que pour que la protection statutaire trouve à s'appliquer « *que l'acte ait eu pour mobile non un simple désir d'appropriation du bien mais l'intention de nuire à la victime en raison de sa qualité professionnelle.* », citée par M. Flavin, responsable du service juridique de la SHAM.

⁸⁵ Les mesures rappelées dans la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention des violences et à l'accompagnement des victimes apportaient, sur certains points, des réponses. S'il est envisagé d'adresser aux établissements une circulaire en vue de la campagne 2002, il serait utile de compléter ces informations.

- le soutien actif de l'agent (assistance en vue du dépôt de plainte, domiciliation professionnelle de la victime),
- l'assistance judiciaire et la réparation des préjudices. Cette obligation n'est subordonnée à aucune condition d'identification, d'insolvabilité ou d'irresponsabilité de l'auteur des faits. Les dommages sont indemnisés sur présentation matérielle des justificatifs. En revanche, l'agent ayant subi des dommages corporels suite à un accident de service doit solliciter la réparation intégrale de ses préjudices contre l'auteur des faits ou auprès de la commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI). Un tel rappel aux administrations hospitalières aurait pour effet d'harmoniser les pratiques diverses constatées par les rapporteurs (Cf. *supra*).

3.5.2 *L'accompagnement psychologique de la victime*

• **Porter une attention particulière à la prise en charge et à l'accompagnement psychologique des professionnels, victimes d'accidents du travail ou de violence dans l'exercice de leur profession.** Cette profession présente des aspects particuliers.

- Par rapport aux autres victimes d'agressions survenues dans l'exercice de leur activité professionnelle, elle est particulière puisqu'elle est subie par des professionnels dont le métier est justement de prendre en charge la souffrance physique et psychique et qu'ils ressentent l'agression plus que d'autres victimes, il en découle une perte d'estime et une perte de confiance en soi.
- Certains travaillant dans les services d'accueil et d'urgences ou en psychiatrie sont au centre des dispositifs publics associant les hôpitaux, la police et la justice, à l'accueil et à la prise en charge des personnes –enfants et adultes- victimes de violence et/ou de maltraitance y compris les victimes d'infractions pénales et parfois leurs auteurs.

Cette situation particulière explique les retards pris par les professions de santé à considérer et à admettre que la violence n'était pas inhérente à leur activité, qu'elle ne devait pas être tolérée, de cela résulte une attention particulière à porter aux conséquences physiques et psycho-traumatiques d'une agression commise sur un professionnel de santé.

• **Prendre conscience que les conséquences physiques et psychologiques des agressions subies sont souvent sous-estimées.** Elles doivent être prises en considération, car les conséquences à court et moyen terme peuvent être importantes.

Le syndrome de stress post-traumatique est maintenant mieux connu. Il importe de le dépister pour le prendre en charge. S'agissant de professionnels libéraux, l'aide et le soutien de ces personnes blessées physiquement ou/et psychologiquement doivent être mieux et plus systématiquement organisés. Les ordres et syndicats professionnels pourraient se saisir de ce dossier en liaison avec les pouvoirs publics. A noter que l'ordre des pharmaciens a prévu d'utiliser la fiche de signalement des agressions subies comme un moyen de solliciter une assistance, si le pharmacien le souhaite.

• **Prendre en compte les conséquences psycho-pathologiques du traumatisme subi par la victime et par les tiers impliqués par ces faits de violence** (collectif de travail, profession, institution), en rappelant que la prise en charge des troubles psycho-traumatiques des victimes, c'est à dire des professionnels dans la juridiction des maladies professionnelles, doit être assurée par des professionnels formés à la psychopathologie du traumatisme⁸⁶.

⁸⁶ Au cours des réunions, des rencontres ou des entretiens qu'ont eus les rapporteurs, par exemple à Lyon (Dr Priéto), à Marseille (Dr Derynk) et à Nantes (Dr Orio), ils ont eu l'occasion d'apprécier la contribution des praticiens associés

• **Faire mieux connaître les dispositifs spécifiques de prise en charge, de suivi psychologique existants.** Ils doivent être plus largement ouverts aux professionnels de santé. Il convient d'appeler l'attention des établissements de santé et par l'intermédiaire des ordres et des syndicats professionnels, celle des professionnels de santé exerçant en ville, sur les axes de la politique publique d'aide aux victimes.⁸⁷

La mission a pu constater une certaine méconnaissance de la part des professionnels de santé, de l'existence même des structures qui apportent aux victimes d'infractions pénales, un soutien moral et psychologique et une aide leur permettant d'accéder à leurs droits sociaux et juridiques.

Les consultations médico- judiciaires d'urgence et les cellules de l'urgence médico-psychologique créées en milieu hospitalier ont vocation à accueillir toute victime en lien avec les associations d'aide aux victimes.⁸⁸

Ces consultations devraient être identifiées et connues en tant que telles. Si la victime en exprime le souhait, il faut la recevoir, la soigner et prendre en charge le psycho-traumatisme, le cas échéant attesté par un certificat médical rédigé par un psychiatre et dont l'importance pour la suite -pénale et assurancielle- doit être soulignée. La victime peut bénéficier d'accompagnement dans ses démarches auprès de la police et de la justice.

• **Aider et accueillir les professionnels de santé victimes d'agressions physiques et/ou psychiques.** Compte tenu de la nature des faits, il s'agit d'accueillir et d'aider les professionnels de santé, victimes de violences physique et morale survenues sur le lieu de travail (salariés) ou durant leur activité professionnelle (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ayant pour la plupart une activité isolée).

• **Favoriser la désignation et la disponibilité réelle d'interlocuteurs ou correspondants privilégiés des "professionnels à risques"** dans les commissariats de police et les unités de gendarmerie. Elle est très fortement demandée par les professionnels de santé. Ces correspondants jouent un rôle utile et apprécié lorsqu'un professionnel vient à être agressé

Ces interlocuteurs ou correspondants privilégiés des "professionnels à risques" devraient être généralisés en zone de police comme en zone de gendarmerie. A l'instar de qui a déjà été fait par certaines directions départementales de la sécurité publique rencontrées par la mission, l'identité et les coordonnées de ces référents peuvent utilement être mentionnées dans des brochures donnant les conseils de base et les adresses utiles pour toutes questions relatives à la sécurité de l'exercice professionnel.

au SAMU et/ou participant au réseau national de l'urgence (des catastrophes) médico-psychologique. L'expérience acquise par ces psychiatres dans la gestion des situations de crise, de la prise en charge de l'agression collective que constituent les catastrophes –industrielles ou naturelles- doit être mise au bénéfice des individus et de ceux impliqués par les événements.

⁸⁷ Voir la loi du 18/12/1998, la circulaire du ministre de la justice du 13/07/1998, le relevé des décisions du conseil de sécurité intérieure du 19 avril 1999, la circulaire du Premier ministre du 29 septembre 1999 confiant à des organes permanents la coordination des actions et la circulaire du 22 janvier 2001 relative à l'installation du comité de pilotage pour l'aide aux victimes au sein du conseil départemental de prévention de la délinquance.

⁸⁸ L'institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) coordonne l'action des quelque 150 associations d'aide aux victimes membres.

3.6 Partenariat : une exigence à promouvoir, à soutenir et à encourager

La complexité des causes sous-jacentes et la diversité des aspects concernés (sociaux, sanitaires, économiques, culturels) font que la lutte contre l'insécurité n'est plus l'apanage des seuls services chargés du maintien de l'ordre public. Elle nécessite une approche conjointe, concertée et cohérente des différentes composantes du corps social et des différents services publics. La lutte pour la sécurité est une affaire de partenariat obligé entre tous les acteurs concernés. C'est la difficulté à surmonter.

Les différentes réponses possibles, généralement complémentaires, ne peuvent être envisagées sans une concertation étroite entre les professionnels eux-mêmes et leurs représentants institutionnels, la police nationale et/ou la gendarmerie nationale selon les cas, les communes concernées et leurs groupements, la justice et les usagers.

3.6.1 Favoriser le fonctionnement en réseau des professionnels de santé

• **Rappeler que tout mode de fonctionnement qui fait intervenir plusieurs institutions et plusieurs professions d'exercices différents (libéraux, salariés, fonctionnaires d'Etat ou hospitaliers), à la réalisation d'une même mission et/ou de missions complémentaires, requiert un effort de coordination.**

Pour un territoire défini, la mise en réseau des établissements de santé (hôpitaux et cliniques), des professionnels de santé (salariés et indépendants) assurant les offres ambulatoires, pré et post hospitalières constitue une réponse aux besoins de santé d'une population et nécessite une coordination.

Tout le monde s'accorde pour convenir que la mise en réseau est un impératif pour améliorer l'efficacité des professionnels de santé –privés et publics- et l'efficience des mesures prises, la réalité est autre.

3.6.2 Le fonctionnement en réseau doit recouvrir des réalités diverses et être encouragé

Le fonctionnement en réseau peut recouvrir des réalités diverses. Il devra tenir compte de la géographie (référence au territoire et/ou au bassin de vie ou d'habitat), de la démographie des professions de santé, des besoins de santé des habitants (enfants, jeunes, femmes, travailleurs, chômeurs et personnes âgées) et de l'environnement économique et social.

Le regroupement peut se réduire à une simple coordination des soins ou renvoyer à un regroupement physique –permanent ou temporaire- rompant l'isolement des professionnels, c'est un élément qui contribue à la sécurité des conditions de travail.

Réduit à un regroupement physique permanent ou temporaire, voire quelques heures par jour, il peut s'agir par exemple en matière de garde et de permanence de soins d'un cabinet de groupe, d'associations locales de garde, de CAPS, de centres de permanence

de soins de proximité, de maisons médicales de la permanence de soins, de maison médicale⁸⁹, etc.).

Les professionnels attendent avec intérêt et impatience, la mise en œuvre du relevé des décisions du CIV du 1^{er} octobre 2001 qui prévoit que les crédits du fonds interministériel pour la ville et ceux du fonds de revitalisation économique seront mobilisés pour financer des projets d'implantation et de sécurisation de l'exercice de la profession, soit individuellement, soit dans le cadre d'un regroupement, par exemple sous forme de maison médicale ou de maison de santé, un cadre de regroupement auquel il convient de conserver une grande souplesse et de préciser le rôle qu'il a dans le dispositif des soins de ville.

Si le regroupement géographique est souhaitable à de nombreux égards et permet d'offrir un ensemble de services de santé (consultations médicales, soins dentaires, distribution de médicaments, laboratoires d'analyses médicales, soins infirmiers, soins de rééducation physique et/ou verbale, etc.), plusieurs des interlocuteurs de la mission ont souligné les limites d'une coordination réduite au seul rapprochement géographique, qu'une de leur formule résume « *la permanence des soins ne crée pas forcément la présence -des professionnels de santé.* »

• **Pouvoir inscrire, dans une convention annexe au contrat de ville de type contrat local santé-ville, l'offre de santé sur un territoire inclus dans le périmètre d'un contrat de ville (à destination par exemple des quartiers sensibles), si les élus, les professionnels de santé et les associations locales en expriment la volonté.** C'est une solution préconisée par les rapporteurs afin de favoriser la mise en place des dispositifs favorisant la sécurité des professionnels de santé, confortant l'action des associations de professionnels de santé déjà constituées, et de nature à améliorer l'offre de santé et de soins.

Il conviendra d'affecter les ressources nécessaires à leur fonctionnement et/ou à leurs investissements dans le cas où certains souhaitent un regroupement géographique (cf. *supra*) et que les liens entre ces professionnels, les autres offreurs de service de soins (psychiatrie, établissements de santé) et de santé, les réseaux thématiques (toxicomanie, alcoolisme) et ceux institutionnels (PMI, maintien et soins à domicile des personnes âgées), ayant leurs activités dans cette zone d'habitat.

Les professionnels qu'ont rencontrés les rapporteurs attendent des pouvoirs publics que les mesures annoncées aient des effets immédiats. Bien que n'ignorant pas les problèmes administratifs et comptables qu'implique la mise en place des dispositifs prévus dont ceux inclus dans le relevé des décisions du conseil interministériel de la ville du 1^{er} octobre 2001, les rapporteurs soulignent l'urgence qu'il y a à prendre en compte sans délai les préoccupations de ces professionnels de santé. Les uns se disent prêts à transférer leur activité, ce qu'il faut éviter. Pour d'autres que les rapporteurs ont rencontrés, ce n'est pas du chantage, mais l'expression tout à la fois d'une incompréhension de la chose administrative et de l'insécurité de leur mode actuel d'exercice.

⁸⁹ En tenant compte de la diversité des modes d'exercice individuel ou au sein d'une entreprise, d'une société (SCP, SEL, etc.), d'une collectivité ou d'une institution privée, il conviendra de préciser la situation au regard de l'article 85 du code de déontologie médicale.

3.7 Améliorer l'exercice des professionnels de santé exerçant dans les quartiers sensibles et répondre aux besoins de santé des populations

3.7.1 Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé exerçant leur activité dans des quartiers sensibles

Le maintien et la venue de professionnels dans ces quartiers appellent des mesures d'incitation et de compensation économique des préjudices subis et des manques à gagner. Il pourrait s'agir d'exonérations ou réductions fiscales, de suppléments de rémunération, de nouveaux modes de rémunération pour permettre la prise en compte d'activités de prévention individuelle ou collective, d'éducation à la santé, de promotion de la santé.

- **Eviter que les professionnels de santé cessent d'exercer leur activité dans les quartiers sensibles.** Pour atteindre cet objectif, la place de la médecine libérale étant essentielle et la sécurité de leur pratique professionnelle étant assurée, il convient de favoriser l'équilibre économique des activités de santé et de soins des professionnels exerçant leur activité habituelle dans un cabinet (médical, de soins infirmiers, de masseur-kinésithérapeute, etc.), une officine pharmaceutique ou un laboratoire d'analyses médicales, et ayant fait le choix d'exercer dans des quartiers sensibles.

Deux séries de mesures doivent être envisagées : les unes fiscales, les autres visant les honoraires ou indemnités servis à ces professionnels :

- **Faire bénéficier des mesures de défiscalisation** (taxe professionnelle, taxe sur les sociétés et impôt sur le revenu, etc.) **et d'exonération des charges patronales de sécurité sociale, les professionnels de santé qui exercent ou créent des activités**⁹⁰ **et leur donner la possibilité de réaliser des investissements pour sécuriser les lieux d'exercice** en bénéficiant du fonds de revitalisation économique (FRE) créé pour soutenir le développement économique dans les quartiers de la politique de la ville.

- **Améliorer les revenus des professionnels**⁹¹ quel que soit le mode de paiement -à l'acte⁹² ou forfaitaire- pour services d'intérêt général rendus dans le cadre des priorités des politiques de santé déclinées dans ces territoires urbains. Sont visées par les mesures qu'envisagent de prendre la ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé, des activités qui se rapportent à l'intérêt général : la participation aux gardes, la participation aux activités collectives de prévention ou de santé publique, la fonction de coordonnateur d'un réseau de santé, d'un réseau des soins, etc.

Le sort des pharmaciens doit faire l'objet d'une attention particulière. Sur un échantillon limité à quelques pharmacies, les rapporteurs ont constaté que le chiffre d'affaires des

⁹⁰ Mises en place en 1997, les dispositions dérogatoires des zones franches urbaines devaient s'éteindre le 31 décembre prochain. Il est envisagé de sortir progressivement de ce dispositif ; une série de mesures de défiscalisation est envisagée pour les entreprises s'implantant dans l'une des 44 zones franches urbaines (ZFU) ainsi que dans les quartiers actuellement classés zone de redynamisation urbaine (ZRU).

⁹¹ Cf. les préconisations du bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville, 12/07/2001.

⁹² En distinguant les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens, il convient d'appeler l'attention des commissions paritaires départementales des régimes d'assurance maladie lorsqu'une infirmière ou un kinésithérapeute dépasse le seuil annuel d'activité individuelle ou seuil d'efficacité afin d'examiner au cas par cas ces situations.

officines implantées dans les quartiers sensibles, est inférieur à la moyenne du chiffre des officines pharmaceutiques puisqu'ils vendent presque exclusivement des produits pharmaceutiques peu de médicaments OCT⁹³ et de parapharmacie.

Or les pharmaciens dans ces quartiers sensibles ont un rôle d'éducation à la santé irremplaçable. Au même titre que les autres professionnels à raison des tâches d'intérêt général en matière de prévention et d'éducation à la santé, ils devraient pouvoir bénéficier d'une indemnité pour délivrance de médicaments⁹⁴, d'exonérations fiscales et d'aides aux investissements.

C'est un ensemble de mesures (cf. *supra*) qui doivent être prises pour répondre à l'attente des professionnels de santé et pour favoriser de nouvelles implantations et assurer le maintien des activités existantes.

3.7.2 Donner plus de cohérence aux dispositifs de santé

• **Donner plus de cohérence aux dispositifs de santé.** Les rapporteurs ont considéré que la prise en compte des besoins de santé dont l'organisation de l'offre de santé des habitants des quartiers dits sensibles⁹⁵, si elle justifiait des mesures particulières concernant les modes d'exercice des professionnels de santé (cf. *supra*), ne saurait être traitée à part et que pour l'ensemble du territoire national (zones rurales⁹⁶, suburbaines, urbaines), l'exigence demeure de rechercher, compte tenu des moyens humains et des crédits en jeu, des réponses partenariales à l'organisation de l'offre de santé⁹⁷, en rappelant (cf. *supra*) que ces pratiques d'exercice sont plus sûres.

Aujourd'hui, l'offre de soins hospitaliers (urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de rééducation) est planifiée et définie par le schéma d'organisation sanitaire (SROS), et la territorialisation s'opère au travers des secteurs sanitaires, superposition à un voire à plusieurs bassins de vie. Les établissements de santé desservent la population du secteur incluant des quartiers sensibles intégrés dans la politique de la ville.

Les services de l'Etat –DDASS –ont la responsabilité de la mise en œuvre des politiques de santé (toxicomanie, alcoolisme, volet santé de la lutte contre les exclusions, etc.) et de la planification des équipements (handicapés –adultes et enfants-, hébergement social, etc.). Le département a la charge des politiques de l'enfance dont la PMI, des personnes âgées et de l'action sociale.

⁹³ Abréviation en langue anglaise de « over the counter ».

⁹⁴ Unilatéralement en décembre 1971, ce que des textes postérieurs sont venus confirmer, la fédération nationale des syndicats pharmaceutiques de France ayant déposé auprès de la direction générale du commerce intérieur et des prix, un barème fixant les honoraires pour service d'urgence, et ce barème n'ayant fait l'objet d'aucune opposition de la part de l'administration, les pharmaciens d'officines perçoivent des honoraires pour service d'urgence (13 F par ordonnance).

⁹⁵ Les zones urbaines sensibles sont des quartiers regroupant des populations en situation précaire, inclus dans un contrat de ville. Une zone sensible peut se définir juridiquement (se référer au décret). Socio- économiquement, la population en difficulté se concentre dans un petit nombre de quartiers en centre-ville voire dans quelques communes proches, en revanche elle est moins présente dans les communes périphériques.

⁹⁶ Etant rappelé que 70% de la population française vit sur 20 % du territoire et qu'au cours du XII^{ème} plan (2000-2006) plus de 1.300 quartiers, soit six millions d'habitants, devraient bénéficier des actions menées dans le cadre des contrats de ville.

⁹⁷ Il n'est pas exact de parler de service public, mais la question est bien comment est organisé le service de santé aux habitants ?

Dans le meilleur des cas, ces politiques se complètent. Les dispositifs (SROS, PRS, PRAPS, etc.) et les outils de mise en œuvre (par exemple PASS, ateliers : santé-ville, etc.) conservent leur opérationnalité. Le relevé des décisions du comité interministériel des villes du 1^{er} octobre 2001 fait apparaître que des moyens supplémentaires seront alloués plus particulièrement au bénéfice des quartiers défavorisés, à destination des ateliers santé-ville et que les permanences d'accès aux soins de santé –PASS- seront multipliés (100 créations sont envisagées).

• **Recentrer par exemple vers les quartiers sensibles des dispositifs existants et rendre plus cohérentes leurs mises en œuvre.** Compte tenu des évaluations des PASS réalisées par les services de la DHOS, de l'installation trop récente des ateliers santé-ville, de leur nombre (une dizaine) et de leur localisation géographique (le département de la Seine-Saint-Denis), il est difficile d'apprécier l'impact de ces dispositifs dans la réponse apportée aux besoins de santé des habitants de ces quartiers.

3.7.3 Donner un cadre d'action aux communes et aux agglomérations souhaitant prendre un engagement fort avec l'Etat en matière de santé : des contrats locaux santé-ville

Deux types de considérations amènent les rapporteurs à proposer de donner, en matière de santé, un cadre commun aux politiques publiques sectorielles et aux projets que portent certaines villes ou agglomérations.

C'est d'abord une préoccupation évoquée par de nombreux professionnels rencontrés par les rapporteurs au cours de leurs déplacements : professionnels de santé quelque peu désarmés devant la complexité de l'administration et les modalités de coordination de son action entre les services de santé, de police et la justice.

Ensuite ce sont les constats établis par deux départements ministériels ayant des missions différentes, l'un le ministère de l'intérieur (maintien de l'ordre public), l'autre le ministère chargé de la politique de la ville (assurer la qualité de vie des habitants des quartiers inscrits dans l'espace des contrats de ville), mais dont l'action au niveau des micro-territoires se complète. Ces deux constats s'énoncent ainsi :

- les professionnels de santé sont peu impliqués dans l'élaboration des contrats locaux de sécurité (CLS) ;
- les actions thématiques se rapportant à la santé ne sont pas individualisées. Elles sont répertoriées sous diverses rubriques du contrat de ville, au même titre que des actions thématiques concernant d'autres domaines où l'Etat et une ville ont souhaité conduire des actions en partenariat et, lorsqu'elles sont évoquées, elles le sont dans de nombreux cas dans la convention annexe au contrat de ville, le CLS.

• **Créer un contrat local santé-ville.** Les enjeux sanitaires et l'importance des crédits engagés conduisent les rapporteurs à suggérer, lorsqu'une ville manifeste une forte volonté et un engagement de mener une politique de santé à l'échelon de la commune ou à celui d'un quartier, que l'Etat prenne en compte cette volonté. Ce partenariat entre l'Etat et la ville s'inscrivant dans une convention d'application du contrat de ville, pourrait être désigné sous l'appellation de contrat local santé-ville.

Une autre justification peut être apportée pour conforter l'intérêt d'une telle mesure. D'autres politiques publiques sont déclinées dans l'espace d'une ville ou d'un quartier. Elles sont inscrites dans une convention d'application du contrat de ville. Il s'agit des contrats éducatifs locaux (CEL), en matière d'éducation, des plans locaux d'insertion

par l'économique (PLIE) en matière d'emploi, de contrats locaux de sécurité (CLS), en matière de sécurité, de tranquillité, de prévention de la délinquance et en matière de logement et de cadre de vie, de plan d'action pour le logement des défavorisés (PDALP), de programmes locaux de l'habitat (PLH) et de conférences communales du logement. Le contrat local santé-ville constituerait le cadre d'actions en matière de santé.

Ce contrat local santé-ville devrait utiliser les outils existants et identifiés par des textes -les ateliers santé-ville par la circulaire DGS du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation de précarité-, et par des pratiques locales -plan local de santé- ou régionales -programme de santé local-, etc. Ces dispositifs devraient pouvoir bénéficier des crédits ville, notamment de ceux des programmes (grands projets ville du XIIème plan).

Compte tenu des enjeux sanitaires et sociaux, les DDASS devraient se voir reconnaître la maîtrise d'ouvrage du volet santé des contrats de ville, au même titre que d'autres échelons départementaux de l'administration de l'Etat -justice, éducation nationale.

Puisqu'il est envisagé de donner une place spécifique aux problèmes de santé dans la relance de la politique de la ville, compte tenu des enjeux de santé publique et de l'économie générale de santé, les DDASS doivent être sous l'autorité des préfets, les partenaires en charge de la mise en œuvre et du suivi des mesures arrêtées par les pouvoirs publics en matière de santé.

Or jusqu'alors, et notamment dans les départements visités, les problèmes de santé sont évoqués dans les contrats de ville au travers des contrats locaux de sécurité⁹⁸, privilégiant une vision de prévention de la violence et de la délinquance, ce qui correspond à l'objet même de ces conventions. Mais le CLS ne saurait, pour les rapporteurs, constituer le cadre territorial de la politique publique de santé où les actions thématiques relatives à la santé sont seulement recensées .

⁹⁸ Deux notes communiquées aux rapporteurs illustrent quelle est la place de la santé dans les contrats de ville et dans les contrats locaux de sécurité : l'une de la direction centrale de la sécurité publique (DCSP) du ministère de l'intérieur du 3 juillet 2001 et l'autre de la DIV d'août 2001. Selon la DCSP « il apparaît que l'analyse des 175 contrats locaux de sécurité reçus à la DCSP permet de constater que 44 CLS et 70 actions font état de l'établissement d'un partenariat concernant les médecins ou les hôpitaux ... mais que celui-ci concerne le plus souvent une réponse aux demandes du public et des victimes, la participation à des actions de prévention, la mise en place des dispositifs nouveaux les impliquant ». La DIV, dans une note interne, indique qu'en janvier 2001 « les deux tiers de ces 249 contrats (ville) étaient signés. Sur l'ensemble de ceux-ci, les deux tiers comportaient un volet santé ». La répartition des 132 actions de santé reprises soit dans le contrat ville soit dans la convention dite contrat local de sécurité, de 44 contrats de ville (soit 17% des contrats de ville ou d'agglomération signés) met en évidence que « l'accès aux soins des populations démunies et d'une manière plus générale la santé des populations en situation de précarité sont les (actions) prioritaires des contrats de ville ». Ces actions se présentent le plus souvent comme la déclinaison d'actions incluses dans les PRAPS et les PASS. Cette répartition des 132 actions s'établit ainsi : 20% accès aux soins, 18% toxicomanie, 15 % alcoolisme, 15 % souffrances psychiques, 8% enfance jeunesse, 7% SIDA, 5 % hygiène alimentaire, 4% vieillesse, 3% saturnisme, 3% logement, 1% gens du voyage et 1% sans domicile fixe.

Conclusion

Les violences dont les professionnels de santé sont victimes dans le cadre de leurs activités professionnelles ne sont le plus souvent que l'expression, à leurs dépens, de la violence "ordinaire" qui règne dans nos sociétés, notamment urbaines. Les causes de ces manifestations de violence sont assez bien connues ; elles sont de nature sociétale et ce sont les mêmes violences qui s'exercent à l'encontre des transporteurs, des enseignants, des pompiers, etc.

La réflexion sur la prévention primaire de la violence n'était pas du ressort de la mission. La société ne peut cependant en faire l'économie, les autres réponses ayant forcément leurs limites dans la mesure où elles tendent plus à agir sur les conséquences que sur les causes premières.

Les violences à l'encontre des professionnels de santé sont un phénomène relativement récent, à l'exception des pharmaciens d'officine, comme si la nature humanitaire ou "sacrée" de leur mission les avait plus longtemps et davantage protégés. Les statistiques officielles de la délinquance, notamment dans leur présentation nationale consolidée, rendent assez mal compte de l'acuité croissante de ce phénomène. Le phénomène doit être appréhendé au niveau local, infradépartemental. Les violences mineures et les incivilités quotidiennes alimentent l'insécurité ressentie, exacerbant l'importance et la résonance des agressions plus graves.

Georges COSTARGENT

Michel VERNEREY

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : Lettre de saisine de l'IGAS par la ministre de l'emploi et la solidarité en date du 31 juillet 2001.

Annexe n° 2 : Liste des personnes rencontrées.

Annexe n° 3 : Données issues du système de traitement des infractions constatées (STIC) : Infractions subies par les professionnels de santé, année 2000 (zone de police nationale, hors préfecture de police) - Source : ministère de l'intérieur

Annexe n° 4 : CNAMTS : données concernant l'ensemble des accidents du travail survenus suite à des violences sur le lieu de travail, pour les années 1997, 1998, 1999 et 2000

Annexe n° 5 : Infractions subies par les professionnels de santé au cours du premier semestre 2001 (zone de police, hors préfecture de police)
Source : ministère de l'intérieur.

Annexe n° 6 : Ordre national des pharmaciens : fiche de déclaration d'agression.

Cab/OP/AMG/D01013073

Le **31 JUIL 2001**

127, rue de Grenelle 75700 PARIS 07 SP

Téléphone : 01 44 38 38 38

Télécopie : 01 44 38 20 10

NOTE

A l'attention de Madame BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à des situations d'insécurité qui constituent une entrave à leur exercice quotidien, particulièrement dans les zones sensibles.

Le malaise exprimé est certain. Les problèmes d'ordre sécuritaire rencontrés par les médecins risquent de compromettre considérablement leur mission de service public.

La nature très diverse des manifestations d'insécurité rencontrées par les professionnels de santé traduit les multiples modalités de leur exercice.

La circulaire du 15 septembre 2000, que j'ai signée, relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence dans les établissements hospitaliers et le groupe de travail mis en place par Claude Bartolone et Bernard Kouchner au sein de la délégation interministérielle à la ville sur ces questions d'insécurité, traduisent la nécessité de répondre à cette situation préoccupante.

Afin de préciser l'ampleur de ces manifestations, leur localisation préférentielle, les conditions dans lesquelles elles surviennent, je vous demande de diligenter une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

En effet, l'appréciation globale de ce phénomène dans ses dimensions quantitatives et qualitatives est indispensable à la bonne mise en œuvre des moyens pour lutter contre efficacement.

En ce qui concerne les professions libérales, la mission d'inspection devra établir un état des lieux concernant, notamment les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les kinésithérapeutes qui font face à des actes de violences. Elle s'appuiera notamment sur les travaux du groupe de travail de la délégation interministérielle à la ville.

.../

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, les inspecteurs devront s'appuyer sur l'étude que conduira la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en relation avec les Agences Régionales d'hospitalisation.

Je souhaite disposer des conclusions de la mission concernant l'état des lieux de ces situations d'insécurité au 30 septembre 2001 et de propositions au 30 octobre 2001.

Elisabeth GUIGOU

Liste des personnes rencontrées

Cabinets ministériels

Mme Agnès Jeannot, directrice adjointe du cabinet de la ministre de l'emploi et de la solidarité ;
Dr Roland Cecchi-Tenerini, conseiller technique au cabinet de la ministre de l'emploi et de la solidarité ;

Dr Odile Picard, conseillère technique au cabinet de la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Mme Marie Raynal, conseillère technique au cabinet du ministre délégué à la ville.

Mme Isabelle Rueff, conseillère technique au cabinet du ministre de l'intérieur.

Dr Frédéric Tissot, conseiller technique au cabinet du ministre délégué à la santé.

Administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité

DHOS

Mme Evelyne Bonnafous, adjointe au chef du bureau O2 ;

M. Luc Charrié, chef du bureau des officines de pharmacie et des laboratoires d'analyses de biologie médicale (O5) ;

Dr Agnès Lordier-Brault, MISP au bureau M1 ;

Mme Huguette Mauss, adjointe à la sous-directrice O, chef du bureau O3 ;

Dr Danièle Mischlich , chef du bureau droits des usagers et fonctionnement général des établissements de santé ;

M. Daniel Nicolle, directeur de projet "urgences" et "chirurgie" ;

Mme Jeanne-Marie Rinquin, bureau E1 ;

Dr Elisabeth Rousseau, chef du bureau de l'organisation régionale des soins et des populations spécifiques (O2) ;

M. Alain Ruaud, adjoint au chef du bureau O5 ;

Mme Murielle Tanguy, bureau O1 ;

M. Patrice Vayne, bureau P1 ;

Mme Isabelle Venencie, chef du bureau M1 ;

Dr Claude Mertani, bureau P1.

Délégation interministérielle à la ville (DIV)

Mme Claude Brevan, Déléguée interministérielle à la ville ;

Mme Catherine Richard, Délégation interministérielle à la ville ;

M. Eric Lenoir, Délégation interministérielle à la ville.

Ministère de l'intérieur

M. Michel Allier-Gayraud, commandant de police, DCPJ, sous-direction des liaisons extérieures ;

M. René Bregeon, commissaire divisionnaire, DCSP ;

M. Daniel Herbst, inspecteur général de la police nationale, directeur central adjoint de la sécurité publique ;

M. Rudolf Hidalgo, commissaire principal, chef de la division de logistique opérationnelle, DCPJ, sous-direction des liaisons extérieures ;

M. Jean-Claude Menault, commissaire divisionnaire à la préfecture de police de Paris, adjoint au sous-directeur de la police territoriale ;

M. Philippe Nougayrede, commissaire principal, chef de la division de la statistique et de la documentation criminelle, préfecture de police de Paris ;

M. Christophe Perez-Baquay, commissaire principal, DCPJ, sous-direction des liaisons extérieures ;

M. Lucien Sion, commissaire principal, chef du bureau délinquance et affaires judiciaires, DCSP.

Gendarmerie nationale

Commandant Charles Gamet, chef de la cellule politique de la ville, à la direction générale de la gendarmerie nationale.

Lt. colonel Pierre-Yves Cormier, commandant du groupement de gendarmerie du Val-d'Oise ;

Lieutenant Charles-André Poitou, commandant de la brigade de gendarmerie de Jouy-le-Moutier, Val-d'Oise.

Ordre national des médecins

Dr Jacques Lucas, conseiller ordinal de la région des Pays-de-la-Loire, président de la section "exercice professionnel" du CNOM, chargé du dossier violences aux médecins.

Ordre national des pharmaciens

M. Jean-Luc Audhoui, trésorier du conseil central A (section des pharmaciens titulaires d'officine) de l'Ordre des pharmaciens, ancien président du conseil régional d'Ile-de-France de l'Ordre des pharmaciens ;

Mme Isabelle Adenot, présidente du conseil régional de Bourgogne de l'Ordre des pharmaciens, en charge du dossier violences aux pharmaciens d'officine.

Ordre national des chirurgiens-dentistes

M. Robert, président du conseil national ;

M. Cherpion, secrétaire général du conseil national.

Organisations représentatives

Dr Pierre Costes, président de la Fédération française des médecins généralistes MG France ;
Dr Gilles Urbejtél, Fédération française des médecins généralistes MG France.
Dr Jean Gras, président de la Fédération des médecins de France (FMF) ;
Dr J. A. Cacault, vice-président de la Fédération des médecins de France (FMF).
Mme Ourth-Bresles, présidente de la fédération nationale des infirmiers.
M. Didier Bernus, secrétaire fédéral à la fédération FO des personnels des services publics et de santé.

Fédérations hospitalières

M. Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF) ;
Mme Marie-Christine Burnier, déléguée générale adjointe de la FHF ;
Mme Emmanuelle Quillet, FHF ;
Dr François Moreau, conseiller à la FHF.
M. Stéphane Joly, adjoint au délégué, FHP.
M. Georges Riffard, directeur général, FEHAP ;
M. Philippe Gaudon, directeur des activités sociales et médico-sociales, FEHAP ;
Mme Suzanne Charvet-Protat, directrice du secteur sanitaire, FEHAP.

Autres personnalités rencontrées

Dr Jacques Lebas, praticien hospitalier au CHU Saint-Antoine, président du groupe de travail "professionnels de santé et sécurité" auprès de la DIV et l'ensemble des participants au groupe de travail "professionnels de santé et sécurité".
M. Paul Louis Marty, Délégué général Union nationale des HLM ;
Mme Dominique Dujols, directrice des relations institutionnelles et du partenariat Union nationale HLM.
M. Nicolas Gombault, Directeur général adjoint du Sou Médical.
M. Jean-Pierre Ansquer, directeur "assurance des personnes", Mutuelle d'assurance du corps de santé français ;
Mme Françoise Morel-Parnois, responsable "prévoyance", Mutuelle d'assurance du corps de santé français.
M. Frédéric Gudin du Pavillon, CNAMTS, direction des risques professionnels ;
Dr Laurence Dimenza, CNAMTS, médecin conseil ;
Mme Nathalie Schneider, CNAMTS, direction déléguée aux risques.
Dr. Ronan Orio, Coordonnateur national des cellules de l'urgence médico-psychologique.
Dr Anne-Marie Letenneur, médecin généraliste à Meaux.
Mme Isabelle Leleu, Eurogip ;
M. Jean-Loup Wannepain, Eurogip.

Liste des autorités administratives et des professionnels de santé rencontrés lors des investigations sur le terrain

(classement alphabétique par fonction et/ou profession exercée et, pour les professionnels de santé, sans distinction du mode d'exercice en ville ou en établissement)

Les rapporteurs ont recueilli les témoignages de vingt six professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, masseur-kinésithérapeute, infirmiers et infirmières, aides-soignants, agents administratifs et agents de sécurité), victimes de violences physiques et verbales. Il a été convenu avec ces personnes, de conserver leur anonymat. Leur nom ne figure donc pas dans la liste ci-après.

Département des Alpes-Maritimes

Nice

M. Baneau, médecin ; Mme Baud, directrice-adjointe au CHU ; M. Billy, cadre de sécurité ; M. Caec, médecin ; Mme. Canivet, médecin ; Mme. Cini, infirmier ; Mme. Crochemore, infirmier ; M. Davin, directeur départemental (DDASS) ; M. Didona, médecin ; M. Favier, médecin ; M. Febvre, cadre-soignant ; M. Garnier, préfet des Alpes-Maritimes ; Mme. Godnic, cadre-soignant ; Mme. Guillé, membre du CHSCT ; Mme. Kersauze, directeur-adjoint la DDASS, Mme. Martinaux, médecin ; M. Mérisier, cadre-soignant ; M. Oberlé ; Mme. Pasquet, directrice d'hôpital ; Mme. Pons, cadre-soignant ; Mme. Richier, cadre-soignant ; M. Romatet, directeur général du CHU ; Mme. Salomé, agent administratif ; M. Schweitzer, médecin ; M. Vincenti, MISP.

Département des Bouches du Rhône

Marseille

M. Anabile, médecin ; M. Antonelli, cadre sécurité ; M. Arniaud, médecin ; M. Astoin, directeur-adjoint, association 3Ms ; Mme Bégué, médecin du travail ; M. Bensadoun, MISP ; Mme. Besson, psychologue ; M. Bourgat, médecin, adjoint au maire de Marseille ; M. Boyer, membre d'un CHSCT ; M. Busso, directeur d'hôpital ; Mme. Castiglione, cadre-soignant ; M. Costanier, pharmacien ; M. Cotté, médecin ; M. Delheure, directeur départemental (DDASS) ; Mme. Derynck, médecin ; M. Durand, cadre-soignant ; M. Evesque, directeur, 3Ms ; M. Ferrero, MISP ; M. Fresi, membre d'un CHSCT ; Mme. Gazazian, médecin du travail ; M. Giordano, médecin ; M. Halimi, directeur d'hôpital ; M. Iakkouche, membre d'un CHSCT ; M. Juadena, chirurgien-dentiste ; M. Kaplanski, IP ; Mme. Keller, membre d'un CHSCT ; M. Lafay, médecin ; M. Lhoteller, Lt. de gendarmerie ; M. Lorrang, directeur général AP-HM ; M. Maestracci, médecin, URML ; M. Mekki, directeur-adjoint ; M. Michel, directeur-adjoint ; M. Modeste, cadre-soignant ; Mme. Morello, cadre-administratif ; M. Mullor, médecin ; M. Palandjian, médecin ; M. Pantalacci, directeur d'hôpital ; Mme. Pech-Gourg, médecin du travail ; M. Revel, médecin ; M. Scoffoni, directeur départemental (DDSP) ; Mme. Sicard-Desnielle, médecin, adjointe au maire d'Aix-en-Provence ; Mme. Torre, URML ; Mme. Tourniaire, directrice d'hôpital ; Mme. Vigneri, membre d'un CHSCT.

Département de la Loire Atlantique Nantes et Saint-Nazaire

M. Allard, médecin ; M. Arénilla, directeur d'hôpital ; M. Bacher, MISP ; M. Bauza, DDSP ; M. Blanche, SDIS ; M. Bonhomme, médecin ; M. Bruneau, premier procureur de la République adjoint ; M. Colombel, chargé de mission ARH ; Mme. Denise, cadre-soignant ; M. Fouré, cadre-soignant ; Mme. Garel, directrice des soins infirmiers ; M. Garin, directeur d'hôpital ; Mme Gohin-Perio, MIRS par intérim ; M. Hibon, sous-préfecture d'Ancenis ; Mme. Jube-Dallerac, surveillante-chef ; M. Langevin, directeur d'hôpital ; M. Le Reste, pharmacien ; M. Lemoine, directeur d'hôpital ; M. Maury, adjoint de sécurité ; Mme. Ogé, PIRS ; M. Postinger, stagiaire ENA ; M. Pruel, directeur départemental (DDASS).

Département du Nord Lille et Tourcoing

M. Assez, médecin ; M. Jahan, directeur d'hôpital ; M. Massy, chirurgien-dentiste ; M. Gaudefroy, pharmacien ; M. Veras, directeur d'hôpital ; Mme. Bardy, agent administratif ; Mlle. Baudoin, sous-préfète chargée de mission pour la politique de la ville ; Mme. Lermould, chirurgien-dentiste ; M. Delaeter, secrétaire général de l'ARH ; M. Poulain, directeur d'hôpital ; M. Youf, direction régionale des RG ; Mme. Leger, chef de bureau ; M. Barbier, agent de désinfection ; M. Matton, médecin, association ABEJ ; M. Matton, médecin ; Mme. Roose-Bernard, orthophoniste ; M. Beaune, psychologue ; Mme. Deltoz, mairie de Roubaix ; M. Delmotte, directeur général du CHU ; M. Gouverneur, service des urgences ; Mme. Sylvain, DDASS ; Mme. Abdelhadi, médiatrice santé ; M. Maury, directeur d'hôpital ; M. Vinsonneau, premier procureur adjoint de la République ; M. Doco, infirmier ; M. Melard, infirmier ; Mme Taleux, infirmière ; Mme Knaff, adjointe au délégué régional de la FHF ; M. Franquet, préfet délégué pour la sécurité et à la défense ; M. Valle, secrétaire général adjoint du conseil départemental du Nord de l'ordre des médecins ; M. Gul, MISP ; M. Wantroba, CH de Valenciennes ; M. Halos, directeur d'hôpital ; M. Leroy, OPS gardiennage ; Mme Laurent, infirmière ; Mme. Babe, médecin ; Mme Ekoubou, adulte relais bénévole ; Mme. Meure, cadre soignant ; Mme. Moreeuw, masseur kinésithérapeute ; M. Pannekoecke, OPS gardiennage ; Mme. Nappi, pharmacienne ; M. Bertolino, PIRS ; M. Wilpart, pharmacien ; M. Diaz, directeur de la sécurité au CHU ; Mme. Olszewski, chargé de la sécurité à la mairie de Roubaix ; M. Sebillé, médecin ; Mme. Duerot de Tonary, aide-soignante ; Mme. François, infirmière ; Mme. Cardinal, directrice adjointe à la DDASS ; M. Dillies, responsable de la sécurité anti-malveillance.

Département du Bas-Rhin Strasbourg

Mme. Audouin, membre du CHSCT ; M. Bensoussan, médecin ; M. Boesch, pharmacien ; M. Bouchareu, directeur départemental adjoint (DDSP) ; M. Bouffier, directeur-adjoint à la DDASS ; M. Boyer, pharmacien ; M. Brudy, membre du CHSCT, M. Cantineau, PU-PH ; M. Castel, directeur général du CHU ; Mme. Chamouard, médecin du travail ; M. Chése, SDIS ; M. Colotte, directeur d'hôpital ; M. Defrance, médecin ; M. Deleuil, directeur de cabinet du préfet ; M. Delplanq, PU-PH ; Mme. Dervogne, membre du CHSCT ; M. Dupeyron, PU-PH ; Mme. Gérardot, cadre-soignant ; M. Glotain, chef de service-cabinet préfet ; M. Ichtertz, médecin ; Mme. Jung, médecin ; M. Kaempf, chirurgien-dentiste ; Mme. Kieffer-Desgrippes, médecin ; Mme. Lavigne, membre du CHSCT ; Mme. Le Moal, stagiaire ENA ; M. Martinet, médecin ; Mme. Mey, membre du CHSCT ; M. Nicol, médecin ; Mme. Petitdemange, cadre-soignant ; M. Pottechar, membre du CHSCT ; Mme. Prenel, cadre-soignant ; Mme. Rouve, cadre-soignant ; M. Saigne, pharmacien ; M. Sanablé, cadre-soignant, Mme. Schaetzel, MIR ; M. Schneider, PU-PH ; Mme. Tritz, PIRS ; M. Uhl, ingénieur sécurité ; M. Uhlhorn, chirurgien-dentiste ; M. Viprey, groupement départemental de gendarmerie.

Département du Rhône
Bron, Lyon, Rillieux-La-Pape et Vaux-en-Velin

M. Achache, médecin ; Mme. Arnaud-Briant, médecin du travail ; Mm. Atayi, médecin ; M. Belland, membre du CHSCT ; M. Bernard, FHP ; M. Billiet, directeur départemental (DDSP) ; M. Bonjean, directeur d'hôpital ; Mme Bourgoïn, médecin ; M. Brissot, membre d'un CHSCT ; M. Burloux, médecin ; Mme. Chauvin, médecin ; M. Chossegros, médecin ; Mme Darbon, infirmière ; M. Daumalle, membre d'un CHSCT ; M. Demonnet, sous-préfet chargé de la ville ; M. Denis, médecin ; Mme. Descours, infirmière ; M. Di Giusto, membre d'un CHSCT ; Mme. Duffau, membre d'un CHSCT ; Mme. Durand, MISp ; M. Elchardus, PU-PH ; M. Fhima, médecin ; Mme Forissier, médecin du travail ; M. Garacci, membre d'un CHSCT ; Mme Giloux, médecin ; M. Grateau, directeur général ; Mme. Gutzwiller, infirmière ; M. Hobeika, médecin ; M. Lagrange, directeur départemental (DDASS) ; Mme. Le Tulle, membre d'un CHSCT ; M. Mali, médecin ; Mme. Matray, cadre-soignant ; Mme. Neel, membre d'un CHSCT ; Mme. Noguero, infirmière ; M. Paire, cadre-soignant ; M. Petit, PU-PH, président des SAMU de France ; Mme. Pignard, directeur d'hôpital ; M. Pinard, médecin ; Mme Poyard, consultante ; Mme Priéto, médecin ; M. Rebeillé-Borgella, médecin ; M. Robert, PU-PH ; M. Robert, infirmier ; M. Romano, membre d'un CHSCT ; M. Rousset, secrétaire général HCL ; M. Rozel, cadre administratif ; M. Shneider, Lt. Colonel, groupement départemental de gendarmerie ; Mme Segade, directeur d'hôpital, M. Segade, directeur d'hôpital ; Mme. Systchenko, médecin du travail ; M.Tardy, membre d'un CHSCT ; M. Touraine, PU-PH, adjoint au maire de Lyon chargé de la sécurité ; M. Triboulet, médecin ; M. Vallon, membre d'un CHSCT ; Mme Volckmann, médecin du travail.

PARIS (AP HP)

Mme. Abitboul, médecin du travail ; Mme. Bordat, infirmière ; Mme. Buval, cadre soignant ; M. Caillard, PU-PH ; M. Clerc, conseiller pour la sécurité auprès du directeur général ; Mme. Clovis, infirmière ; Mme. Coquin, agent administratif ; Mme. De Saxce, directeur d'hôpital ; M. Dufresnoy, chef sécurité ; Mme. Even, directeur d'hôpital ; Mme. Feuille, cadre-soignant ; M. Hamon, conseiller pour la sécurité du directeur général ; M. Héricord, médecin ; Mme. Jeannel, cadre soignant ; Mme. Kerurgore, infirmière ; Mme. Laine, cadre-soignant ; Mme. Lalanne, cadre-soignant ; M. Lambert, directeur d'hôpital ; Mme. Lambert, cadre-soignant ; Mme. Leclerc, directeur d'hôpital ; M. Ma, infirmier ; Mme Marrellec, cadre-soignant ; M. Martin, directeur d'hôpital ; Mme. Marty, cadre-soignant ; M. Molina, PU-PH ; M. Pelloux, médecin, président AMUHF ; M. Pfaffmann, infirmier ; Mme. Puig, cadre-soignant ; Mme. Ricomes, directeur d'hôpital ; Mme. Saint-Paul, infirmière ; M. Salmon, directeur d'hôpital ; M. Saurel, ingénieur SCMT ; M. Serra, chef sécurité ; M. Simon, adjoint sécurité ; Mme Soudjoukian, infirmière ; M. Taboulet, médecin ; M. Touchais, chef de sécurité ; M.Trégoat, directeur du cabinet du directeur général ; Mme Viron, cadre-soignant.

URML d'Ile-de-France

M. Batard, médecin à Lisses ; M. Brugnaux, médecin à Paris 18^{ème} ; Mme. Carel, chargée d'études ; M. Gozlan, médecin à Choisy-le-Roi ; M. Huyhn, médecin ; M. Le Gallo, médecin à Sarcelles ; M. Mouries, médecin ; M. Peyrebrune, MISp ; M. Rey, médecin à Colombes ; M. Robinet, médecin à Mantes-la-Jolie ; M. Roueff, médecin à Villemonble ; M. Thebaut, médecin à Sarcelles-Lochères.

Département de Seine-et-Marne

Meaux

Mme Brisset, médecin ; M. Cinque, médecin ; M. Grenier, médecin ; M. Herlicoviez, IP à la DDASS ; Mme Jamin, chargée de mission ville ; M. Journot, médecin chef du groupement SDIS ; M. Lecocq, médecin ; Mme Letenneur, médecin ; M. Merle, MISP ; M. Perez, commissaire de police, chef du district ; Mme Quingue-Boppe, secrétaire générale sous-préfecture ; M. Rosso, Lieutenant de gendarmerie ; M. Vincent, médecin.

Département des Yvelines

Mantes-la-Jolie et Versailles

M. Abderrahim, médecin ; M. Alegoët, directeur départemental (DDASS) ; M. Arnaud, directeur d'hôpital, M. Bégué, biologiste ; M. Berline, médecin ; M. Besson, chirurgien-dentiste ; M. Bouffies, directeur d'hôpital ; Mme Broca, pharmacienne ; M. Brussiau, chirurgien-dentiste ; M. Buisson, directeur d'hôpital ; M. Caspard, directeur d'hôpital ; M. De Castella, EPAMSA ; Mme. Degiovanni, sous-préfet, chargée de mission ville ; Mme. Desouches, MISP ; M. Desse-Moutis, pharmacien ; M. Gérardin, médecin ; M. Gosset, directeur d'hôpital ; M. Hanlet, médecin ; Mme. Jeanneau, pharmacienne ; M. Kogler, sous-préfet de Mantes-la-Jolie ; M. de Kuyper, colonel, SDIS ; Mme. Labussière, secrétaire générale sous-préfecture ; M. Lacroix, directeur d'hôpital ; M. Lambert, médecin ; M. Laroque, pharmacien ; M. Le Coadou, infirmier ; M. Lederer, médecin ; Mme. Leprêtre, cadre-soignant ; Mme. Majzels, médecin ; M. Menager, médecin ; M. Monnot, chirurgien ; M. Moreau, médecin, délégué FHF ; Mme. Neithardt, orthophoniste ; M. Népomiachty, médecin ; M. Pierron, médecin du travail ; M. Prevost, Préfet du département ; M. Roncel, infirmier ; M. Urbejtel, médecin ; M. Viso, médecin, M. Voiseux, directeur de clinique, M. Waneph, masseur-kinésithérapeute ; M. Youssef, directeur-adjoint (ddass).

Département de l'Essonne

Evry et Corbeil-Essonnes

Mme. Arribere, infirmière ; Mme. Bailly-Maitre, représentant le sous-préfet chargé de la politique de la ville ; M. Bray, médecin ; Mme. Benoit-Guyod, infirmière ; Mme. Besso, pharmacienne ; M. Bonnin, médecin ; M. Cailliet, IASS ; M. Chavenon, infirmier ; Mme Courilleau, directeur d'hôpital ; Mme. de Chambost, infirmière ; M. Delanoue, directeur départemental (DDASS) ; M. Herdhuin, directeur départemental (DDSP) ; Mme. Kiefer, directeur d'hôpital ; M. Laserre, médecin ; M. Le Behec, directeur d'hôpital ; Mme. Le Roy, directeur d'hôpital ; M. Lefebvre, secrétaire général SIH de Juvisy-sur-Orge ; Mme. Lesage, directeur d'hôpital ; M. Loubet dit Gajol, adjoint au commandant du groupement de gendarmerie ; M. Manuel, commandant, DDRG ; Mme. Merel, cadre infirmier ; M. Montagnon, MISP ; M. Palliser, pharmacien ; M. Paraque, médecin ; Mme. Parenti, lieutenant de police, DDRG ; Mme. Ravallault, directeur d'hôpital ; Mme. Tichoux, directrice adjointe DDASS ; M. Vallmajo, pharmacien ; M. Verin, directeur d'hôpital.

**Département des Hauts-de Seine
Nanterre**

M. Agnese, adjoint au DDSP ; Mme. Baghdadoust, directrice adjointe DDASS ; Mme Baltagi, MISP ; M. du Bouetiez de Kerrorguen, directeur de cabinet ; M. Bouvier, directeur de l'association des maires ; M. Cacault, médecin ; M. Colombani, médecin ; M. Dinet, médecin ; M. Fratoni, ville de Nanterre ; M. Juvin, maire de la Garenne-Colombes ; M. Laferrière, représentant le directeur HAD ; M. Leclercq, médecin ; M. Marcillac, pharmacien ; M. Massot, lieutenant colonel de gendarmerie ; Mme Mielle sous- préfet chargée de la ville ; M. Moreau, médecin ; M. Patin, médecin ; M. Pinta, médecin ; M. Rebière, préfet du département ; M. Seguin, chirurgien-dentiste.

**Département de Seine-Saint-Denis
Aulnay-sous-Bois, Gagny , Saint Denis et Villemonble**

Mme. Agbo, sage-femme ; M. Agnoles, agent de sécurité ; M. Archambault, médecin ; Mme. Atche, infirmière ; M. Baraniak, médecin ; M. Baulieu, directeur d'hôpital ; Mme. Berthier, cadre-soignant ; M. Bouet, médecin ; M. Brihaye, directeur d'hôpital ; M. Callens, directeur d'hôpital ; Mme. Dupont, agent administratif ; Mme. Faibis, MISP ; M. Fournier, médecin ; M. Fourcroy, IASS ; M. Grange, médecin ; M. Grosjean, directeur d'hôpital ; M. Lamaurt, pharmacien ; Mme. Manoutsis, cadre soignant ; M. Marek, pharmacien ; Mme. Patte, cadre-soignant ; M. Pauly, cadre-soignant ; Mme. Pouvreau, cadre-soignant ; Mme. Uzan, pharmacienne ; M. Zarka, médecin ; M. Zombo, chef de sécurité.

**Département du Val-d'Oise
Argenteuil, Pontoise**

M. Bellet, directeur départemental (DDSP) ; M. Besson, directeur d'hôpital ; M. Boussac, sous-préfecture d'Argenteuil ; Mme. Briau, chef de bureau à la mission ville ; M. Briand, Médecin ; M. Cormier, lieutenant colonel, commandant du groupement de gendarmerie ; M. Denoix , pharmacien ; M. Didelet, mairie de Persan ; Mme. Escobedo, médecin ; M. Guillon, pharmacien ; Mme. Hazael, sage femme ; M. Houssel, directeur d'hôpital ; M. Lagarde, médecin ; Mme. Lambert, cadre-soignant ; Mme. Montfajon, pharmacienne ; Mme. Mocquet, cadre-soignant ; M. Murat, directeur départemental (DDASS) ; Mme. N'Guyen, médecin du travail ; M. Paré, adjoint au maire de Garges-lès-Gonesse ; M. Peny, sous-préfet ; M. Péret, MISP ; M. Plassais, directeur d'hôpital ; Mme. Senelleir, cadre-soignant ; M. Vidal, pharmacien.