

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2018

N° : 132

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. Médecine du Travail

**PAR**

ZAGDOUN Cécile

Née le 26 février 1989 à Argentan

---

**Violences physiques volontaires en milieu de travail :**  
**Étude au sein de la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences**  
**Médico-Judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

---

Président de thèse : Professeur Maria GONZALEZ

Directeur de thèse : Docteur Audrey FARRUGIA


 1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

 Edition MARS 2018  
 Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
 DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
 M. GAUTIER Christophe

**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

 BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
 DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0188	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0018	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameledine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirsch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirsch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale - option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard PO129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine PO140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe PO142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud PO183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André PO184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian PO143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis PO144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen PO185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe PO145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence PO197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean PO146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude PO147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick PO148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul PO149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique PO150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien PO152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine PO153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis PO155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel PO156	NRPô NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis PO157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre PO158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane PO159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas PO160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud PO161 (Dispo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre PO162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe PO164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée PO165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

M0112		B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	<b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie</b> -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo→15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0048		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELLACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)**  
BERTHEL Marc (Gériatrie)  
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)  
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)  
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq ue) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétiq ue) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)** :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## **Remerciements**

### **A notre Président de Thèse,**

Madame le Professeur Maria GONZALEZ,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse après m'avoir accompagné tout au long de mon internat de médecine du travail. J'ai beaucoup appris à vos côtés et vous remercie pour votre confiance et vos enseignements. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde estime et de mon attachement à cette belle spécialité qu'est la médecine du travail.

### **A notre Directeur de Thèse,**

Madame le Docteur Audrey FARRUGIA,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Votre rigueur et vos conseils tout au long de sa réalisation furent précieux et le seront encore pour la suite de ma formation. Votre disponibilité et votre soutien ont permis l'aboutissement de ce travail de thèse et je vous en remercie infiniment.

**Aux membres du jury,**

Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail après m'avoir permis d'en recueillir les données au sein de votre service. Votre bienveillance et vos enseignements furent fortement appréciables lors de mon semestre passé à l'institut de médecine légale, et me seront utiles dans ma carrière future. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET,

Je suis honorée de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Eric BAYLE,

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.

Soyez assuré de ma profonde estime.

**A celles et ceux qui ont participé directement ou indirectement à ce travail,**

A toute l'équipe du service de médecine légale de Strasbourg et notamment :

- A Danièle pour avoir supervisé la distribution des questionnaires, aux secrétaires et aux médecins qui ont permis le bon déroulé du recueil de données ainsi qu'à Eric puis Oliver qui ont pu suppléer quelques oublis !
- Au Dr Laurent Berthelon, mon premier contact avec la médecine légale strasbourgeoise. Merci pour ta confiance et tes conseils.

Au Professeur Tracqui pour m'avoir accueilli au sein du service de médecine légale de Besançon lors d'un stage inter-CHU et à toute son équipe ! Nicolas, Justine, Elisabeth, Sébastien et Fabienne, merci de m'avoir transmis votre expérience, chacun dans vos domaines d'expertise. En espérant vous recroiser un jour.

A monsieur Nicolas Tuzin, biostatisticien au CHU de Strasbourg, pour avoir réalisé une partie des analyses statistiques de ce travail.

**A celles et ceux qui ont participé à ma formation en médecine du travail,**

Aux médecins du service de pathologie professionnelle et plus particulièrement :

Aux Dr Stéphanie Kleinlogel, Stéphanie Scarfone, Nathalie Nourry et Dany Eckenfelder, pour vos enseignements quotidiens et tous ces bons moments passés à vos côtés.

A toute l'équipe du SIST Centre-Alsace, pour votre accueil et votre gentillesse et tout particulièrement au Dr Sylvain Péreaux pour m'avoir accompagné dans mes premiers pas de médecin du travail.

Aux membres du service de médecine du travail de l'Eurométropole pour votre bonne humeur qui a rendu ce semestre fort sympathique et au Dr Marie-Odile Stempfer pour tous ces bons conseils et encouragements. J'ai apprécié travailler à vos côtés.

### **A celles et ceux croisés tout au long de l'internat,**

Marie : co-interne de choc de la promo 2014, merci pour ton humour et pour tout ce que l'on a pu partager au cours de l'internat.

Léonid : ravie d'avoir fait ta connaissance et d'avoir été ta suppléante. Ton amitié est précieuse.

François : après avoir affronté ensemble des tempêtes de neige pour aller en JDV, j'ai eu le plaisir de t'avoir comme « chef ».

Aux « anciens » : Azra, Judith, Joanne, Fabien, j'ai eu la chance de vous croiser à mon début d'internat, merci pour vos précieux conseils.

A mes chers co-internes de Saint-Jacques : Amelie-Anne, Justine et Alexandru. Ce semestre fut magique, ne changez pas.

### **Aux Normands** (un peu de chauvinisme),

Lucy et Sandra : Quelques années ont passé depuis la P1 mais notre amitié est toujours intacte.

Marion et Amandine : pour votre soutien sans faille durant l'externat (et les ecn !)

### **A ma famille,**

A mes parents, pour votre soutien indéfectible tout au long de ces années. Vous êtes toujours présents et ce malgré la distance. Merci pour tout.

A Nathalie, Jérôme et Thomas : pour tous ces bons moments passés en votre compagnie, et il y en aura encore beaucoup !

A ma grand-mère. Merci pour ta générosité et pour tout ce que tu m'as apporté.

# Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>28</b>
<b>II.</b>	<b>Rappels.....</b>	<b>30</b>
<b>II.1.</b>	<b>La violence : définition.....</b>	<b>30</b>
<b>II.2.</b>	<b>La violence au travail.....</b>	<b>31</b>
II.2.1.	Violence externe.....	31
II.2.2.	Violence interne.....	33
<b>II.3.</b>	<b>Prévalence de la violence physique au travail.....</b>	<b>33</b>
II.3.1.	Au niveau mondial.....	33
II.3.2.	Au niveau européen.....	35
II.3.3.	Au niveau national.....	35
<b>II.4.</b>	<b>Conséquences de la violence au travail.....</b>	<b>36</b>
II.4.1.	Conséquences individuelles pour les victimes.....	36
II.4.2.	Conséquences sur le travail.....	40
<b>II.5.</b>	<b>Réglementation.....</b>	<b>42</b>
II.5.1.	Obligation de sécurité de l'employeur.....	42
II.5.2.	Droit de retrait.....	42
II.5.3.	Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail.....	42
<b>II.6.</b>	<b>Quelles procédures pour les victimes ?.....</b>	<b>43</b>
II.6.1.	La reconnaissance en accident du travail.....	43
II.6.2.	La démarche judiciaire.....	47
<b>III.</b>	<b>Cadre de l'enquête.....</b>	<b>51</b>
<b>III.1.</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>51</b>
III.1.1.	Revue de la littérature.....	51
III.1.2.	Intérêt d'une nouvelle étude.....	53
<b>III.2.</b>	<b>Objectifs.....</b>	<b>54</b>
<b>IV.</b>	<b>Etude rétrospective : méthodologie.....</b>	<b>54</b>
<b>IV.1.</b>	<b>Type d'étude.....</b>	<b>54</b>

<b>IV.2. Population source .....</b>	<b>55</b>
<b>IV.3. Données recueillies .....</b>	<b>55</b>
<b>IV.4. Recueil des données .....</b>	<b>59</b>
<b>IV.5. Analyse statistique .....</b>	<b>59</b>
<b>V. Résultats de l'étude rétrospective.....</b>	<b>61</b>
<b>V.1. Analyse descriptive univariée.....</b>	<b>61</b>
V.1.1. Caractéristiques des victimes.....	61
V.1.2. Caractéristiques des agresseurs.....	64
V.1.3. Caractéristiques des agressions.....	67
V.1.4. Conséquences médico-légales des agressions .....	70
<b>V.2. Analyse multivariée.....</b>	<b>74</b>
V.2.1. Retentissement psychologique.....	74
V.2.2. Durée d'ITT .....	75
V.2.3. Origine de la violence .....	77
<b>VI. Enquête prospective : méthodologie.....</b>	<b>77</b>
<b>VI.1. Intérêt et type d'étude .....</b>	<b>77</b>
<b>VI.2. Contenu du questionnaire.....</b>	<b>78</b>
VI.2.1. Données sociodémographiques .....	78
VI.2.2. Données professionnelles .....	79
VI.2.3. Données concernant l'agression .....	80
VI.2.4. Prise en charge après l'agression .....	81
VI.2.5. Répercussion psychique.....	81
<b>VI.3. Mode de recueil.....</b>	<b>82</b>
<b>VI.4. Ethique .....</b>	<b>83</b>
<b>VI.5. Analyse statistique .....</b>	<b>83</b>
<b>VII. Enquête prospective : résultats.....</b>	<b>83</b>
<b>VII.1. Caractéristiques des victimes .....</b>	<b>83</b>
VII.1.1. Taille de l'échantillon .....	83

VII.1.2.	Délai moyen de consultation en médecine légale.....	84
VII.1.3.	Caractéristiques sociodémographiques.....	84
VII.1.4.	Caractéristiques professionnelles.....	86
VII.1.5.	Antécédent d'agression.....	89
VII.1.6.	Facteurs de risques de violences externes .....	90
<b>VII.2.</b>	<b>Caractéristiques de l'agresseur.....</b>	<b>90</b>
VII.2.1.	Genre.....	90
VII.2.2.	Nombre .....	90
VII.2.3.	Origine de l'agresseur.....	91
<b>VII.3.</b>	<b>Caractéristiques des agressions .....</b>	<b>91</b>
VII.3.1.	Horaire .....	91
VII.3.2.	Lieu.....	92
VII.3.3.	Type de violence.....	93
<b>VII.4.</b>	<b>Prise en charge médico-sociale.....</b>	<b>94</b>
<b>VII.5.</b>	<b>Conséquences médico-légales.....</b>	<b>95</b>
VII.5.1.	Lésions constatées .....	95
VII.5.2.	Durée de l'ITT .....	96
<b>VII.6.</b>	<b>Répercussions psychologiques de l'agression .....</b>	<b>96</b>
<b>VIII.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>98</b>
<b>VIII.1.</b>	<b>Intérêt et originalité de l'étude .....</b>	<b>98</b>
<b>VIII.2.</b>	<b>Méthodologie .....</b>	<b>99</b>
VIII.2.1.	Modalités de recueil des données et taux de réponse.....	99
VIII.2.2.	Critique du questionnaire utilisé.....	102
<b>VIII.3.</b>	<b>Discussion des résultats .....</b>	<b>103</b>
VIII.3.1.	Caractéristiques des victimes .....	103
VIII.3.2.	Caractéristiques des agresseurs et des agressions .....	105
VIII.3.3.	Conséquences des agressions .....	107
VIII.3.4.	Bilan .....	110

<b>VIII.4. Perspectives.....</b>	<b>111</b>
VIII.4.1. Prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination de l'ITT 111	
VIII.4.2. Quelle place pour le médecin du travail ? .....	112
VIII.4.3. Une prise en charge pluridisciplinaire hautement souhaitable.....	115
VIII.4.4. Améliorer l'information des victimes .....	116
<b>IX. Conclusion .....</b>	<b>118</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>123</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>143</b>

## **Table des annexes**

Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs de la littérature .....	<b>124</b>
Annexe 2 : Auto-questionnaire distribué aux victimes de violences physiques volontaires en milieu de travail .....	<b>137</b>
Annexe 3 : Dépliant mis à disposition des victimes de violences physiques volontaires en milieu de travail .....	<b>141</b>

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition des victimes en fonction du sexe.....	61
Figure 2 : Répartition des victimes par classe d'âge.....	63
Figure 3 : Répartition de la population en fonction du secteur professionnel .....	64
Figure 4 : Répartition des agressions selon le sexe du ou des agresseurs.....	64
Figure 5 : Répartition des agressions selon le nombre d'agresseurs .....	65
Figure 6 : Répartition des agressions selon l'origine de l'agresseur .....	65
Figure 7 : Nombre de cas de violences externes par secteur .....	66
Figure 8 : Répartition des violences externes .....	66
Figure 9 : Nombre de cas de violences internes par secteur .....	67
Figure 10 : Répartition des violences internes .....	67
Figure 11 : Répartition des agressions selon la période de la journée .....	68
Figure 12 : Secteurs touchés par les agressions de nuit .....	68
Figure 13 : Répartition du type d'agression.....	69
Figure 14 : Répartition des agressions perpétrées sans armes .....	70
Figure 15 : Type de lésions constatées lors de l'examen.....	71
Figure 16 : Répartition des lésions selon leur localisation .....	72
Figure 17 : Répartition des ITT selon leur durée .....	73
Figure 18 : Délai entre l'agression et la consultation .....	84
Figure 19 : Répartition des victimes en fonction du sexe.....	84
Figure 20 : Répartition des victimes par classe d'âge .....	85
Figure 21 : Répartition de la population en fonction du secteur professionnel .....	87
Figure 22 : Taille de l'entreprise.....	87
Figure 23 : Répartition de la population étudiée en fonction du type de contrat de travail....	88
Figure 24 : Répartition de la population étudiée selon le temps de travail.....	88
Figure 25 : Répartition de la population étudiée selon l'ancienneté au poste de travail .....	89
Figure 26 : Antécédent d'agression sur le lieu de travail parmi la population .....	89

Figure 27 : Répartition de la population selon l'heure de l'agression .....	92
Figure 28 : Type de violence subie .....	93
Figure 29 : Répartition des agressions sans armes utilisées .....	93
Figure 30 : Conséquences physiques des agressions .....	95
Figure 31 : Fréquence des principales répercussions psychologiques au sein de notre population .....	97

## Liste des tableaux

Tableau I: Sanctions encourues selon la gravité des lésions – D’après (58) .....	50
Tableau II : Répartition par sexe des victimes en fonction des catégories professionnelles ...	62
Tableau III : Association entre le retentissement psychologique et les caractéristiques des victimes.....	74
Tableau IV : Association entre le retentissement psychologique et l’âge des victimes .....	74
Tableau V : Association entre le retentissement psychologique et les caractéristiques des agressions.....	75
Tableau VI : Lien entre la durée d’ITT et les caractéristiques de l’agression .....	76
Tableau VII : Lien entre la durée d’ITT et la prise en charge médicale .....	76
Tableau VIII : Lien entre la durée d’ITT et la durée d’hospitalisation.....	77
Tableau IX : Lien entre l’origine de la violence et les caractéristiques des agressions.....	77
Tableau X Régime social de la population étudiée.....	85
Tableau XI : Catégorie professionnelle de la population étudiée .....	86
Tableau XII : Exposition de la population aux différents facteurs de risque de violences externes .....	90
Tableau XIII : Lien entre l’agresseur et la victime .....	91
Tableau XIV : Lieu de l’agression.....	92
Tableau XV : Déclaration en accident du travail des agressions de la population étudiée .....	95
Tableau XVI : Répartition des durées d’ITT dans notre population .....	96
Tableau XVII : Besoin ressenti d’un soutien psychologique au sein de notre population .....	98

## **Abréviations**

Art. : Article

BIT : Bureau International du travail

BTP : Bâtiment Travaux Publiques

CBV : Coups et Blessures Volontaires

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIVI : Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions

CT : Code du Travail

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

IC : Intervalle de confiance

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITT : Incapacité totale de travail

OND : Observatoire National de la Délinquance

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

OR : Odds-ratio

SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

TSA : Trouble de Stress Aigu

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

## I. Introduction

Les violences physiques volontaires en milieu de travail connaissent un impact médiatique particulièrement important ces dernières années, majoré par les actes terroristes ayant eu pour cible des agents ou des salariés dans l'exercice de leurs fonctions.

Selon une enquête de *l'European Foundation for the Improvement of Living and Working*, chaque année, 6 % des travailleurs européens seraient confrontés à des actes de violences à leur rencontre (1). Comme toute agression, ces faits ont des répercussions sur la santé des victimes, tant sur le plan physique que psychique. Lorsqu'ils prennent place en milieu de travail, les conséquences sur la vie professionnelle des victimes ne doivent pas non plus être négligées.

Dans la littérature, qu'elle soit française ou internationale, les observations sont majoritairement issues du secteur de la santé. Or, tous les secteurs professionnels sont susceptibles d'être confrontés à ces actes. Les agressions peuvent aussi bien être commises par des personnes appartenant à l'entreprise que par des personnes extérieures (clients, inconnus, usagers...). Bien appréhender le contexte de ces violences est le préalable à toute action de prévention. La réalisation d'un état des lieux des violences physiques volontaires en milieu de travail nous semblait indispensable afin d'améliorer la connaissance des caractéristiques socio-professionnelles des victimes, du contexte de ces agressions ainsi que de leurs conséquences physiques, psychologiques et professionnelles.

Afin de répondre à cette attente, nous avons mené une étude rétrospective à partir des dossiers de consultation et des rapports médico-légaux de la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-Judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Afin de compléter nos résultats, nous avons réalisé, dans un second temps, une étude prospective par auto-questionnaire.

En préambule, nous définirons les notions nécessaires à la bonne compréhension de notre travail et rappellerons les principales données chiffrées concernant la violence au travail, en France et dans le monde à travers une revue de la littérature. Puis, nous aborderons les conséquences de ces actes ainsi que les démarches permettant aux victimes une reconnaissance et une réparation du préjudice subi.

## II. Rappels

### II.1. La violence : définition

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès* » (2).

Nous pouvons être confrontés à la violence en toute occasion, notamment dans le cadre de notre activité professionnelle. Le Bureau International du Travail (BIT) a d'ailleurs caractérisé la notion de violence au travail comme « *toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée, ou blessée dans le cadre du travail ou du fait de son travail et impliquant une atteinte implicite ou explicite à sa sécurité, son bien-être ou sa santé* » (3).

L'accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail précise les actes rentrant dans le champ des violences au travail. Ce sont « *des comportements inacceptables d'un ou plusieurs individus ; ils peuvent prendre des formes différentes (physiques, psychologiques, sexuelles), dont certaines sont plus facilement identifiables que d'autres* » (4).

Au vu de ces définitions, la violence est un concept large, englobant différents comportements tel que les incivilités, le vandalisme ainsi que les agressions verbales ou psychiques.

La littérature souligne que les formes de violences « moins visibles », comme les violences verbales, sont plus courantes que les violences physiques. Il est donc primordial de faire la distinction entre ces différents « niveaux » de violences afin de pouvoir comparer entre eux des faits d'une même gravité (5).

## **II.2. La violence au travail**

### **II.2.1. Violence externe**

La violence externe est définie par l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail comme « *les insultes, menaces, agressions physiques ou psychologiques exercées, contre une personne sur son lieu de travail par des personnes extérieures à l'entreprise, y compris des clients, et qui mettent en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être* » (6).

On peut distinguer deux types de violences externes. Tout d'abord, nous retrouvons les violences criminelles, violences lors desquelles l'agresseur cherche à se faire remettre un bien par la force ou la menace. Nous citerons l'exemple des vols à main armée. Il existe par ailleurs les violences du public à l'encontre des salariés. Les comportements à type d'incivilité, de vandalisme ou d'agression, faisant suite à un mécontentement des usagers, prennent place dans cette catégorie (7).

La littérature reconnaît plusieurs facteurs de risque de violences externes. Les principales situations à risque sont les suivantes (8,9) :

- Manipulation d'argent ou de valeurs ;
- Travail dans des services de soins, de conseil ou de formation ;
- Contact avec le public ou des clients ;
- Contrôle et application de la loi ;
- Travail au contact de personnes potentiellement violentes ;
- Travail isolé en contact avec le public.

Nous pouvons séparer les professions en trois catégories, en fonction du risque pour les travailleurs d'être confrontés aux violences externes. Tout d'abord, il existe des emplois où la violence « fait partie du métier » car les salariés sont amenés au cours de leur exercice à

canaliser la violence d'autrui. Les policiers et les surveillants pénitentiaires appartiennent à cette catégorie.

Dans d'autres professions, la violence est un risque inhérent au métier. C'est le cas des emplois pouvant être exposés aux violences criminelles comme les commerçants et les employés de banque. Nous prendrons également l'exemple des métiers confrontés à des publics possiblement agressifs comme les professions médicales et paramédicales, en particulier dans les services d'urgences ou de psychiatrie.

Enfin, il existe des métiers où la violence est un risque encouru. C'est le cas de toute profession en contact avec le public (10).

Certaines organisations du travail sont également à risque (8) :

- Prestations de l'entreprise non conformes aux attentes de la clientèle ;
- Temps d'attente important ou non affiché ;
- Procédures rigides ne permettant pas de prendre en compte les demandes spécifiques du public ;
- Salariés ne disposant pas des informations ou insuffisamment formés pour répondre aux clients ;
- Salariés ne pouvant assurer les fonctions d'information et d'orientation du public ;
- Rôle des salariés mal répartis dans l'équipe ;
- Salariés isolés ou travaillant en horaires atypiques ou décalés.

L'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) de 2010 retrouvait comme facteur de risque additionnel le manque de moyen des salariés pour faire leur travail, ainsi que les horaires atypiques (11).

## **II.2.2. Violence interne**

D'après le BIT, « *la violence au travail interne est celle qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement* » (3).

Sont identifiés sous cette appellation de « violence interne » tous les comportements ressentis comme hostiles par les salariés, qu'il s'agisse de violences physiques, de violences verbales (insultes, humiliations et propos désobligeants qu'un salarié peut adresser à ses collègues, supérieurs ou subordonnés) ou de situations de harcèlement moral ou sexuel.

Il ne ressort pas de profil type pour les auteurs ou victimes de violences internes. Malgré tout, les auteurs de ces comportements seraient souvent bien intégrés dans l'entreprise, position leur permettant de légitimer leur comportement. En dehors des conflits interpersonnels, la littérature met en évidence des facteurs de risque principalement organisationnels. L'enquête SUMER soulignait d'ailleurs que le manque de moyens pour réaliser son travail, le manque d'autonomie et les contraintes de rythme de travail constituaient des facteurs favorisant (12).

## **II.3. Prévalence de la violence physique au travail**

### **II.3.1. Au niveau mondial**

Dans le monde, une part non négligeable des accidents mortels du travail sont en lien avec des agressions. En 2016, aux États-Unis le « *National Center for Victims of Crime* » recensait 4679 accidents du travail mortels dont 9 % en lien avec des homicides. La majorité de ces meurtres sont causés par armes à feu (76,2 %) et armes blanches (9,7 %). Les commerçants (26,3 %) et les professions de sécurité (19,1 %) sont les catégories professionnelles les plus touchées (13). En Australie, la prévalence est moindre avec, en 2015, un nombre d'agression représentant uniquement 2% des 195 accidents du travail mortels du pays, ceci étant à mettre en lien avec une politique stricte de contrôle des armes à feu (14).

Les données sur les violences non mortelles sont plus limitées. Ces actes sont moins déclarés, voire même ignorés pour certaines catégories de travailleurs, comme les immigrés. En effet, seulement 10 % des cas de violences perpétrés contre cette population seraient signalés (5). Aux Etats-Unis, en 2009, la violence au travail représentait environ 15 % des actes de violences non mortelles commis sur les plus de 16 ans (15). Toujours dans ce pays, en 2011, le taux de violence au travail était de 18 pour 1000 parmi les fonctionnaires et de 5,2 pour 1000 parmi les salariés du secteur privé. Chez les fonctionnaires, environ 56 % des victimes travaillent dans le secteur de la sécurité et des forces de l'ordre. Ce secteur est le plus touché avec un taux annuel d'agression de 140,3 pour 1000 dans le secteur public et de 102,5 pour 1000 dans le secteur privé (16).

Concernant les pays en voie de développement, l'ampleur des phénomènes de violence est plus importante que dans les pays industrialisés, notamment pour les violences à l'encontre des femmes, des immigrés et des enfants. Malgré tout, l'étude de la violence au travail dans ces pays est souvent intégrée dans des études plus larges, ayant pour principal objet le non-respect des droits de l'homme. Les chiffres sur la violence physique ne sont donc pas toujours disponibles isolément. Une étude réalisée en Arabie Saoudite en 2002 constate que 2 à 3 femmes employées comme domestiques chez des particuliers sont admises toutes les semaines dans les hôpitaux du pays suite à des fractures consécutives à des chutes de hauteur survenues alors qu'elles avaient tenté de s'enfuir de chez leurs employeurs (17). Au vu des conséquences dramatiques que peuvent avoir ces tentatives d'évasion, on imagine la situation dans laquelle vivent ces employées et les violences quotidiennes auxquelles elles doivent faire face.

Au sujet des violences physiques perpétrées à l'encontre des personnels hospitaliers, les chiffres sont variables selon les pays. Au Liban et au Brésil, 6 % des salariés en ont été victimes alors que les chiffres s'élèvent à 17 % en Afrique du Sud (17).

### **II.3.2. Au niveau européen**

D'après l'*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 6 % des travailleurs européens ont été confrontés à des actes de violences au cours de l'année 2004 (1). Ces actes sont en augmentation en comparaison aux précédentes années. En effet, les violences physiques touchaient 4 % des travailleurs européens en 1995 et 5 % en 2000. Cette étude met en évidence des disparités d'incidence entre les pays composant l'Europe des 27. Les nations les plus affectées par la violence physique au travail sont les Pays-Bas, où 10 % des travailleurs déclaraient une agression dans l'année, puis la France et le Royaume-Uni (environ 9 % chacune). Au contraire, la Hongrie et l'Italie sont les moins touchés (environ 1 % chacun) (1). La prévalence de la violence au travail parmi les 12 derniers entrants dans l'Union Européenne est moindre, avec 1 % de la population victime de violences internes et 2 % de violences externes (17).

### **II.3.3. Au niveau national**

L'étude SUMER met en évidence que 1,2 % des salariés du secteur privé et 3,6 % des salariés de la fonction publique déclarent avoir subi une agression physique de la part du public sur l'année écoulée. Le taux le plus important concerne la fonction publique hospitalière (6,4 %) (18). La majorité des données sur la violence en milieu de travail se rapporte justement au secteur de la santé. Un rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) porte sur les violences et incivilités survenues entre 2015 et 2016, dans les établissements de santé français. La déclaration d'évènement est réalisée sur la base du volontariat. En 2016, 17 596 signalements ont été effectués. Parmi ces derniers, 78 % sont relatifs à une atteinte aux personnes. Ces déclarations émanent de services de psychiatrie dans 20% des cas et de services d'urgences dans 13 % des cas. Pour ce qui relève des atteintes aux personnes, les violences physiques représentent 51 % des événements déclarés (19). Toujours

dans le milieu médical, en 2016, l'observatoire pour la sécurité des médecins a comptabilisé 968 incidents (agressions et violences subies par des médecins dans le cadre de leur exercice). Parmi ces déclarations, 7 % se rapportent à des atteintes physiques (20).

Dans le secteur tertiaire, une étude a été effectuée à partir de la base de données EPICEA. Cette base regroupe les accidents du travail du régime général de la sécurité sociale depuis 1990. En 2008, 74 % de la population active française travaillait dans le secteur tertiaire et les agressions représentaient 3 % des accidents du travail de ce secteur (contre 1 % dans le secteur secondaire). Ces données ne sont toutefois pas exhaustives car la base ne recense pas l'ensemble des cas d'accidents du travail. En effet, y figurent seulement les événements mortels, graves ou significatifs pour la prévention (21).

## **II.4. Conséquences de la violence au travail**

### **II.4.1. Conséquences individuelles pour les victimes**

#### ***a) Au niveau physique***

Plusieurs types de lésions peuvent être retrouvés lors de l'examen des victimes de violences physiques.

La **dermabrasion** correspond à la perte de la couche épithéliale cutanée, le plus souvent secondaire à un mécanisme de friction (22).

Parmi les lésions contuses, on peut distinguer les ecchymoses et les hématomes. L'**ecchymose** correspond à une extravasation de sang dans les tissus sous-cutanés. En ce qui concerne l'**hématome**, l'extravasation a lieu dans une cavité néoformée. Cela donne un aspect tuméfié au niveau cutané au contraire de l'ecchymose qui est plane. Ces lésions témoignent d'un mécanisme contondant (23).

La **plaie** est une solution de continuité du tissu traversée. Elle peut être cutanée, viscérale, vasculaire... Elle sera décrite par sa forme, sa profondeur, sa direction et l'aspect de ses bords (22).

L'**entorse** est une lésion ligamentaire traumatique qui résulte de la mobilisation excessive de l'articulation. Au contraire de la luxation il n'y a pas de perte des rapports de l'articulation (22).

La **fracture** correspond à la solution de continuité d'un os (22).

La **brûlure** est une lésion provoquée par la chaleur. Selon la profondeur, on distingue les brûlures du premier degré (érythème douloureux), du deuxième degré (phlyctène) et du troisième degré (carbonisation) (24).

### ***b) Au niveau psychique***

Diverses réactions psychiques peuvent être observées chez les victimes d'agressions. Certaines personnes vont présenter un « stress adaptatif » alors que pour d'autres, l'évènement sera vécu comme un traumatisme psychique. Dans le premier cas, la réaction de stress permet à la victime d'accroître son attention, de mobiliser son énergie afin de se défendre et d'échapper à la situation anxiogène. Le système neurovégétatif est activé et divers symptômes vont être observés tels une tachycardie, une hypertension, des lipothymies... Des symptômes psychiques peuvent venir compléter ce tableau comme l'impression d'irréalité. Chez certaines personnes, plus vulnérables ou confrontées à des agressions particulièrement violentes, prolongées ou répétées, une réaction inadaptée dite « de stress dépassé » peut survenir. Cela se présente sous différentes formes : la sidération, l'agitation, la fuite panique ou l'activité d'automate. Lors d'une catastrophe, il est estimé à 25 %, le nombre de victimes présentant une réaction de stress dite « inadaptée » (25). Une étude s'est intéressée aux répercussions psychiques des agressions physiques sur le lieu de travail. Les victimes étaient recontactées environ deux ans et demi après

les violences. Il a été mis en évidence que les symptômes initiaux de détresse psychologique sont corrélés à la sévérité des conséquences à distance (26).

La littérature identifie un lien entre la confrontation à la violence sur le lieu de travail et les répercussions psychiques, aiguës ou chroniques. Une méta analyse publiée en 2015 et incluant 63 études retrouve un lien entre la violence sur le lieu de travail et l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, et les troubles psychologiques entraînés par le stress (27). La sévérité des atteintes psychiques n'est toutefois pas corrélée à la gravité de l'atteinte physique (5).

Nous rappellerons brièvement les caractéristiques des principales pathologies psychiques pouvant être rencontrées au décours de faits de violence.

### **Trouble de stress post-traumatique**

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini dans le DSM-V. Cette pathologie reprend une vingtaine de symptômes pouvant être regroupés en quatre catégories :

- Symptômes d'intrusion (reviviscence de l'évènement, rêves itératifs...);
- Symptômes d'évitement ;
- Symptômes d'altération négative des émotions et des affects (culpabilité, incapacité de ressentir des émotions positives...);
- Altération de la vigilance et de la réactivité (irritabilité, hypervigilance, troubles du sommeil...).

Pour porter le diagnostic, il est nécessaire de retrouver une exposition à un évènement traumatique au cours duquel « *le sujet ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessés ou menacés dans leur intégrité* ». Les symptômes doivent

évoluer depuis plus d'un mois et entraîner une altération du fonctionnement social ou professionnel chez le patient (28).

Chez les 18-65 ans, la prévalence du TSPT est de 3,9 % au cours de la vie. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (29). Chez les victimes de catastrophes ou de traumatismes graves, l'incidence atteint 25 à 30 % (30).

### **Trouble de stress aigu**

Selon le DSM-V, le trouble de stress aigu (TSA) reprend les mêmes symptômes que le TSPT mais va débiter entre 3 jours et 1 mois après le traumatisme. Le TSA peut se compliquer d'un trouble de stress post-traumatique. Cela serait d'autant plus fréquent que la victime a présenté des symptômes dissociatifs initialement (28).

Le TSA se rencontre chez 14 à 30 % des victimes d'un traumatisme. L'évolution vers un TSPT concerne 10 % des victimes. Cela se manifestera soit dans les suites immédiates, soit à distance après une période de latence (31).

### **Dépression**

Une mise au point sur les répercussions psychiatriques des catastrophes et traumatismes graves montre que des symptômes dépressifs sont courants chez les victimes, dès le dixième jour. Il existe un pic à un mois où 60 % des victimes présentent des symptômes. Ces derniers perdurent souvent plusieurs années après l'évènement (30). Des données françaises mettent en évidence que les personnes présentant un TSPT ont trois fois plus de risques de présenter une dépression que la population générale. Il existe une comorbidité de 30 % entre les deux pathologies (32).

### **Dépendance aux substances psychoactives**

Les benzodiazépines sont à éviter dans les suites d'un traumatisme car, outre le fait d'empêcher l'expression du vécu traumatique, il existe un risque pour les patients de basculer vers une dépendance à ces substances (28,30).

Certaines victimes vont de leur côté, tenter d'atténuer leur angoisse avec d'autres substances psychoactives comme l'alcool (30).

### **Autres troubles psychologiques entraînés par le stress**

Les agressions se produisant dans le cadre du travail peuvent avoir des conséquences psychologiques particulières.

La victime peut éprouver un sentiment de culpabilité. Elle va s'interroger sur sa place dans l'entreprise, sa légitimité. Cela pose problème notamment dans certaines professions ou le fait d'être victime peut être considéré comme un signe de faiblesse (33).

Certaines personnes vont ressentir une perte de confiance en soi pouvant évoluer jusqu'à la dépression (33).

Enfin en cas de réponse jugée inadaptée de l'entreprise ou du collectif de travail, un sentiment d'abandon peut apparaître. A ce moment, certains peuvent éprouver le besoin de se faire justice eux-mêmes et les salariés peuvent présenter une réaction inappropriée et violente en cas de nouvelle agression (33).

### **II.4.2. Conséquences sur le travail**

Outre l'impact sur la santé de la victime, les violences vont également avoir des conséquences sur l'entreprise (8,12).

Il existe tout d'abord un coût financier direct inhérent aux arrêts de travail ainsi qu'aux potentiels dégâts matériels.

Le coût pour l'entreprise va également être indirect, lié à la répercussion sur le collectif de travail. Les violences au sein de l'entreprise peuvent être génératrices d'un sentiment d'insécurité chez les salariés ainsi que d'un manque de motivation, entraînant un désinvestissement progressif. Cela se manifeste de façon objective par un taux d'absentéisme accru et une productivité moindre. Selon l'enquête SUMER, 26 % des personnes ayant été victimes d'agression de la part du public et 30 % de celles victimes de violences internes ont déclaré avoir eu 5 jours d'arrêt maladie dans l'année contre 19 % chez les salariés n'ayant pas vécu de violences (11). La violence au travail, qu'elle soit interne ou externe, est d'ailleurs intégrée dans l'axe « Qualité des rapports sociaux au travail » du rapport Gollac concernant les risques psychosociaux (34).

Pour les professions en contact avec le public, les travailleurs ayant vécu une agression peuvent devenir méfiants vis-à-vis des clients et être involontairement plus agressifs dans leur discours, auto-entretenant malgré eux les comportements violents. En outre, des phénomènes violents itératifs au sein d'une même entreprise peuvent être à la base de mouvements sociaux médiatisés, donnant une mauvaise image de la société auprès du public.

Enfin, la violence au travail peut avoir des conséquences directes sur l'emploi de la victime, principalement dans le cadre des violences internes où le salarié va côtoyer quotidiennement son agresseur. Le retentissement peut être tel qu'il aboutit à une perte d'emploi.

## **II.5. Réglementation**

### **II.5.1. Obligation de sécurité de l'employeur**

En vertu de l'article L 4121-1 du code du travail (CT), l'employeur est responsable de la santé et de la sécurité des salariés : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* » (35).

Les risques psychosociaux et donc les violences physiques font partie intégrante de cette obligation. L'employeur est tenu d'évaluer les risques au sein de son entreprise. Les résultats de cette évaluation sont formalisés par le document unique d'évaluation des risques professionnels. L'employeur va également inscrire dans ce document, les moyens de prévention mis en place pour limiter les risques.

### **II.5.2. Droit de retrait**

En cas de danger, le salarié peut invoquer son droit de retrait (36). Cela consiste à stopper toute activité. Un travailleur peut user de ce droit tant que la situation dangereuse persiste. Il continuera de toucher son salaire durant cette période.

### **II.5.3. Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail**

Suite à un accord cadre européen signé le 15 décembre 2006, les partenaires sociaux français ont transposé puis signé un accord sur la violence au travail. Ce dernier a été étendu par arrêté le 23 juillet 2010. Cet accord met l'accent sur la prévention, l'identification et la gestion des phénomènes de violence au travail notamment en rappelant la nécessité de formation des salariés à ce sujet. Les entreprises sont tenues de préciser que les auteurs de violences s'exposent à des sanctions et de rappeler aux victimes leurs droits ainsi que de leur proposer

des mesures d'accompagnement. Le rôle de prévention des services de santé au travail et du médecin du travail est mis en avant (12).

## **II.6. Quelles procédures pour les victimes ?**

### **II.6.1. La reconnaissance en accident du travail**

#### ***c) Définition d'un accident du travail***

L'article L.411-1 du code de la sécurité sociale définit l'accident du travail (37) de la manière suivante:

*« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».*

Initialement, l'accident du travail impliquait un traumatisme causé par un agent extérieur. La jurisprudence a élargi cette définition en permettant la reconnaissance d'accidents liés à l'activité directe du salarié comme lors d'un port de charge (38). De même, les lésions peuvent survenir à distance de l'accident. Il a été reconnu comme accident du travail une sclérose en plaque développée dans les suites d'une vaccination contre l'hépatite B, imposée par l'employeur (39).

Les troubles psychologiques, souvent présents au décours d'une agression, sont assimilés à des lésions corporelles et peuvent de ce fait être reconnus en accident du travail (40).

## ***d) Lien entre l'accident et le travail***

### **La présomption d'imputabilité**

L'accident subi pendant le temps et sur le lieu de travail est présumé être un accident du travail. C'est la présomption d'imputabilité. Pour l'écarter, il appartient à la caisse d'assurance maladie de prouver que l'accident a une cause totalement étrangère au travail (41). La jurisprudence précise ce qui est entendu par « temps et lieu de travail ».

### **Le temps de travail**

Un salarié effectuant une mission pour son employeur a droit à la protection prévue par l'article (art.) L. 411-1 du code de la sécurité sociale (37) pendant tout le temps de la mission, que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante (42). En effet, une salariée qui participait à un séminaire organisé par son employeur a été agressée le soir dans sa chambre d'hôtel et a pu faire reconnaître cette agression en accident du travail (43).

Au contraire, un accident survenu au domicile d'un salarié au cours d'une période d'astreinte ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité d'accident du travail (44). Cependant si le salarié doit rester lors de son astreinte dans un logement mis à disposition par son employeur, la présomption d'imputabilité s'applique (45).

### **Le lieu de travail**

Selon la jurisprudence, un parking appartenant à l'entreprise est considéré comme une dépendance de l'établissement où l'employeur continue d'exercer ses pouvoirs de surveillance et de contrôle. Un accident ayant lieu sur un parking de l'entreprise est donc considéré comme un accident du travail (46). De même, est présumé être lié au travail tout accident subi dans une dépendance de l'entreprise (47).

### **Perte de la présomption d'imputabilité**

Dans plusieurs cas, la présomption d'imputabilité ne va pas s'appliquer :

- **L'accident a une cause étrangère au travail ;**

Néanmoins en cas de lésion survenue brusquement au travail, il appartient à l'employeur d'apporter la preuve que la lésion a une cause totalement étrangère au travail.

- **La déclaration d'accident du travail est tardive ;**

La prescription en matière d'accident du travail étant de 2 ans (délai où la victime peut le déclarer à la caisse en cas de manquement de l'employeur), une déclaration dans les 2 ans ne fait pas perdre la présomption d'imputabilité (48).

- **Refus d'autopsie par les ayants droit de la victime en cas de décès ;**
- **Accident de trajet.**

### **Exigence d'un rapport d'autorité au moment de l'accident**

Si le salarié se soustrait à l'autorité de l'employeur, il ne peut prétendre à une reconnaissance en accident du travail. A titre d'exemple, une salariée a été tuée sur son lieu de travail par son conjoint qui venait contester les conditions du droit de garde de leurs enfants. Cela n'a pas été reconnu comme accident du travail, car la victime s'était enfermée dans son bureau avec l'agresseur et avait interrompu son activité professionnelle en se soustrayant, pour un temps indéterminé, à l'autorité de son employeur. De plus, le meurtrier avait pu parvenir jusqu'à la victime sans invoquer un prétexte pouvant se rattacher à l'activité professionnelle de celle-ci (49).

Dans un autre cas, un employé de la SNCF travaillant au service colis d'une gare de marchandises a été blessé mortellement par arme à feu par un ancien collègue occupant

désormais le poste de commis du service de poste. Le mobile était passionnel mais le meurtre a été reconnu en accident du travail car l'agresseur a pénétré dans les locaux de travail de la victime au motif qu'il venait chercher un colis (50). Les violences externes, quelle que soit l'origine du litige, peuvent être reconnues comme accident du travail, à la condition que la victime ne se soit pas soustraite à l'autorité de l'employeur.

Dans une autre affaire, les blessures subies par un salarié lors d'une rixe déclenchée par un collègue ont été prises en charge au titre de la législation professionnelle car pour la cour de cassation, le fait d'interpeler un collègue ne constitue pas un acte échappant à l'autorité de l'employeur. De plus, la rixe est intervenue dans l'entreprise, pendant les heures de travail (51). Les violences internes peuvent donc également être reconnues comme accident du travail.

### ***e) Déclaration d'accident du travail***

Pour faire valoir ses droits, la victime informe son employeur dans les 24 heures. Elle doit consulter un médecin afin de faire constater les lésions et établir un certificat médical initial.

L'employeur va ensuite déclarer l'accident sous 48 heures à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève la victime.

L'employeur remet à la victime une feuille d'accident du travail. Cette feuille est à présenter pour tout soin ou consultation médicale en rapport avec l'accident. En effet, les soins sont remboursés à 100 % s'ils sont en lien avec un accident du travail et la victime bénéficie du tiers payant.

Il existe d'autres avantages pour le salarié à déclarer un accident du travail. En cas d'arrêt de travail, les indemnités journalières sont plus avantageuses et il n'y a pas de délai de carence. En cas de séquelles, le salarié bénéficiera d'une rente si le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10 % ou d'un capital si le taux est inférieur à 10 %.

### ***f) Cas particulier de l'accident impliquant un tiers responsable***

Dans le cas où l'accident est dû à une tierce personne, comme lors d'une agression, l'employeur peut se retourner vers l'auteur afin de demander le remboursement des prestations versées (52). Le recours peut se faire jusqu'à 10 ans à compter de la date de consolidation de la victime (Loi n° 2008-561 du 17/06/2008 portant réforme de la prescription en matière civile).

## **II.6.2. La démarche judiciaire**

Lors d'une agression, en dehors de la reconnaissance en accident du travail il est important pour la victime de déposer plainte afin d'enclencher la procédure judiciaire. Dans ce cadre, un médecin légiste sera requis afin d'examiner la victime dans le but de constater les lésions et de fixer l'Incapacité Totale de Travail (ITT). Pour s'assurer de la parfaite compréhension de cette procédure nous définirons tout d'abord quelques notions importantes puis nous rappellerons en quoi consiste le dépôt de plainte, quelles sont les peines encourues par les auteurs de coups et blessures volontaires ainsi que les possibilités de réparation du préjudice pour la victime.

### ***a) Définitions***

#### **Violences physiques volontaires**

Tout acte délibéré de violences physiques est qualifié de « coups et blessures volontaires » (CBV) ou « violences physiques volontaires ». Les deux termes seront utilisés dans notre travail.

#### **Violences aggravées**

Des facteurs liés à l'auteur, à la victime ou à l'agression sont considérés comme des facteurs aggravants.

Dans les facteurs liés à la victime, le code pénal considère comme violences aggravées les violences portées à l'encontre des catégories professionnelles suivantes :

- Personnel des établissements d'enseignement scolaire ;
- Agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ;
- Toute personne chargée de service public ;
- Magistrat, avocat, officier public ou ministériel, membre ou agent de la Cour pénale internationale ;
- Militaire de la gendarmerie nationale, fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique ;
- Sapeur-pompier professionnel ou volontaire ;
- Gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation ;
- Personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission.

#### **Incapacité totale de travail (53,54).**

L'Incapacité totale de travail au sens pénal du terme (art.222-7 à 222-16 du code pénal) est une notion juridique précisée par la jurisprudence comme « *la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante (manger, dormir, se laver, s'habiller, faire ses courses, se déplacer, se rendre au travail)* ».

Il s'agit d'une unité de mesure utilisée en droit pénal, permettant au magistrat d'apprécier la gravité des conséquences de violences infligées et pouvant contribuer à qualifier une infraction.

Lors de la publication de recommandations sur la rédaction d'un certificat médical initial concernant une victime de violences, la HAS a précisé que l'évaluation de l'ITT s'applique « *aux troubles physiques et psychiques, sources d'incapacité, c'est-à-dire à toutes les fonctions de la personne* » (55). Il n'existe pas de barème ni de consensus pour déterminer cette notion essentielle. En effet une même lésion peut engendrer des répercussions différentes selon les individus et notamment selon leur état antérieur. La dénomination « Incapacité totale de travail » est source de confusion et ne doit pas être confondue avec l'arrêt de travail.

### ***b) Le dépôt de plainte***

En cas de violences physiques, comme pour toute infraction, la victime peut déposer plainte. Pour qu'une infraction soit reconnue, trois éléments sont nécessaires. Il faut un élément matériel (une action ou une omission), un élément légal (texte prévoyant l'infraction) et un élément moral (l'auteur est conscient de son acte). Un dépôt de plainte ne peut donc pas être effectué en cas d'incivilité, fait répréhensible uniquement sur le plan moral (56).

La plainte a pour but de demander une sanction contre l'auteur des faits. Elle peut s'effectuer auprès de la police, de la gendarmerie ou du procureur de la république. La victime dispose d'un certain délai pour déposer plainte, appelé « délai de prescription ». Ce dernier est d'un an pour les contraventions, de six ans pour les délits et de vingt ans pour les crimes. Si l'identité de l'agresseur est inconnue, la procédure est lancée « contre X » (57).

La loi du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure permet aux victimes de violences dans le cadre de leur activité professionnelle de ne pas donner leur adresse personnelle lors du dépôt de plainte. La victime peut donner l'adresse du siège de l'entreprise ou du commissariat de police / de la gendarmerie (56).

***c) Peines encourues par l'auteur***

La juridiction compétente et les peines encourues par l'auteur de coups et blessures volontaires dépendent de la gravité des blessures, représentée par le nombre de jours d'ITT (Tableau I) et par la présence ou non de circonstances aggravantes.

*Tableau I: Sanctions encourues selon la gravité des lésions – D'après (58)*

<b>Domage subi</b>	<b>Peine encourue</b>
<b>Absence de lésion</b>	750 € d'amende
<b>ITT ≤ 8 jours</b>	1 500 € d'amende (3 000 € en cas de récidive)
<b>ITT &gt; 8 jours</b>	3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende
<b>Mutilation ou infirmité permanente</b>	10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende
<b>Mort (sans l'intention de la donner)</b>	15 ans d'emprisonnement
<b>Meurtre</b>	30 ans d'emprisonnement

Le code pénal distingue les violences contraventionnelles (ITT inférieure ou égale à 8 jours), des violences délictuelles (ITT supérieure à 8 jours, ITT inférieure ou égale à 8 jours avec circonstance aggravante, mutilation / infirmité permanente sans circonstances aggravantes) et criminelles (mutilation / infirmité permanente avec circonstances aggravante, mort sans intention de la donner).

#### ***d) La réparation du préjudice***

Afin de demander réparation du préjudice subi, la victime doit se constituer partie civile.

C'est le tribunal qui se prononcera sur le versement de dommages et intérêts à la victime. Si l'auteur ne peut payer, une demande d'indemnisation auprès de la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions (CIVI) peut être faite sous certaines conditions (58).

La définition de ces notions juridiques apparaissait nécessaire car l'ITT constitue un critère étudié dans notre étude et cela permet de mieux comprendre l'implication de sa durée sur la qualification de l'infraction.

### **III. Cadre de l'enquête**

#### **III.1. Problématique**

##### **III.1.1. Revue de la littérature**

Ces vingt dernières années, de nombreux travaux se sont intéressés à la violence au travail. La recherche sur Pubmed® du terme « *workplace violence* » retrouve d'ailleurs plus de 2000 références sur cette période.

Afin de sélectionner les travaux présentant des données chiffrées sur les caractéristiques sociodémographiques des victimes d'agressions physiques survenant durant le temps de travail, caractérisant les agresseurs et les circonstances des violences, ainsi que sur les conséquences médico-légales, une recherche documentaire a été effectuée sur les moteurs de recherche Sciencedirect®, Pubmed Medline®, Web of science® et SUDOC®. Les principaux mots clés utilisés étaient « violences physiques », « agression », « travail », « workplace aggression », « workplace assault ». La bibliographie des articles retenus a également été consultée. Au terme de cette recherche, nous avons conservé dix articles.

En France, les études généralistes prenant en compte l'ensemble des secteurs professionnels sont peu nombreuses et seules deux publications sont répertoriées, émanant des équipes médico-légales de Bordeaux et de Toulouse (59,60). Pour ce qui est de l'étranger, nous avons consulté des données émanant de Suisse, de Turquie et du Maroc (26,61,62).

Les autres enquêtes faisant l'état des lieux des conséquences médico-légales des agressions se limitent à l'observation d'un seul secteur professionnel. La majorité traite du milieu hospitalier, très probablement en raison de la facilité d'accès aux données. Sur les 10 études que nous avons retenues, 4 concernent ce milieu (63–66). Le même constat a été fait dans une revue de la littérature sur l'exposition à la violence physique où 36 études traitaient du milieu de la santé sur les 45 étudiées (67). Outre le domaine de la santé, le milieu des transports publics urbains a également été ciblé (68).

Sur les dix enquêtes sélectionnées, neuf sont des études descriptives rétrospectives. Une seule a établi un recueil exclusivement prospectif des données (62). Des auteurs suisses ont néanmoins procédé à un contact téléphonique trente mois après l'agression (26).

Les études consultées ont décrit le profil des victimes ainsi que les principales caractéristiques des faits de coups et blessures volontaires en milieu de travail (par qui, où, quand, comment). Elles s'attachent aussi à en décrire les conséquences à la fois médicales (26,60,62–66,68), médico-légales (59,60,62,65,68) mais aussi professionnelles (26,60,63–65). Concernant les conséquences professionnelles, seule une étude s'est intéressée aux conséquences à long terme (26), les autres articles mentionnant seulement l'existence ou non d'un arrêt de travail.

Concernant les modalités de recueil des données, la majorité des informations sont obtenues à partir des dossiers de consultations de services de médecine légale (26,59,60,62,65,68). D'autres articles reprennent les données issues des déclarations en accident du travail portées à la connaissance des services de santé au travail (en milieu hospitalier) (63,64). Enfin, une étude

turque a été menée à partir de questionnaires complétés par les salariés (61) et Renwick et al., au Royaume-Uni, ont extrait les informations d'une base de données relative aux arrêts de travail de plus de 7 jours, remplie par l'employeur (66). Cela limite la comparabilité des chiffres obtenus.

Nous avons résumé les principales données issues de cette recherche sous forme de tableaux (A1 à A4) présentés en annexe (Annexe 1). Les études sont classées par secteur professionnel étudié puis par année de publication.

Le Tableau A1 reprend pour chaque étude retenue, le descriptif de la population, le type d'étude et les modalités de recueil de données, la période de recueil des données, ainsi que l'effectif de l'échantillon.

Le Tableau A2 décrit pour ces études les caractéristiques de l'échantillon des victimes de violences physiques volontaires en milieu de travail.

Le Tableau A3 présente les principales caractéristiques des agresseurs et des agressions en milieu de travail de chacune des études.

Le Tableau A4 précise les conséquences médico-légales des agressions auxquelles s'intéressent les études (type de lésions, nombre de jours d'ITT, répercussion psychologique...).

### **III.1.2. Intérêt d'une nouvelle étude**

Comme nous l'avons explicité dans la partie introductive de notre travail, les faits de violences à l'encontre des forces de l'ordre ou des surveillants pénitentiaires sont régulièrement médiatisés et les publications portant sur les violences en milieu de la santé sont très complètes. Les informations concernant les autres secteurs professionnels sont beaucoup moins développées voire quasi inexistantes.

Or, même si certaines conditions de travail sont connues pour être « à risque » comme la manipulation de valeurs ou le contact avec le public, nous nous interrogeons sur l'influence des facteurs personnels, professionnels et des caractéristiques des agressions sur l'incapacité totale de travail ainsi que sur le retentissement psychique des victimes de violences en milieu de travail. Une meilleure connaissance des caractéristiques des salariés agressés, du type d'agression et de leurs conséquences constitue ainsi une première étape indispensable pour mieux cibler les actions de prévention.

Nous avons donc souhaité réaliser une étude descriptive afin de faire un état des lieux des violences volontaires survenues en milieu de travail.

### **III.2. Objectifs**

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

- Identifier les caractéristiques des victimes, des agresseurs et des agressions se produisant en milieu professionnel ;
- Evaluer les conséquences médico-légales de ces actes de violences ;
- Analyser l'influence des facteurs personnels, professionnels et des caractéristiques des agressions sur l'incapacité totale de travail ainsi que sur le retentissement psychique ;
- Dégager des pistes permettant d'améliorer la prise en charge des victimes.

## **IV. Etude rétrospective : méthodologie**

### **IV.1. Type d'étude**

Dans le but de mieux cerner les principales caractéristiques des agressions survenant en milieu de travail, nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur dossiers afin de réaliser un premier état des lieux.

## IV.2. Population source

Notre population source était composée des victimes de coups et blessures volontaires durant le temps de travail, examinées sur réquisition judiciaire, à la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-Judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Nous avons exclu les accidents de trajet.

L'étude rétrospective des dossiers a été réalisée sur une période de trois ans allant du 01/01/2014 au 31/12/2016.

## IV.3. Données recueillies

Les données recueillies se répartissent en trois catégories d'informations.

La première catégorie s'intéresse aux caractéristiques des victimes :

- Sur le plan individuel (sexe et âge) ;
- Sur le plan professionnel (profession exercée).

Afin de gagner en puissance pour l'analyse statistique, nous avons regroupé les professions en plusieurs catégories en s'appuyant notamment sur la classification proposée par Cartegnie et al. dans l'étude « *Violences physiques au travail : approche épidémiologique à partir de deux années de consultation dans l'unité médico-judiciaire du CHU de Toulouse* » (60). Cette classification prend en compte le métier, le secteur d'activité et les nomenclatures officielles et comporte dix catégories :

- Commerce : « *tout service de vente en relation avec un client* » ;
- Contrôle : « *métiers d'application des lois et règlements, de surveillance et de contrôle* » ;
- Chef d'entreprise : « *personnes détentrices d'une position hiérarchique et d'une responsabilité de dirigeant dans une entreprise* » ;

- Loisirs : « *métiers de l'hôtellerie et de la restauration* » ;
- Agents administratifs : « *salariés dont la fonction est essentiellement administrative* » ;
- Santé : « *profession en rapport avec un patient que ce soit en secteur hospitalier ou libéral* » ;
- Transports : « *transport de personnes et de marchandises* » ;
- Education : « *rassemble les enseignants, les éducateurs* » ;
- Relation publique : « *métiers au contact avec le public avec une mission d'accueil, de renseignements, d'aide* » ;
- Bâtiment Travaux Publics (BTP)

Compte tenu de la difficulté pour classer certaines professions, nous avons rajouté la catégorie suivante :

- Industrie : salariés de l'industrie, non en contact avec le public (ouvriers de production, maintenance, etc.).

La deuxième catégorie d'informations décrit les agressions et leur contexte :

- Caractéristiques de l'agresseur : sexe, nombre d'agresseur, lien avec la victime.

Pour le lien avec la victime nous les avons répartis en trois catégories :

- Violences internes : collègue, subordonné ou supérieur hiérarchique ;
  - Violences externes : cercle familial, personne inconnue ou connue de vue, client, usager, patient, personne interpellée, contrôlée ou privée de liberté
  - Non précisé : personne connue mais dont la qualité n'est pas précisée dans le rapport
- Caractéristiques de l'agression : modus operandi et heure de l'agression.

Pour le modus operandi nous avons distingué plusieurs types d'agressions :

- Sans armes (coups de poing, coups de pied, gifle, morsure, griffure, strangulation, coup de tête, empoignade, bousculade) ;
- Objets contondants ;
- Armes blanches (objet tranchant et/ou perforant) ;
- Armes à feu (tir ou menace de tir) ;
- Choc contre un véhicule en mouvement ;
- Autres (type d'agression ne rentrant pas dans les catégories précédentes).

En ce qui concerne l'heure de l'agression, nous avons sélectionné quatre tranches horaires :

- Matin : 6h-12h ;
- Après-midi : 12h-18h ;
- Soir : 18h-24h ;
- Nuit : 0h-6h.

La dernière catégorie d'informations recueillies s'intéresse aux conséquences médico-légales des agressions :

- Conséquences médicales :

Nous avons recherché la présence des lésions suivantes :

- Ecchymose ;
- Hématome ;
- Dermabrasion ;
- Plaie ;
- Fracture ;
- Atteinte tendineuse ;

- Luxation ;
- Contracture ;
- Œdème/tuméfaction ;
- Atteinte oculaire ;
- Atteinte dentaire ;
- Autre.

Pour caractériser le siège des lésions, nous les avons réparties selon les localisations suivantes :

- Extrémité cervico-céphalique (face, crâne, cuir chevelu) ;
- Membres supérieurs ;
- Membres inférieurs ;
- Thorax ;
- Abdomen ;
- Région dorsale.

Concernant le retentissement psychique, nous avons relevé dans les rapports médico-légaux si des symptômes étaient présents lors de la consultation et avons codé l'information de façon binaire : « oui » ou « non ».

- Prise en charge médicale :

Les données suivantes ont été relevées :

- Consultation médicale et si oui quelle spécialité (urgentiste/généraliste/autre) ;
  - Possession d'un certificat médical initial avant la consultation en médecine légale ;
  - Hospitalisation (si oui nombre de jours) ;
  - Arrêt de travail (si oui nombre de jours).
- Conséquences médico-légales : durée de l'ITT.

Les durées d'ITT ont également été séparées en quatre catégories, selon leur durée :

- ITT nulle ;
- ITT inférieure à 24 heures ;
- ITT comprise entre 1 et 8 jours ;
- ITT supérieure à 8 jours, caractérisant l'infraction en délit.

#### **IV.4. Recueil des données**

Le recueil des données s'est effectué à partir des rapports médico-légaux de la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-Judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Ces rapports sont archivés de deux manières : sous forme exclusivement papier pour les agressions survenues sur les plages d'astreinte et sous forme informatique (fichiers Word®), pour les autres consultations. Pour les rapports archivés sous format informatique, nous avons réalisé une recherche avec les mots-clés suivants : « *activité* », « *lieu de travail* », « *fonctions* », « *son travail* », « *profession* ». Nous avons ensuite consulté les rapports comportant au moins une des occurrences précédentes et sélectionné ceux effectivement en rapport avec des agressions physiques survenues sur le lieu de travail. Nous avons ensuite pu sélectionner les données d'intérêt via ces rapports. Lorsque des données étaient manquantes, nous sommes allés consulter le dossier papier du patient, comportant les notes manuscrites du médecin. Les dossiers exclusivement archivés au format papier n'ont pas été consultés.

#### **IV.5. Analyse statistique**

Les données recueillies ont été saisies de façon anonyme dans un tableur à partir du logiciel Excel® et ont été codées pour les besoins de l'exploitation statistique.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel GMRC Shiny Stats, développé par le Groupe de Méthodes en Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Le logiciel analyse les données de la manière suivante : « *Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion, à savoir la moyenne, la médiane, la variance, le minimum, le maximum et les quantiles. Les variables qualitatives ont été quant à elles décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité. Des proportions cumulées ont également été calculées pour les variables à plus de deux modalités. Le caractère Gaussien des variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Si les conditions d'application étaient respectées, le lien entre deux variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de corrélation linéaire de Pearson. Dans le cas contraire, un test de corrélation de Spearman a été réalisé. Pour la comparaison d'une variable quantitative entre plusieurs sous-groupes, une analyse de la variance ou le test de Kruskal et Wallis ont été utilisés, toujours en fonction des hypothèses d'utilisation de chacun de ces tests. Enfin pour le croisement entre plusieurs variables qualitatives, le test paramétrique du Chi<sup>2</sup> a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Si ce n'était pas le cas, le test exact de Fisher a été réalisé. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.* »

L'analyse multivariée a été réalisée par Monsieur Nicolas TUZIN, biostatisticien aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Les variables à expliquer sont le retentissement psychologique, l'origine de l'assaillant (interne ou externe) et la durée d'ITT (nulle, inférieure à 24 heures, entre 1 et 8 jours, supérieure à 8 jours). Les variables explicatives sont le genre, l'âge, le métier, le genre de l'agresseur, l'origine de l'agresseur et le type d'agression (arme naturelle, contondante, arme blanche, arme à feu, impact contre un véhicule, autre) ainsi que le fait d'avoir consulté un médecin et la durée d'hospitalisation pour la durée d'ITT.

L'analyse multivariée est réalisée via une régression logistique ordinale. La méthode stepwise, qui consiste à éliminer 1 à 1 la variable avec la plus grande p-value jusqu'à ce que toutes les variables du modèle ont une p-value inférieure (ou proche) à 0,05, a été utilisée. Les Odds-ratio (OR) et les intervalles de confiance (IC) ont été calculés.

## V. Résultats de l'étude rétrospective

### V.1. Analyse descriptive univariée

#### V.1.1. Caractéristiques des victimes

##### a) Taille de l'échantillon

Entre le 01/01/2014 et le 31/12/2016, nous avons recensé 326 cas de coups et blessures volontaires en milieu de travail. Ce chiffre représente 8 % de l'ensemble des consultations pour coups et blessures volontaires réalisées dans le service, sur cette période.

##### b) Sexe

Il existe une prédominance masculine dans notre population avec un sexe ratio de 3,2 hommes pour une femme (Figure 1).

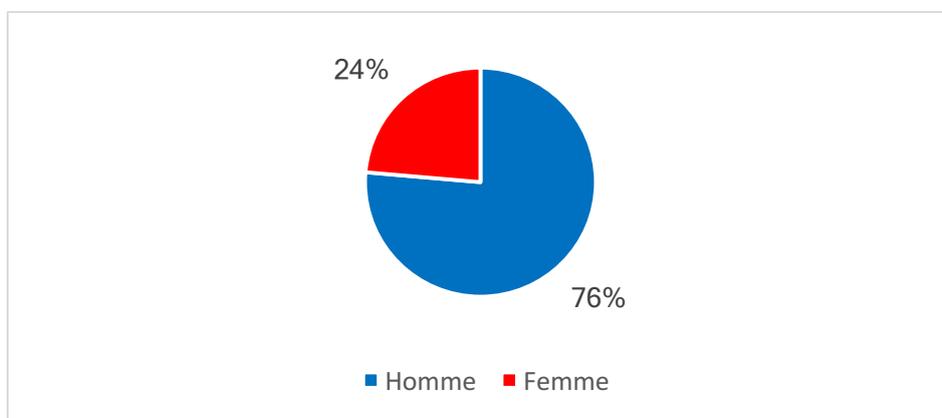


Figure 1 : Répartition des victimes en fonction du sexe

Toutefois, la répartition homme/femme varie en fonction du secteur professionnel dans lequel exerce la victime. Dans les catégories « chefs d'entreprise », « BTP », « entretien », « transports », « contrôle » et « industrie », les victimes étaient essentiellement masculines. Au contraire, le sexe ratio s'inversait pour les catégories « agent administratif » et « santé » (Tableau II).

*Tableau II : Répartition par sexe des victimes en fonction des catégories professionnelles*

<b>Secteur</b>	<b>Homme (%)</b>	<b>Femme (%)</b>
Commerce	12 (52,20)	11 (47,80)
Contrôle	149 (86,10)	24 (13,90)
Chef d'entreprise	1 (100)	0 (0)
Loisirs	12 (70,6)	5 (29,4)
Agent administratif	4 (44,4)	5 (55,6)
Santé	6 (47,1)	9 (52,9)
Transport	19 (90,5)	2 (9,5)
Education	6 (50)	6 (50)
Relation publique	14 (53,8)	12 (46,2)
BTP	13 (100)	0 (0)
Industrie	6 (85,7)	1 (14,3)
<b>Total</b>	<b>249 (76)</b>	<b>77 (24)</b>

### c) Age

Les victimes sont âgées de 18 à 69 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans ( $\pm 10$  ans).

La répartition par classe d'âge est présentée dans la Figure 2. La tranche d'âge prédominante est celle des 30-39 ans, qui représente 40,2 % de la population.

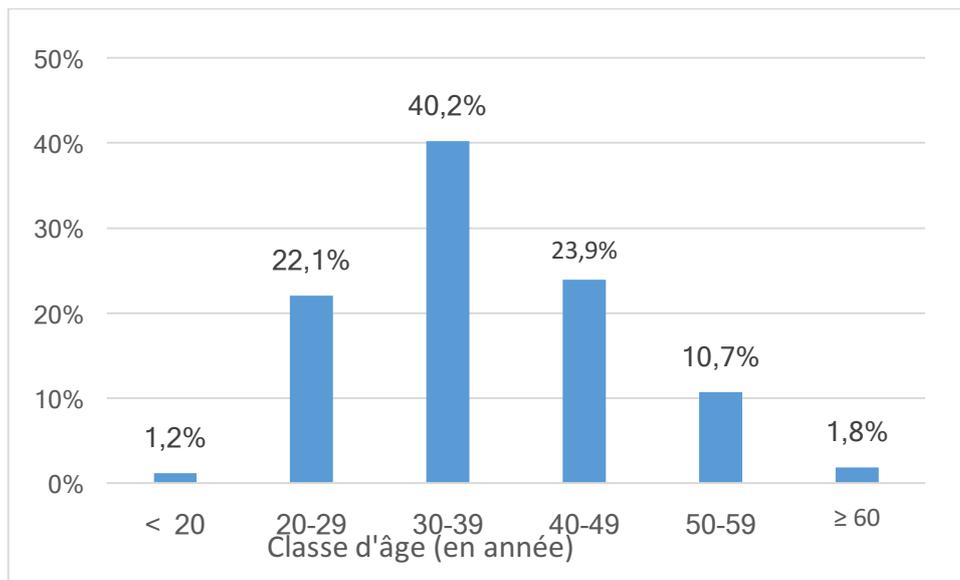


Figure 2 : Répartition des victimes par classe d'âge

### d) Secteur professionnel

Dans notre étude, près d'un patient sur deux exerce une activité professionnelle dans le secteur du contrôle. Les deux autres secteurs les plus touchés sont les relations publiques (8 % ; 26/326), puis le commerce (7,1 % ; 23/326). Les professions de santé représentent 5,2 % des victimes (17/326) (Figure 3).

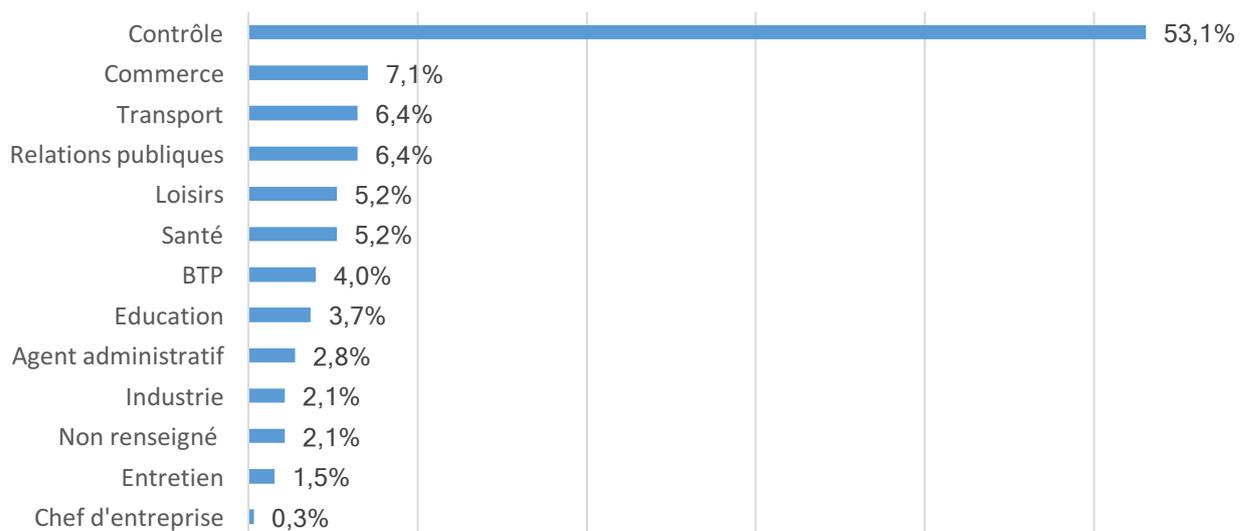


Figure 3 : Répartition de la population en fonction du secteur professionnel

## V.1.2. Caractéristiques des agresseurs

### a) Sexe

Le ou les agresseur(s) sont des hommes dans 80,1 % des cas (261/326), des femmes dans 10,4 % des cas (34/326) et mixtes dans 0,3 % des cas (1/326). L'information n'était pas renseignée dans 9,2 % des dossiers (30/326) (Figure 4).

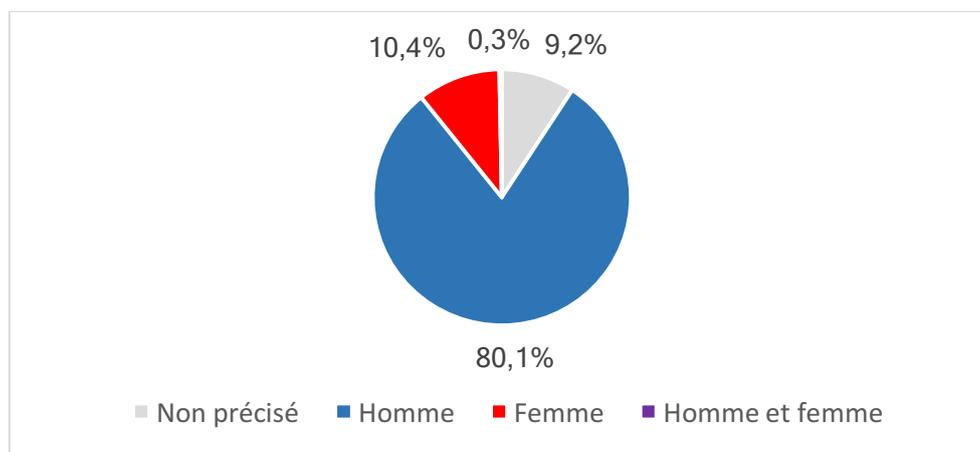
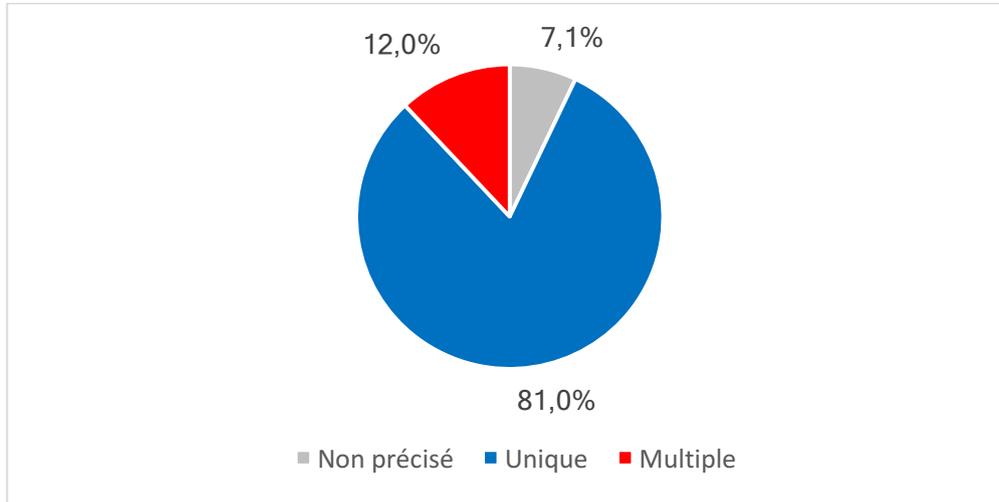


Figure 4 : Répartition des agressions selon le sexe du ou des agresseurs

### ***b) Nombre d'agresseurs***

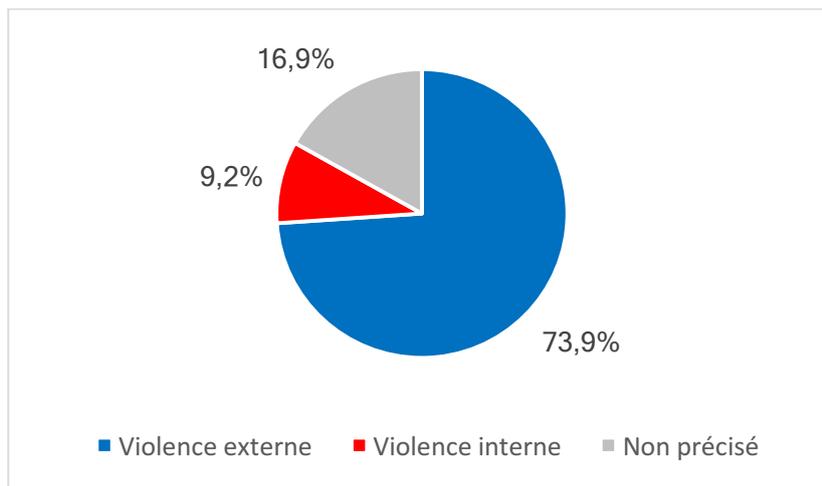
Dans la majorité des agressions (81 %), le mis en cause est unique (264/326) (Figure 5).



*Figure 5 : Répartition des agressions selon le nombre d'agresseurs*

### ***c) Lien entre l'agresseur et la victime***

Il est possible de différencier violences internes et externes dans 83,1 % des dossiers (271/326) (Figure 6). Parmi eux, les violences externes représentent 88,9 % des agressions (241/271).



*Figure 6 : Répartition des agressions selon l'origine de l'agresseur*

La Figure 7 montre la répartition du nombre de cas de violences externes en fonction du secteur professionnel. Les professions de contrôle sont les plus exposées (148/241).

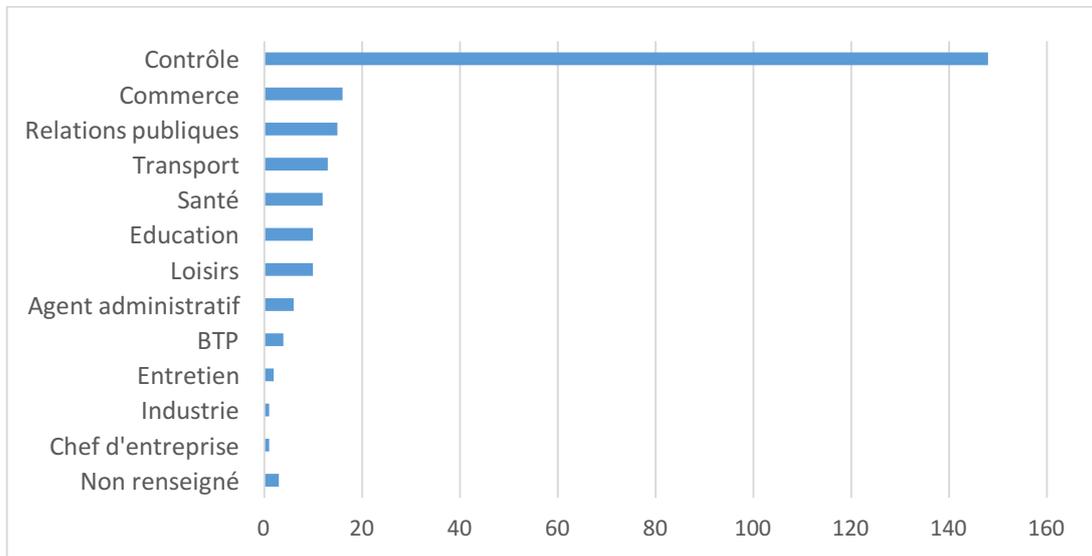


Figure 7 : Nombre de cas de violences externes par secteur

Concernant les violences externes, l'agresseur est inconnu du patient dans 48 % des cas (115/241). Il n'est toutefois pas précisé, dans ces dossiers, l'existence ou non d'un lien entre l'auteur des faits et la victime (client, patient, usager). L'agresseur est identifié comme une personne interpellée dans 24,5 % des cas (59/241) et privée de liberté dans 10 % des cas (24/241) (Figure 8).

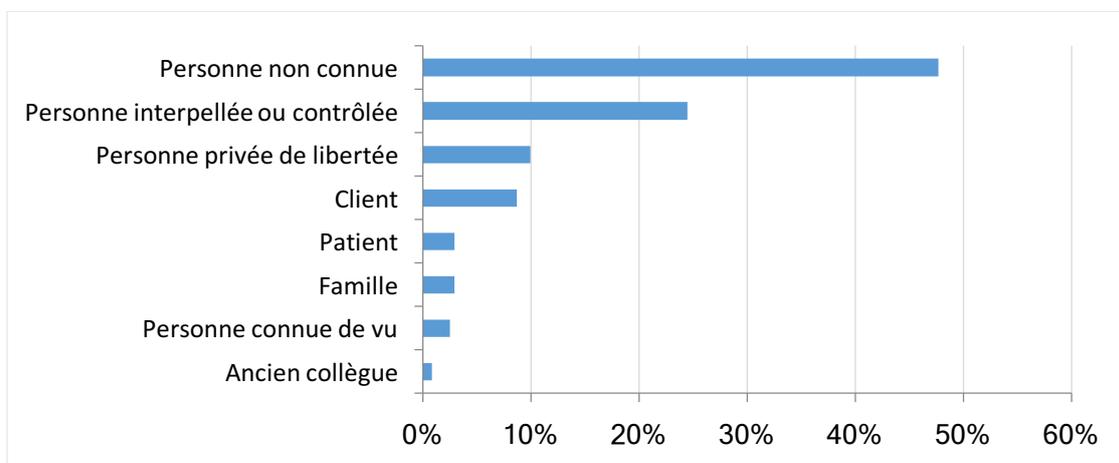


Figure 8: Répartition des violences externes

Dans le cas des violences internes, les secteurs du BTP et des transports sont les plus touchés (Figure 9).

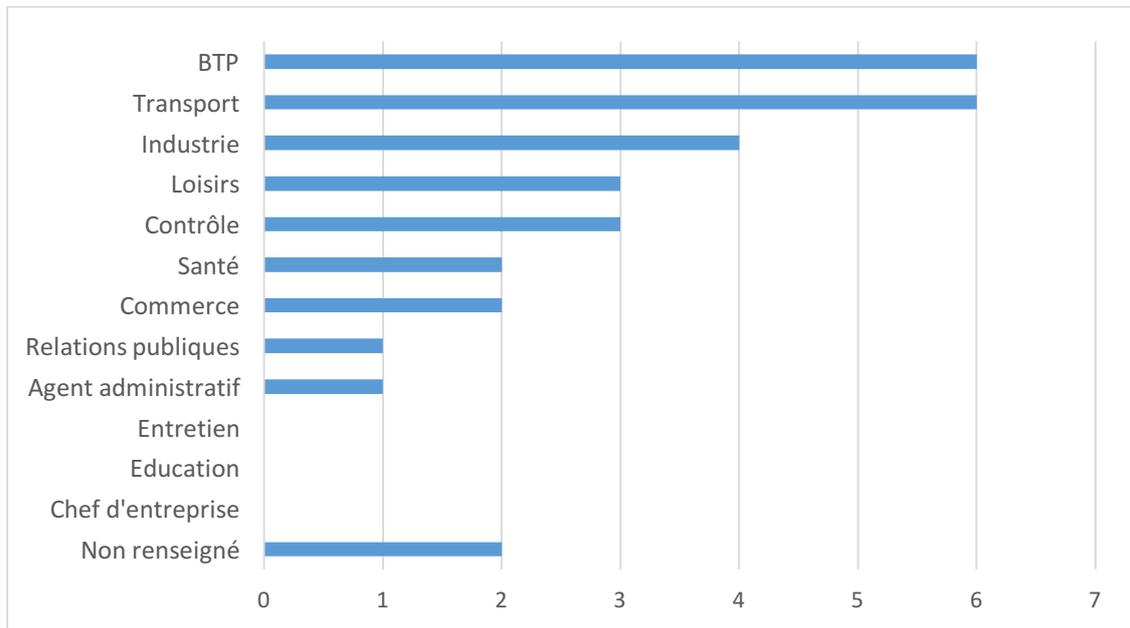


Figure 9 : Nombre de cas de violences internes par secteur

Les violences internes sont majoritairement commises par un collègue (25/30 ; 83,3%) (Figure 10).

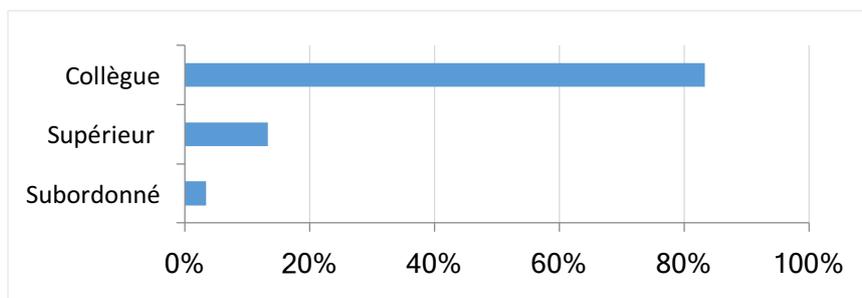


Figure 10 : Répartition des violences internes

### V.1.3. Caractéristiques des agressions

#### a) Période de la journée

Les agressions ont majoritairement lieu l'après-midi, entre 12 et 18 heures (34 % ; 111/326) (Figure 11).

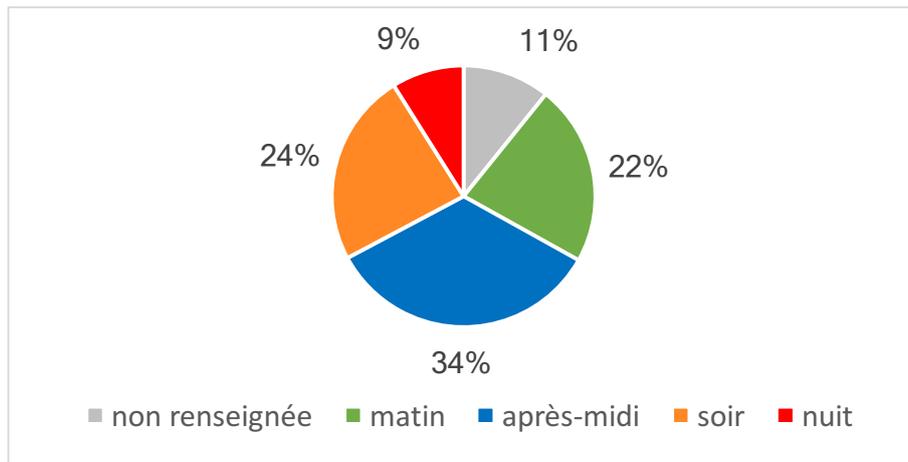


Figure 11 : Répartition des agressions selon la période de la journée

Nous pouvons observer Figure 11 que 9 % des agressions se sont déroulées la nuit (29/326). Elles impliquent les professions de contrôle (44,8 % ; 13/29), puis le secteur des relations publiques dans une moindre mesure (17,2 % ; 5/29) (Figure 12).

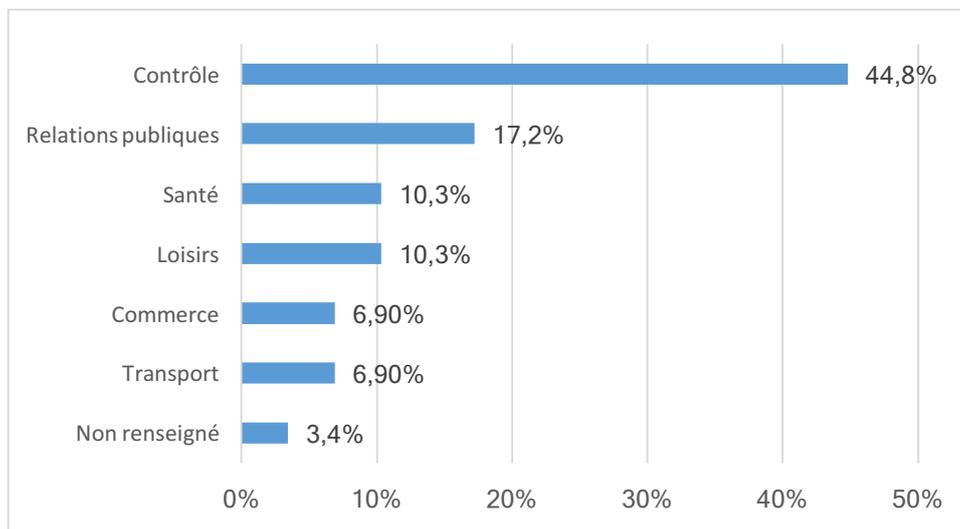


Figure 12 : Secteurs touchés par les agressions de nuit

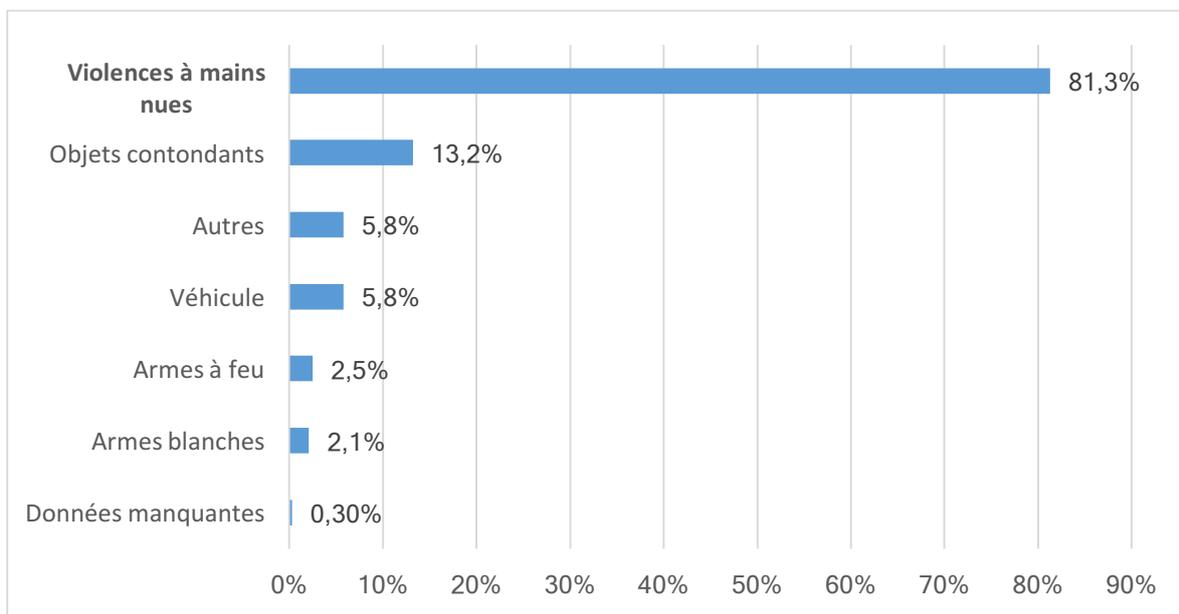
En analysant la répartition horaire des agressions au sein d'un même secteur professionnel, on remarque que les secteurs où le taux de violences nocturnes est le plus élevé sont les relations

publiques où 19 % de ces actes (5/26) ont eu lieu entre minuit et 6 h. Viennent ensuite le secteur des loisirs (3/17) et de la santé (3/17) où 18 % des agressions ont eu lieu à ces mêmes horaires.

### ***b) Type d'agression***

La majorité des agressions sont perpétrées à mains nues (81,3 % ; 265/326).

L'utilisation d'objets contondants est alléguée dans 13,2 % des cas (43/326). Les armes à feu (menace ou tir effectif) et les armes blanches sont les moins fréquemment utilisées (2,5 % et 2,1 % respectivement) (Figure 13).



*Figure 13 : Répartition du type d'agression*

Lorsqu'aucune arme n'est utilisée, des coups de poing sont assés dans 41,9 % des cas (111/265). Les empoignades (25,3 % ; 67/265), les coups de pied (23,8 % ; 63/265) puis les bousculades (20,4 % ; 54/265) représentent les autres principaux types de coups portés (Figure 14).

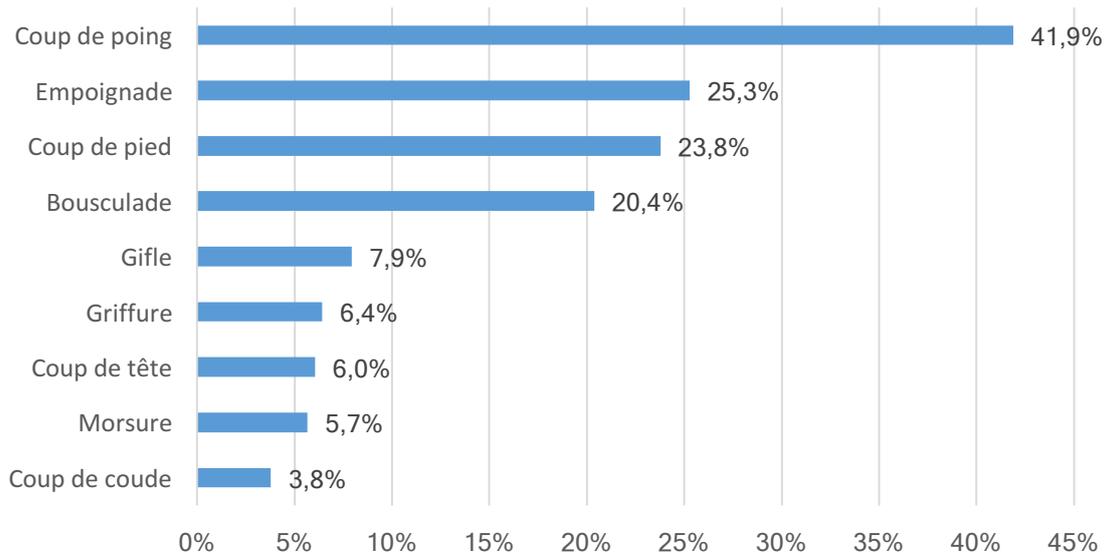


Figure 14 : Répartition des agressions perpétrées sans armes

#### V.1.4. Conséquences médico-légales des agressions

##### a) Délai de consultation en médecine légale

La médiane de consultation au service de médecine légale est de 2 jours après les faits. Les délais s'étendent du jour de l'agression à 3,2 ans après.

##### b) Type de lésions constatées

Il n'est constaté aucune lésion à l'examen clinique chez 17,2 % des patients reçus en consultation (56/326).

Le type de lésion le plus fréquemment mis en évidence est les ecchymoses chez 45,1 % des victimes (147/326) et les dermabrasions chez 42,9 % (140/326). La présence d'un œdème ou d'une tuméfaction est notée dans 13,8 % des cas (45/326) et une plaie est présente chez 8 % des consultants (26/326).

Les atteintes ostéo-articulaires sont moins fréquentes que les lésions cutanées. En effet, seulement 6,4 % de l'échantillon présente une lésion ligamentaire (21/326), 5,2 % une fracture

(17/326) et 0,9 % une luxation (3/326). La catégorie « Autre » regroupe principalement les lésions cicatricielles (Figure 15).

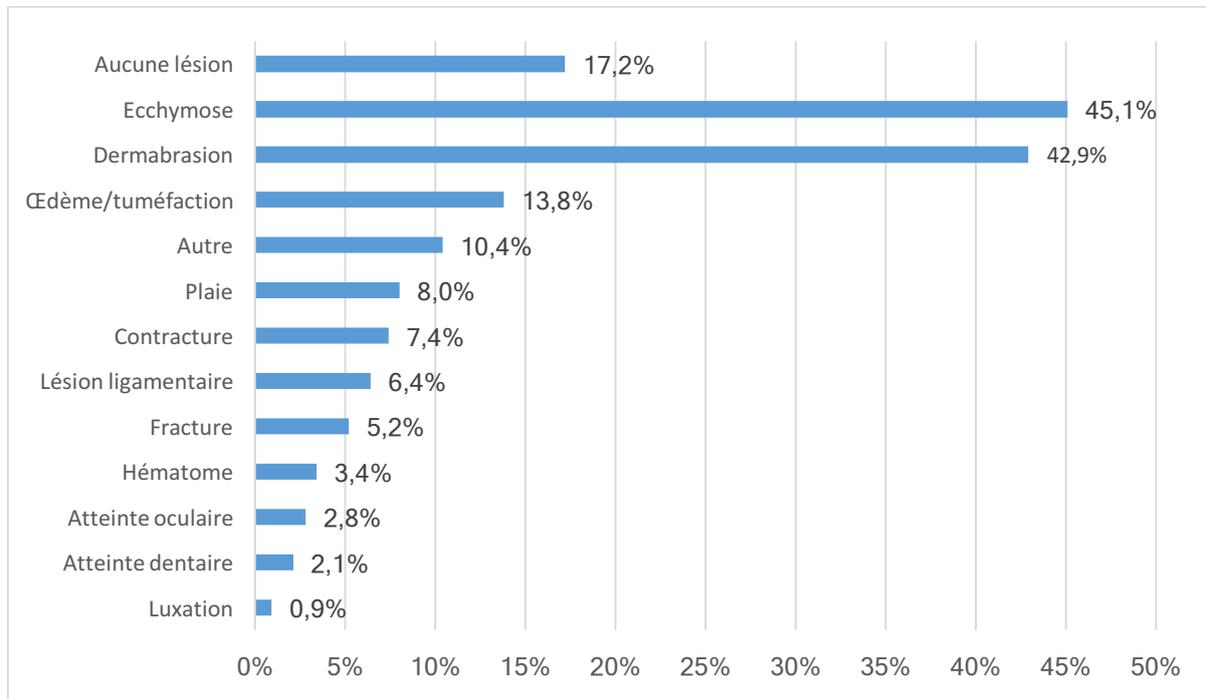


Figure 15 : Type de lésions constatées lors de l'examen

### ***c) Localisation des lésions***

Les lésions siègent principalement au niveau des membres supérieurs (49,7 % ; 162/326) puis au niveau de l'extrémité cervico-céphalique (36,8 % ; 120/326). Les lésions de l'extrémité cervico-céphalique se rapportent à la face dans 84,2 % des cas. Les atteintes du cuir chevelu et du cou sont moins fréquentes.

Le tronc est la partie du corps la moins touchée. Il est mis en évidence une atteinte dorsale chez 10,1 % des victimes (en majorité des contractures musculaires) et une atteinte thoracique dans 7,7 % des cas (Figure 16).

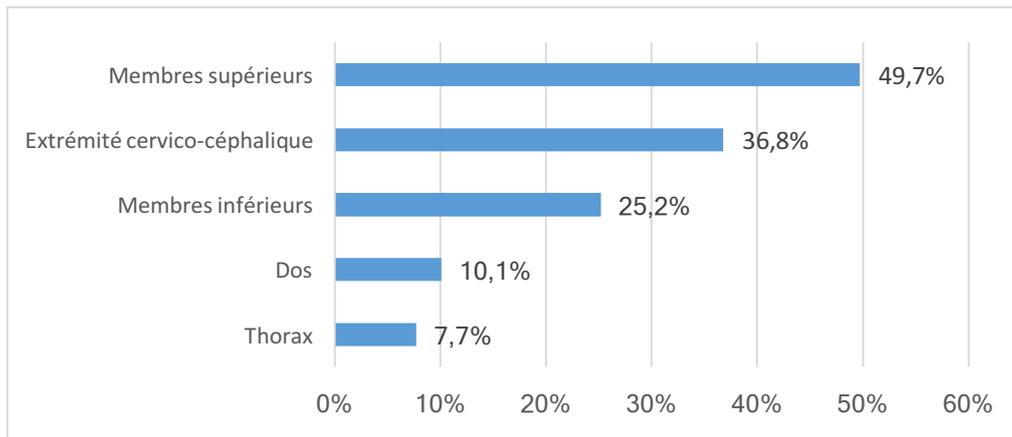


Figure 16 : Répartition des lésions selon leur localisation

#### ***d) Retentissement psychologique***

Dans 14,1 % des cas (46/326), les victimes ont fait état d'un retentissement psychologique durant la consultation.

#### ***e) Prise en charge médicale***

Une consultation auprès d'un médecin, précédant la consultation médico-légale, est rapportée dans 63,5% des cas. (207/326). Parmi ces victimes, 63,3 % (131/207) se sont rendues ou ont été transportées aux urgences, 44 % sont allées consulter un médecin généraliste (91/207) et 7,7 % (16/207) un autre spécialiste (ophtalmologue, ORL, chirurgien maxillo-facial). Il est à noter que 8,9 % des patients de notre échantillon (29/326) déclarent avoir consulté plusieurs médecins.

Une hospitalisation a été nécessaire dans 1,8 % des cas (6/326). La durée moyenne du séjour est de 2,8 jours  $\pm$  2,2 jours avec des extrêmes allant de 1 à 6 jours.

Lors de la consultation au sein du service de médecine légale, 30,4 % des patients (99/326) sont déjà en possession d'un certificat médical descriptif et 14,7 % (48/326) ont présenté un compte-rendu de passage aux urgences.

### *f) ITT*

Dans notre étude, l'ITT médiane est de 0,5 jours avec des extrêmes allant de 0 à 75 jours. La répartition de la durée d'ITT est présentée dans la Figure 17. Elle est nulle dans 35,9 % des cas (117/326) et est évaluée inférieure à vingt-quatre heures dans 32,5 % des cas (106/326). Les ITT délictuelles, supérieures à 8 jours, ne représentent que 4,3 % des consultations (14/326).

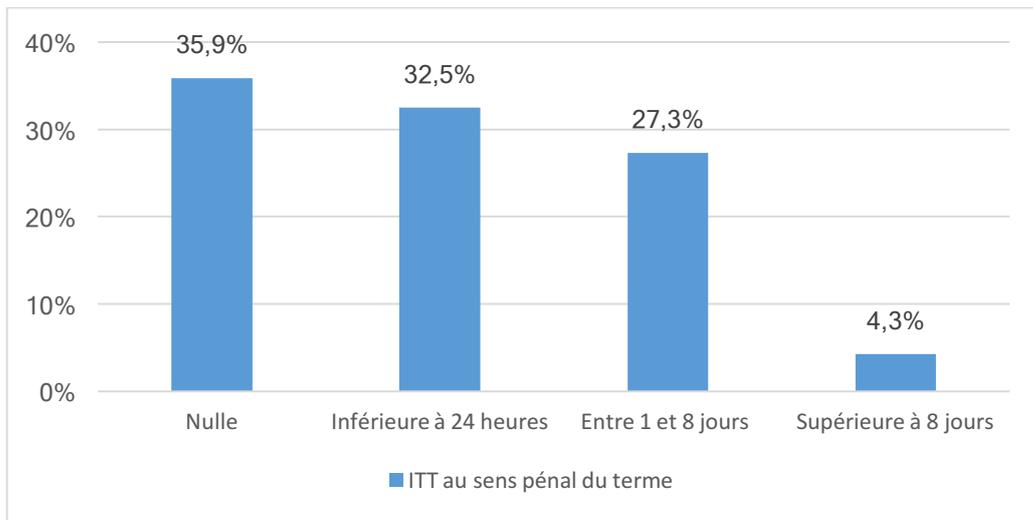


Figure 17 : Répartition des ITT selon leur durée

### *g) Arrêt de travail*

Il est mentionné dans 21,5 % des rapports de consultation (70/326), la prescription d'un arrêt de travail. Pour la majorité d'entre eux (n=64), le nombre de jours d'arrêt est précisé et est en moyenne de 11,5 jours  $\pm$  12,5 jours avec des extrêmes allant de 1 à 70 jours.

## V.2. Analyse multivariée

### V.2.1. Retentissement psychologique

#### a) *Lien entre retentissement psychologique et les caractéristiques de la victime*

Les femmes ont plus de risques de présenter un retentissement psychologique que les hommes (OR=2,59 ; IC [1,17;5,62] ; p=0,016) (Tableau III). La fréquence de ces répercussions semble augmenter avec l'âge sans pour autant atteindre la significativité (

Tableau IV). Nous ne retrouvons pas de lien avec le secteur professionnel de la victime.

Tableau III : Association entre le retentissement psychologique et les caractéristiques des victimes

	Homme (%) n = 249	Femme (%) n = 77	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Retentissement psychologique allégué</b>	10,4	26	2,59 [1,17;5,62]	0,016

Tableau IV : Association entre le retentissement psychologique et l'âge des victimes

	Retentissement n = 46	Absence de retentissement n = 280	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Age moyen (écart type)</b>	38,4 (11,7)	36,9 (9,7)	1,03 [0,99;1,07]	0,087

### ***b) Lien entre le retentissement et les caractéristiques de l'agression***

Les salariés agressés par armes à feu ont plus de risques de présenter un retentissement psychologique (OR=11,1 IC95% [1,68 ; 90,2] (Tableau V). La catégorie d'agression « autre » est également significativement plus à risque (Tableau V). Cette catégorie comprend principalement des jets d'objets en direction de la victime et des aspersions par gaz lacrymogène. Les autres variables n'étaient pas associées au fait de développer des symptômes psychologiques.

*Tableau V : Association entre le retentissement psychologique et les caractéristiques des agressions*

	<b>Retentissement (%)</b> <b>n = 46</b>	<b>Absence de retentissement (%)</b> <b>n = 280</b>	<b>OR et IC à 95%</b>	<b>Valeur de p</b>
<b>Arme à feu</b>	25	75	11,06 [1,68;90,2]	0,012
<b>Agression « Autre »</b>	32	68	5,27 [1,32;20,38]	0,015

## **V.2.2.Durée d'ITT**

### ***a) Lien entre durée d'ITT et caractéristiques des victimes***

Il n'a pas été retrouvé de lien entre la durée d'ITT et les caractéristiques socio-professionnelles des patients.

### ***b) Lien entre durée d'ITT et caractéristiques de l'agression***

Il existe un lien statistiquement significatif entre la durée de l'ITT et les agressions sans armes, objets contondants et impact contre un véhicule en mouvement. Nous observons que le risque d'être dans la catégorie des ITT supérieures à 8 jours est 16,25 fois plus grand chez les

personnes victimes d'agressions perpétrées à l'aide d'un véhicule que chez le reste de la population. Il est de 5,5 pour les agressions sans armes et de 3,73 pour les objets contondants. En revanche, il n'y a pas de lien entre la durée de l'ITT et les caractéristiques de l'agresseur.

Tableau VI : Lien entre la durée d'ITT et les caractéristiques de l'agression

	ITT nulle (%) n=117	ITT <24h (%) n=106	1j<ITT<8j (%) n=89	ITT>8j (%) n=14	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Sans armes</b>	37,4	32,5	27,9	2,3	5,55[2,02;15,28]	0,0009
<b>Objet contondant</b>	23,3	41,9	27,9	7	3,73[1,47;9,44]	0,0055
<b>Véhicule en mouvement</b>	15,8	31,6	31,6	21,1	16,25[8,80;29,98]	3,06e <sup>-05</sup>

### c) Lien entre durée d'ITT et prise en charge médicale

Il existe un lien statistiquement significatif entre d'une part la durée d'ITT et le fait d'avoir dû bénéficier d'une consultation médicale (Tableau VII) et d'autre part entre la durée de l'ITT et le nombre de jours d'hospitalisation (Tableau VIII).

Tableau VII : Lien entre la durée d'ITT et la prise en charge médicale

	ITT nulle (%) n=117	ITT <24h (%) n=106	1j<ITT<8j (%) n=89	ITT>8j (%) n=14	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Consultation médicale</b>	14	39,5	38	8,5	16,25[8,80;29,98]	<2e <sup>-16</sup>

Tableau VIII : Lien entre la durée d'ITT et la durée d'hospitalisation

	ITT nulle n=117	ITT <24h n=106	1j<ITT<8j n=89	ITT>8j n=14	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Durée d'hospitalisation en jours (±écart-type)</b>	0 (± 0)	0 (± 0)	0,02 (±0,15)	0,83 (±1,86)	22,06[2,22;218,7]	0,008

### V.2.3. Origine de la violence

Les violences externes se distinguent des violences internes par une plus grande proportion d'agresseurs multiples et par l'utilisation moindre d'objets contondants (Tableau IX). Il n'y a pas de lien avec les autres variables, notamment avec les caractéristiques de la victime.

Tableau IX : Lien entre l'origine de la violence et les caractéristiques des agressions

	Violences internes (%) n=30	Violences externes (%) n=272	OR et IC à 95%	Valeur de p
<b>Agresseurs multiples</b>	3,3	14,8	9,9 [1,3;127,9]	0,023
<b>Utilisation d'objets contondants</b>	23,3	8,3	0,27 [0,097;0,79]	0,018

## VI. Enquête prospective : méthodologie

### VI.1. Intérêt et type d'étude

Au terme de l'étude rétrospective, nous avons constaté qu'il nous manquait des informations sur la situation professionnelle des victimes. En effet, il s'agit d'informations qui n'ont pas

d'intérêt sur le plan médico-légal et qui ne sont donc pas colligées dans les rapports de consultation de victimologie. Nous avons également constaté que la présence d'un retentissement psychique n'était pas toujours précisée.

Il nous apparaissait ainsi justifié de compléter notre travail initial par une enquête prospective par auto-questionnaire, ciblant à la fois les données recueillies dans l'étude rétrospective ainsi que les caractéristiques professionnelles des victimes et des éléments permettant d'évaluer le retentissement psychologique. Notre population cible était la même que celle de l'étude rétrospective, à savoir les patients victimes de coups et blessures en milieu de travail.

Nous avons testé notre questionnaire auprès de 5 patients au cours du mois de juillet 2017 afin d'évaluer sa durée d'administration, sa compréhension et de façon plus générale, son acceptabilité. Le questionnaire était remis avant la consultation et rempli en salle d'attente, permettant de l'intégrer dans le parcours du patient au service.

## **VI.2. Contenu du questionnaire**

Afin de recueillir les données d'intérêt, nous avons réalisé un auto-questionnaire explorant les différentes thématiques (Annexe 2). Ces thèmes ont été sélectionnés de façon pluridisciplinaire avec des enseignants de médecine du travail et de médecine légale. Le questionnaire a ensuite été validé par les médecins exerçant au sein du service de médecine légale.

### **VI.2.1. Données sociodémographiques**

Outre les données concernant le sexe et l'âge des victimes, déjà explorées dans notre précédente étude, nous avons ajouté une question visant à connaître leur régime social ainsi que l'existence d'antécédents d'agression sur le lieu de travail.

## **VI.2.2. Données professionnelles**

### **Catégorie professionnelle**

Nous avons repris la classification intitulée « Professions et Catégories Socio-professionnelles », créé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques en 1982.

### **Profession**

La classification utilisée est identique à celle de notre étude rétrospective (description page 55).

### **Taille de l'entreprise**

Dans la littérature, nous avons remarqué qu'il coexistait plusieurs classifications permettant de classer les entreprises selon leur taille. Nous pouvons par exemple citer celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (69) ou de la commission européenne (70). Nous avons pour notre part choisi de nous limiter à 3 groupes. Les entreprises de moins de 50 salariés, celles entre 50 et 500 et celle de plus de 500 salariés. Cette classification ne reprend pas les nouvelles définitions des types d'entreprises apportées par la loi de modernisation économique de 2008 mais a pour vocation de faciliter la compréhension du questionnaire par les répondants et de faciliter l'analyse des résultats. A notre niveau, cela nous oriente sur la structure de l'entreprise, à savoir, la présence ou non d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et sur la présence d'une infirmerie voire d'un service de santé autonome au sein de l'entreprise. En effet, un CHSCT est obligatoire dès 50 salariés et la présence d'un infirmier au sein de l'entreprise dès 500 salariés dans le secteur tertiaire (200 dans l'industrie). Dès 500 salariés, l'entreprise peut recourir à un service autonome de médecine de travail, c'est-à-dire situé directement au sein de l'entreprise.

### **Facteurs de risques de violences externes**

Nous avons questionné les consultants sur la présence au sein de leur activité professionnelle des principaux facteurs de risques de violences externes identifiées par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) (8) :

- Contact avec le public ;
- Fonction de contrôle, sûreté ou sécurité ;
- Travail de nuit ;
- Manipulation d'argent ou de valeurs ;
- Travail isolé.

### **Autres données**

Le questionnaire recueille également les informations sur le type de contrat de travail, l'ancienneté au poste ainsi que le temps de travail hebdomadaire.

### **VI.2.3. Données concernant l'agression**

Certaines données recueillies sont identiques à celles de l'étude rétrospective et ne seront pas redétaillées (date et heure de l'agression, nombre et sexe de l'agresseur, relation entre la victime et l'agresseur, modus operandi). Nous avons toutefois ajouté une question visant à caractériser le lieu de l'agression. Nous avons distingué les localisations suivantes :

- Voie publique ;
- Locaux de l'entreprise recevant du public ;
- Locaux de l'entreprise non destinés à recevoir du public ;
- Lieu de privation de liberté : maison d'arrêt, geôle... ;
- Lieu privé : domicile d'une personne interpellée, d'un client... ;

- Gare ;
- Transports en commun ;
- Autre lieu.

#### **VI.2.4. Prise en charge après l'agression**

Afin d'explorer le contenu de la prise en charge post-agression, nous avons exploré les éléments suivants :

- Prise en charge médicale :
  - Consultation médicale dans les suites des violences ;
  - Nécessité d'une hospitalisation (et sa durée) ;
  - Prise d'un traitement médicamenteux (et si oui lequel).
- Prise en charge sur le plan professionnel :
  - L'événement a-t-il été déclaré en accident du travail ?
  - La victime a-t-elle eu contact avec le service de santé au travail de l'entreprise ?

#### **VI.2.5. Répercussion psychique**

Pour préciser les symptômes psychiques, nous nous sommes inspirés d'un guide de consultation qui avait été réalisé précédemment dans le service, dans le cadre d'une thèse (68). Nous l'avons adapté sous forme d'auto-questionnaire. Les symptômes retenus correspondent à ceux classiquement retrouvés dans le cadre d'état de stress aigu, de stress post-traumatique ou d'anxiété réactionnelle, à savoir :

- Agressivité ;
- Repli sur soi ;
- Sentiment d'abandon ;
- Dévalorisation ;

- Reviviscence/flash-backs de l'agression ;
- Troubles de l'appétit ;
- Sentiment de culpabilité ;
- Sentiment de tristesse ;
- Anxiété ;
- Troubles du sommeil/cauchemars ;
- Autre manifestation.

Un item « aucune répercussion » était également proposé.

Nous souhaitions savoir si une prise en charge psychologique avait déjà été proposée aux victimes, par qui ce suivi avait été proposé (l'employeur, les forces de l'ordre, leur médecin...) et si un suivi avait déjà été mis en place. Une question visait à questionner les patients sur le besoin ressenti de consulter.

### **VI.3. Mode de recueil**

Les questionnaires ont été distribués soit par les médecins, soit par les secrétaires de la consultation de médecine légale, du 18 juillet 2017 au 10 février 2018. Les secrétaires demandaient aux patients si l'agression avait eu lieu durant le temps de travail et leur donnait le questionnaire à remplir le cas échéant, sous réserve de leur accord à participer à l'étude. L'ensemble des questionnaires récoltés était exploitable.

L'ITT et les lésions constatées ont été recueillies à posteriori en consultant les rapports médico-légaux informatisés.

## **VI.4. Ethique**

Pour cette étude, un avis a été demandé au Correspondant Informatique et Liberté de l'université de Strasbourg.

Cette étude s'inscrit dans la méthodologie de référence MR-003 : Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement. D'après la délibération n° 2016-263 du 21 juillet 2016 « *La MR-003 encadre les traitements comprenant des données de santé, réalisés dans le cadre de recherches pour lesquelles le patient ne s'oppose pas à participer après avoir été individuellement informé* » (71).

L'étude a été inscrite au registre des traitements de l'Université de Strasbourg.

## **VI.5. Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées selon la même méthodologie que pour l'étude rétrospective (cf p59 IV.5Analyse statistique). Du fait du plus faible effectif, nous n'avons pas réalisé d'analyse multivariée.

# **VII. Enquête prospective : résultats**

## **VII.1. Caractéristiques des victimes**

### **VII.1.1. Taille de l'échantillon**

Nous avons collecté 50 questionnaires sur la période d'étude.

### VII.1.2. Délai moyen de consultation en médecine légale

Dans cette étude, la médiane de consultation en médecine légale est d'une journée après l'agression avec des durées comprises entre 0 et 26 jours. La répartition des délais de consultation est présentée Figure 18.

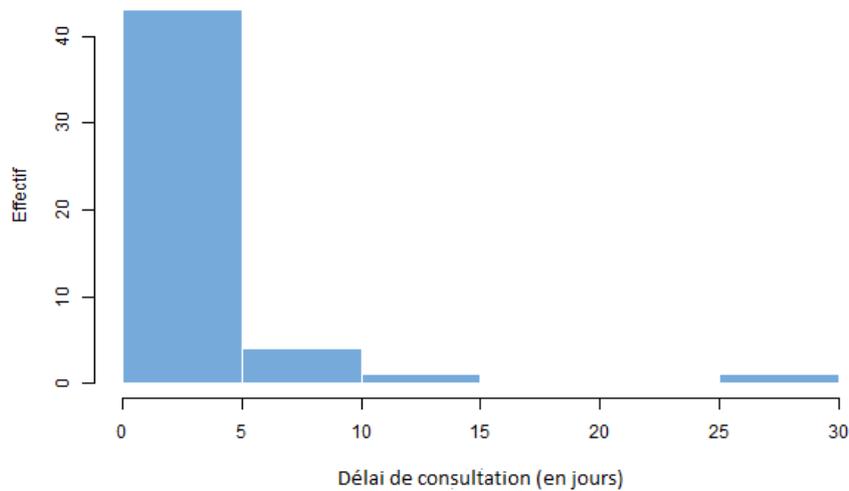


Figure 18 : Délai entre l'agression et la consultation

### VII.1.3. Caractéristiques sociodémographiques

Notre échantillon comporte 82 % d'hommes (41/50) et 18 % de femmes (9/50) (Figure 19).

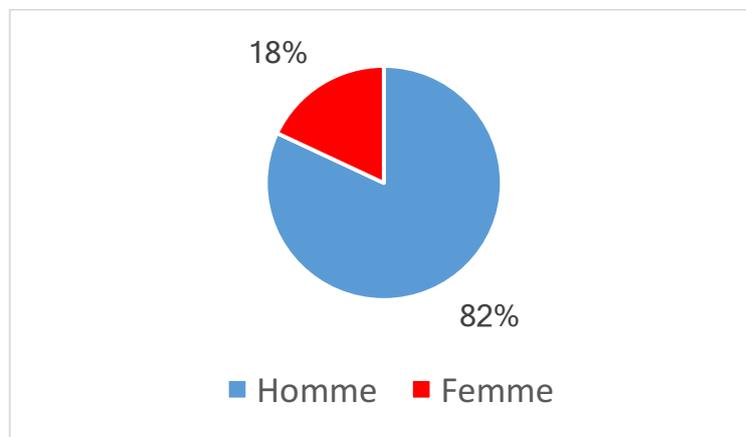


Figure 19 : Répartition des victimes en fonction du sexe

Les victimes sont âgées de 22 à 66 ans avec une moyenne d'âge de  $36,6 \pm 9,4$  ans. La classe d'âge prédominante est celle des 30-39 ans qui représente 42 % de la population (Figure 20).

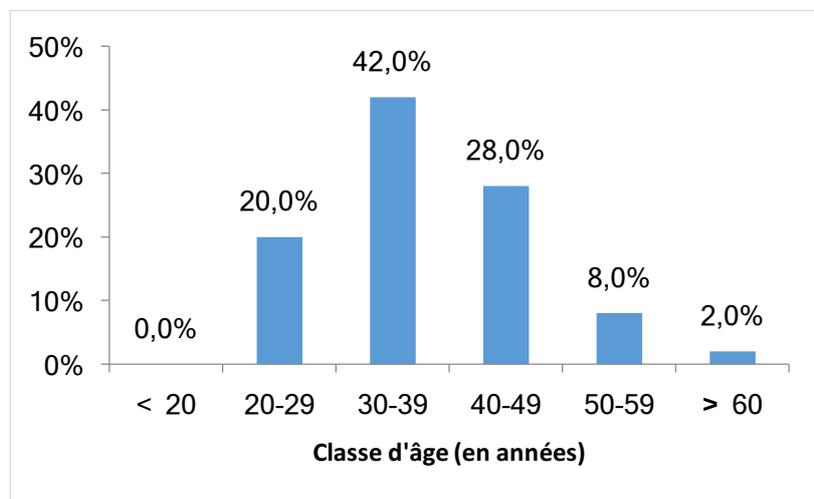


Figure 20 : Répartition des victimes par classe d'âge

Notre population est majoritairement composée de fonctionnaires et de salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale (ou régime local car étude réalisée en Alsace) (Tableau X).

Tableau X Régime social de la population étudiée

Régime social	Nombre	Pourcentage
Régime général / local	19	38%
Régime agricole	0	0%
Fonctionnaire	28	56%
Non salarié	2	4%
Autre	1	2%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### VII.1.4. Caractéristiques professionnelles

La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des employés (Tableau XI).

*Tableau XI : Catégorie professionnelle de la population étudiée*

<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Agriculteurs, exploitants	0	0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	1	2%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3	6%
Professions intermédiaires	0	0%
Employés	33	66%
Ouvriers	1	2%
Autre	11	22%
Données manquantes	1	2%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

La majorité des personnes incluses dans l'étude appartiennent au secteur de contrôle (60% ; 30/50). Nous notons que les victimes exercent ensuite dans le milieu du commerce (12% ; 6/50) et des relations publiques (10% ; 5/50). Certaines professions ne sont pas représentées (industrie, BTP, agent administratif, chef d'entreprise) (Figure 21).

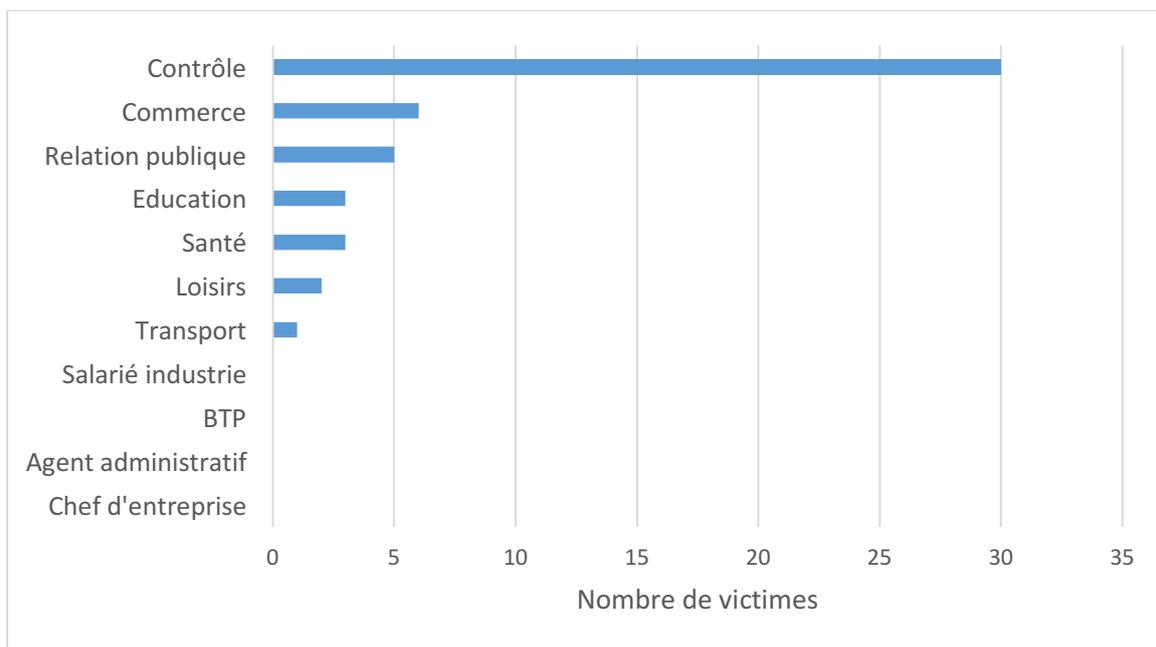


Figure 21 : Répartition de la population en fonction du secteur professionnel

Les victimes travaillent principalement dans une entreprise de plus de 500 salariés (Figure 22) et sont employées en CDI (72% ; 36/50) (Figure 23).

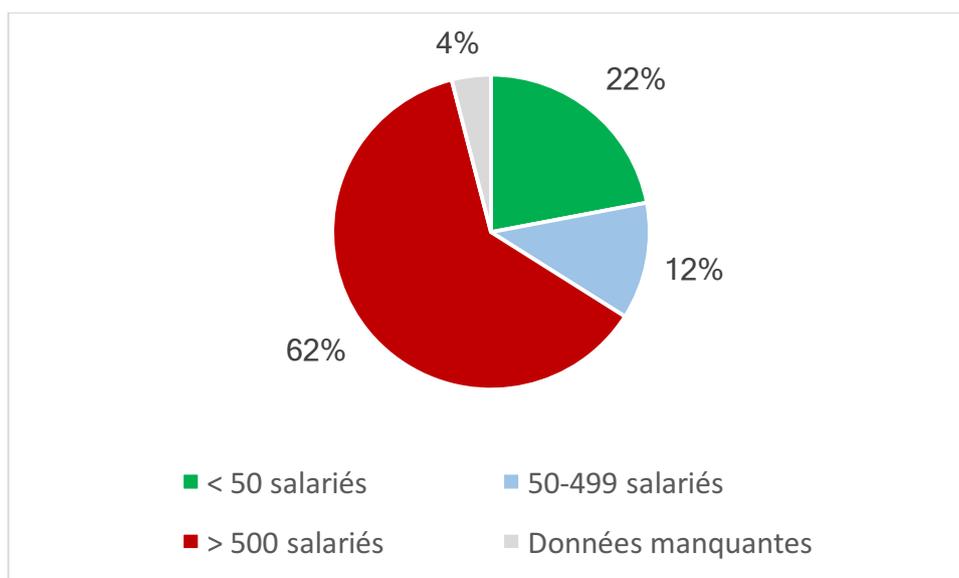


Figure 22 : Taille de l'entreprise

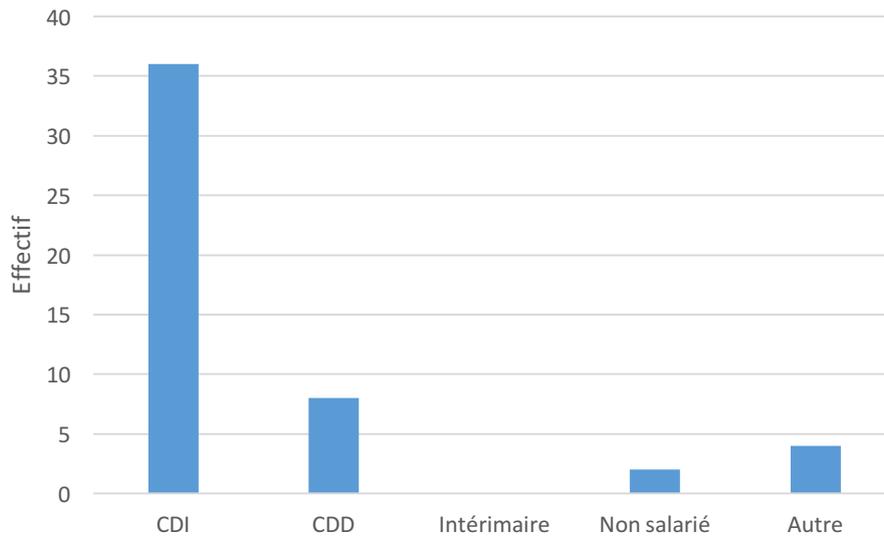


Figure 23 : Répartition de la population étudiée en fonction du type de contrat de travail

Le temps de travail moyen de la population est de  $39 \pm 9$  heures par semaine. Les extrêmes vont de 8 à 70 heures. La plupart des personnes incluses travaillent entre 30 et 39 heures (Figure 24).

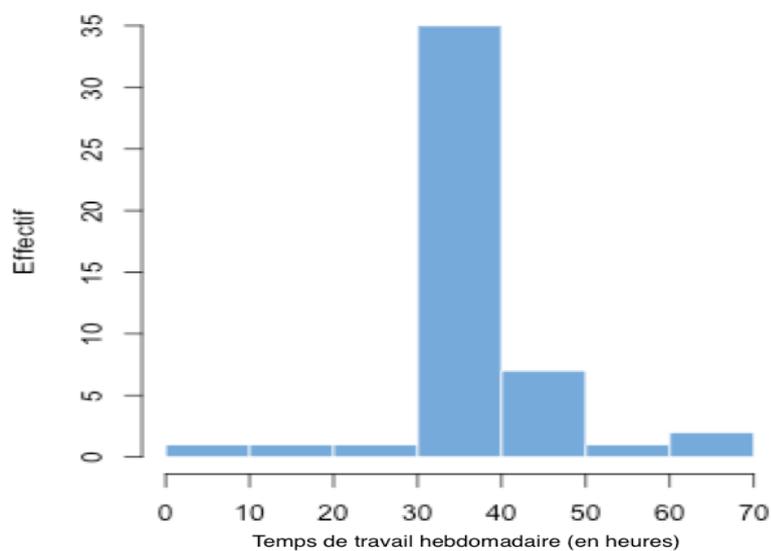


Figure 24 : Répartition de la population étudiée selon le temps de travail

L'ancienneté moyenne au poste de travail est de  $7,5 \pm 7,7$  ans avec un minimum de 1 mois et un maximum de 30 ans. Plus de la moitié de la population est au poste depuis 5 ans ou moins (27/49) (Figure 25).

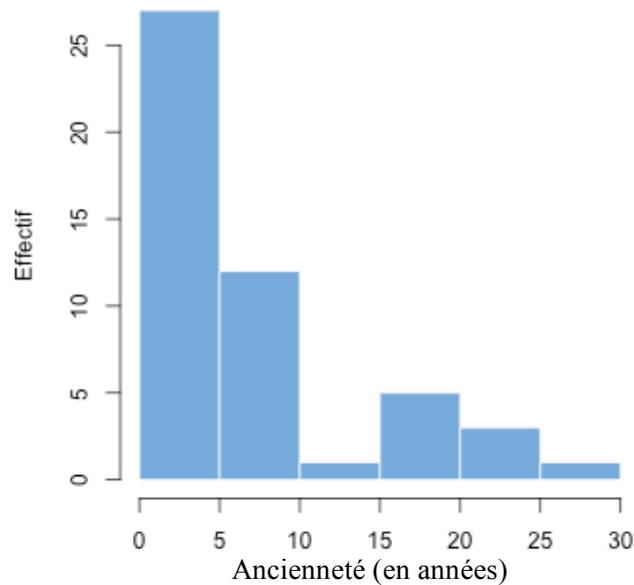


Figure 25 : Répartition de la population étudiée selon l'ancienneté au poste de travail

### VII.1.5. Antécédent d'agression

Dans notre échantillon, 70 % (35/50) des victimes ont déjà vécu précédemment une agression durant leur temps de travail (Figure 26). Parmi elles, 85,7 % (30/35) avaient déjà entamé une procédure judiciaire lors des premiers faits. Dans le cas où aucune plainte n'avait été déposée, les raisons invoquées étaient la « peur des suites », un manque d'information vis à vis de la procédure et l'impression que cela « fait partie du travail ».

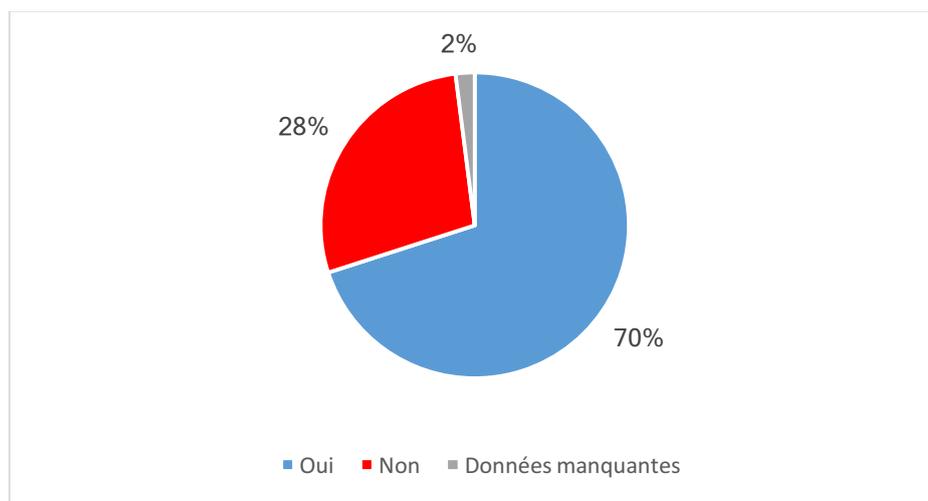


Figure 26 : Antécédent d'agression sur le lieu de travail parmi la population

### VII.1.6. Facteurs de risques de violences externes

Tous les répondants présentent au moins un facteur de risque de violence externe. Le plus fréquemment retrouvé est le contact avec le public (94 % ; 47/50). Nous notons qu'environ 65 % des victimes ont dans le cadre de leur activité professionnelle une fonction de contrôle/sureté/sécurité et peuvent travailler de nuit (Tableau XII).

Tableau XII : Exposition de la population aux différents facteurs de risque de violences externes

	Nombre	Pourcentage	Données manquantes
Contact avec le public	47	94 %	1
Fonction de contrôle, sureté ou sécurité	34	68 %	1
Travail de nuit	31	62 %	1
Manipulation d'argent/de valeurs	20	40 %	1
Travail isolé	7	14 %	1
Aucune de ses situations	0	0 %	1

## VII.2. Caractéristiques de l'agresseur

### VII.2.1. Genre

Dans 80 % des agressions (40/50), les auteurs sont des hommes et dans 14 %, des femmes (7/50). Dans trois dossiers, des hommes et des femmes étaient impliqués simultanément.

### VII.2.2. Nombre

Le nombre d'agresseur était précisé dans 48 questionnaires. Il n'y avait qu'un seul mis en cause dans près de 92 % des agressions (44/48).

### VII.2.3. Origine de l'agresseur

Les violences externes étaient majoritaires (90 % ; 45/50) (Tableau XIII). Ces dernières étaient perpétrées par une personne interpellée ou contrôlée dans 46 % des cas (23/50), par un client pour 26 % (13/50) et par une personne privée de liberté pour 13 % (8/50).

Tableau XIII : Lien entre l'agresseur et la victime

		Nombre	Pourcentage
<b>Violences externes</b>	Personne interpellée, contrôlée	23	46%
	Client, usager	13	26%
	Personne privée de liberté	8	16%
	Aucune	3	6%
	Patient	2	4%
	Cercle familial	0	0%
<b>Violences internes</b>	Collègue	2	4%
	Supérieur hiérarchique	1	2%
	Subordonné	1	2%
Données manquantes		1	2%

## VII.3. Caractéristiques des agressions

### VII.3.1. Horaire

Au sein de notre population, la majorité des agressions ont eu lieu le soir, entre 18h et minuit (38 % ; 19/50) (Figure 27).

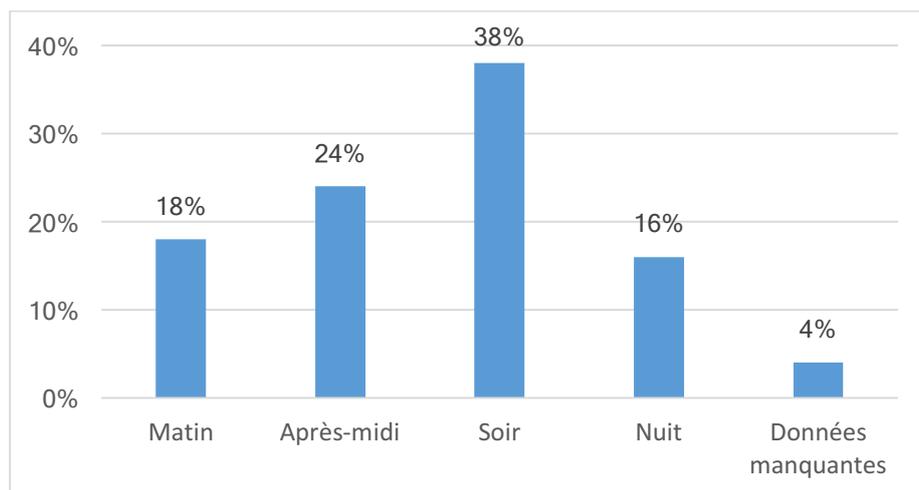


Figure 27 : Répartition de la population selon l'heure de l'agression

### VII.3.2. Lieu

Les agressions se sont déroulées sur la voie publique (36 % ; 18/50), puis dans des locaux de l'entreprise destinés à recevoir du public (24 % ; 12/50) (Tableau XIV).

Tableau XIV : Lieu de l'agression

	Nombre	Pourcentage
Voie publique	18	36 %
Locaux de l'entreprise recevant du public	12	24 %
Locaux de l'entreprise non destinés à recevoir du public	6	12 %
Lieu de privation de liberté	6	12 %
Lieu privé (domicile client, interpellé...)	4	8 %
Gare	2	4 %
Transport en commun	1	2 %
Autre	1	2 %

### VII.3.3. Type de violence

Dans la plupart des agressions, les agresseurs ont agi « à mains nues » (90 % ; 45/50) (Figure 28). Dans ce type de violence, les coups de poing et les bousculades sont les plus fréquemment décrits (42 % chacun). Des coups de pied et des empoignades sont présents dans 36 % et 33 % des infractions respectivement (Figure 29). Six personnes ont subi un impact contre un véhicule en mouvement.

Les violences verbales ne sont pas négligeables puisque dans une agression sur deux, les victimes rapportent que des insultes ont été proférées à leur encontre.

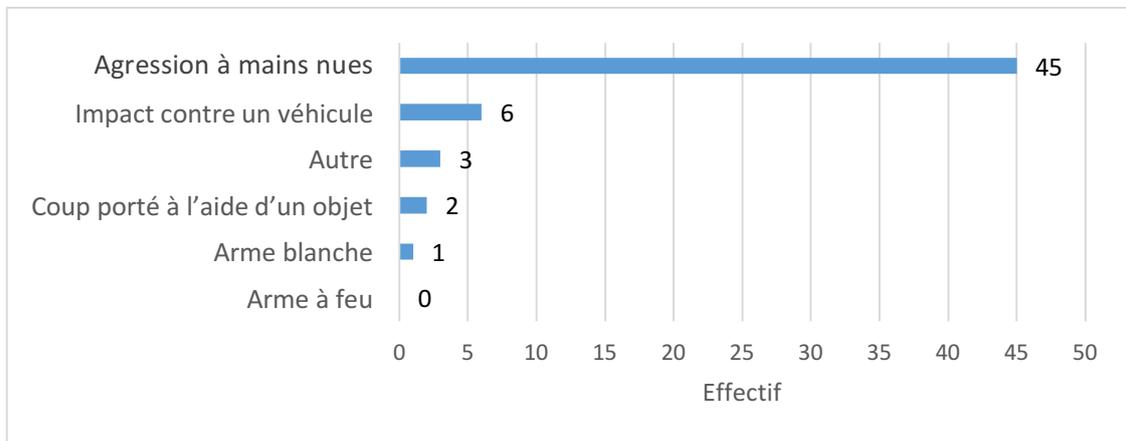


Figure 28 : Type de violence subie

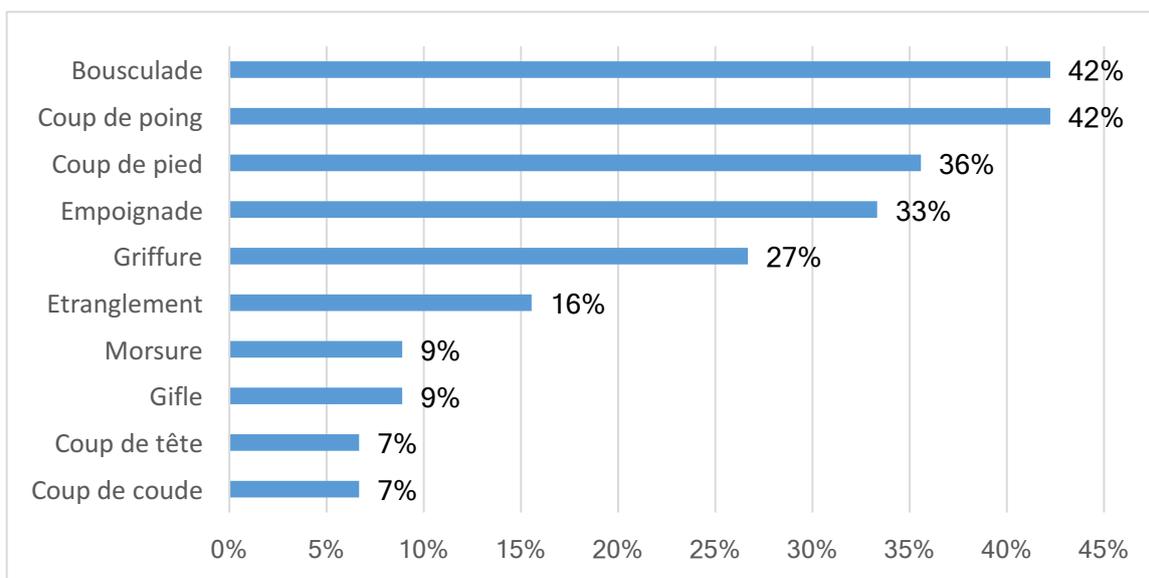


Figure 29 : Répartition des agressions à mains nues

## VII.4. Prise en charge médico-sociale

La moitié des victimes ont bénéficié d'une consultation médicale avant le rendez-vous en médecine légale (26/50). Parmi ces personnes, 58 % ont consulté un médecin généraliste (15/26), 46 % se sont rendues au service des urgences (12/26) et 8 % se sont dirigées vers un autre spécialiste (2/26). Il s'agissait dans ces derniers cas d'un orthopédiste et d'un ORL.

Dans le cas où les patients avaient déjà consulté un médecin, 77 % (20/26) ont présenté au médecin légiste un certificat médical attestant cette consultation.

Dans notre étude, deux victimes ont été hospitalisées. La première une journée et la deuxième est restée en surveillance une demi-journée.

Uniquement 2 victimes sur 49 ont été en contact avec le service de médecine du travail suite à l'agression. Une personne disait ne pas être concernée par le suivi en médecine du travail.

Au sein de notre population, 24 % des personnes interrogées ont bénéficié d'un traitement médicamenteux dans les suites des violences (12/50). Parmi eux, 75 % ont consommé des antalgiques ou des anti-inflammatoires (9/12), 25 % des psychotropes (3/12) et une personne a bénéficié de gouttes auriculaires.

La déclaration en accident de travail a été réalisée dans la majorité des cas (33/50 ; 66 %). Malgré tout, 22 % des patients (11/50) n'ont pas effectué de déclaration et 6 % (3/50) ne savent pas si l'accident a été déclaré ou non (Tableau XV). Or, il appartient au salarié d'effectuer le signalement à l'employeur.

Tableau XV : Déclaration en accident du travail des agressions de la population étudiée

Déclaration d'accident du travail	Nombre	Pourcentage
Non	11	22%
Oui	33	66%
Non concerné	2	4%
Ne sait pas	3	6%
Données manquantes	1	2%

## VII.5. Conséquences médico-légales

### VII.5.1. Lésions constatées

Les lésions le plus souvent observées chez les participants à l'étude étaient les dermabrasions (48 % ; 24/50) et les ecchymoses (42 % ; 21/50) (Figure 30).

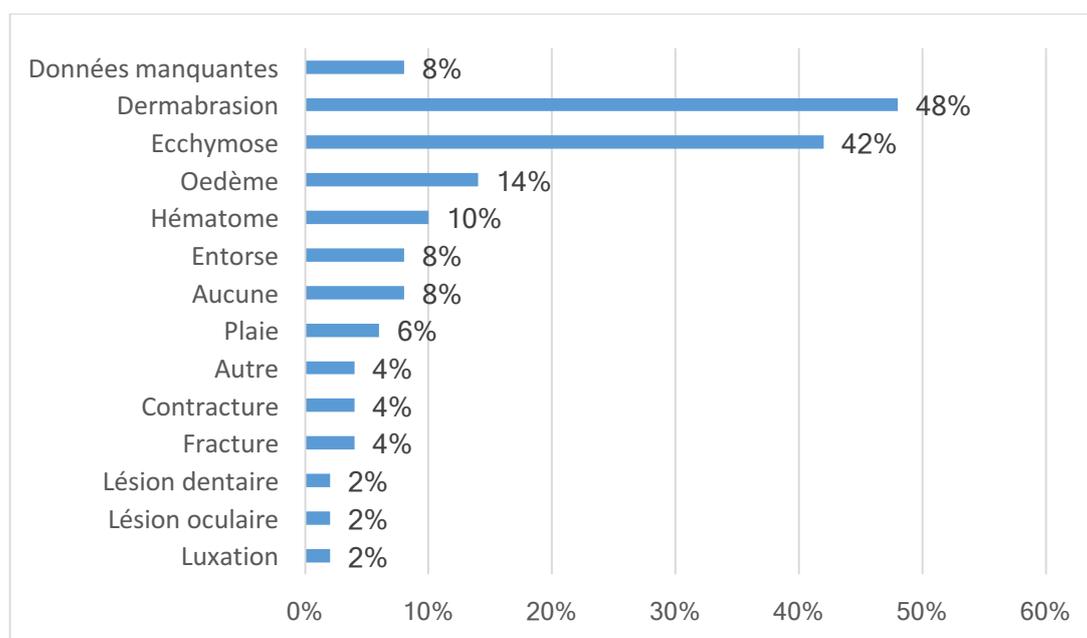


Figure 30 : Conséquences physiques des agressions

### VII.5.2. Durée de l'ITT

Dans un cas sur deux, il n'était pas retenu d'ITT (50 % ; 25/50). Les ITT de moins de 24 heures concernaient un quart des victimes (24 % ; 12/50). L'ITT évaluée était supérieure à 8 jours chez un seul travailleur (Tableau XVI).

*Tableau XVI : Répartition des durées d'ITT dans notre population*

<b>Durée de l'ITT</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Nulle	25	50%
< 24 heures	12	24%
Entre 1 et 8 jours	10	20%
> 8 jours	1	2%
Données manquantes	2	4%

### VII.6. Répercussions psychologiques de l'agression

Dans 62 % des questionnaires, les victimes alléguaient un retentissement psychologique. Les symptômes rapportés sont présentés dans la Figure 31. Nous observons que près d'une victime sur trois fait état de troubles du sommeil dans les suites de l'agression. L'anxiété et la tristesse de l'humeur seraient présentes chez une victime sur quatre.

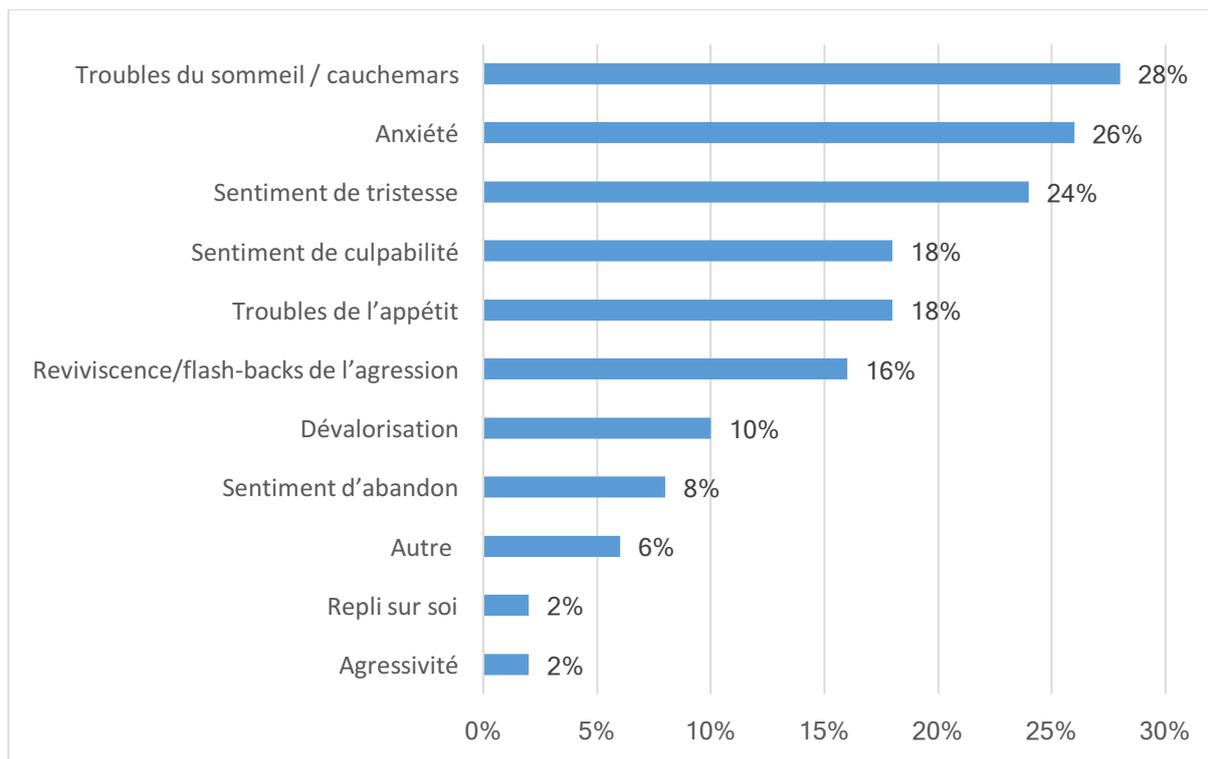


Figure 31 : Fréquence des principales répercussions psychologiques au sein de notre population

Un soutien psychologique a été proposé aux victimes dans 24 % des cas (12/50). La possibilité de prise en charge a été abordée par l'employeur pour 64 % d'entre eux. Dans les autres cas, ce sont les policiers ou les pompiers qui s'en sont chargés. Une personne a de surcroît été conseillée par son assurance. Aucune n'a été orientée par un médecin.

Un participant à l'étude avait déjà bénéficié d'une consultation par un psychiatre ou un psychologue avant le rendez-vous en médecine légale. Le jour de la consultation, 8 victimes éprouvaient le besoin d'une prise en charge psychologique et 7 ne pouvaient dire si un soutien leur semblait nécessaire. Il est important de noter que 12 victimes (24 %) n'ont pas répondu à la question (Tableau XVII).

*Tableau XVII : Besoin ressenti d'un soutien psychologique au sein de notre population*

<b>Besoin ressenti de soutien psychologique</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	8	16%
Non	23	46%
Ne sait pas	7	14%
Données manquantes	12	24%

## **VIII. Discussion**

### **VIII.1. Intérêt et originalité de l'étude**

L'originalité de notre étude réside dans le fait que nous ne nous sommes pas limités à la description médico-légale des agressions en milieu de travail. Nous avons souhaité élargir notre vision de ces faits, en prenant en compte les caractéristiques professionnelles des victimes. Les publications réalisées jusqu'à présent s'intéressaient surtout à l'un ou l'autre des domaines. Les missions du médecin légiste et du médecin du travail sont différentes mais complémentaires. Selon leur spécialité, les professionnels ne rechercheront pas les mêmes éléments anamnestiques au cours d'une consultation. Le médecin légiste est là pour constater les lésions, les décrire puis les interpréter afin de se prononcer sur la compatibilité avec les faits dénoncés. Le médecin du travail va, quant à lui, davantage s'attacher à comprendre quelles sont les tâches réalisées par le salarié et dans quelles conditions, afin d'adapter au mieux le travail à l'Homme. Notre travail permet donc de faire le lien entre les deux spécialités.

## VIII.2. Méthodologie

### VIII.2.1. Modalités de recueil des données et taux de réponse

#### a) *Biais de recrutement*

La principale limite de notre travail vient du biais de recrutement aussi bien dans la partie rétrospective que dans la partie prospective.

#### **Etudes rétrospectives et prospectives**

Notre étude ne permet d'inclure que les personnes vues sur réquisition judiciaire, c'est à dire celles qui ont réalisé un dépôt de plainte. Or, nous avons observé que certains consultants avaient déjà été victimes d'agressions par le passé mais n'avaient pas engagé de procédures judiciaires. Le ministère de l'Intérieur évalue à 25 % le nombre de victimes de violences volontaires (en dehors des violences conjugales et des vols) qui porteraient plainte dans les suites des faits (72). Nous sous-estimons donc le phénomène de violence en milieu de travail. En effet, certains ne signalent pas ces événements, soit par méconnaissance des procédures, soit par peur de représailles de la part des auteurs. Afin d'avoir une vision plus exhaustive du phénomène, il pourrait être envisagé une enquête menée, non plus à partir des dossiers des victimes venant consulter un médecin légiste suite à un dépôt de plainte, mais directement en entreprise à partir d'une population de travailleurs.

D'après la littérature française, la part de violences au travail parmi les faits de CBV est très variable pouvant aller de 9,6 % à 16,9 % (60,73,74). Rapporté à l'ensemble des CBV vus dans notre service sur les 3 ans de l'étude rétrospective, les agressions sur le temps de travail représentent 8 % de nos consultations. Outre le biais de recrutement lié au dépôt de plainte, la sélection même des dossiers d'intérêt dans l'étude rétrospective sous-estime le phénomène.

### **Etude rétrospective**

Inhérent à la méthode utilisée, la totalité des faits d'agressions en milieu de travail vus au service n'a pas pu être prise en compte. Notre sélection des dossiers d'intérêts s'est faite à partir des rapports informatiques de consultation. Or, durant les astreintes, les médecins rédigent des certificats manuscrits, consultables uniquement en version papier. Les victimes vues hors des plages de consultations classiques n'ont donc pas été incluses. De plus, notre recherche de dossiers a été faite à partir des mots clés principalement retrouvés dans les rapports relatifs aux agressions sur le lieu de travail. Sur certains rapports, les médecins pouvaient ne pas préciser que les faits s'étaient déroulés durant le temps de travail. En cas de violences envers des policiers, cela sera souvent stipulé car en vertu de leurs fonctions, leur porter atteinte est un facteur aggravant du point de vue pénal (personne détentrice de l'autorité publique). A contrario, dans les cas de de violences internes, cela ne sera pas toujours notifié dans le rapport.

### **Etude prospective**

Souhaitant limiter le biais de recrutement et obtenir des informations supplémentaires concernant les victimes, nous avons réalisé un complément d'étude prospectif, par auto-questionnaire. Contrairement à ce que nous attendions, les répondants appartenaient au secteur du contrôle de façon encore plus marquée que lors de l'analyse rétrospective (60 % contre 53 %). Nous avons potentiellement une sous-représentation des autres secteurs professionnels. Cela pourrait être lié à notre mode de recrutement. En effet, les questionnaires étaient distribués principalement par les secrétaires. Elles demandaient lors de l'arrivée du patient au service si l'agression s'était déroulée sur le lieu de travail. Or, durant la période de l'étude, le service a dû faire face à un turn-over de secrétaires. Les nouvelles secrétaires ont pu oublier de distribuer le questionnaire. De plus, même parmi les secrétaires ayant plus d'ancienneté, ces dernières nous ont confié avoir pensé à donner systématiquement le questionnaire aux policiers mais être

moins systématiques dans les autres cas. Nous ne sommes donc pas en mesure d'estimer le nombre d'agressions non comptabilisées. Une façon de limiter ce biais aurait été de faire distribuer systématiquement le questionnaire par le médecin réalisant la consultation voire de faire poser les questions directement par le médecin, en réalisant non pas un auto-questionnaire, mais un guide de consultation. Malgré tout, plusieurs médecins exercent au sein du service, pour certains de façon ponctuelle, et des oublis auraient également pu se produire. En outre, un questionnaire administré directement par le médecin n'était pas possible dans notre situation afin de ne pas augmenter la durée de consultation.

### ***b) Taux de réponse***

Aucun patient n'a refusé de répondre à notre enquête. Les enquêtes par questionnaire papier permettent un meilleur taux de réponse en comparaison aux questionnaires électroniques. Une revue de la littérature montrait qu'en moyenne, le taux de réponse des questionnaires papiers était de 56 % contre 33 % par internet (75). De plus, le fait de donner le questionnaire en « face à face » permet d'augmenter la participation (75). Enfin, on imagine aisément une meilleure acceptation du patient à remplir le questionnaire avant la consultation, plutôt qu'après, car une fois cette dernière terminée, les gens ne prendront pas toujours le temps de répondre, désireux de rentrer chez eux.

### ***c) Données manquantes***

Dans notre étude rétrospective sur dossier, nous nous sommes heurtés à la problématique des données manquantes, notamment lors du recueil des caractéristiques de l'agresseur. Les données manquantes pour cette thématique varient entre 9 % et 16,5 %. Ces informations n'étaient pas toujours renseignées dans nos dossiers car n'ayant pas nécessairement d'intérêt direct pour répondre à la mission judiciaire.

Nous avons ensuite réalisé une étude complémentaire afin de recueillir ces mêmes données de façon prospective. Cette fois, le taux de réponse à chaque question était compris entre 96 % et 100 %. La seule exception concernait le besoin éprouvé par la victime de recourir à un suivi psychologique où nous atteignons 24 % de données manquantes. On peut se questionner sur la persistance d'un tabou à propos de la santé mentale.

#### ***d) Biais de mémorisation***

La médiane de consultation après l'agression étant faible (2 jours), le biais de mémorisation est limité dans notre travail.

### **VIII.2.2. Critique du questionnaire utilisé**

#### ***a) Questionnaire non validé***

Notre questionnaire a été réalisé dans seul le but de récolter les données d'intérêt de notre étude. Il n'existe pas dans la littérature d'auto-questionnaire validé permettant l'évaluation des conséquences des agressions. Pour la construction de notre questionnaire, nous nous sommes toutefois inspiré d'un guide de consultation qui avait été créé dans le but de standardiser les interrogatoires des victimes d'agressions dans le cadre du travail venant consulter à la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg mais non utilisé actuellement (68). Ce support était à destination des médecins afin de guider la consultation et nous l'avons adapté sous forme d'auto-questionnaire.

#### ***b) Conséquences évaluées seulement à court terme***

Nos consultations ont lieu principalement dans les suites immédiates des violences (médiane de consultation entre 1 et 2 jours). Il serait intéressant de questionner à distance les victimes,

afin d'évaluer le retentissement de l'agression sur leur vie professionnelle et pouvoir mettre en évidence les répercussions psychiques à moyen terme.

### *c) Evaluation de l'état psychologique*

Nous avons interrogé les patients sur les symptômes psychiques qu'ils pouvaient présenter. Néanmoins, le recueil a été effectué par auto-questionnaire ce qui peut influencer le répondant. Aucune évaluation par un professionnel n'a été réalisée et il y a forcément une part de subjectivité dans ces résultats. Une évaluation clinique aurait permis plus d'objectivité.

## **VIII.3. Discussion des résultats**

Dans cette partie, nous allons confronter nos résultats aux précédentes études décrivant les violences physiques en milieu de travail, ainsi qu'à celles traitant des violences physiques de façon plus générale, hors contexte professionnel. Nous souhaitons ainsi rendre compte des spécificités des agressions se déroulant durant l'exercice de la profession.

### **VIII.3.1. Caractéristiques des victimes**

Tous secteurs professionnels confondus, les victimes vues en consultation sont principalement des hommes (76 %), en concordance avec les données de la littérature, où ces derniers représentent de 63 à 86 % de l'effectif (26,59–62). Malgré tout, cette tendance n'est pas retrouvée pour l'ensemble des secteurs professionnels. Dans notre étude, tout comme dans les observations précédentes, les victimes exerçant dans le secteur de la santé sont majoritairement féminines (64,66,76).

Les chiffres du ministère de l'intérieur montrent que les CBV chez les 15 ans et plus, concernent des femmes dans 55 % des cas. (72). Des enquêtes sur les violences physiques ont été menées au sein d'Unité Médico-Judiciaires et les agressions touchent plutôt les hommes, mais dans des

proportion moindre qu'en milieu de travail (entre 50 et 60 % de victimes de sexe masculin) (73,74,77). La prédominance masculine des victimes en milieu de travail est tout d'abord liée à la démographie de la population active française. Chez les 15-64 ans, le taux d'activité des hommes est plus important que celui des femmes (75,5 % contre 67,5 %) (78). De plus, les professions les plus à risque sont à prédominance masculine. En effet, en 2011, on ne comptait que 15 % de femmes dans les secteurs de l'armée et de la police (79). Cette tendance a pu être confirmée dans un rapport de l'Observatoire National de la Délinquance (OND). En 2008, les victimes de violences intra-relationnelles étaient pour 62,2 % des femmes, alors que dans le cadre professionnel, 80 % des victimes étaient des hommes (80).

Dans notre échantillon, l'âge moyen est de 37 +/- 10 ans ce qui est cohérent avec la moyenne d'âge des victimes de violences rapportée dans la littérature (60,62). Une étude ne se limitant pas aux victimes de CBV en milieu de travail, conduite également à la consultation médico-judiciaire de Strasbourg montre un pic d'agression chez les 21-25 ans (77). Les agressions en milieu de travail touchent une population plus âgée, en corrélation avec la démographie de la population active française (80).

Les victimes occupent principalement un emploi dans le secteur du contrôle. Cela n'est pas spécifique à notre étude (26,59-61). Les autres secteurs les plus impactés par les agressions physiques sont les relations publiques et le commerce. Selon les publications, les secteurs professionnels touchés après celui du contrôle varient. Cartegnie et al. retrouvent le commerce et le BTP (60), Aytac et al. la santé et l'éducation (61) et Gaussen, le transport et le médico-social (59). Même si de nombreux articles s'intéressent au secteur de la santé, ce dernier n'est que peu représenté dans notre étude (5,2%), tout comme dans d'autres publications généralistes (60).

Notre étude prospective nous a permis de mieux cerner les caractéristiques professionnelles des victimes mais ces données sont peu décrites dans la littérature. Seules quelques publications, menées en majorité par des médecins du travail, et se rapportant à des secteurs professionnels précis, en font état. Dans le secteur de la santé, la fréquence relative des agressions décroît avec l'ancienneté des salariés au poste (63,64). Cela ne serait pas spécifique à ce secteur puisque nous avons fait le même constat. Plus de la moitié des victimes de notre étude ont moins de 5 ans d'ancienneté. Cela diffère des données d'une enquête menée en Turquie où la plus grande partie des salariés victimes d'agressions occupaient leur poste depuis 10 à 15 ans (61).

Le temps de travail moyen des victimes était de 39 heures par semaine, durée supérieure à la moyenne nationale française (35,6 heures) (81). Dans une étude marocaine, les salariés victimes de CBV travaillaient en moyenne 8 heures par jour (62). Pour une personne donnée, le risque d'agression est vraisemblablement proportionnel au temps de travail.

Toutes les victimes présentaient au moins un facteur de risque de violence externe en lien avec les exigences du poste de travail. Le plus fréquemment cité était le travail en contact avec le public.

### **VIII.3.2. Caractéristiques des agresseurs et des agressions**

En milieu de travail comme dans les autres cas d'agression, les auteurs sont des hommes (26,62), agissant seuls (26,72,82). Quand les violences prennent place dans l'exercice du métier, l'agresseur est plus souvent connu de la victime que lorsque les violences se passent en dehors du milieu de travail (48 % contre 39 %) (82).

La période de la journée la plus propice aux agressions est variable selon les études. Elles se déroulent plus fréquemment l'après-midi (34 %) dans notre étude rétrospective et le soir (38%), dans notre étude prospective. Il est à noter que nous avons plus de données manquantes en

rétrospectif. Les auteurs Ait Boughima et al. mettaient quant à eux en évidence un plus fort taux d'agression le matin (34,6 %) (62). Nous ne pouvons faire de conclusions sur cette répartition horaire car elle va être influencée par le secteur professionnel, et notamment, par le travail de nuit.

La voie publique et l'entreprise sont les principaux lieux où sont commises les infractions (36 % chacune). L'étude de Cartegnie et al. qui s'intéressait également à l'ensemble des secteurs professionnels ne retrouvait que 22 % d'agressions sur la voie publique (60). Cette différence peut s'expliquer par la forte présence des professions de contrôle dans notre échantillon. Or, les salariés exerçant ces professions sont amenés à procéder à des interpellations, tâches propices aux faits de violence. Les agressions à l'encontre des agents de la force publique sont d'ailleurs consécutives à une interpellation dans 15 % des cas et à un refus de contrôle d'identité pour 14 % (80). Dans notre étude prospective, 46 % des victimes ont été agressées lors de telles actions.

Notre travail, tout comme les autres études menées en milieu professionnel, montre que les agresseurs ne sont pas armés (59,60). Pour mémoire, 80 à 90 % des agressions rapportées dans notre étude sont concernées par ce modus operandi. Hors milieu de travail, les agressions à mains nues sont également majoritaires mais dans des pourcentages moindres (74,77). Cela signifie qu'en général, les agressions sur le lieu de travail ne sont pas préméditées et que l'agresseur « improvise », notamment lorsque c'est un usager excédé ou une personne interpellée. Les armes blanches et armes à feu sont utilisées de façon marginale.

Notre travail confirme la prédominance des violences externes sur les violences internes. Dans nos deux études, les violences externes représentent environ 90 % des violences physiques volontaires en milieu de travail. La littérature décrit que 76,5 % à 84,5 % des agressions au travail se rapportent à des violences externes (26,59,60). Nous avons pu remarquer que les violences internes avaient pour caractéristiques d'impliquer des agresseurs multiples moins

fréquemment et que les agresseurs utilisaient un objet contondant plus souvent que dans le cadre des violences externes. L'OND montrait que lors des violences externes, 80 % des victimes étaient des hommes alors qu'ils n'étaient que 60 % dans le cadre des violences internes (80). Nous n'avons pas retrouvé d'association entre sexe et origine de la violence dans notre étude.

### **VIII.3.3. Conséquences des agressions**

Sur le plan du retentissement physique, les contusions sont les plus fréquemment observées lors de l'examen clinique. Ces constatations s'accordent avec les précédentes études menées en milieu de travail (60,63,64,76). Sur le plan physique, les lésions sont donc majoritairement bénignes.

Les lésions sont localisées en premier lieu aux membres supérieurs puis au niveau de l'extrémité cervico-céphalique. Une étude s'intéressant aux agressions chez les conducteurs et contrôleurs d'une compagnie de transport avait mis en évidence que les lésions des membres supérieurs prédominaient chez les professionnels du contrôle alors que les conducteurs étaient davantage blessés au visage (68). Cette différence serait liée à la nature de l'emploi. Les conducteurs auraient une attitude plus passive face à l'agression étant donné qu'ils y sont moins préparés. Les contrôleurs, plus à même de rencontrer de la violence et de l'hostilité, vont plus facilement se défendre et parer les coups, expliquant la localisation aux membres supérieurs. Notre échantillon étant majoritairement composé de professionnels appartenant au secteur du contrôle, cela pourrait expliquer pourquoi les membres supérieurs apparaissent comme la première localisation des blessures.

Sur le plan psychologique, 14 % des victimes présentaient une répercussion psychologique dans notre étude rétrospective. En questionnant de façon systématique les victimes via un auto-questionnaire, 62 % des victimes ont déclaré présenter au moins un symptôme psychique depuis l'agression. Toutefois, nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'intensité de la gêne

fonctionnelle liée à ces symptômes. Les victimes alléguaient principalement des troubles du sommeil, de l'anxiété et une tristesse de l'humeur. Les études menées sur les violences en milieu hospitalier indiquent que 26 à 64 % des personnes présentent un retentissement psychique (63–65). Seul 6,2 % des victimes d'une étude non limitée à un secteur professionnel éprouvaient des symptômes psychiques (60). De telles disparités peuvent être liées à la définition du « retentissement psychique », différemment apprécié selon les études. Dans la littérature, les symptômes principalement exprimés par les victimes de coups et blessures, mais n'ayant pas nécessairement de lien avec la profession, étaient la perturbation du sommeil (88,9 % +/- 6,3 %) et la modification de l'appétit (67,4 % +/- 9 %). Pour les symptômes précoces, l'hypervigilance et le syndrome de répétition étaient présents dans 70 % des cas (83). L'hypervigilance, le syndrome d'évitement, les ruminations, la tristesse de l'humeur et des modifications de l'appétit étaient plus fréquents lorsque l'ITT était supérieure à 8 jours (83). Peu d'études comparent le retentissement psychique des agressions en milieu de travail aux autres circonstances d'agression. Néanmoins, le rapport de mai 2017 de l'OND est en faveur de répercussions d'intensité moindre dans le cas des violences en rapport avec le métier. Dans le cadre du métier, 47 % ne déclaraient aucun dommage psychologique contre 43 % quand l'agression n'était pas en lien avec le travail. Il en était de même pour les dommages psychiques qualifiés de « plutôt importants », moins fréquents quand l'agression était en lien avec le métier (27 % contre 33 %) (82). Dans notre étude les facteurs augmentant le risque de présenter un retentissement psychologique sont le sexe féminin et les agressions par armes à feu.

Concernant l'évaluation de l'ITT, cette dernière est considérée comme nulle dans 36 % des cas et inférieure à 24 heures dans 32% des cas. Dans près de deux tiers des cas la gêne fonctionnelle suite à l'agression est peu importante. Les ITT délictuelles (supérieures à 8 jours) ne représentent que 4,5 % de nos consultations. Il est difficile de comparer les durées d'ITT entre les études, car l'ITT est une notion subjective. La littérature montre que la durée fixée varie à

la fois entre les services, mais aussi même entre médecins d'un même service (84). Une proposition de barème a été publiée, mais reste indicative, car une même lésion n'aura pas nécessairement les mêmes répercussions sur deux individus différents (85). De plus, ce barème ne tient pas compte des répercussions psychiques. Certaines équipes évaluent de façon systématique le retentissement psychique pour le calcul de la durée d'ITT, alors que dans notre centre, les médecins évaluent principalement l'ITT somatique. Malgré cette limite, les durées d'ITT observées rejoignent celles des précédentes études en milieu de travail, qu'elles s'intéressent à plusieurs secteurs professionnels (60), au secteur de la santé (65) ou celui des transports (68). Seule une étude a observé plus de 20 % d'ITT supérieures à 8 jours parmi les victimes d'agressions physiques en milieu de travail. Malgré tout, il est à noter que le recrutement des victimes dans cette unité de médecine légale n'était pas comparable à celui où a été menée notre étude. En effet, une majorité de leurs consultations faisait suite à une demande de réévaluation d'ITT supérieures à 8 jours établies par un médecin non spécialiste en médecine légale (59). Dans des observations sur les violences physiques non limitées au monde du travail, les ITT supérieures à 8 jours représentent entre 7,5 et 20 % des consultations (74,77,80,86). Nous émettrons encore une fois la réserve du mode de détermination de l'ITT entraînant des disparités entre les différentes unités de médecine légale. Une étude multicentrique menée au sein de six centres de médecine légale français montrait d'ailleurs que le pourcentage d'ITT supérieures à 8 jours parmi les CBV était compris entre 8 et 26 % selon les centres (87). Toutefois, l'ITT seraient de plus faible durée dans le cadre des violences au travail. Il a déjà été fait le constat que les ITT supérieures à 8 jours seraient surtout en lien avec les fractures et l'hospitalisation (74). Or, les fractures sont peu présentes chez les victimes incluses dans notre étude. La littérature retrouve entre 2,9 et 14,5 % de victimes d'agression au travail avec de telles lésions (60,63,64,66). Les médecins de la consultation des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel Dieu à Paris notent 20 % de fractures chez les victimes de tout type de CBV (74). Notre

étude a pu montrer que la durée d'ITT augmentait avec la durée d'hospitalisation et chez les patients ayant consulté un médecin. Or, l'hospitalisation reste peu fréquente (environ 3 % des victimes de notre étude). Dans notre échantillon, les caractéristiques augmentant le risque de présenter une ITT suite à l'agression sont les agressions par objet contondant, choc contre un véhicule ou arme naturelle. Nous pouvons nous questionner quant à un éventuel facteur confondant pour cette dernière catégorie car la majorité des agressions où l'agresseur a agi sans armes, entraînent des ITT inférieures à 24 heures voire nulles dans 70 % des agressions. Tout comme nous, Cartegnie et al. ne retrouvaient pas de lien entre la profession et la durée de l'ITT (60).

A propos de la déclaration en accident du travail, nous observons une déclaration plus fréquente que dans la littérature. Le pourcentage de déclarations était compris entre 15 et 23 %, dans les travaux menés à partir des données des unités médico-judiciaires (59,60). Dans notre étude, 66 % des victimes auraient réalisé une déclaration en accident du travail. Toutefois, cette déclaration n'est pas possible pour les victimes non salariées. Nous avons veillé à faire le distinguo dans notre questionnaire et seul 4 % des victimes ne seraient pas concernées par cette déclaration. Il reste toutefois 30 % des victimes qui n'ont pas fait de déclaration. Cela pourrait être en lien avec la faible gravité des lésions. Du fait de leur bénignité, les salariés peuvent ne pas cerner l'intérêt d'une telle déclaration.

#### **VIII.3.4. Bilan**

Au total, nous constatons que les agressions en milieu de travail semblent davantage toucher les hommes, en comparaison avec les autres agressions. Les victimes sont en moyenne plus âgées. L'agresseur est plus souvent connu de la victime et utilise moins souvent une arme.

Pour ce qui est des conséquences, les violences en milieu professionnel semblent avoir des répercussions moins graves, avec des durées d'ITT en moyenne plus courtes, liées notamment

à la moindre prévalence de lésions de type fracturaire et à des hospitalisations peu fréquentes. Les répercussions psychologiques semblent présentes moins fréquemment que dans d'autres contextes de violence. Nous devons toutefois rester vigilant sur ces symptômes notamment lorsque les victimes sont des femmes et lors de violences par arme à feu.

Afin d'affiner ces tendances, une étude pourrait être réalisée afin de comparer, au sein d'un même service de médecine légale, les caractéristiques et conséquences des agressions survenues en milieu de travail aux autres agressions.

## **VIII.4. Perspectives**

### **VIII.4.1. Prise en compte du retentissement psychologique dans la détermination de l'ITT**

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé préconisent la prise en compte de l'état psychologique dans l'évaluation de l'ITT. Cette conférence de consensus conseille une évaluation du retentissement au moins 4 semaines après les faits (55). Des auteurs proposent des délais plus courts en raison des contraintes liées à la procédure judiciaire (84).

Néanmoins, il n'existe toujours pas de recommandations sur les modalités de la détermination du retentissement psychologique (83). La recherche systématique de symptômes psychiques fait toutefois consensus (84,88).

Pour les cas d'agressions « simples », tout médecin devrait pouvoir apprécier le retentissement psychologique (84). Toutefois, s'il ne s'estime pas suffisamment compétent, le praticien peut demander une expertise spécialisée (88). Certains auteurs incitent par exemple à recourir à une consultation psychiatrique lorsque l'agression est liée au travail ou à un braquage (84). A l'unité de médecine légale d'Angers, lorsque le médecin estime que l'ITT relève de critères

psychologiques, il oriente immédiatement la victime vers un psychologue du service en vue de rechercher des troubles (83).

Il a été montré que la durée d'ITT était revue à la hausse lorsque la victime avait bénéficié d'une évaluation psychique (2,2 +/- 1,7 jours pour l'ITT initiale contre 10,4 +/- 5,8 jours après l'expertise ;  $p < 0,001$ ). En outre, cette réévaluation modifiait la catégorie de l'infraction, de contravention à délit, dans 26,7 % des cas (88). Néanmoins, comme le font remarquer les auteurs Huck et al., la démographie médicale ne permet pas de recourir à un expert psychiatre de façon systématique (83). Pour y pallier, certains centres ont mis en place des consultations spécialisées avec la présence conjointe d'un psychologue et d'un médecin légiste (83). Il est d'ailleurs prévu dans les textes qu'un psychologue soit présent au sein de chaque unité médico-judiciaire (89). A Strasbourg, ce dernier a davantage un rôle dans l'orientation des victimes vers une prise en charge adaptée.

#### **VIII.4.2. Quelle place pour le médecin du travail ?**

Lors de notre enquête prospective portant sur 50 victimes, nous avons constaté que seulement deux victimes auraient été en contact avec leur service de santé au travail, dans les suites de l'agression. C'est pourquoi, il nous semble primordial de nous attarder sur la place du médecin du travail.

Si un salarié se fait molester dans l'exercice de ses fonctions, il ne sera pas systématiquement convoqué au service de santé au travail. Légalement, une visite de reprise doit avoir lieu en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours (90). Or nous l'avons vu dans notre étude, seul 20 % des salariés ont rapporté avoir bénéficié d'une prescription d'arrêt de travail, et cet arrêt était souvent inférieur à 30 jours. Toutefois, l'employeur comme le salarié peuvent solliciter une visite, sans devoir attendre les visites réglementaires (91). Depuis le 01 janvier 2017, le médecin du travail peut également être à l'initiative de la convocation (92). La médiane de consultation

en médecine légale est relativement courte et il est possible que des salariés soient allés consulter leur médecin du travail au décours. Cependant, il a été mis en évidence que moins de 1 salarié sur 10 prennent rendez-vous, à leur demande, au service de médecine du travail (93).

Le fait que la victime bénéficie d'une consultation avec son médecin du travail nous semble important car les agressions en milieu de travail peuvent avoir des répercussions à la fois sur la santé des victimes mais également sur leur vie professionnelle. En effet, lors d'une étude menée à l'unité de médecine de violence de Lausanne, les victimes de violences au travail étaient recontactées 30 mois après l'agression afin de constater s'il y avait eu des conséquences sur leur travail. Parmi les 86 personnes interrogées, 2,3 % avaient diminué leur temps de travail et 17,4 % avaient démissionné ou été licenciées (26). Il pourrait être imaginé un protocole rédigé en collaboration avec l'employeur pour que l'ensemble des salariés victimes d'agressions physiques soient vus par le médecin du travail, pas nécessairement en urgence mais plutôt à moyen terme, afin d'évaluer l'impact sur la vie professionnelle, notamment lié aux conséquences psychiques de l'agression.

Nous pouvons prendre l'exemple de l'Agence Nationale Pour l'Emploi de Rhône-Alpes où les victimes d'agressions physiques et verbales bénéficient d'un débriefing post-agression avec leur médecin de prévention (94). Il a d'ailleurs été montré que les victimes d'agressions dans l'exercice de leurs fonctions ayant accepté un soutien psychologique (sous forme de débriefing) se sentaient mieux au travail et avaient moins peur sur leur lieu de travail, en comparaison avec ceux ayant refusé la prise en charge (95).

Force est de constater que la sphère du travail n'est que peu abordée lors de nos consultations de victimologie. Nous pourrions avoir un rôle de conseil et d'information vis à vis des patients en leur expliquant qu'en cas de problème dans leur emploi, en lien avec les conséquences physiques ou psychiques de l'agression, elles peuvent bénéficier d'une visite « à leur demande », avec leur médecin du travail.

Comme le précise le code du travail, l'employeur est le garant de la sécurité des salariés (96). Cela va passer par l'évaluation des situations à risque de violence, la mise en place de mesure de prévention et l'information et la formation des salariés exposés (8). Etant le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, le médecin du travail va également avoir un rôle à jouer en amont, dans la prévention de ce risque (97).

Selon les secteurs professionnels, la prévention va pouvoir s'organiser de différentes manières. Du fait de la grande diversité des secteurs et de leurs spécificités propres, nous ne les détaillerons pas dans ce travail, mais nous en rappellerons les grands principes.

La prévention peut se définir en 3 axes.

- La prévention primaire vise à agir afin de supprimer le risque. C'est la forme de prévention à privilégier mais la plus difficile à mettre en œuvre. Dans le cadre des agressions, il va principalement s'agir de mesures organisationnelles.
- La prévention secondaire entre en jeu lorsque le risque est identifié et présent. Cela consiste à éviter la survenue de conséquences néfastes liées à ce risque. Pour le risque de violences, cela peut consister à organiser des formations à destination des salariés sur l'accueil du public et la gestion des conflits, notamment en cas de travail en contact avec le public (98).
- Enfin la prévention tertiaire vient en dernier lieu, lorsqu'un dommage a été causé et consiste à en limiter les conséquences et les complications. On est alors plus dans une logique de réparation que de prévention pure. Chaque entreprise et notamment les plus « à risque » de violence comme dans le secteur du contrôle (police, administration pénitentiaire...) devrait avoir un protocole clair et connu des salariés sur la conduite à tenir en cas de violences afin de savoir qui contacter, quand, comment et quelles sont les ressources, afin de gérer les conséquences des agressions à court, moyen et long terme.

Afin d'apprécier la place réelle des services de santé au travail dans la prise en charge des agressions en milieu de travail, une étude pourrait être envisagée afin de questionner les pratiques et de comprendre comment s'organise la prise en charge de ce risque (modalités d'information du médecin du travail, existence de protocoles dans les entreprises, partenaires pour la prise en charge, suivi réalisé en post-agression). Cet état des lieux permettrait de dégager des pistes afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge post-agression et de faire progresser la collaboration entre le médecin du travail et le médecin légiste.

### **VIII.4.3. Une prise en charge pluridisciplinaire hautement souhaitable**

La prise en charge des victimes s'accomplit en plusieurs temps et nécessite la collaboration de différents intervenants. Les services de santé au travail en ont bien conscience et plusieurs dispositifs sont déjà mis en place à leur niveau.

A la SNCF, une permanence d'écoute téléphonique, rattachée au service médical du travail, a été créée et les salariés peuvent ainsi joindre un psychologue 24 heures sur 24. Celui-ci propose un service d'écoute et d'orientation (99). Il existe également des « délégués aux incivilités », médiateurs chargés de gérer les violences internes et externes (99).

Dans le secteur bancaire, la Mutualité Sociale Agricole a mis en place un protocole type de prise en charge des victimes de braquage avec des entretiens réalisés par le médecin du travail à 48 heures, 1 mois et 1 an après l'agression sous forme de débriefing individuel (100).

Dans cette prise en charge, l'employeur doit également avoir son rôle à jouer car le soutien de la hiérarchie est important dans le processus de reconstruction de la victime de violence (101).

Nous avons observé dans notre étude que lorsqu'un soutien psychologique avait été proposé, il émanait dans 64 % des cas de l'employeur.

Lors de nos consultations, si le médecin légiste l'estime nécessaire, il peut également adresser la victime vers un psychologue du service afin de réaliser une première observation, orienter

éventuellement au décours les victimes auprès d'un confrère ou d'un psychiatre pour assurer le suivi psychologique.

Nous avons eu l'opportunité d'observer et de participer à la prise en charge des victimes dans le service de médecine légale du CHRU de Besançon, lors de la réalisation d'un stage Interchu. Ce service a historiquement une forte activité en psychiatrie médico-légale. En son sein, plusieurs psychologues sont présents et réalisent le suivi des victimes, le temps nécessaire à leur reconstruction. Les médecins n'hésitent pas à laisser leurs coordonnées aux victimes afin qu'elles puissent les contacter, même à distance de l'agression. N'oublions pas que les répercussions psychiques peuvent survenir plusieurs mois après les faits.

De plus, une association d'aide aux victimes réalise une permanence au sein du service afin d'informer, de conseiller et d'aider les patients à toutes les étapes des démarches judiciaires ainsi que dans les procédures d'indemnisation. En effet, les victimes sont souvent perdues et des partenariats avec les associations locales sont primordiaux. Les plaquettes d'information des principales associations de la ville sont d'ailleurs disponibles en salle d'attente.

#### **VIII.4.4. Améliorer l'information des victimes**

Lors des consultations de médecine légale, le rôle du médecin légiste ne se limite pas à la constatation des lésions. Il a également un rôle de conseil. Il n'a toutefois pas nécessairement le temps, ni la formation, pour s'intéresser spécifiquement à la problématique « travail ». C'est pour cela que nous avons réalisé une plaquette d'information à destination des victimes d'agressions dans le cadre du travail afin de les informer sur le rôle de chaque intervenant et

sur leurs principaux droits tant sur le plan pénal que professionnel (Annexe 3). Cette dernière comporte cinq parties expliquant :

- Le rôle du médecin du travail ;
- Le rôle du médecin légiste ;
- La procédure judiciaire et sa finalité ;
- La procédure de déclaration en accident du travail et son intérêt ;
- Les principales structures d'aides aux victimes, dont les coordonnées ont été obtenues par l'intermédiaire du site internet du ministère de la justice (102).

## **IX. Conclusion**

Les coups et blessures volontaires constituent une infraction pénale. Malgré tout, chaque jour, des citoyens en sont victimes sur leur lieu de travail. Outre les effets de ces actes sur leur santé physique et mentale, ces violences peuvent avoir des répercussions sur leur emploi, le collectif de travail, ainsi que l'entreprise.

Dans le monde, de nombreuses études ont mesuré la fréquence de ce phénomène chez les professionnels de santé, ainsi que ses conséquences. Les données relatives aux autres secteurs professionnels sont peu détaillées. Pourtant, la violence dans le cadre de l'emploi concerne l'ensemble des travailleurs. Elle est qualifiée « d'externe » lorsqu'elle est perpétrée par une personne extérieure à l'entreprise et « d'interne » lorsque l'auteur des faits travaille lui-même dans l'établissement. Une bonne connaissance de la typologie de ces actes est le préalable à toute démarche de prévention. Ces données permettraient également de rationaliser la prise en charge des victimes.

Dans le but d'identifier les caractéristiques des agressions se produisant en milieu professionnel, puis d'évaluer les conséquences médico-légales de ces actes, nous avons réalisé une étude rétrospective à partir des rapports médico-légaux informatisés de la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-Judiciaires des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Nous avons analysé les dossiers des patients examinés entre 2014 et 2016, sur réquisition judiciaire, dans les suites de CBV survenus au cours de leur activité professionnelle.

Les données de 326 consultations ont été étudiées, soit 8 % de l'ensemble des consultations pour CBV réalisées sur cette même période. L'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des victimes en milieu de travail de notre département car seules les personnes ayant réalisé un dépôt de plainte sont reçues en consultation.

Les victimes sont principalement des hommes, âgés de 30 à 39 ans et exerçant dans le secteur du contrôle.

Les agressions sont volontiers perpétrées par un homme, agissant seul. Il est extérieur à l'entreprise et le plus souvent, inconnu du plaignant. L'assaillant utilise dans plus de 80 % des cas une arme naturelle, généralement des coups de poing. Les secteurs du contrôle, puis du commerce et des relations publiques dans des proportions moindres, sont touchés par les violences externes. Lors de violences externes, le risque d'être confronté à des agresseurs multiples est plus important que lors de violences internes. Les violences internes prennent place principalement dans les secteurs du BTP, du transport et de l'industrie. Les objets contondants sont plus souvent utilisés dans ce type de violences que lors des violences externes.

Concernant les conséquences physiques des faits de violence, les victimes présentent en majorité des contusions et des dermabrasions. Les fractures ne concernent que 5 % des consultations. Des blessures siègent dans un cas sur deux aux membres supérieurs et dans un cas sur trois au niveau de l'extrémité cervico-céphalique. Dans notre étude, les répercussions somatiques des agressions peuvent être considérées comme bénignes, comme en témoigne la durée d'ITT, inférieure à 24 heures ou nulle dans près de deux tiers des consultations. Les ITT supérieures à 8 jours, délictuelles, ne concernent que 4 % des victimes. Un lien existe entre la durée d'ITT et le fait d'être victime d'une agression par arme naturelle, objet contondant ou perpétrée à l'aide d'un véhicule en mouvement. Dans ces groupes, le risque d'avoir une ITT supérieure à 8 jours est significativement plus important que pour les autres victimes. L'ITT dépend également de la durée d'hospitalisation et du fait d'avoir consulté un médecin avant l'examen en médecine légale. Deux tiers des patients ont consulté un médecin avant notre consultation, la plupart du temps, auprès d'un service d'urgences médicales. Seul 1,8 % des patients ont été hospitalisés.

S'agissant des conséquences sur l'emploi, il est mentionné dans 20 % des dossiers qu'un arrêt de travail a été prescrit, d'une durée moyenne de 11,5 jours.

Le recueil rétrospectif des données ne nous permettait pas d'obtenir d'informations précises sur le contexte professionnel ainsi que sur le retentissement psychologique des victimes. Nous avons donc poursuivi notre travail par l'élaboration d'un auto-questionnaire qui a été distribué durant 7 mois aux patients consultant suite à des CBV survenus dans le cadre du travail. Nous avons recueilli puis analysé 50 questionnaires.

Cette étude complémentaire nous apprend que les répondants appartiennent essentiellement à la catégorie des employés, qu'ils ont le statut de fonctionnaire et exercent en CDI dans une entreprise de plus de 500 salariés. Le temps moyen de travail hebdomadaire est compris entre 30 et 40 heures. Même si les victimes n'ont pas un emploi précaire, elles n'ont toutefois que peu d'ancienneté à leur poste de travail, la majorité exerçant depuis moins de 5 ans. Tous les patients présentent des facteurs de risques de violences externes classiquement décrits dans la littérature à savoir le contact avec le public (facteur retrouvé chez 94 % des consultants), l'exercice d'une fonction de contrôle, de sûreté ou de sécurité dans leur emploi (facteur retrouvé chez 50 % des répondants), ou encore un travail de nuit (facteur retrouvé chez 50 % des répondants). En relation avec ces facteurs prédisposants, les agressions sont survenues sur la voie publique puis dans des locaux de l'entreprise destinés à recevoir du public. Le lien entre l'agresseur et la victime a pu être précisé. Lors de violences externes, il s'agit habituellement d'une personne interpellée ou contrôlée voire d'un client. Dans le cadre des violences internes, faits minoritaires dans notre étude, l'assaillant est un collègue de même niveau hiérarchique.

Concernant les répercussions psychiques, il en est fait état dans 14 % des dossiers de l'étude rétrospective. Or, 62 % des répondants au questionnaire allèguent au moins un symptôme psychologique. Le plus fréquemment cité est le trouble du sommeil puis vient l'anxiété et la

tristesse de l'humeur. Il a d'ailleurs été proposé à une victime sur quatre un soutien psychologique, et cette initiative émanait en majorité de l'employeur. Nous avons mis en évidence que les victimes de sexe féminin et celles victimes de violences par arme à feu ont plus de risques de présenter des symptômes psychiques. Au vu de ces observations, il faudrait réfléchir à la question de la mention systématique du retentissement psychologique dans nos rapports de consultations, et de son intégration dans le calcul de l'ITT en cas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

Les conséquences réelles des faits de violence sur l'emploi n'ont pas pu être étudiées car la médiane de consultation au service de médecine légale n'est que de deux jours. Une étude prospective sur plusieurs mois des salariés ayant consulté au service de médecine légale de Strasbourg permettrait d'évaluer la mise en place éventuelle d'un aménagement de poste, d'un reclassement voire d'un licenciement pour inaptitude.

Il est important de noter que 70 % des victimes de notre échantillon prospectif allèguent avoir déjà subi une agression en lien avec leur travail par le passé. Pour autant, toutes ces victimes n'avaient pas entamé de procédure judiciaire, souvent par méconnaissance. Outre ce défaut d'information à propos du dépôt de plainte, nous avons constaté un manque de connaissance concernant la déclaration de l'agression en accident du travail. En effet, un tiers des plaignants de notre échantillon prospectif n'a pas déclaré les faits comme tel. Cette étude complémentaire nous a permis, malgré ses limites liées au biais de recrutement, de mettre en avant la nécessité de mieux informer les salariés sur leurs droits et les procédures à adopter en cas d'agression sur le temps de travail. Afin de satisfaire à cet objectif, nous avons réalisé une plaquette d'information à destination des patients. En effet, le domaine professionnel n'est que peu abordé lors de nos consultations et les travailleurs ne sont pas toujours au fait du rôle de chaque intervenant, notamment du médecin du travail, qui est encore trop souvent oublié.

Or, son rôle est multiple. Il va jouer un rôle en amont, dans la prévention du risque, en conseillant l'employeur dans la mise en place de mesures visant, au mieux, à éliminer le risque, et, si ce n'est possible, à en limiter les conséquences. En cas d'agression, un protocole doit exister, et être connu, afin que les salariés sachent quelle attitude adopter et qui alerter. Là encore, le médecin du travail peut participer à son élaboration. A plus long terme, le médecin du travail pourra accompagner les salariés présentant des manifestations physiques ou psychiques, afin de faciliter le maintien dans l'emploi.

Au total, la prise en charge des salariés victimes d'agression en milieu de travail se doit d'être pluridisciplinaire. En effet, elle implique les médecins somaticiens dans la prise en charge des lésions physiques, les psychologues ou les psychiatres pour ce qui est du versant psychique et les médecins du travail pour la prévention du risque et la reprise d'une activité professionnelle dans les meilleures conditions possibles. Le médecin légiste, en charge de l'évaluation des lésions, a une place charnière dans le conseil et l'orientation de la victime. Un partenariat avec les associations locales d'aides aux victimes pourrait être envisagé afin de permettre l'accompagnement et le conseil des victimes à toutes les étapes de la procédure judiciaire.

VU  
 Strasbourg, le 10/07/2018  
 Le président du Jury de Thèse  
 (signature)  
 Professeur Yana GONZALEZ



VU et approuvé  
 Strasbourg, le 27 JUL. 2018  
 Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg  
 (signature)

Professeur Jean SIBILIA

Pour le Doyen,  
 L'Assesseur  
 Pr Bernard GOICHOT



# **Annexes**

## Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs de la littérature

Tableau A1 : Caractéristiques des études décrivant les violences physiques volontaires en milieu de travail

<b>Etude</b>	<b>Description de la population</b>	<b>Recueil des données</b>	<b>Date</b>	<b>Effectif</b>
<i>Tous secteurs</i>				
Cartegnie et al (2008) (60)	Consultation de coups et blessures du service de médecine légale du CHU de Toulouse Suite à une agression au temps et au lieu de travail	Rétrospectif Rapport médicaux et fiches d'accueil des victimes Exclusion accident de trajet et violences involontaires	Janvier 2006 à décembre 2007	810
Aytac et al (2011) (61)	Salariés Turc travaillant à Bursa, du secteur de l'industrie, des services, de la sécurité, de la santé et de l'éducation	Rétrospectif par questionnaire distribués aux salariés volontaires des différents secteurs	Recueil du 15 novembre 2007 au 24 décembre 2008	2012 questionnaires récoltés 132 salariés victimes de violences physiques
Gausсен (2012) (59)	Victimes d'agressions sur le lieu de travail vues à l'UML de Bordeaux	Rétrospectif Dossiers d'agressions de l'UML de Bordeaux	Entre le 01/01/1998 et le 31/12/2000	323

<b>Etude</b>	<b>Description de la population</b>	<b>Recueil des données</b>	<b>Date</b>	<b>Effectif</b>
Ait Boughima et al (2012) (62)	Consultations UMJ CHU Ibn Rochd (Maroc) Victimes de violences physiques survenues en milieu de travail	Prospectif Auto-questionnaire	Recueil sur 6 mois	80
De Puy et al (2015) (26)	Patients ayant consulté l'UMV (unité de médecine des violences) de Lausanne pour violence physique au travail	Rétrospectif Puis enquête téléphonique 30 mois après l'agression	Entre le 01/01/2007 et le 31/12/2010	185 dossiers 86 recontactés
<b><i>Santé</i></b>				
Ladhari et al (2004) (63)	Agressions verbales et physiques déclarées comme accident du travail (AT) au sein du CHU de Clermont-Ferrand	Rétrospectif Données via fiches de déclaration en AT, des dossiers médicaux et d'un questionnaire auto-administrable (retentissement psychique)	Entre 1997 et 2001	137

<b>Etude</b>	<b>Description de la population</b>	<b>Recueil des données</b>	<b>Date</b>	<b>Effectif</b>
Jmal-Hammami K et al (2006) (64)	Ensemble des agressions déclarées par le personnel de 2 hôpitaux de Sfax (Tunisie) comme AT	Rétrospectif Renseignement via registres des accidents du travail, dossiers médicaux +/- entretien	Entre le 01/01/1992 et le 31/12/2004	107
Hérin et al (2014) (65)	Personnel de santé venant faire établir un certificat pour CBV à la consultation de médecine légale de Toulouse	Rétrospectif Recherche informatique à partir des dossiers codés comme « violence au travail » Données des certificats et des dossiers	Entre janvier 2004 et juillet 2012	66
Renwick et al (2016) (66)	Salariés des centres de santé mentale anglais « NHS Mental Health Trust »	Rétrospectif Base de données nationale remplie par les employeurs sur les accidents du travail avec arrêt > 7 jours	Entre octobre 2011 et mars 2013	544
<b><i>Transports</i></b>				
Crier Fonmartin (2001) (68)	Agents de la compagnie des Transports Strasbourgeois victimes d'agressions et reçus à la consultation de médecine légale de Strasbourg	Rétrospectif Dossiers médicaux	Entre 1996 et 2000	272

Tableau A2 : Caractéristiques des populations de victimes étudiées

\* = données non disponibles

Etude (année)	Effectif	Sexe (%)		Age moyen (en année)	Principales professions/secteurs touchés	Durée moyenne de travail	Mode d'exercice	Ancienneté
		Femme	Homme					
<i>Tous secteurs</i>								
Cartegnie et al (2008) (60)	810	27	73	37	Contrôle (35,5%) Commerce (12,8 %) BTP (7,4%)	*	*	*
Aytac et al (2011) (61)	132	37,1	62,9	*	Sécurité : 20,7 % Santé : 5,1 % Education : 2,9 % (en fréquence relative)	*	*	11-15 ans : 40,9 % 1-5 ans : 22,7 % ≥ 16 ans : 22 %
Gausсен (2012) (59)	323	21,98	78,02	*	Sécurité : 30,34 % Transport : 12,07 % Médico-social et enseignement : 10,53 %	*	*	*
Ait Boughima et al (2012) (62)	80	13,8	86,3	33,8	Classes ouvrières : 63,8 % Employés : 12,5 % Professions intermédiaires : 11,3 %	8h/j	Privé : 71,3%, Public : 25%	*

\* = données non disponibles

Etude (année)	Effectif	Sexe (%)		Age moyen (en année)	Principales professions/secteurs touchés	Durée moyenne de travail	Mode d'exercice	Ancienneté
		Femme	Homme					
De Puy et al (2015) (26)	185	30,1	69,7	*	Hommes : sécurité Femmes : santé/social/éducation	*	Salarié : 72,4 % Libéral : 10,8 %	*
<b><i>Santé</i></b>								
Ladhari et al (2004) (63)	137	57	43 (mais sexe ratio H/F rapporté à l'effectif total des salariés = 1,7 )	*	Infirmiers : 5 % Aides-soignants et agents de service hospitalier : 2,6 %	*	*	Fréquence relative < 5 ans : 5,74 % 5-10 ans : 3,82 % > 10 ans : 1,36 %

\* = données non disponibles

Etude (année)	Effectif	Sexe (%)		Age moyen (en année)	Principales professions/secteurs touchés	Durée moyenne de travail	Mode d'exercice	Ancienneté
		Femme	Homme					
Jmal-Hammami et al (2006) (64)	107	5,2 (en fréquence relative)	4,7 (en fréquence relative)	39,4	Infirmier : 6,4 % Ouvrier 6,4 % Aides-Soignants : 5,5 % (en fréquence relative)	*	*	< 5 ans : 11,7 % 16 à 20 ans : 6,6 % > 20 ans : 6,3 % (en fréquence relative)
Hérin et al (2014) (65)	66	70	30	38	Infirmiers : 28,6 %, Aides-soignants : 26,9 % Médecins : 14,3 %	*	Salarié : 75,8 % Libéral : 21,2 %	*
Renwick et al (2016) (66)	544	55	45	*	Aides-soignants : 53,9 % Infirmiers : 32,9 %	*	*	*
<b>Transports</b>								
Crier Fonmartin (2001) (68)	272	12	88	*	Contrôleurs : 58,4 % Conducteurs : 35,7 % Agents de prévention : 5,9 %	*	*	*

Tableau A3 : Caractéristiques des agresseurs et des agressions

\* = données non disponibles

Etude	Sexe de l'agresseur	Nombre d'agresseurs	Lien avec la victime	Modus operandi	Heure de l'agression	Lieu de l'agression
<i>Tous secteurs</i>						
Cartegnie et al (2008) (60)	*	*	Violences internes : 23,5 %	Armes naturelles : 88,9 % Objets contondants : 7,5 % Armes blanches : 2,1 % Armes à feu : 1,1 %	*	Site délimité : 77,9 % Voie publique : 22,1 %
Aytac et al (2011) (61)	Homme : 54,5 % Femme : 10,6 % Mixte : 18,9 %	*	Externe : 53,8 % Supérieur : 9,8 % Collègue : 3 % Subordonné : 2,4 %	*	*	*
Gausсен (2012) (59)	*	*	Violence externe : 84,52 % Violence interne : 15,48 %	Agression à main nue : 73,47 % Arme : 24,15 %	*	*
Ait Boughima et al (2012) (62)	Homme : 91,3%	*	Etranger : 36,3% Collègue : 33,8%, Client : 22,5%, Supérieur 5%	*	8h-12h : 34,6%	*
De Puy et al (2015) (26)	Homme : 91 %	Seul : 83 %	Violence externe : 72,5% Violence interne : 27 % Collègue : 70 % Subordonné : 24 % Supérieur : 6 %	*	Journée : 51 % Nuit : 31,1 % Soirée : 14,3 %	*

\* = données non disponibles

<b>Etude</b>	<b>Sexe de l'agresseur</b>	<b>Nombre d'agresseurs</b>	<b>Lien avec la victime</b>	<b>Modus operandi</b>	<b>Heure de l'agression</b>	<b>Lieu de l'agression</b>
<b>Santé</b>						
Ladhari et al (2004) (63)	Homme : 69,4%	multiples : 1,5 %	Patient : 87,6 % Visiteur : 8 % Collègue : 2,9 %	Coups : 42,3 % Projection d'objet : 16,7 % Griffure : 15,3 % Morsure : 12,4 %	*	*
Jmal-Hammami K et al (2006) (64)	Homme : 64 %	*	Patient : 66,3%, Accompagnant : 14,6%	Arme naturelle : 83,2% (dont 25% de coups de poing) Objet : 12 % Pas d'arme à feu ni d'arme blanche Agression verbale associée : 9 %	Matin : 55,1%	*
Hérin et al (2014) (65)	Homme : 63,3 %	*	Patient : 59,1%, Collègue : 12,1% Accompagnant : 9,1 %	Coup de poing : 50 % Coup de pied : 24,2 % Empoignade : 37,9 % Pas d'arme blanche ou d'arme à feu	Après-midi : 32,3 % Soir : 26,1 % Nuit : 23,1 % Matin : 18,5 %	*
Renwick et al (2016) (66)	Inconnu : 64,7 % Homme : 26,7 % Femme : 8,6 %	*	Patient : 100 %	Objet : 11,9 %	*	*

\* = données non disponibles

<b>Etude</b>	<b>Sexe de l'agresseur</b>	<b>Nombre d'agresseurs</b>	<b>Lien avec la victime</b>	<b>Modus operandi</b>	<b>Heure de l'agression</b>	<b>Lieu de l'agression</b>
<i>Transport</i>						
Crier Fonmartin (2001) (68)	*	*	*	*	*	*

Tableau A4 : Conséquences médico-légales des agressions

\* = données non disponibles

Etude	lésions	ITT	localisation	Cs médicale	Arrêt de travail	Répercussion psychique	Déclaration AT	Hospitalisation	Consultation médecine du travail
<b>Tous secteurs</b>									
Cartegnie et al. (2008) (60)	Aucune : 26,9 % Stigmates cutanés : 73% Fractures : 6,7 % Plaies : 5,8 %	Nulle : 59,3 % 1 jour : 22 % Entre 1 et 8 jours : 16,7 % > à 8 jours : 2 %	*	62,8 %	20 %	6,2 %	23 %	2,3 %	*
Aytac et al (2011) (61)	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Gausсен (2012) (59)	*	Nulle : 3,09 % 1 jour : 5,88 % > 8 jours : 21,05 %	*	*	*	*	14,66 %	*	*

\* = données non disponibles

Etude	lésions	ITT	localisation	Cs médicale	Arrêt de travail	Répercussion psychique	Déclaration AT	Hospitalisation	Consultation médecine du travail
Ait Boughima et al (2012) (62)	Ecorchure et ecchymose : 28,8%, Plaies : 29%, Fractures et entorses 26,5% Lésions viscérales : 5,2 %	<21 j : 42,2% (moyenne = 26,8 jours)	*	*	*	*	*	11,3%	*
De Puy et al (2015) (26)	Aucune : 74,4 % Mineure : 24,4 % Modérée : 1,2 % Sévère : 0 %	*	*	*	36 %  Diminution temps de travail : 2,3 % Démission/perte d'emploi : 17,4 %	Symptômes initiaux : 64 % Conséquences psychiques : 45 %	*	*	*

**Santé**

Ladhari et al (2004) (63)	Contusion : 33,5% Griffure ou plaie : 17,5% Hématome ou Ecchymose : 16,7% Fracture : 2,9%	*	Membres supérieurs : 59,1 % Tête : 33,5 %	*	15,3% (arrêt moyen : 16 jours)	63,8 % Troubles > 1 mois : 10,6%	Critère d'inclusion	*	*
Jmal-Hammami K et al (2006) (64)	Ecchymose, hématome, écorchure : 53,3 % Contusion : 22,4 % Fracture : 14,5% Entorse : 11,2 % Plaies : 9,3 %	*	Cranio-facial : 63,5% Membres supérieurs : 46,7% Membres inférieurs : 17,7 %	*	76,6% (arrêt moyen : 17,4 jours)  Dans 2 cas : reclassement professionnel	50,5%	Critère d'inclusion	*	*

Hérin et al (2014) (65)	Aucune : 15,2% Ecchymose ou hématome : 68 % DA = 27,3 % Plaies : 13, 6% Entorse : 9,1 %	ITT moyenne 1 jour Nulle : 56,1 % 1 jour : 25,8 % Entre 1 et 8 jour : 16,6 % > à 8 jours : 1,5%	Extrémité céphalique : 42,4 % Membre supérieurs : 37,9 % Cervical : 21,2 %	Urgences : 43,9 % Médecin généraliste : 22,7 %	12 % (arrêt moyen : 5,9 jours)	25,8 %	*	*	21,2 %
Renwick et al (2016) (66)	Ecchymose et contusions : 30,5 % Entorse : 24,8 % Fracture : 11 %	*	Tête et cou : 20% Face : 17% Tronc : 17%	*	*	*	*	*	*
<b>Transport</b>									
Crier Fonmartin (2001) (68)	lésions cutanées > 50%	ITT : < ou égale 24h : environ 90%	Membres : 34 % Extrémité cervico- céphalique : 25%	*	*	27,6 %	*	*	*

---

Annexe 2 : Auto-questionnaire distribué aux victimes de violences physiques volontaires en milieu de travail

**Questionnaire à destination des victimes d'agressions physiques au travail**

• *Date de la consultation :*

|\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

• *Données sociodémographiques :*

1- Vous êtes :

Un homme

Une femme

2- Age : |\_|\_| ans

• *Données professionnelles :*

3- Quelle est votre situation actuelle :

Salarié du régime général / local

Salarié du régime agricole

Fonctionnaire

Non salarié (artisan, libéral, commerçant...)

Autre : .....

4- Quelle est votre catégorie professionnelle actuelle ?

Agriculteurs exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions Intermédiaires

Employés

Ouvriers

Autre : .....

5- Quel est votre profession : .....

6- Taille de l'entreprise :

< 50 salariés

50-499 salariés

> 500 salariées

7- Type de contrat de travail :

- CDD  
 CDI  
 Intérimaire / Travailleur temporaire  
 Non salarié  
 Autre : .....

8- En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

.....

9- Depuis combien de temps occupez-vous le poste de travail actuel ?

.....

10- Aviez-vous déjà été victime d'agression physique dans le cadre de votre travail (sur ce poste ou un autre) ?

- Non  
 Oui  
 Si oui, aviez-vous également entrepris des démarches judiciaires :  
 Oui  
 Non si non pourquoi ? : .....

11- Dans votre emploi actuel, êtes-vous concerné par les situations suivantes ? (plusieurs réponses possibles)

- Contact avec le public  
 Travail de nuit  
 Manipulation d'argent ou de valeurs  
 Travail isolé  
 Fonction de contrôle / de sureté / de sécurité  
 Aucune de ces situations

• *A propos de l'agression :*

12- Date de l'agression : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

13- Heure de l'agression : |\_|\_| H |\_|\_|

14- Par combien de personnes avez-vous été agressé ?

.....

15- Quel était le sexe du ou des agresseur(s) ?

- Homme  
 Femme  
 Les 2  
 Ne sait pas

16- Dans le cadre de votre travail, quel est votre lien avec l'agresseur ? (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Client, usager ...              | <input type="checkbox"/> Subordonné         |
| <input type="checkbox"/> Patient                         | <input type="checkbox"/> Cercle familial    |
| <input type="checkbox"/> Personne interpellée, contrôlée | <input type="checkbox"/> Aucun              |
| <input type="checkbox"/> Personne privée de liberté      | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Collègue                        | .....                                       |
| <input type="checkbox"/> Supérieur hiérarchique          |   |

17- Où l'agression s'est-elle déroulée ?

- Voie publique
- Transport en commun
- Dans des locaux de l'entreprise recevant du public (commerce / restaurant / accueil ....)
- Dans des locaux ou bureaux de l'entreprise non destinés à recevoir du public
- Autre lieu (précisez) :
- .....

18- Quelle(s) violence(s) avez-vous subie(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insultes      | <input type="checkbox"/> Empoignade                     |
| <input type="checkbox"/> Coup de poing | <input type="checkbox"/> Bousculade                     |
| <input type="checkbox"/> Coup de coude | <input type="checkbox"/> Coup porté à l'aide d'un objet |
| <input type="checkbox"/> Gifle         | <input type="checkbox"/> Arme blanche                   |
| <input type="checkbox"/> Coup de pied  | <input type="checkbox"/> Arme à feu                     |
| <input type="checkbox"/> Morsure       | <input type="checkbox"/> Impact contre un véhicule      |
| <input type="checkbox"/> Griffure      | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :             |
| <input type="checkbox"/> Etranglement  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Coup de tête  | .....   |

• Après l'agression :

19- Avez-vous consulté un médecin suite à cette agression (excepté le médecin légiste) ?

- Oui  Non

Si oui :

- Consultation aux urgences
- Médecin généraliste / SOS médecin
- Autre (précisez) : .....

Vous a-t-on remis un certificat médical constatant vos blessures ?

- Oui  Non

20- Avez-vous été hospitalisé suite à cette agression ?

- Oui
- Non

Si oui combien de jours ? .....

21- Une déclaration ou un signalement d'accident du travail/ accident de service a-t-il été réalisé ?

- Oui  Non concerné  
 Non  Ne sait pas

22- Suite à l'agression, avez-vous été vu au service de médecine du travail ou à l'infirmerie de l'entreprise ?

- Oui  
 Non  
 Non concerné

• Répercussions psychologiques de l'agression :

23- Cette agression a-t-elle eu pour vous les répercussion suivantes ? (cochez la ou les réponses vous concernant)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété                                 | <input type="checkbox"/> Agressivité            |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'appétit                   | <input type="checkbox"/> Repli sur soi          |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil / cauchemars        | <input type="checkbox"/> Sentiment d'abandon    |
| <input type="checkbox"/> Reviviscence/flash-backs de l'agression | <input type="checkbox"/> Sentiment de tristesse |
| <input type="checkbox"/> Sentiment de culpabilité                | <input type="checkbox"/> Aucune                 |
| <input type="checkbox"/> Dévalorisation                          | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :     |
- .....

24- Prenez-vous des traitements médicamenteux suite à cette agression ?

- Oui  
 Non

Si oui lesquels :

.....  
 .....

25- Suite à l'agression, vous a-t-on proposé un soutien psychologique ?

- Oui  
 Non

Si oui, par qui a-t-il été proposé ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin  
 Employeur  
 Autre (précisez) : .....

26- Avez-vous consulté un psychologue ou un psychiatre suite à cette agression ?

- Oui  
 Non

Si non, pensez-vous en avoir besoin ?

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

## Annexe 3 : Plaquette mise à disposition des victimes de violences physiques volontaires en milieu de travail

---

### Vous êtes salarié

N'hésitez pas à prendre contact avec votre service de santé au travail.

Vous pouvez à tout moment demander un rendez-vous avec votre médecin du travail afin de :

- Analyser vos conditions de travail ;
- Faire le point sur votre état de santé suite à l'agression ;
- Procéder à un aménagement du poste de travail si nécessaire.

Vous ne connaissez pas les coordonnées de votre service de santé au travail ?  
Demandez-les à votre employeur.

---

### Besoin d'aide, de conseils concernant :

- La procédure judiciaire ?
- La réparation du préjudice ?

### Plusieurs structures peuvent vous aider.

- **Bas-Rhin :**

Bureau d'aide aux victimes  
Quai Finkmatt BP 1030 67070 Strasbourg  
Tel : 03 88 75 28 86  
E-mail : bav.tgi@gmail.com

Association SOS aide aux habitants  
36 allée Reuss 67100 Strasbourg  
Tel : 03 88 79 79 30  
E-mail : [direction@sos-aide-aux-habitants.fr](mailto:direction@sos-aide-aux-habitants.fr)

- **Plateforme nationale :**

01 41 83 42 08 (n° non surtaxé, disponible 7j/7)

---

## Victime d'agression physique en milieu de travail ?



**Consultation de Médecine Légale et  
d'Urgences Médico-Judiciaires  
Nouvel Hôpital Civil Strasbourg**

---

## Avez vous déclaré l'agression en accident du travail ?

### Dans quel cas ?

- Vous êtes salarié ;
- Vous avez été agressé dans le cadre de votre activité professionnelle ou sur le trajet domicile-travail.

### Dans quel but ?

- Prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à l'accident ;
- Versement d'indemnité journalière sans délai de carence si arrêt de travail ;
- Rente ou indemnité forfaitaire selon le taux d'incapacité permanente fixé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) après consolidation ;

### Comment ?

- Informez votre employeur dans les 24 h ;
- Faites constater vos blessures par un médecin puis en adressant le certificat médical à la CPAM

---

## La procédure judiciaire

Le dépôt de plainte a pour finalité l'obtention d'une sanction pénale contre l'auteur des faits.

Dans le cadre des coups et blessures, la victime dispose de 6 ans pour porter plainte. Au-delà cela n'est plus possible (délai de prescription).

Afin d'obtenir réparation du préjudice, la victime doit se constituer partie civile.

Vous serez informé des suites données à votre plainte par le procureur de la république.

---

## Le rôle du médecin légiste

### Dans quel cadre agit-il ?

Le médecin légiste vous examine sur réquisition, à la demande de la justice.

Il doit répondre à une série de questions qui sont précisées dans la réquisition.

### Le but de l'examen

Ce dernier consiste généralement à :

- Décrire les lésions corporelles ;
- Déterminer l'Incapacité Totale de Travail (ITT).

### Définition de l'ITT

L'ITT correspond à la durée durant laquelle vous avez été gêné dans la vie quotidienne du fait de vos blessures (se déplacer, manger, faire sa toilette ...). Cette notion n'a donc pas de lien avec l'arrêt de travail.

### Rédaction d'un rapport

Suite à l'examen le médecin rédige un rapport qu'il adresse directement à l'autorité judiciaire qui l'a requis (police ou gendarmerie).

## Bibliographie

1. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Physical and psychological violence at the workplace. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2010. 22 p.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002. 376 p.
3. Violence au travail dans le secteur des services et moyens de combattre le phénomène: recueil de directives pratiques du BIT. International Labour Organization; 2004. 58 p.
4. Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: [http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches\\_rps/fr\\_accord\\_26\\_mars\\_2010.pdf](http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/fr_accord_26_mars_2010.pdf)
5. Mayhew C, Chappell D. Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *Int J Law Psychiatry*. oct 2007;30(4-5):327-39.
6. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, La violence au travail, Fiche FACTS n°24, Belgium, 2002 [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/24>
7. INRS - Violences externes : de quoi parle t'on ? DC6 [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/dms/inrs/CataloguePapier/HST/TI-DC-6/dc6.pdf>
8. INRS - Agression et violence externe [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/dms/inrs/GenerationPDF/accueil/risques/agressions-violences-externes/Agression%20et%20violence%20%20externe.pdf>
9. Tragno M, Dureau A, Tarquinio C. Les violences et agressions physiques au travail : analyse de la littérature. *Rev Eur Psychol Appliquée*. déc 2007;57(4):237-55.
10. INRS - Travailler en contact avec le public - ED 6201 [Internet]. 2015 [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206201>
11. Références en santé au travail - Violence et travail. 23e journée recherche de l'Institut

interuniversitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France (IIMTPIF). Paris, 15 mars 2017 [Internet]. [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TD%20245>

12. Harcèlement et violence interne. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/ce-qu-il-faut-retenir.html>

13. 2016 NCVRW Resource Guide: Workplace Violence Fact Sheet - 2016NCVRW\_6\_WorkplaceViolence-508.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: [https://ovc.ncjrs.gov/ncvrw2016/content/section-6/PDF/2016NCVRW\\_6\\_WorkplaceViolence-508.pdf](https://ovc.ncjrs.gov/ncvrw2016/content/section-6/PDF/2016NCVRW_6_WorkplaceViolence-508.pdf)

14. Work-related Traumatic Injury Fatalities, Australia, Safe work australia 2016 [Internet]. [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1702/work-related-traumatic-injury-fatalities.pdf>

15. Erika Harrell, Workplace Violence: 1993–2009, (Washington, DC: U.S. Department of Justice, 2011), [Internet]. [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>

16. Erika Harrell, Workplace Violence Against Government Employees, 1994–2011, (Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, 2013), [Internet]. [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/wvage9411.pdf#1>

17. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. 3. ed. Geneva: Internat. Labour Off; 2006. 360 p.

18. SUMER. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs - TF 207 - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20207>

19. DGOS. Rapport annuel ONVS 2017 - Données 2015-2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/article/rapport-annuel-onvs-2017-donnees-2015-2016>

20. Résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins 2016 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2097>
21. Tissot C. Les accidents du tertiaire, des risques très divers pour une même activité de services. *Hygiène et sécurité du travail*. 2012;228:3-14.
22. Beauthier J-P. *Traité de médecine légale*. Bruxelles; [Paris: De Boeck; 2011.
23. Ferrant O, Sec I, Rey-Salmon C. Le certificat médical initial. *J Eur Urgences Réanimation*. 1 août 2012;24(2):101-4.
24. Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville É, et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris: Maloine; 2009.
25. Crocq L. *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2007.
26. De Puy J, Romain-Glassey N, Gut M, Pascal W, Mangin P, Danuser B. Clinically assessed consequences of workplace physical violence. *Int Arch Occup Environ Health*. févr 2015;88(2):213-24.
27. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. *PloS One*. 2015;10(8):e0135225.
28. Collège national des universitaires en psychiatrie. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* . 2016.
29. Haute Autorité de Santé. *Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. Guide affection longue durée*. Paris : HAS ; 2007. [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)
30. De Clercq M. Les répercussions psychiatriques et psycho-sociales des catastrophes et trauma graves. *Médecine Catastr - Urgences Collect*. 1 nov 1999;2(3):73-8.
31. Ferreri F, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri M. *Psychotraumatismes majeurs : état de*

stress aigu et états de stress post-traumatique. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(1):1-16.

32. Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. L'Encéphale. sept 2015;41(4):346-54.

33. Debout M. Violences au travail : aspects cliniques. Arch Mal Prof Environ. juin 2002;63(3-4):250-1.

34. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé; Avril 2011. [Internet]. [cité 14 juillet 2018]. Disponible sur: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

35. Code du travail - Article L4121-1 [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528>

36. Article L4131-1 du Code du travail - Legifrance [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178068&cidTexte=LEGITEXT000006072050>

37. Code de la sécurité sociale - Article L411-1. Code de la sécurité sociale.

38. COUR DE CASSATION, Chambre sociale, du 23 novembre 1961, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006958285>

39. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 2 avril 2003, 00-21.768, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007049182>

40. Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 15 juin 2004, 02-31.194, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007046933>

41. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 23 mai 2002, 00-14.154, Publié au bulletin

[Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007043143>

42. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 19 juillet 2001, 99-21.536, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007045223>

43. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 8 novembre 1995, 92-41.786, Inédit [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007286513>

44. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 2 avril 2003, 01-40.032, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007049181>

45. Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 2 novembre 2004, 02-31.098, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007048075&fastReqId=581797438&fastPos=1>

46. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 14 mars 1996, 94-10.430, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007035336>

47. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 30 novembre 1995, 93-14.208, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007034648>

48. Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 27 janvier 2004, 02-30.423, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://legimobile.fr/fr/jp/j/c/civ/2eme/2004/1/27/02-30423/>

49. Cour de cassation, Chambre sociale, du 23 janvier 1985, 83-15.263, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin. 1985 [cité 27 mai 2018]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007014903>

50. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 23 avril 1970, 69-10.097, Publié au bulletin

[Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006982508>

51. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 23 mai 1996, 94-13.294, Publié au bulletin [Internet]. [cité 27 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007035883>

52. Chapouthier-Guillon A. Violences. le risque d'agression en milieu de travail. Travail et sécurité. mars 2009;(693):48-9.

53. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Médecine Légale. 1 mai 2011;2(2):59-71.

54. Chariot P, Bécache N, François-Purssell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. Presse Médicale. oct 2013;42(10):1300-9.

55. Haute Autorité de Santé - Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat\\_medical\\_initial\\_concernant\\_une\\_personne\\_victime\\_de\\_violences\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf)

56. Situations de conflit : cadre légal | AtouSante [Internet]. [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/violence-externe-travail/conflit-cadre-legal/>

57. Porter plainte [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1435>

58. Coups et blessures [Internet]. [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1524>

59. Gaussen A. Agressions sur le lieu de travail [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2012.

60. S. Cartegnie, F. Herin, M. Faruch-Bifeld, F. Dedouit, J.M. Soulat, N. Telmon, D. Rouge.

Violences physiques au travail : approche épidémiologique à partir de deux années de consultation dans l'unité médico-judiciaire du CHU de Toulouse. *Journal de Médecine Légale Droit médical*, 2008, vol.51, n°7-8, p. 357-367.

61. Aytac S, Bozkurt V, Bayram N, Yildiz S, Aytac M, Akinci FS, et al. Workplace violence: a study of Turkish workers. *Int J Occup Saf Ergon JOSE*. 2011;17(4):385-402.

62. Ait Boughima F, Wifaq K, Belhouss A, Benyaich H, Kholti AE. La violence physique en milieu du travail (étude descriptive à propos de 80 cas). *Rev Médecine Légale*. 1 mars 2012;3(1):14-8.

63. Ladhari N, Fontana L, Faict TW, Gabrillargues D, Millot-Theïs B, Schoeffler C, et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2004;65(7):557-63.

64. Jmal-Hammami K, Loukil-Feki M, Moalla E, Gargouri I, Masmoudi ML, Marouen-Jamoussi S. Les agressions sur les lieux du travail en milieu hospitalier. *Arch Mal Prof Environ*. 1 sept 2006;67(4):626-30.

65. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). *Rev Médecine Légale*. mars 2014;5(1):15-21.

66. Renwick L, Lavelle M, Brennan G, Stewart D, James K, Richardson M, et al. Physical injury and workplace assault in UK mental health trusts: An analysis of formal reports. *Int J Ment Health Nurs*. 11 mai 2016;25(4):355-66.

67. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. A systematic review of exposure to physical violence across occupational domains according to victims' sex. *Aggress Violent Behav*. nov 2015;25:133-41.

68. Crier Fonmartin K. Prise en charge des situations de violences de salariés d'une compagnie de transports collectifs.: Aspects médico-légaux et victimologie [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Université Louis Pasteur; 2001.

69. Les entreprises en France - Les entreprises en France | Insee [Internet]. [cité 21 févr

2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906539>

70. Petites et moyennes entreprises (PME) - Eurostat [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/structural-business-statistics/structural-business-statistics/sme>

71. Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement Méthodologie de référence MR-003 | CNIL [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>

72. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2016 - premier bilan statistique - Les coups et blessures volontaires contre les personnes de 15 ans ou plus [Internet]. [cité 16 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Themes/Violences-physiques-ou-sexuelles/Insecurite-et-delinquance-en-2016-premier-bilan-statistique-Les-coups-et-blessures-volontaires-contre-les-personnes-de-15-ans-ou-plus>

73. Raux C, Savall F, Dedouit F, Telmon N, Rougé D. Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. *Rev Médecine Légale*. 2013;4(3):121–127.

74. Diamant-Berger O, Garnier M, Soussy A, Leporc P, Benais J, Gherardi R. Analyse de 20 000 cas consécutifs de consultations médico-légales cliniques (sur 18 mois). *J Med Leg Droit Med*. 1987;30(6):487-503.

75. Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? *Assess Eval High Educ*. juin 2008;33(3):301-14.

76. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). 27 avr 2014 [cité 8 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/891403/resultatrecherche/3>

77. Romain N, Ludes B, Tracqui A, Mangin P. La consultation de médecine légale de Strasbourg : bilan de l'activité de 1992, première années de fonctionnement. *J Med Leg Droit Med*. 1994;223-7.

78. Population active – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569336?sommaire=2587886>
79. La répartition des hommes et des femmes par métiers - Ministère du Travail [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-daes-indicateurs-daes-resultats/article/la-repartition-des-hommes-et-des-femmes-par-metiers>
80. Boé J. Violences intra-relationnelles, violences dans le cadre professionnel, violences en situation de la vie quotidienne : les trois grandes catégories de violences physiques non crapuleuses. Bulletin statistique de l'observatoire national de la délinquance. mai 2008.
81. La durée collective hebdomadaire de travail - Ministère du Travail [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/statistiques-de-a-a-z/article/la-duree-collective-hebdomadaire-de-travail>
82. Injures, menaces ou violences physiques se produisent une fois sur quatre dans l'exercice du métier | INHESJ [Internet]. [cité 7 janv 2018]. Disponible sur: <https://inhesj.fr/ondrp/publications/la-note-de-londrp/injures-menaces-ou-violences-physiques-se-produisent-une-fois>
83. Huck A, Delbreil A, Gaudin A, Blanchard M, Chailloux C, Rougé-Maillart C. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. Rev Médecine Légale. sept 2017;8(3):105-15.
84. Chariot P, Bécache N, François-Purssell I, Dantchev N, Delpla P-A, Fournier L, et al. Détermination de l'incapacité totale de travail au sens du Code pénal : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé en pratique clinique. Presse Médicale. 1 oct 2013;42(10):1300-9.
85. Lorin de la Grandmaison G., Durigon M. Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif. Revue du praticien (Médecine Générale) 2006;20(718-9):111-3.
86. InVS | BEH n°19 (6 mai 2008). L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006. [Internet]. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2008/19/index.htm>

87. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G. Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. *Presse Médicale*. 1 nov 2012;41(11):e553-8.
88. Bouyer-Richard A-I, Rouge-Maillart C, Lhuillier J-P, Gaudin A, Jousset N. La détermination de l'incapacité totale de travail des victimes d'infractions pénales : intérêt de l'évaluation psychiatrique standardisée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2014;172(7):495-500.
89. Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/JUSD1221959C.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1221959C.pdf)
90. Code du travail - Article R4624-31 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018528184&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
91. Code du travail - Article R4624-34 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025274705&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
92. Code du travail - Article R4624-34 [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000025279632&cidTexte=LEGITEXT000006072050>
93. Barotto F, Martin F. Services de santé au travail : qu'en pensent les salariés ? *Arch Mal Prof Environ*. 1 oct 2015;76(5):431-8.
94. Baillargeon P. La place du médecin de prévention dans le debriefing post-agression : l'exemple de l'ANPE en Rhône-Alpes. *Arch Mal Prof Environ*. 1 mai 2004;65(2):151-2.
95. Tarquinio C, Machado J, Tarquinio P, Fayard A-M, Tragno M, Auxéméry Y. La prise en charge psychologique de salariés victimes d'une agression au travail. *Eur J Trauma Dissociation*. 2017;
96. Code du travail - Article L4121-1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050>

Texte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

97. Code du travail - Article R4623-1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018492959&dateTexte=&categorieLien=cid>
98. Prévention secondaire / Prévention et prise en charge des agressions au travail / Outils et démarche de prévention / Prévention et sécurité au travail / Santé au travail / Accueil - CDG56 [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.cdg56.fr/Sante-au-travail/Prevention-et-securite-au-travail/Outils-et-demarche-de-prevention/Prevention-et-prise-en-charge-des-agressions-au-travail/Prevention-secondaire>
99. Bourgeois N. Références en santé au travail - Violence et travail. 23e journée recherche de l'Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Île-de-France (IIMTPIF). Paris, 15 mars 2017 [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TD%20245>
100. Bernard C. Prise en charge des salariés victimes de hold-up en secteur bancaire agricole. Arch Mal Prof Environ. 1 déc 2005;66(6):581.
101. Brouette B. Debriefing psychologique et hold-up: enquête de satisfaction menée auprès d'agents bancaires ayant bénéficié d'une procédure d'aide psychologique. J Thérapie Comport Cogn. 1 déc 2005;15:39.
102. Annuaire de l'accès au droit | CDAD 67 [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.cdad-basrhin.justice.fr/?q=structure/16>

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ZAGDOUNPrénom : Cécile

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète."

**Signature originale :**

A Strasbourg, le 26/07/2018

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**RESUME :**

La violence physique en milieu de travail est en majorité décrite dans la littérature au sein du secteur de la santé. Or, tous les travailleurs peuvent être confrontés à ce phénomène, quelle que soit leur profession. La connaissance de la typologie de ces agressions ainsi que de leurs conséquences physiques, psychiques et professionnelles nous a semblé le préalable à toute démarche de prévention.

Notre étude a porté sur l'analyse des 326 rapports médico-légaux informatisés des victimes de coups et blessures volontaires (CBV) en milieu de travail, examinées sur réquisition à la Consultation de Médecine Légale et d'Urgences Médico-Judiciaires de Strasbourg, de 2014 à 2016. Un complément d'étude prospectif par auto-questionnaire a été effectué durant l'année 2017 auprès de 50 victimes afin de préciser les données professionnelles et certains éléments du retentissement psychologique.

Les victimes sont en majorité des hommes appartenant à la classe d'âge 30-39 ans et exerçant dans le secteur du contrôle. L'agresseur, principalement de sexe masculin, est extérieur à l'entreprise et porte les coups à mains nues. Les différences notables entre les violences de type interne et externe sont l'utilisation plus fréquente d'objets contondants et la fréquence moindre de violence en réunion dans le cadre des violences internes. Les faits de violence sont principalement responsables de lésions bénignes contusives sur les membres supérieurs et l'extrémité cervico-céphalique. Les femmes et les victimes d'armes à feu sont plus à risque de présenter des répercussions psychologiques.

Au vu du retentissement à la fois physique et psychique de ces faits, notre étude souligne la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire des victimes, au cours de laquelle le médecin du travail a un rôle important à jouer, afin d'éviter les répercussions sur l'emploi. Pour mieux informer les victimes sur leurs droits au niveau pénal et professionnel, une plaquette d'information a été réalisée.

---

**Rubrique de classement :** Médecine du travail

---

**Mots-clés :** violences physiques volontaires, agression au travail, médecine légale, coups et blessures volontaires

---

**Président :** Professeur Maria GONZALEZ

**Assesseurs :** Professeur Jean-Sébastien RAUL  
Professeur Pierre VIDAILHET  
Docteur Eric BAYLE  
Docteur Audrey FARRUGIA

---

**Adresse de l'auteur :**

4 rue d'Obernai 67000 Strasbourg