

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N° 047

# **Prévention des risques d'agression et d'effraction au cabinet dentaire**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN CHIRURGIE DENTAIRE

*Présentée et soutenue publiquement par*

**Pierre-André RICOULLEAU**

Né le 18/06/1990

Le 04/10/2016 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : M. le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Assesseur : Mme le Docteur Hélène GOEMAERE GALIERE

Directeur de thèse : M. le Docteur Dominique MARION

| <b>UNIVERSITÉ DE NANTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Président</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Pr LABOUX Olivier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Doyen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Pr AMOURIQ Yves                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Assesseurs</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dr BADRAN Zahi<br>Pr SOUEIDAN Assem<br>Pr WEISS Pierre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Professeurs des Universités<br/>Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Monsieur AMOURIQ Yves<br>Monsieur GIUMELLI Bernard<br>Monsieur LESCLOUS Philippe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Madame LICHT Brigitte<br>Madame PEREZ Fabienne<br>Monsieur SOUEIDAN Assem<br>Monsieur WEISS Pierre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Professeurs des Universités</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Monsieur BOULER Jean-Michel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Professeurs Emérites</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Monsieur BOHNE Wolf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monsieur JEAN Alain                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Praticiens Hospitaliers</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Madame DUPAS Cécile<br>Madame LEROUXEL Emmanuelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Madame HYON Isabelle<br>Madame GOEMAERE GALIERE Hélène                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Maîtres de Conférences<br/>Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Assistants Hospitaliers Universitaires<br/>des C.S.E.R.D.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles<br>Madame ARMENGOL Valérie<br>Monsieur BADRAN Zahi<br>Madame BLERY Pauline<br>Monsieur BODIC François<br>Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie<br>Madame ENKEL Bénédicte<br>Monsieur GAUDIN Alexis<br>Monsieur HOORNAERT Alain<br>Madame HOUCHMAND-CUNY Madline<br>Madame JORDANA Fabienne<br>Monsieur KIMAKHE Saïd<br>Monsieur LE BARS Pierre<br>Monsieur LE GUEHENNEC Laurent<br>Madame LOPEZ-CAZAUX Serena<br>Monsieur MARION Dominique<br>Monsieur NIVET Marc-Henri<br>Monsieur RENAUDIN Stéphane<br>Madame ROY Elisabeth<br>Monsieur STRUILLLOU Xavier<br>Monsieur VERNER Christian | Monsieur AUBEUX Davy<br>Madame BERNARD Cécile<br>Madame BOEDEC Anne<br>Madame BRAY Estelle<br>Monsieur CLÉE Thibaud<br>Madame CLOITRE Alexandra<br>Monsieur DAUZAT Antoine<br>Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène<br>Monsieur DRUGEAU Kévin<br>Madame GOUGEON Béatrice<br>Monsieur LE BOURHIS Antoine<br>Monsieur LE GUENNEC Benoît<br>Madame MAÇON Claire<br>Madame MERAMETDJIAN Laure<br>Monsieur PILON Nicolas<br>Monsieur PRUD'HOMME Tony<br>Monsieur ROLOT Morgan |
| <b>Enseignants Associés</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>A.T.E.R.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé)<br>Madame RAKIC Mia (MC Associé)<br>Madame VINATIER Claire (MC Associé)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Monsieur LAPERINE Olivier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la  
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises  
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être  
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur  
donner aucune approbation, ni improbation.**

## Table des matières

|                                                                          |          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                 | <b>8</b> |
| <b>PARTIE : I L'ETAT DES LIEUX EN 2016 .....</b>                         | <b>9</b> |
| I.1 QUELQUES DEFINITIONS .....                                           | 9        |
| I.1.1 Violence.....                                                      | 9        |
| I.1.2 Violence au travail.....                                           | 9        |
| I.1.3 Violence physique .....                                            | 10       |
| I.1.4 Violence psychologique.....                                        | 10       |
| I.1.5 Crime et délit .....                                               | 10       |
| I.1.6 Les crimes et délits contre les personnes .....                    | 10       |
| I.1.7 Les crimes et délits contre les biens .....                        | 11       |
| I.1.8 La prévention.....                                                 | 11       |
| I.1.9 Le risque.....                                                     | 11       |
| I.1.10 L'agression .....                                                 | 11       |
| I.1.11 L'effraction .....                                                | 11       |
| I.1.12 Le dommage .....                                                  | 11       |
| I.1.13 La victime .....                                                  | 12       |
| I.1.14 L'auteur .....                                                    | 12       |
| I.2 L'ORDRE DES MEDECINS ET LA SECURITE : PLUS DE DIX ANS DE REcul. .... | 12       |
| I.2.1 L'Ordre des Médecins .....                                         | 12       |
| I.2.2 Démographie médicale .....                                         | 13       |
| I.2.3 L'Observatoire National de la Sécurité des Médecins.....           | 13       |
| I.2.4 Des outils pour faire face à l'insécurité.....                     | 13       |
| I.2.5 L'enquête nationale .....                                          | 14       |
| I.2.6 La fiche de recensement des incidents, support de l'enquête .....  | 14       |
| I.2.7 Plus de dix ans de recul .....                                     | 14       |
| I.2.7.1 Le nombre de déclarations.....                                   | 14       |
| I.2.7.2 Des faits sur tout le territoire.....                            | 15       |
| I.2.7.3 La population victime.....                                       | 16       |
| I.2.7.4 L'agresseur.....                                                 | 17       |
| I.2.7.5 Le lieu d'activité .....                                         | 17       |
| I.2.7.6 L'incident subi.....                                             | 18       |
| I.2.7.7 Le motif de l'incident.....                                      | 19       |
| I.2.7.8 Les suites données à l'incident.....                             | 19       |
| I.3 LE PROTOCOLE NATIONAL POUR LA SECURITE DES PROFESSIONS DE SANTE..... | 20       |
| I.3.1 Le contexte.....                                                   | 20       |

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I.3.2 Les signataires .....                                                          | 20        |
| I.3.3 Les objectifs du protocole.....                                                | 21        |
| I.3.4 Les mesures du protocole .....                                                 | 21        |
| I.3.5 La déclinaison territoriale .....                                              | 22        |
| I.4 L'ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES : UNE REACTION PLUS RECENTE.....      | 22        |
| I.4.1 L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.....                                | 22        |
| I.4.2 Démographie professionnelle.....                                               | 23        |
| I.4.3 L'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes.....                   | 23        |
| I.4.3.1 Contexte .....                                                               | 23        |
| I.4.3.2 Les objectifs.....                                                           | 23        |
| I.4.3.3 Fonctionnement.....                                                          | 24        |
| I.4.3.4 La fiche de déclaration .....                                                | 24        |
| I.4.4 Synthèse des données de l'Observatoire.....                                    | 24        |
| I.4.4.1 Le nombre de déclarations .....                                              | 25        |
| I.4.4.2 Répartition sur le territoire .....                                          | 25        |
| I.4.4.3 Les victimes .....                                                           | 27        |
| I.4.4.4 L'agresseur.....                                                             | 28        |
| I.4.4.5 Moment de l'incident.....                                                    | 29        |
| I.4.4.6 Situation de l'exercice.....                                                 | 29        |
| I.4.4.7 Le motif de l'incident.....                                                  | 29        |
| I.4.4.8 Les atteintes aux personnes.....                                             | 30        |
| I.4.4.9 Les atteintes aux biens.....                                                 | 31        |
| I.4.4.10 Incapacité Totale de Travail .....                                          | 32        |
| I.4.4.11 Utilisation d'une arme .....                                                | 32        |
| I.4.4.12 La sous-déclaration .....                                                   | 32        |
| I.5 APRES UN INCIDENT .....                                                          | 33        |
| I.5.1 Donner l'alerte .....                                                          | 33        |
| I.5.2 Plainte ou main-courante ? .....                                               | 34        |
| I.5.2.1 Le dépôt sur main courante.....                                              | 34        |
| I.5.2.2 Le dépôt de plainte .....                                                    | 34        |
| I.5.3 l'Incapacité Totale de Travail.....                                            | 35        |
| I.5.3.1 Définition.....                                                              | 36        |
| I.5.3.2 Évaluation.....                                                              | 36        |
| I.5.3.3 Les conséquences.....                                                        | 37        |
| I.5.4 Déclaration de cambriolage.....                                                | 38        |
| I.5.5 Déclaration au Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes..... | 38        |
| I.5.6 Aide aux victimes .....                                                        | 39        |
| <b>PARTIE II : ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LOIRE-</b>                |           |
| <b>ATLANTIQUE .....</b>                                                              | <b>40</b> |
| II. 1 OBJECTIFS .....                                                                | 40        |
| II.2 MATERIELS ET METHODES .....                                                     | 40        |

|                   |                                                                      |           |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| II.2.1            | <i>Élaboration du questionnaire</i> .....                            | 40        |
| II.2.2            | <i>Diffusion du questionnaire</i> .....                              | 41        |
| II.2.3            | <i>Récupération et présentation des données</i> .....                | 41        |
| II.3              | <b>RESULTATS</b> .....                                               | 41        |
| II.3.1            | <i>Informations générales</i> .....                                  | 41        |
| II.3.1.1          | Les répondants.....                                                  | 41        |
| II.3.1.2          | Le personnel d'accueil.....                                          | 42        |
| II.3.1.3          | Type d'exercice .....                                                | 42        |
| II.3.2            | <i>La localisation du cabinet</i> .....                              | 42        |
| II.3.3            | <i>Accès aux locaux</i> .....                                        | 43        |
| II.3.4            | <i>Protection du cabinet</i> .....                                   | 43        |
| II.3.4.1          | Alarme anti-intrusion.....                                           | 43        |
| II.3.4.2          | Vidéoprotection.....                                                 | 44        |
| II.3.5            | <i>Communication au sein de l'équipe</i> .....                       | 44        |
| II.3.6            | <i>Incidents</i> .....                                               | 44        |
| II.3.6.1          | Atteintes aux personnes .....                                        | 44        |
| II.3.6.2          | Répartition territoriale des atteintes aux personnes .....           | 45        |
| II.3.6.3          | Motifs des atteintes aux personnes .....                             | 45        |
| II.3.6.4          | Atteintes aux biens .....                                            | 45        |
| II.3.6.5          | Répartition territoriale des atteintes aux biens .....               | 46        |
| II.3.6.6          | Motifs des atteintes aux biens .....                                 | 46        |
| II.3.7            | <i>Moment de l'incident</i> .....                                    | 46        |
| II.3.8            | <i>Signalement des incidents</i> .....                               | 46        |
| II.3.9            | <i>Les auteurs</i> .....                                             | 47        |
| II.3.10           | <i>Documents institutionnels</i> .....                               | 47        |
| II.4              | <b>DISCUSSION</b> .....                                              | 47        |
| II.4.1            | <i>Nombre de réponses</i> .....                                      | 47        |
| II.4.2            | <i>Composition de l'échantillon</i> .....                            | 48        |
| II.4.3            | <i>Surestimation des incidents</i> .....                             | 48        |
| II.4.4            | <i>Construction du questionnaire</i> .....                           | 48        |
| II.4.5            | <i>Les enseignements de cette enquête</i> .....                      | 49        |
| <b>PARTIE III</b> | <b>DES PISTES POUR SECURISER SON EXERCICE</b> .....                  | <b>50</b> |
| III.1             | <b>LA SECURITE DES PERSONNES</b> .....                               | <b>50</b> |
| III.1.1           | <i>Développer une politique stricte en matière de violence</i> ..... | <b>50</b> |
| III.1.1.1         | Définir les comportements non- acceptables .....                     | 50        |
| III.1.1.2         | Répertorier les incidents.....                                       | 51        |
| III.1.1.3         | Retour d'expérience .....                                            | 51        |
| III.1.2           | <i>Les conflits</i> .....                                            | <b>51</b> |
| III.1.2.1         | Les origines du conflit.....                                         | 51        |
| III.1.2.2         | La prévention du conflit .....                                       | 51        |

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| III.1.2.3 La gestion des conflits et contentieux.....     | 52        |
| <i>III.1.3 Les bons réflexes en cas d'agression .....</i> | <i>52</i> |
| III.2 L'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL .....                 | 54        |
| <i>III.2.1 Analyser les risques .....</i>                 | <i>54</i> |
| <i>III.2.2 Dispositions préventives.....</i>              | <i>55</i> |
| III.2.2.1 Définir les espaces .....                       | 55        |
| III.2.2.2 Aménagements en périmétrie .....                | 55        |
| III.2.2.3 Les ouvrants .....                              | 56        |
| III.2.2.4 Accès du public .....                           | 57        |
| III.2.2.5 Le poste d'accueil.....                         | 58        |
| III.2.2.6 La salle d'attente .....                        | 58        |
| III.2.2.7 La salle de soins.....                          | 58        |
| III.2.2.8 Les zones réservées .....                       | 59        |
| III.2.2.9 Le matériel de valeur .....                     | 59        |
| III.2.2.10 Les espèces .....                              | 59        |
| III.2.2.11 Règles comportementales.....                   | 60        |
| III.2.2.12 Alarme anti-intrusion.....                     | 60        |
| III.2.2.13 Vidéoprotection.....                           | 61        |
| III.2.2.14 Sécurité informatique.....                     | 63        |
| III.3 LE DOMICILE .....                                   | 64        |
| <b>ANNEXE .....</b>                                       | <b>66</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                 | <b>67</b> |
| <b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>                      | <b>76</b> |

# Introduction

Au quotidien, le chirurgien dentiste et son équipe sont confrontés aux besoins de soins, aux attentes et à la douleur des patients. Il en découle parfois des incompréhensions, des tensions, et malheureusement des agressions.

En mars 2013, le meurtre d'un chirurgien-dentiste à Marseille [34] portait au plan médiatique la question de la sécurité du chirurgien-dentiste, et plus globalement celle de l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

Si le grand public découvrait le problème à l'occasion de cette tragédie, les pouvoirs publics et les Conseils des Ordres des professions de santé signaient dès mai 2011 un Protocole « Santé, Sécurité, Justice, Ordres » visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé libéraux.

Dans la première partie de ce travail, nous présenterons un état des lieux de la sécurité du chirurgien-dentiste en 2016.

La deuxième partie s'appuiera sur une enquête réalisée auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique.

Enfin, nous proposerons des pistes pour améliorer la sécurité des personnes, des locaux et des biens du cabinet dentaire.

# **PARTIE : I l'état des lieux en 2016**

## **I.1 Quelques définitions**

Ces définitions ont pour but la compréhension de la suite de ce travail.

### **I.1.1 Violence**

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme « 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 »[72].

En termes juridiques, la violence correspond à un « fait de nature à inspirer une crainte telle que la victime donne son consentement à un acte que, sans cela, elle n'aurait pas accepté » [30].

### **I.1.2 Violence au travail**

Pour DI MARTINO et coll. la définition de référence pour la violence au travail est celle proposée par WYNNE et coll. en 1997 : « Tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé »[20].

La violence interne se manifeste entre les travailleurs, par opposition à la violence externe qui implique à la fois les travailleurs et toute autre personne se trouvant sur le lieu de travail [6].

Au cours de ce travail, nous n'aborderons que la violence externe.

Cette définition de la violence au travail permet alors de prendre en compte à la fois la violence « physique » mais aussi la violence « psychologique », qui pour les auteurs a été longtemps sous-estimée [20].

### **I.1.3 Violence physique**

On peut définir la violence physique comme « recours à la force physique contre une personne ou un groupe entraînant des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques » [20].

### **I.1.4 Violence psychologique**

On oppose alors à la violence physique la violence psychologique comme « exercice intentionnel d'un pouvoir à l'encontre d'une personne ou d'un groupe portant préjudice à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social ». Elle comprend les menaces, insultes et harcèlements [20].

### **I.1.5 Crime et délit**

En droit pénal on distingue le crime et le délit.

Le délit est une infraction pour laquelle l'auteur (en cas de personne physique) est puni de peines correctionnelles, qui peuvent être, entre autres, une amende (supérieure ou égale à 3750€ ), l'emprisonnement (10 ans maximum), le stage de citoyenneté ou encore le travail d'intérêt général. Ces peines sont établies par un Tribunal Correctionnel [30].

Le crime est également une infraction, punie, pour les personnes physiques, d'une peine de détention allant de 10 ans à la perpétuité, accompagnée de peines d'amendes. Ces peines sont prononcées par une Cour d'Assises [30].

### **I.1.6 Les crimes et délits contre les personnes**

Les crimes et délits contre les personnes regroupent les homicides, les coups et blessures volontaires ou involontaires, les atteintes aux mœurs (dont les viols et agressions sexuelles), les infractions contre la famille et l'enfant, les prises d'otages, rapt et séquestrations. On y associe également les menaces, le chantage, les atteintes à la dignité et à la personnalité [33]. Ils peuvent également revêtir l'appellation d' « atteintes aux personnes » [77].

Du point de vue pénal, le fait que ces crimes et délits soient commis à l'encontre d'un professionnel de santé « dans l'exercice de ses fonctions » ou lorsque sa qualité est « apparente ou connue de l'auteur » constitue un facteur aggravant [44].

### **I.1.7 Les crimes et délits contre les biens**

Egalement appelés « atteintes aux biens », les crimes et délits contre les biens regroupent les vols, recels, destructions, dégradations et les détournements de fonds [32]. Parmi ces différents faits, le vol représente la « soustraction frauduleuse de la chose d'autrui » [46]. Le vol en réunion, par effraction, avec usage d'une arme ou bien encore occasionnant des dégradations et destructions représente des facteurs aggravants [48] .

### **I.1.8 La prévention**

On définit la prévention comme l'ensemble des mesures et dispositions « destinées à empêcher – ou au moins limiter – la réalisation d'un risque, la production d'un dommage, l'accomplissement d'actes nuisibles, et en s'efforçant d'en supprimer les causes et les moyens » [18] .

### **I.1.9 Le risque**

Le risque représente un « événement dommageable dont la survenance est incertaine, quant à sa réalisation ou à la date de cette réalisation » [18]. On parlera aussi de risque professionnel qui est « inhérent à l'exercice d'une profession » [30]

### **I.1.10 L'agression**

On peut définir ce terme comme une « attaque brutale, soudaine et non provoquée » [18]. Elle se dirige contre « les personnes ou les biens protégés par la loi pénale » [84].

### **I.1.11 L'effraction**

Selon le Code pénal, l'effraction « consiste dans le forçement, la dégradation ou la destruction de tout dispositif de fermeture ou de toute espèce de clôture » [45]. On assimile également à l'effraction « l'usage de fausses clés, de clés indument obtenues ou de tout instrument pouvant être frauduleusement employé pour actionner un dispositif de fermeture sans le forcer ni le dégrader » [45]. Elle constitue un facteur aggravant dans la commission de certaines infractions, notamment le vol [47].

### **I.1.12 Le dommage**

Le dommage, ou préjudice, est une « atteinte subie par une personne dans son corps [...], dans son patrimoine [...], ou dans ses droits extrapatrimoniaux [...], qui ouvre à la victime un droit de réparation » [18]. On parlera souvent de dommage corporel et de dommage

matériel ou économique. Il peut résulter « soit de l' inexécution d'un contrat, soit d'un délit ou quasi-délit, soit d'un fait dont la loi ou les tribunaux imposent à une personne la charge » [18].

### **I.1.13 La victime**

Communément, la victime est « celui qui subit personnellement un préjudice » [18].

On attribue la définition pénale du terme *victime* à une décision-cadre du Conseil de l'Union Européenne : c'est une personne qui a subi « un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique ou mentale, une souffrance morale ou une perte matérielle, directement causé par des actes ou des omissions qui enfreignent la législation d'un Etat membre » [30].

### **I.1.14 L'auteur**

Du point de vue juridique, l'auteur est une « personne à qui peut être imputée la commission d'une infraction ou sa tentative, pour en avoir réalisé les éléments constitutifs » [30].

## **I.2 L'Ordre des Médecins et la sécurité : plus de dix ans de recul.**

### **I.2.1 L'Ordre des Médecins**

Créés le 24 Septembre 1945 par Ordonnance, Les Ordres des Chirurgiens-Dentistes, Médecins et Sages-Femmes veillent au respect des mêmes principes de moralité, probité, de compétence et de dévouements communs à leurs professions [37].

Comme les autres Ordres Professionnels, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est un organisme de droit privé investi d'une mission de service public déléguée par les autorités françaises. Il veille également au respect du code de déontologie [13]. L'inscription au Tableau de L'Ordre, sous réserve de satisfaire aux conditions de moralité, de compétence et d'indépendance [42] est obligatoire pour pouvoir exercer la médecine en France [40], sous peine de sanctions [41].

### **I.2.2 Démographie médicale**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le CNOM recense 198 365 médecins en activité dite régulière, 89 788 généralistes et 108 577 spécialistes.

45% de ces praticiens en activité régulière sont des femmes. La moyenne d'âge se situe à 51,5 ans, et l'âge médian à 53 ans.

58 104 praticiens sont des médecins généralistes exerçant tout ou partie de leur activité en libéral [4].

### **I.2.3 L'Observatoire National de la Sécurité des Médecins**

L'Observatoire National de la Sécurité des Médecins a été créé en 2003 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il n'existait jusqu'alors aucune entité à même de comptabiliser les violences faites à l'encontre des médecins et de leurs salariés. Les objectifs de cet Observatoire sont multiples [11]:

- recueillir les déclarations d'agression des médecins et de leurs salariés *via* la fiche de déclaration dédiée ;
- créer ou renforcer les relations avec les pouvoirs publics concernés (Justice, Police Nationale et Gendarmerie Nationale, collectivités locales...) ;
- améliorer la prévention et le traitement des suites des agressions.

### **I.2.4 Des outils pour faire face à l'insécurité**

Depuis sa création en 2003 cet Observatoire a mis en place différents outils pour prévenir les incidents :

- actions régulières de communication et de prévention auprès des médecins à travers le bulletin d'information du CNOM [12, 31, 35, 36, 74] ;
- recensement national des incidents à l'aide de la fiche standardisée ;
- aide à l'organisation de réunions de formation continue par les Conseils régionaux et départementaux [31] ;
- coopération avec les services de police à l'élaboration de supports pédagogiques audiovisuels à diffuser lors des réunions de prévention [12, 31, 36] ;
- coopération avec les Conseils Départementaux de l'Ordre pour l'achat et la mise à disposition de boîtiers d'alerte géo-localisables expérimentaux à destination des médecins en visite à domicile dans le cadre du système de permanence des soins ambulatoires [31].

### **I.2.5 L'enquête nationale**

L'Observatoire National de la Sécurité des Médecins publie annuellement, depuis 2003, une enquête nationale menée en partenariat avec l'institut de sondage Ipsos. Cette enquête est basée sur les fiches de déclarations d'incidents adressées par les médecins à leur Conseil Départemental de l'Ordre. Le CNOM se charge de regrouper ces fiches et il revient à l'institut Ipsos d'en faire l'analyse [5].

La consultation nationale prend en compte toutes les déclarations des médecins du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année étudiée, la fiche de déclaration représente un questionnaire auto-administré [5].

### **I.2.6 La fiche de recensement des incidents, support de l'enquête**

Cette fiche, disponible à tout moment sur le site Internet du CNOM, permet à chaque praticien de déclarer un incident à son conseil départemental de l'Ordre. L'utilisation de cette fiche standardisée permet l'exploitation ultérieure des informations déclarées.

Les rubriques portent sur :

- la date et l'heure de l'incident ;
- le sexe et la fonction de la victime ;
- la spécialité du médecin concerné ;
- l'agresseur et l'éventuelle utilisation d'une arme ;
- le motif de l'incident ;
- la nature de l'incident : atteinte aux biens et/ou atteinte aux personnes ;
- le lieu de l'incident ;
- une éventuelle incapacité de travail consécutive ;
- la présence d'un secrétariat ;
- les suites données à cet incident : dépôt de plainte ou d'une main courante.

Cette déclaration, selon les recommandations du CNOM, ne dispense pas du signalement des faits aux forces de police ou de gendarmerie [1, 31].

### **I.2.7 Plus de dix ans de recul**

#### *I.2.7.1 Le nombre de déclarations*

Depuis la première enquête en 2003, l'Observatoire de la Sécurité des Médecins dénombre en moyenne 707 incidents déclarés par an. Depuis l'année 2010, les chiffres annuels sont cependant bien supérieurs, jusqu'à 925 déclarations en 2013 (Figure 1 ci-dessous). Cette progression peut s'expliquer de deux manières : en premier lieu une augmentation réelle des actes de violence à l'encontre des médecins et de leurs salariés,

liée à un contexte d'amplification généralisée de la violence en France [10]. Elle peut également s'expliquer par une augmentation des déclarations des incidents par les praticiens [36]. Le frein majeur à la déclaration est le soignant lui-même, qui a tendance à ne pas déclarer tous les incidents [1]. Par définition, cette sous-déclaration est impossible à évaluer, et représente la « partie immergée de l'iceberg » [36].

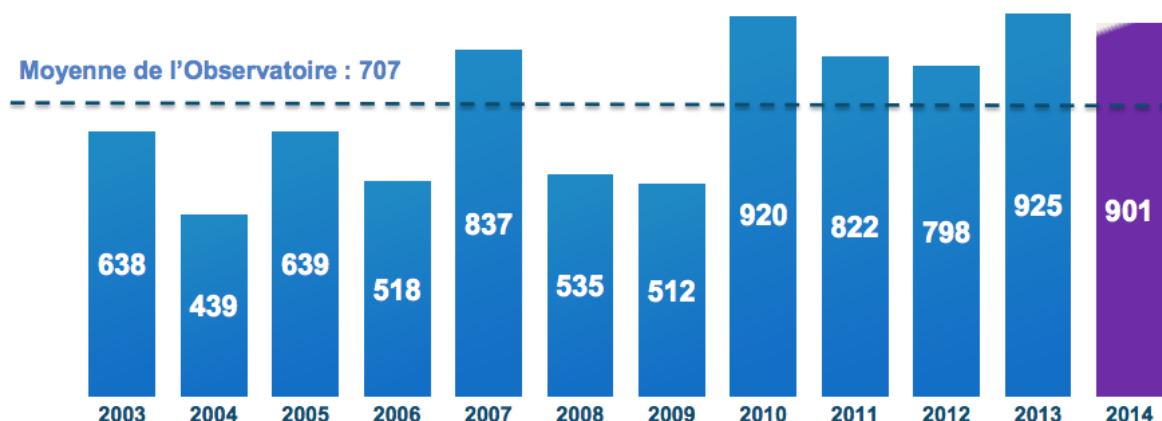


Figure 1: Nombre de déclarations par an. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p15 [5].

#### I.2.7.2 Des faits sur tout le territoire

Si presque aucun département n'est épargné par ces violences, quelques territoires sont atteints dans des proportions plus importantes. Ainsi, les départements très urbanisés du Nord (63 cas, 7% du total des incidents), des Bouches du Rhône (41 cas, 4,6%) et de l'Isère (38 cas, 4,2%) sont les plus touchés en 2014. Suivent la Seine-Saint-Denis, la Loire, le Rhône, le Var et le Val-d'Oise [5].

Il faut également considérer le « taux de victimation », qui est le nombre d'incidents déclarés rapporté au nombre de praticiens inscrits au tableau de l'Ordre du département [15]. Ce taux montre que des départements plus ruraux et moins denses sont également touchés par ces phénomènes de violence tels que le Tarn-et-Garonne, la Meuse, la Haute-Vienne, la Dordogne ou le Cher avec des taux de victimation variant de 1,1% jusqu'à 2%. Le taux national moyen pour l'année 2014 se situe à 0,45%, pour une moyenne sur 12 ans de 0,35% [5].

### 1.2.7.3 La population victime

Les médecins généralistes sont les plus exposés aux violences. 55% à 61% des cas de violences déclarés entre 2005 et 2014 les concernent alors que sur la même période, ils représentent 46 à 47 % de la population médicale totale [5] (Figure 2). Le généraliste est en effet le médecin de premier recours, plus souvent au contact de la population, en déplacement et parfois à des heures tardives [10]. En 2014, 39% des cas de violence concernent des spécialistes, les ophtalmologues (7%), les dermatologues (4%) et les gynécologues-obstétriciens (3%) étant les spécialités les plus concernées [14].

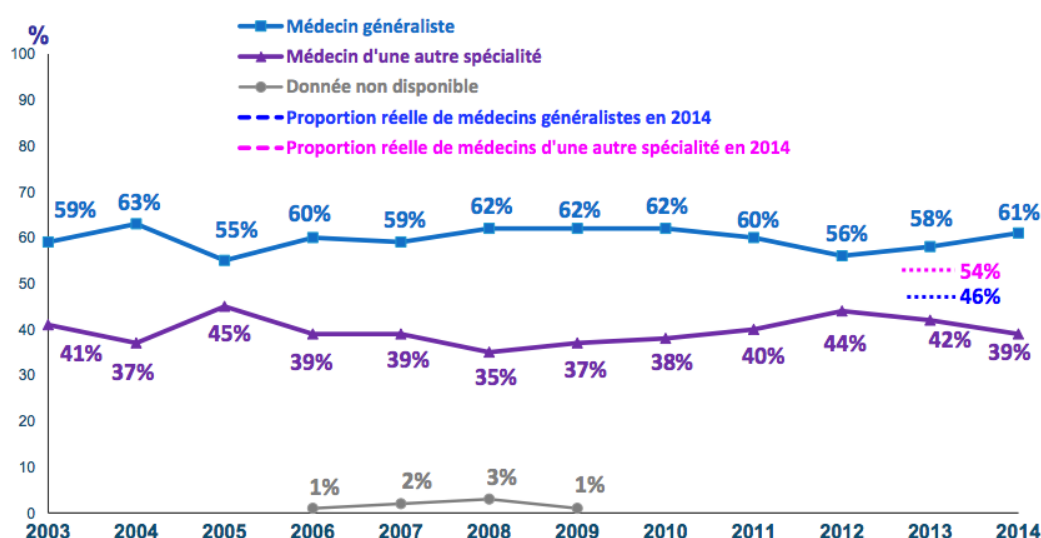


Figure 2: Profil des médecins victimes. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p19 [5] .

L'étude annuelle ne prend en compte le sexe des victimes que depuis l'année 2009. Sur la période 2010 – 2014, les femmes sont surreprésentées parmi les victimes : selon les années, elles représentent entre 43 et 47% des victimes, alors qu'elles ne représentent que 40% à 44% de la population médicale totale [5, 5, 60–62].

En 2013 et 2014, 90% des incidents ont visé le praticien déclarant. Un collaborateur est également atteint dans 17 % des cas (20% en 2013), et une autre personne (patient, accompagnant, ...) dans 5% des cas. Un même incident peut donc faire plusieurs victimes à la fois [5].

#### 1.2.7.4 L'agresseur

Depuis 2011, le patient est l'agresseur dans plus d'un cas sur deux. De 16 à 18% des déclarations signalent un accompagnant comme agresseur. Une autre personne (membre de la famille du patient, passant, riverain...) est l'agresseur dans 12 à 15 % des cas. Dans 20 à 24 % des cas, l'agresseur n'est pas identifié sur la déclaration. 4% des déclarations d'incidents font état d'un agresseur armé (couteau/cutter, canne, arme à feu...) [60–63, 63].

#### 1.2.7.5 Le lieu d'activité

En 2014, 83% des incidents ont eu lieu dans le cadre d'une médecine de ville, un chiffre en nette augmentation par rapport aux années passées (Figure 3). Dans le cadre de cette médecine de ville, 67% des incidents se sont déroulés au cabinet médical du praticien et seulement 4% au domicile du patient [5].

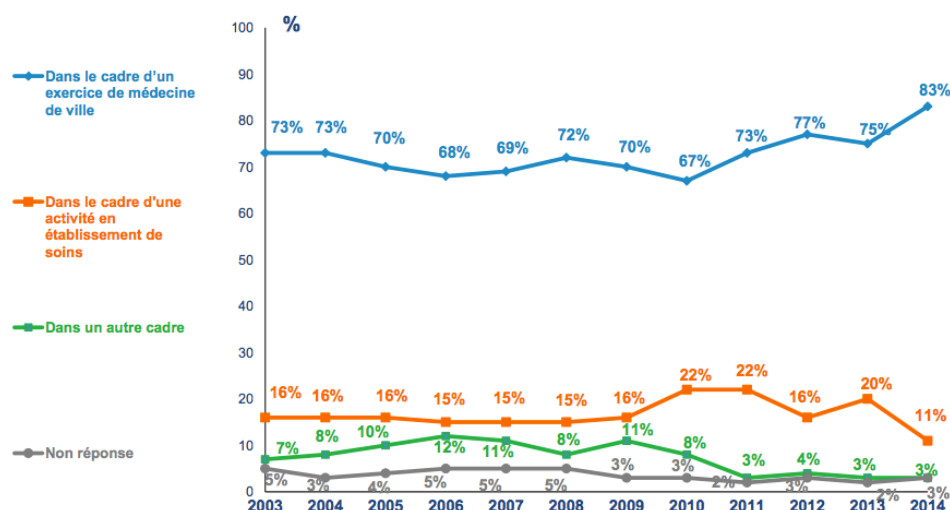


Figure 3: Cadre de l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p29 [5].

Sur cette même période 2003-2014, plus d'un incident sur deux a eu lieu en centre ville, 30% des incidents se sont déroulés en milieu urbain-banlieue et 15% en milieu rural. En 2014, on recense 57% des déclarations en centre-ville et respectivement 22% et 14% pour le milieu urbain-banlieue et le milieu rural [5] (Figure 4).

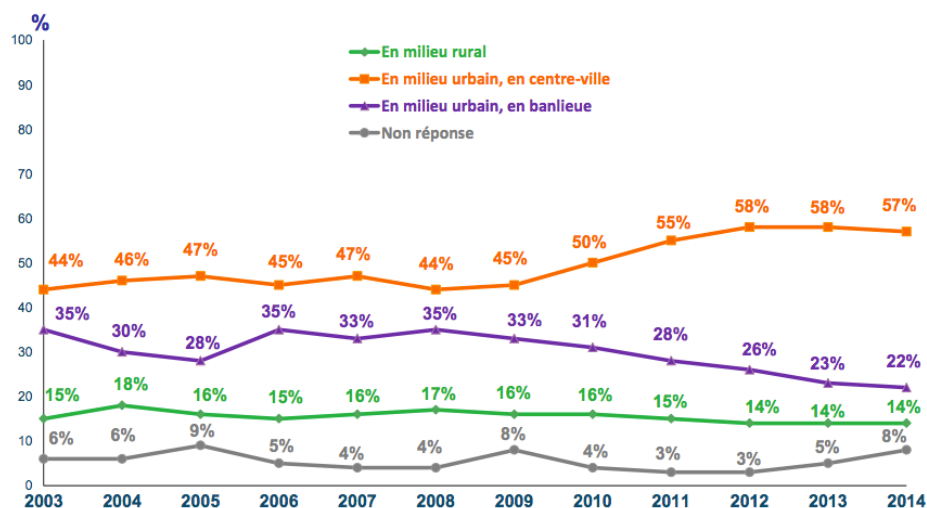


Figure 4: Lieu de l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p28 [5].

#### I.2.7.6 L'incident subi

L'enquête annuelle classe les incidents en quatre grandes catégories : agressions verbales et menaces, agressions physiques, vol ou sa tentative et vandalisme. Pour la période 2003-2014, l'agression verbale (ou menaces) est l'incident le plus récurrent, suivi du vol ou sa tentative, les agressions physiques et les actes de vandalisme étant moins courants (Figure 5). Plusieurs types d'incidents peuvent se cumuler lors d'un même événement [5].

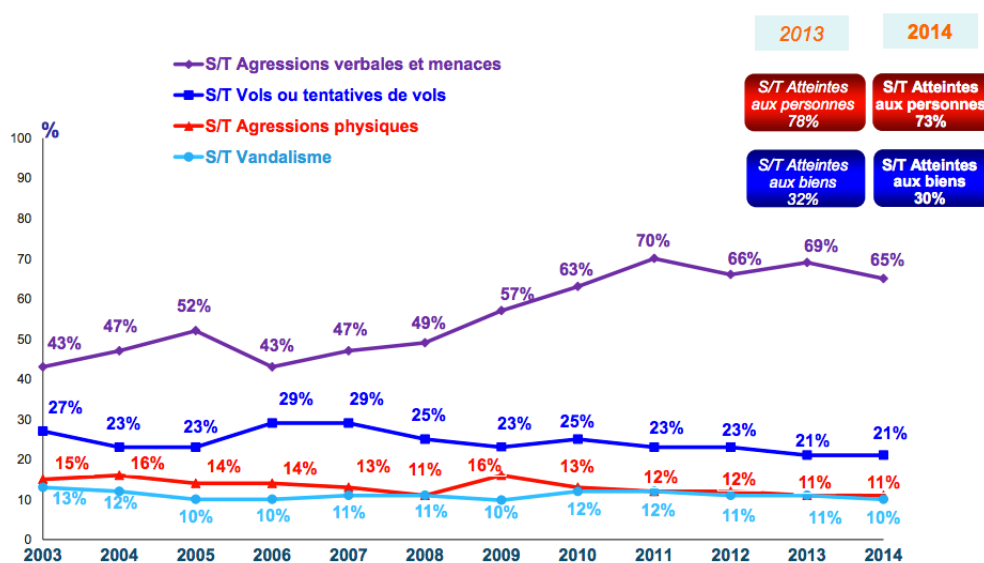


Figure 5: Type d'incident subi. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p25 [5].

### 1.2.7.7 Le motif de l'incident

Pour les années 2003, 2004 et 2005, les principaux motifs d'incidents [59] étaient :

- le temps d'attente jugé excessif (10 à 11%) ;
- le refus de prescription (8 à 11%) ;
- le reproche relatif à un traitement (4 à 7%) ;
- le vol ou sa tentative (3 à 6%).

En 2013 puis en 2014, les principaux motifs sont les mêmes, mais dans des proportions différentes [5] : le reproche relatif à une prise en charge intervient dans un tiers des cas (Figure 6).

|                                                                          | 2013 | 2014 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Un reproche relatif à une prise en charge                                | 33%  | 30%  |
| Le vol                                                                   | 17%  | 20%  |
| Un refus de prescription (médicament, arrêt de travail...)               | 16%  | 14%  |
| Un temps d'attente jugé excessif                                         | 11%  | 9%   |
| Falsification de document (ordonnance, certificat,...)                   | 3%   | 5%   |
| Délai de rendez-vous trop loin                                           | 1%   | 2%   |
| Venu sans rendez-vous / voulait une consultation sans RV                 | 2%   | 2%   |
| Refus de payer la consultation                                           | 1%   | 2%   |
| Retard du patient                                                        | 1%   | 2%   |
| Problèmes de papiers / de documents non conformes                        | 1%   | 1%   |
| Etat psychiatrique / Pathologie mentale                                  | 1%   | 1%   |
| Refus de donner un rendez-vous                                           | <1%  | 1%   |
| Décision médicale contestée                                              | <1%  | 1%   |
| Refus de se faire soigner                                                | <1%  | 1%   |
| Refus de donner des informations sur un membre de sa famille             | <1%  | 1%   |
| Incivilités dans la salle d'attente (parle trop fort, fait du bruit,...) | <1%  | 1%   |

Figure 6: Principaux motifs des incidents. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p27 [5].

### 1.2.7.8 Les suites données à l'incident

Une Incapacité Totale de Travail en résulte dans 8% des cas d'incidents déclarés. 2010 fait office d'année record puisqu'un incident sur dix a entraîné une incapacité de travail [5].

Le taux de plainte moyen sur la période 2003-2014 est de 35,4%. 14% des incidents ont donné lieu au dépôt d'une main-courante. Mais la moitié des praticiens victimes n'a pas signalé l'incident aux forces de l'ordre (ou ne déclare pas l'avoir fait) (Figure 7).

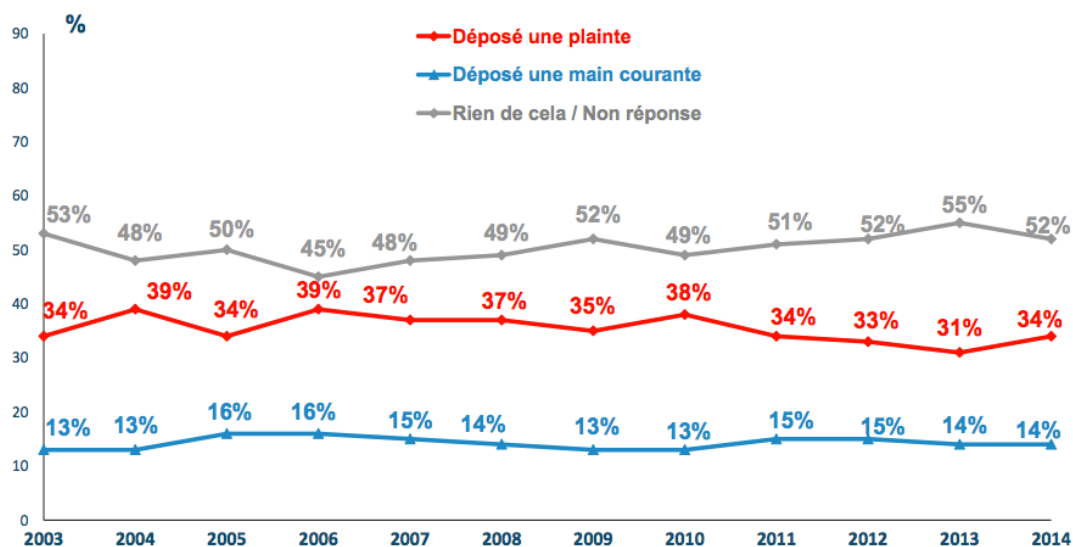


Figure 7: Suites données à l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p32 [5].

## I.3 Le protocole national pour la sécurité des professions de santé

### **I.3.1 Le contexte**

Le protocole national pour la sécurité des professions de santé a été signé le 20 avril 2011, dans un contexte d'insécurité croissante auquel étaient confrontés les professionnels de santé libéraux [55]. Cette signature intervient à la suite de la signature des protocoles du 12 août 2005 et du 10 juin 2010 mettant en relation les Ministères de l'Intérieur et de la Santé pour l'amélioration de la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés pour le premier, le second étendant cette relation à l'ensemble des établissements de santé avec participation du ministère de la Justice [55]. Jusqu'alors, ces protocoles ne comportaient pas de mesures dédiées aux professionnels de santé libéraux. C'est l'objectif du protocole du 20 avril 2011 [71].

### **I.3.2 Les signataires**

Ce protocole national, également appelé « Santé-Sécurité-Justice-Ordre » (SSJO) a été signé par les Ministres de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé d'une part et par les présidents des Conseils Nationaux des Ordres des Chirurgiens-Dentistes, des Médecins, des Sages-Femmes, des Pharmaciens, des Infirmiers, des Masseurs-Kinésithérapeutes, et des Pédiatres-Podologues d'autre part [54].

Ce même protocole a également été approuvé par les organisations syndicales représentatives des professions médicales et paramédicales citées ci-dessus [54].

### **I.3.3 Les objectifs du protocole**

Le protocole s'articule sur 3 axes de travail [55] :

- amélioration de la protection des professionnels de santé ;
- renforcement des sanctions à l'encontre des auteurs de violences faites aux professionnels de santé ;
- amélioration de la connaissance de ces violences afin de les combattre de manière plus efficace.

### **I.3.4 Les mesures du protocole**

Le protocole prévoit la mise en place d'un ensemble de mesures, dispositions et actions pour améliorer la sécurité des professionnels de santé. Parmi elles, on peut retenir [55, 71] :

- la mise en place, dans chaque département, d'un « référent sûreté » dans les services de police et de gendarmerie, qui pourront, sur sollicitation des professionnels, dispenser des conseils de sécurité en matière de vidéo-protection, d'alarme ou de disposition des locaux et effectuer des diagnostics de sûreté sur les lieux d'activité ;
- l'instauration de procédures d'alerte spécifique, en fonction du contexte local : numéro d'appel d'urgence dédié, boîtiers de géolocalisation, alerte communautaire, afin de permettre une action plus rapide des forces de l'ordre ;
- la recommandation aux municipalités équipées, d'implanter aux abords des cabinets ou officines vulnérables, des éléments de vidéo-protection de leur système communal ;
- la sensibilisation des professionnels de santé à l'importance, le cas échéant, de la préservation des traces et indices, ainsi que l'établissement d'un signalement ;
- la simplification, pour le professionnel victime, du dépôt de plainte, qui pourra se faire sur place ou sur rendez-vous, avec la possibilité de domicilier le professionnel sur son lieu d'exercice voire au sein du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie ;
- la possibilité réservée aux Ordres de s'associer à la plainte et de se constituer partie civile ;
- la rédaction et la diffusion d'un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé ;
- la déclinaison territoriale du protocole, à un niveau départemental, sur initiative du

Préfet, auquel s'associent le Procureur de la République et L'Agence Régionale de Santé, ainsi que les instances ordinales départementales et les représentants de la Police et de la Gendarmerie. Une rencontre annuelle est également prévue, mais la circulation de l'information entre les services de l'État et les instances ordinales doit être régulière au cours de l'année.

### **I.3.5 La déclinaison territoriale**

Ce protocole a vocation à être décliné dans chaque département, au gré des besoins et du contexte local. Au 31 décembre 2014, 54 départements avaient mis en place un protocole national décliné [5], sans compter les procédures départementales antérieures consolidées [52], ou les contacts institutionnels réguliers sans procédure dédiée [58]. Certains départements n'ont pas jugé nécessaire une telle déclinaison, au vu de la faible violence sur leur territoire (7 départements en 2013) [58].

En Loire-Atlantique, ce protocole a été signé le 19 décembre 2014, entre les représentants des services de l'État dans le département et les présidents des conseils départementaux des Ordres des professions de santé. Il reprend les mesures décidées au niveau national dans le protocole du 10 mai 2011. Dans ce protocole, il n'est pas prévu de numéro d'alerte spécifique pour les professionnels de santé, qui reste le numéro national « 17 » [78].

## **I.4 L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes : une réaction plus récente**

### **I.4.1 L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes**

Créé lui aussi en 1945, l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) veille au respect des principes de déontologie, de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste [37]. Il est également chargé de la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Son organisation se décline en un conseil national et des conseils régionaux et départementaux, composés de chirurgiens-dentistes élus par leurs pairs [37]. Le conseil national de l'Ordre est assisté dans ses missions par un Membre du Conseil d'Etat nommé par le Ministre de la Justice [38]. L'Ordre est compétent dans 3 domaines : administratif, réglementaire et juridictionnel [38].

Ainsi, le conseil départemental régule l'accès à la profession et son exercice : pour pouvoir exercer, l'inscription au Tableau de l'Ordre départemental est obligatoire, sous

conditions de diplôme, de compétences ou encore de connaissance de la langue française et sous réserve d'un casier judiciaire vierge de sanction pénale et de l'absence de manquements aux obligations déontologiques [69].

L'Ordre détient également un pouvoir juridictionnel : il est habilité à enquêter et éventuellement sanctionner un praticien qui manquerait à ses obligations professionnelles. Les modalités de fonctionnement sont définies par le Code de la Santé Publique [39, 43].

### **I.4.2 Démographie professionnelle**

Au 01/01/2015, étaient recensés 41 495 chirurgiens-dentistes exerçant sur le territoire français : 84 % d'entre eux sont des praticiens à exercice libéral exclusif. 10,8% des praticiens sont salariés, et 5% sont des praticiens à activité mixte (libérale et salariée) [21].

A l'échelle nationale, et tous âges confondus, les professionnels libéraux sont majoritairement des hommes (64%). On observe cependant une forte augmentation de la féminisation chez les plus jeunes, ainsi les praticiens de moins de 30 ans sont majoritairement (57,7%) des femmes [21].

Plus de la moitié des chirurgiens-dentistes libéraux (51,8%) ont plus de 50 ans, et 6,4% plus de 65 ans [21].

### **I.4.3 L'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes**

#### *I.4.3.1 Contexte*

Une enquête du Conseil national de l'Ordre en 2011 révèle que la violence touche également les cabinets dentaires : elle rapporte un homicide sur un praticien, une douzaine d'agressions physiques dont certaines avec arme blanche, trois braquages, des soins réalisés sous la contrainte et des centaines de cas d'incivilités et de violences verbales [34].

C'est dans ce contexte qu'est créé en 2013 l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes, instance émanant de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Sa mise en place fait suite à la signature en 2011 du protocole SSJO au niveau national [34].

#### *I.4.3.2 Les objectifs*

Cet Observatoire a deux objectifs [34]:

- identifier les problèmes et les besoins en sécurité en fonction des territoires, qui ne sont pas exposés aux mêmes risques ;
- faire remonter les informations auprès des pouvoirs publics.

#### *1.4.3.3 Fonctionnement*

Le fonctionnement de l'Observatoire de la sécurité repose sur les déclarations d'incidents effectuées par les praticiens victimes auprès de leur conseil départemental. Cette déclaration se fait au moyen d'une fiche standardisée, disponible sur le site internet de l'ONCD, adressée par le praticien à son conseil départemental. Le conseil départemental se charge ensuite de faire remonter l'information au niveau national [64].

L'Observatoire de la sécurité est un outil de centralisation et de recensement national des incidents qui n'existait pas jusqu'alors pour la profession. L'ONCD insiste sur le fait que cette déclaration ne remplace pas le signalement de l'incident aux forces de l'ordre, par dépôt de plainte ou main-courante [64].

#### *1.4.3.4 La fiche de déclaration*

Par leur objectif commun, la « Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle » (Annexe 1) établie par l'ONCD et l'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes est similaire à la fiche de déclaration d'incident mise à disposition des médecins par le CNOM :

- la date et le lieu de l'incident ;
- la fonction et le sexe de la (des) victime(s) ;
- l'agresseur ;
- le motif de l'incident ;
- le type d'incident : atteintes aux biens et/ou aux personnes ;
- l'utilisation d'une arme ;
- une éventuelle interruption de travail.

Elle doit être adressée au Conseil départemental qui est l'interlocuteur privilégié du praticien [34].

### **1.4.4 Synthèse des données de l'Observatoire**

Les données suivantes sont la synthèse des déclarations recueillies par l'Observatoire pour les années 2013, 2014 et 2015.

#### *1.4.4.1 Le nombre de déclarations*

En moyenne, sur ces trois années, 97 incidents ont été déclarés aux Conseils départementaux, avec une nette hausse pour l'année 2015 (Figure 8) [65–67].

| Année | Nombre d'incidents | Taux de victimation |
|-------|--------------------|---------------------|
| 2013  | 97                 | 0,22%               |
| 2014  | 84                 | 0,20%               |
| 2015  | 110                | 0,26%               |

*Figure 8: Nombre d'incidents et taux de victimation. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].*

Pour ces trois années, on constate une diminution du nombre des déclarations au troisième trimestre [65–67]. Ce même phénomène est également observé chez les médecins [5, 63]: les auteurs chargés des rapports annuels pour le CNOM attribuent cette diminution à la fermeture estivale de certains cabinets, ou le remplacement des praticiens titulaires par des étudiants ou praticiens moins connaisseurs des procédures [17].

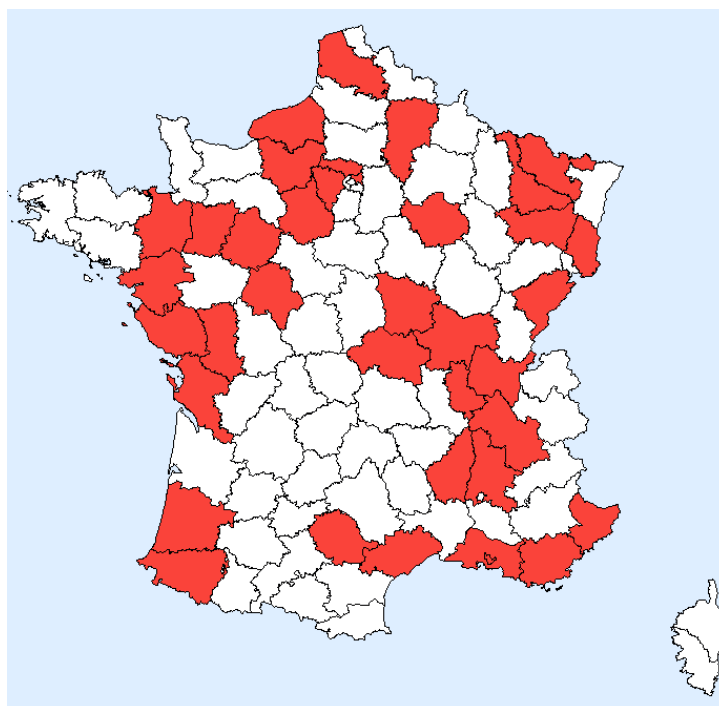
Le taux de victimation national chez les chirurgiens-dentistes pour l'année 2014 est de 0,2% [66] contre 0,45% chez les médecins [17].

Cependant ce système n'est que de mise en place récente pour les chirurgiens-dentistes et on peut émettre l'hypothèse que tous les praticiens n'ont pas encore intégré cette procédure de déclaration à l'Ordre, malgré des actions de communication [34, 64, 71].

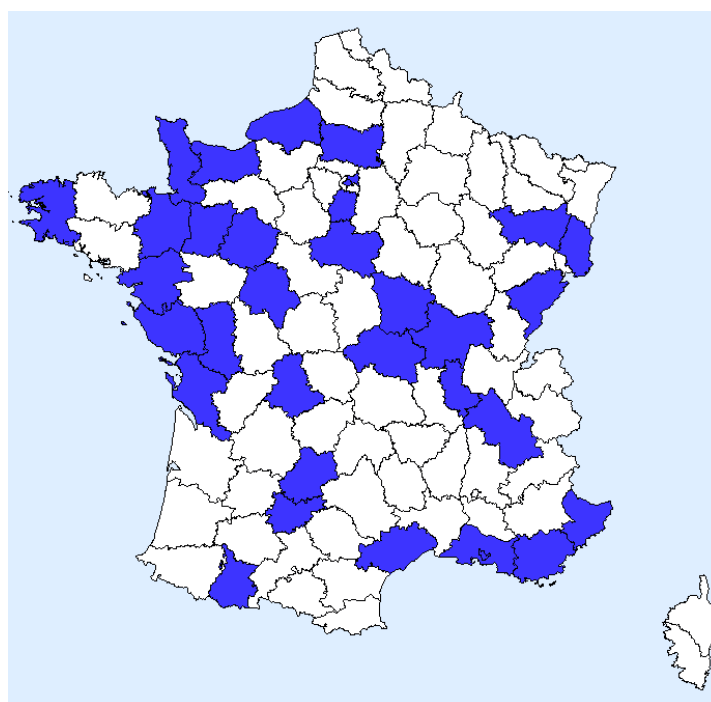
En effet, ce système est installé depuis plus de dix ans chez les médecins : sur les premières années (2003-2009), le taux de victimation était de l'ordre de 0,25% à 0,32%, avant une nette progression de ce taux à partir de l'année 2010 [5], due selon les auteurs à une augmentation réelle du nombre d'incidents mais également à une augmentation de la part d'incidents déclarés par les praticiens [17].

#### *1.4.4.2 Répartition sur le territoire*

36 Conseils départementaux ont rendu compte d'au moins un incident pour l'année 2013 (Figure 9) [65]. Ce chiffre est en légère baisse pour 2014, avec 34 départements déclarants (Figure 10) [66].



*Figure 9: Départements déclarants au moins un incident pour l'année 2013 (en rouge). Bilan des fiches de déclarations à visée observationnelle pour l'année 2013 communiqué par l'ONCD [65].*



*Figure 10: Départements déclarants au moins un incident pour l'année 2014 (en bleu). Bilan des fiches de déclaration à visée observationnelle pour l'année 2014, communiqué par l'ONCD [66].*

Les données pour l'année 2015 en notre possession n'identifient pas les départements où se sont déroulés les incidents.

#### 1.4.4.3 Les victimes

Les déclarations identifient 137 victimes pour l'année 2013, 114 pour l'année 2014 et 133 pour 2015. Les chirurgiens-dentistes sont les premières victimes de ces incidents : 90 en 2013 et 2015, 81 en 2014 [65–67] (Figure 11).

Les salariés sont également victimes de ces incidents. Beaucoup plus rarement, des patients ou des membres de la famille du praticien ou d'un patient sont la cible des incidents. Les auteurs précisent qu'un même incident peut faire plusieurs victimes [65–67] (Figure 11).

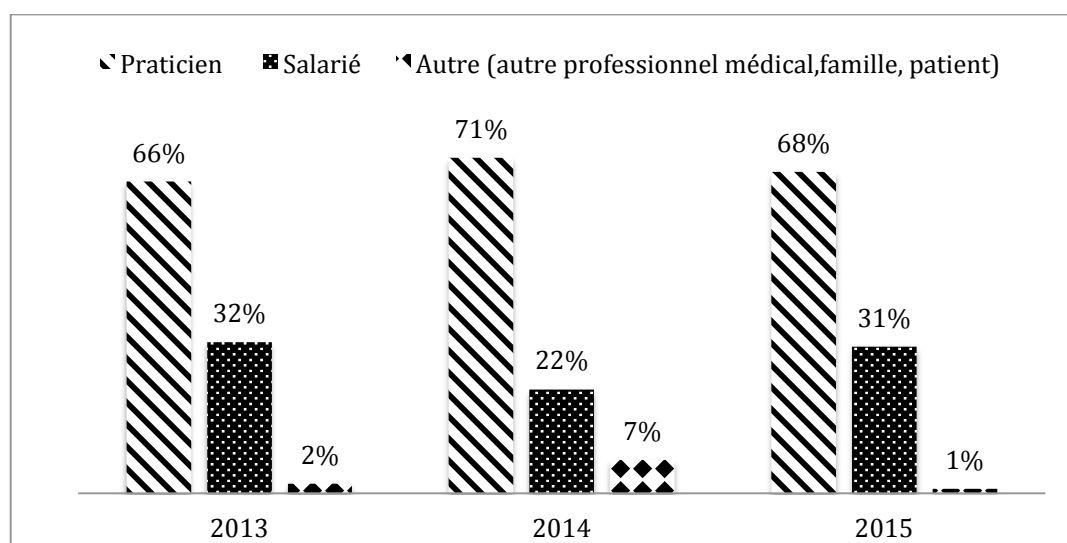


Figure 11: Les victimes des incidents. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

Si en 2013 et 2015, plus des deux-tiers des victimes sont des femmes, le rapport pour l'année 2014 est difficile à établir puisque le sexe de 19 victimes n'est pas renseigné dans les déclarations [65–67] (Figure 12). L'Observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes explique la forte proportion de femmes victimes par le fort taux de féminisation dans les cabinets dentaires [65, 67].

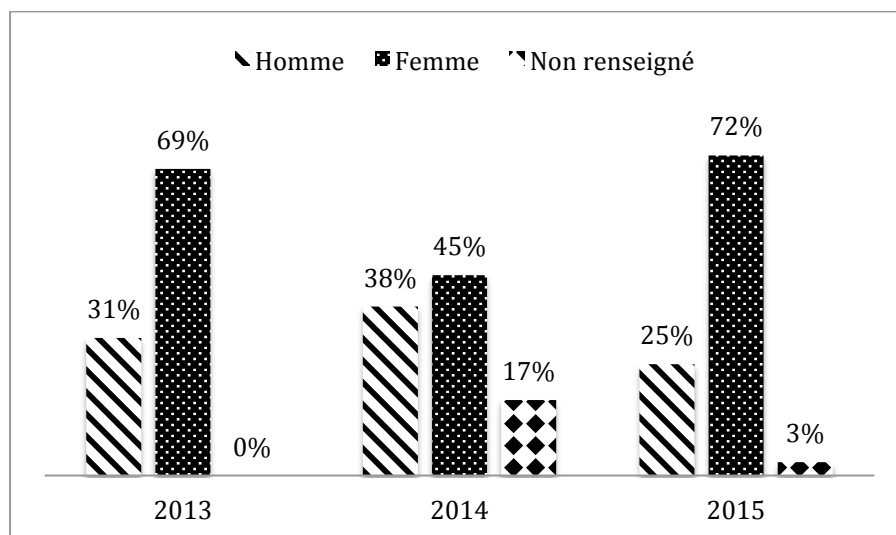


Figure 12: Le sexe des victimes d'incidents. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

#### 1.4.4.4 L'agresseur

Les déclarations rapportent 104 agresseurs pour l'année 2013, 90 pour 2014. Le chiffre est en hausse pour 2015 puisque 110 agresseurs sont déclarés. Le plus souvent ces individus sont des patients du cabinet, il s'agit dans des cas moins nombreux d'accompagnateurs ou d'autres individus (dont des cambrioleurs) [65–67] (Figure 13).

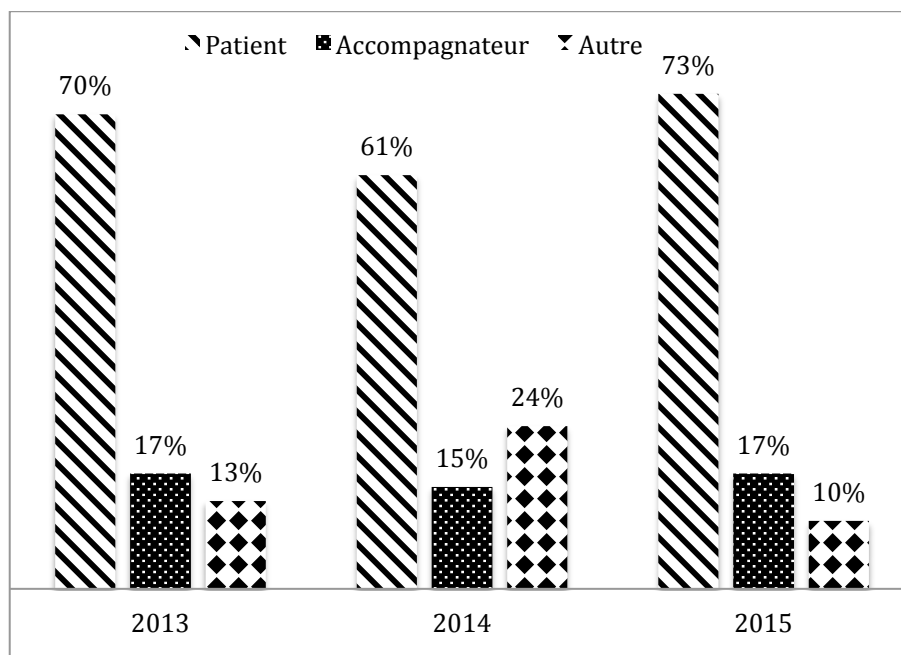


Figure 13: L'agresseur. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

#### *1.4.4.5 Moment de l'incident*

Un très faible nombre d'incidents déclarés se sont déroulés lors d'une garde : quatre incidents (sur 97) en 2013 et un seul (sur 84) pour 2014. Le bilan pour 2015 ne renseigne pas ce paramètre [65, 66].

#### *1.4.4.6 Situation de l'exercice*

Presque 90% des incidents déclarés se sont produits en cabinet de ville (pratique libérale) : 88 incidents sur 97 en 2013, 75 sur 84 en 2014 [65, 66]. Le bilan des incidents pour 2015 ne précise pas la situation de l'exercice [67].

En 2013 puis 2014, plus d'un incident sur deux s'est produit en centre-ville. Le milieu rural et les banlieues périphériques sont plus préservés. [66] (Figure 14).

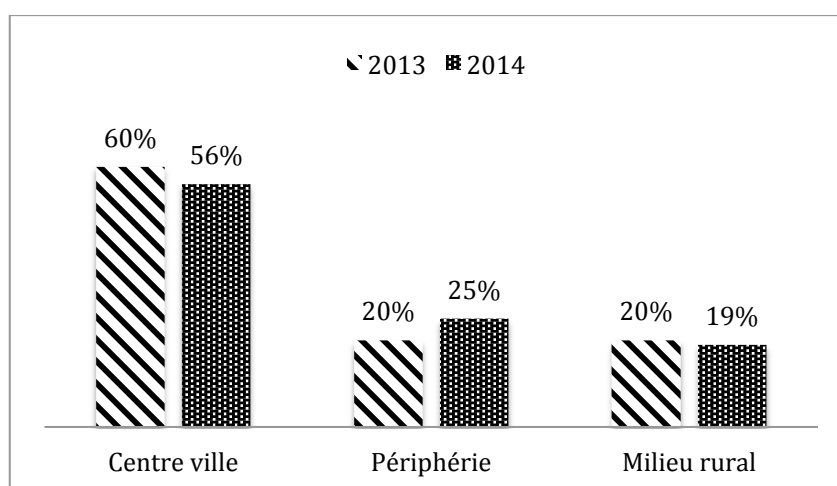


Figure 14: Les incidents en fonction du lieu d'exercice. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

#### *1.4.4.7 Le motif de l'incident*

La qualité des soins (8 cas), leur coût (6 cas), le temps d'attente (4 cas) ou le vol (cité à 12 reprises) sont les motifs les plus souvent cités pour l'année 2014. Sont aussi signalés comme motifs : l'accumulation de rendez-vous non honorés par le patient, le retard du patient ou du praticien, le refus par le praticien d'antidater des feuilles de soins, l'utilisation frauduleuse de documents liés à la Couverture Maladie Universelle, des refus de soins par les patients, les délais de rendez-vous, l'exigence de soins immédiats sans rendez-vous ou bien encore l'esthétique des soins ou prothèses. Plusieurs motifs peuvent être cités pour un même incident [65, 66].

En 2015, les reproches relatifs à une prise en charge sont à l'origine de 38 cas de violences (35% des incidents). Le temps d'attente jugé excessif (6 cas), un diagnostic non accepté par le patient (5 cas) sont également avancés comme source de violences. Ces violences peuvent également avoir comme origine le coût des soins, le respect des rendez-vous, des problèmes de règlement d'honoraires [67]. Ces motifs sont similaires à ceux évoqués par les médecins pour les années 2013 et 2014 (Figure 6).

#### 1.4.4.8 Les atteintes aux personnes

La grande majorité des incidents rapportés relève de l'atteinte aux personnes (Figure 15). Après une légère baisse entre 2013 et 2014, on remarque une augmentation importante du nombre de ces atteintes entre 2014 et 2015 [65–67].

A ces atteintes aux personnes, s'ajoutent des atteintes aux biens : vols avec ou sans effraction, dégradations et vandalisme. Une atteinte aux biens peut être simultanée à une atteinte aux personnes [65–67].

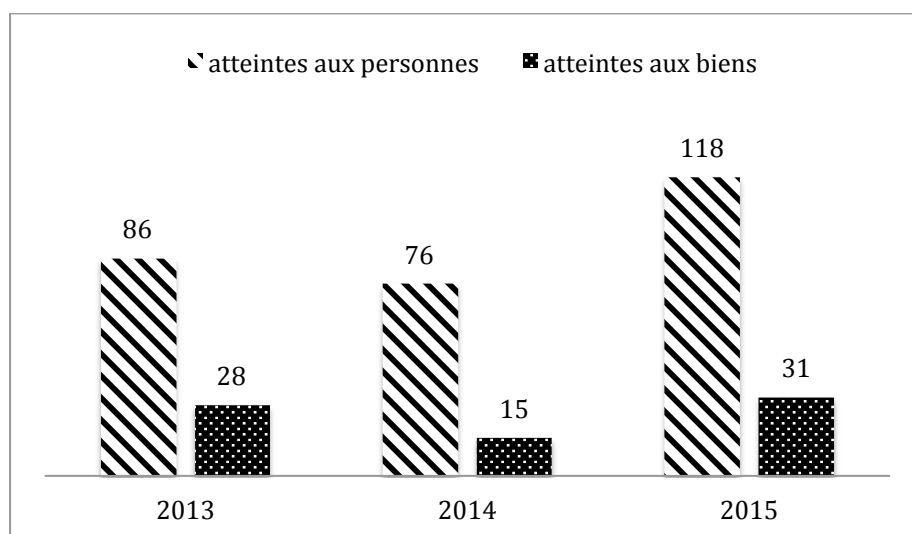


Figure 15: Atteintes aux biens et aux personnes. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

Le plus souvent il s'agit d'injures ou de menaces (dont menaces de mort et menaces physiques) envers le praticien ou son personnel (75 cas en 2013, 66 en 2014, 86 en 2015). Les coups et blessures volontaires sont beaucoup plus rares (9 cas en 2013, 6 en 2014, 8 en 2015). On note également quelques cas de comportements agressifs et de praticiens attendus à leur sortie du cabinet. [65–67] (Figure 16).

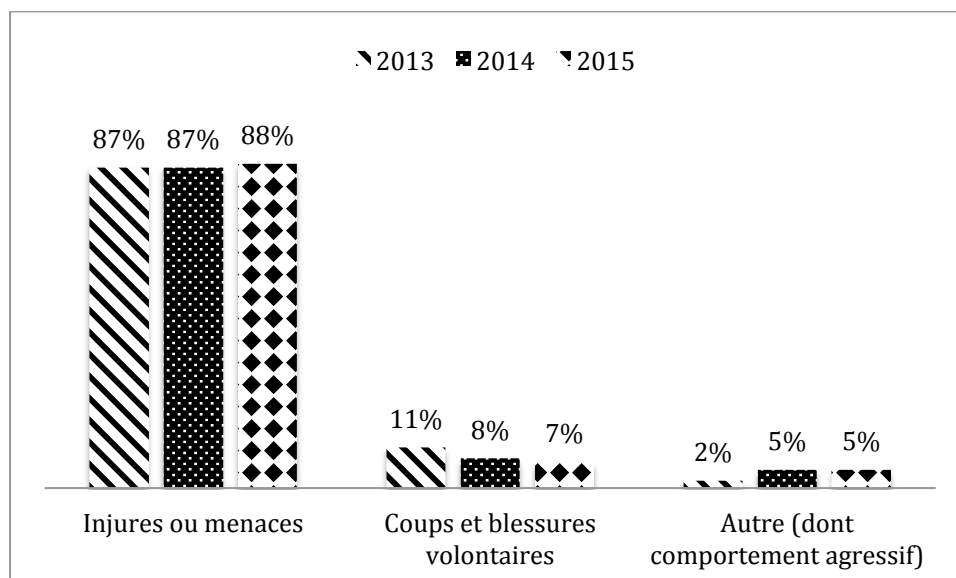


Figure 16: Les atteintes aux personnes. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

#### 1.4.4.9 Les atteintes aux biens

Pour les trois années étudiées, les atteintes aux biens sont moins nombreuses que les atteintes aux personnes, et se répartissent entre actes de dégradation et vols, avec ou sans effraction [65–67] (Figure 17).

|      | Atteintes aux biens | Dont vols (vols avec effraction) | Dont dégradation/ vandalisme |
|------|---------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 2013 | 28                  | 12 (4)                           | 16                           |
| 2014 | 14                  | 7 (2)                            | 7                            |
| 2015 | 31                  | 18 (4)                           | 13                           |

Figure 17: Les atteintes aux biens. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD [65–67].

Les objets des vols sont variés : du matériel dentaire (rotatifs, petite instrumentation, mobilier), du consommable dentaire (composites, anesthésiques), du matériel informatique et photographique, des bijoux et effets personnels, des espèces. Une déclaration rapporte également le vol du dossier médical d'un patient par l'un des parents [65–67].

Au deuxième semestre 2015, plusieurs chirurgiens-dentistes de l'Essonne ont été victimes d'une vague de cambriolages [68]. Ces faits ont visé des matériels et consommables professionnels très spécifiques : matériaux de comblement osseux, stocks d'implants, instruments et matériel d'implantologie, stérilisateurs. Du petit matériel, facilement transportable, à « haute valeur ajoutée » tels que des instruments rotatifs,

localisateurs d'apex ou les lampes à polymériser font également partie des objets dérobés par les malfaiteurs. Selon les auteurs de l'article, ce butin pourrait alimenter des réseaux de revente dans les pays émergents [68].

#### *1.4.4.10 Incapacité Totale de Travail*

En 2013, 5% des incidents ont donné lieu à une Incapacité Totale de Travail. Ce chiffre est en augmentation pour 2014 : 14,5% des incidents ont nécessité une Incapacité Totale de Travail, jusqu'à 15 jours pour la plus longue [65, 66].

#### *1.4.4.11 Utilisation d'une arme*

Pour les années 2013 et 2014, il n'est fait mention qu'à trois reprises de l'utilisation d'une arme : une arme à feu dans deux cas, une matraque pour le troisième [65, 66]. En 2015, 6 déclarations font état de la présence d'une arme, utilisée dans 4 cas. Le type d'arme employé n'est pas précisé [67].

#### *1.4.4.12 La sous-déclaration*

En 2015, sur les 110 incidents déclarés à L'ONCD, seuls 18 ont fait l'objet d'une plainte déposée auprès des forces de l'ordre [67], soit un taux de plainte de 16,4%. A titre de comparaison, le taux de plainte chez les médecins avoisine les 50% [5] .

Pour l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes, un phénomène de sous-déclaration des incidents est observé chaque année [64]. Les praticiens ont en effet tendance à ne pas considérer les agressions verbales à leur encontre au même niveau qu'une atteinte physique ou une dégradation matérielle, et ne les déclarent pas systématiquement [70]. La déclaration à l'Ordre des cambriolages ne serait elle aussi pas systématique : dans le cas des cambriolages en Essonne cité plus haut, le conseil départemental de l'Ordre a décidé de mettre en place une alerte par courrier électronique après avoir eu connaissance d'une effraction. Plusieurs praticiens victimes de précédents cambriolages sur la même période se sont alors faits connaître [68]. Si l'Ordre national acte ce phénomène de sous-déclaration, le nombre annuel d'incidents non déclarés est par définition impossible à connaître, puisque la seule source de renseignements pour la profession est la fiche de déclaration [70].

## I.5 Après un incident

### **I.5.1 Donner l'alerte**

En France, il existe six numéros téléphoniques d'alerte [80], en fonction du type de situation urgente:

- 17 : services de la Police Nationale et de la Gendarmerie Nationale, en fonction du lieu où se déroule l'incident. Signalement des infractions : violences, agressions, cambriolages ;
- 18 : Service Départemental d'Incendie et de Secours. Signalement d'une situation de péril ou d'accident (incendie, accident de la route, ensevelissement, fuite de gaz...) ;
- 15 : SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). En cas de besoin d'aide médicale urgente (malaise, coma, hémorragie, difficulté respiratoire...) ;
- 112 : Numéro d'urgence européen ;
- 114 : Numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes ;
- 196 : Secours en mer.

Si la gravité d'un incident oblige à prévenir en urgence les secours, il est impératif de donner les bonnes informations afin d'optimiser les moyens de secours qui seront déployés. Ces informations répondent à cinq questions [79]:

- QUI ? : le requérant doit s'identifier (nom et prénom, qualité) et confirmer le numéro de ligne téléphonique avec lequel il appelle ;
- OÙ ? : le requérant doit localiser précisément le lieu de l'incident (localité, rue ou lieu-dit, bâtiment, étage...) ;
- QUAND ? : quand l'incident a-t-il eu lieu ;
- QUOI ? : le motif de l'appel, en fonction du service d'urgence appelé
  - Le type d'incident : agression, braquage, cambriolage, accident de la route, urgence médicale...
  - La présence éventuelle de blessé(s) : le type de blessure, leur état de conscience, leur âge, leur sexe, s'il s'agit d'une agression ou d'un accident.
  - Les dégâts ou les objets dérobés s'il s'agit d'un cambriolage ou d'un braquage.
- COMMENT ? : les circonstances de l'incident. Donner aux secours toute information utile (utilisation d'une arme, auteur(s) en fuite...).

Si des auteurs sont en fuite, les forces de l'ordre en demanderont un signalement (morphologie, vêtements, signes distinctifs, teinte et coupe de cheveux), ainsi que leur moyen de déplacement (pédestre, véhicule..) et leur direction de fuite.

Ces renseignements doivent être le plus clair possible [79].

En cas de cambriolage, il faut préserver les indices ayant pu être laissés par les cambrioleurs (empreintes digitales, cheveux, effets personnels, déchets...) : la zone doit être interdite d'accès afin d'éviter une pollution des locaux cambriolés par une personne étrangère aux faits, et permettre l'analyse des enquêteurs [29].

S'il y a des témoins, leurs informations seront importantes pour l'analyse des faits : il faut les retenir sur place jusqu'à l'arrivée des secours afin de recueillir leurs témoignages [29].

### **I.5.2 Plainte ou main-courante ?**

Pour signaler un incident aux forces de police ou de gendarmerie, il existe deux procédures bien distinctes en fonction de sa gravité et des intentions de la victime : la main courante ou la plainte [25].

#### ***I.5.2.1 Le dépôt sur main courante***

Le dépôt sur main courante au sein d'un commissariat de police, ou le procès-verbal de renseignement judiciaire en brigade de gendarmerie, est une simple déclaration d'un particulier, qui permet de signaler des faits, sans déposer plainte [25].

Ce sont des faits qui ne peuvent constituer à eux seuls une infraction mais qui peuvent constituer un début de preuve dans une procédure ultérieure. Cette démarche permet de conserver une trace locale écrite, officielle et datée d'un fait particulier (harcèlement, bruits de voisinage, incivilités, petites dégradations...) [25].

La personne qui effectue cette déclaration ne souhaite pas poursuivre en justice l'auteur des faits, mais elle peut entraîner le déclenchement d'une enquête voire d'une action judiciaire par les forces de l'ordre si elles l'estiment nécessaire. Les personnes impliquées ne sont pas systématiquement averties qu'elles font l'objet d'une telle procédure [25].

#### ***I.5.2.2 Le dépôt de plainte***

Le dépôt de plainte, en commissariat de police, en brigade de gendarmerie, ou directement auprès du procureur compétent territorialement, est un acte par lequel une personne qui s'estime victime d'une infraction en informe la justice. Il s'effectue contre une

personne physique identifiée, une personne morale (entreprise, association, organisme professionnel), ou contre X si l'auteur est inconnu [24].

L'objectif du dépôt de plainte est de demander des sanctions pénales contre le supposé auteur des faits [24].

Si la victime veut obtenir réparation du préjudice (en plus des sanctions contre le présumé auteur), elle doit porter plainte avec constitution de partie civile : elle verse au dossier toute preuve utile d'un préjudice personnel (certificat médical, identité de témoins, factures d'achat ou de réparation de biens...) [23].

Le délai pour porter plainte, avant prescription, court à partir du jour de la commission de l'infraction et varie en fonction de sa gravité [23] :

- un an pour les contraventions ;
- trois ans pour les délits (dont vol et coups et blessures) ;
- dix ans pour les crimes.

La réception d'une plainte ne peut être refusée, elle est ensuite transmise au procureur, qui peut demander aux forces de police ou de gendarmerie une enquête préliminaire avant de prendre sa décision [24] [23]:

- classement sans suite : décision de ne pas poursuivre si l'infraction est absente ou pas assez caractérisée, si l'enquête ne donne rien ou si les faits sont prescrits. Le plaignant reçoit un avis de classement sans suite motivé. Il peut alors former un recours auprès du procureur général ou en se constituant partie civile ;
- citation directe : en cas d'affaire simple, le procureur saisit directement le tribunal. Le plaignant et l'auteur présumé sont convoqués au procès ;
- demande de mesures alternatives aux poursuites : affaires ne nécessitant pas la tenue d'un procès tout en apportant une réponse pénale ;
- ouverture d'une information judiciaire : préalable au procès pénal, le procureur saisit un juge d'instruction qui va diriger une enquête en vue de recueillir les éléments nécessaires à la tenue du procès. En cas d'affaire criminelle, deux juges d'instruction sont nommés ;
- absence de décision dans les trois mois : le plaignant peut alors porter plainte avec constitution de partie civile pour relancer la procédure.

### **I.5.3 l'Incapacité Totale de Travail**

L'auteur de violences, volontaires ou involontaires, s'expose à des condamnations de justice. Ces sanctions sont fonction de la gravité des blessures infligées à la victime. L'évaluation de cette gravité va déterminer l'Incapacité Totale de Travail [85].

### *1.5.3.1 Définition*

L'Incapacité Totale de Travail est une notion juridique, qui figure dans 24 articles du Code Pénal qui n'en donne toutefois jamais une définition exacte [85].

Cependant, la jurisprudence permet d'en donner une définition pénale en tant que « période durant laquelle l'individu n'est pas en totale capacité de se livrer aux actes usuels de la vie courante pour des raisons physiques ou psychologiques, que ce soit dans l'exercice d'une profession ou en dehors de celle-ci » [85].

Cette période doit être distinguée du déficit fonctionnel temporaire, notion de droit civil qui concerne la réparation et l'indemnisation de la victime, et de la durée de l'arrêt de travail de la Sécurité Sociale qui ouvre droit au versement des indemnités journalières [73].

### *1.5.3.2 Évaluation*

La détermination de l'Incapacité Totale de Travail est un acte médical, réalisée soit par un médecin généraliste ou urgentiste (consultation spontanée, d'urgence après l'incident), soit par un médecin d'une unité médico-judiciaire (sur réquisition du Juge, à distance de l'incident) [85].

Après interrogatoire médical et examen clinique de la victime, le praticien rédige un certificat médical sur lequel il doit faire figurer [85] [73]:

- son identité professionnelle, sa signature manuscrite ;
- l'identité de la victime, son adresse ;
- les circonstances de l'incident selon la description que lui en fait la victime
- ses constatations : blessures (localisation, aspect, couleurs...) et déficit fonctionnel en découlant ;
- la durée déterminée d'Incapacité Totale du Travail, qui doit être motivée.

Un exemplaire de ce certificat doit être remis à la victime [85].

Il n'existe cependant pas de barème fixe pour la détermination d'une Incapacité Totale de Travail : le praticien s'appuie sur l'interrogatoire, sur son expérience, sur l'état de santé antérieur de la victime, et l'évolution probable de la blessure [85].

Une Incapacité Totale de Travail peut toujours être réévaluée surtout lorsque la première évaluation a eu lieu en urgence, à courte distance de l'événement. Elle sera réalisée préférentiellement par le praticien ayant réalisé la première consultation [85]. Ces évaluations ultérieures sont importantes pour constater l'évolution de la maladie, notamment en matière de violences psychologiques [73].

### 1.5.3.3 Les conséquences

L'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail n'a pas de conséquence directe pour le patient, mais elle s'avère indispensable pour qualifier l'infraction pénale et désigner la juridiction compétente pour sanctionner l'auteur des faits [73] .

On distingue alors les cas de violences volontaires (Figure 18) et violences involontaires (Figure 19) [73].

| Incapacité Totale de Travail  | Sanction Encoure                          | Juridiction compétente |
|-------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|
| Non                           | Contravention de 4 <sup>ème</sup> classe  | Tribunal de Police     |
| Inférieure ou égale à 8 jours | Contravention de 5 <sup>ème</sup> classe  | Tribunal de Police     |
| Supérieure à 8 jours          | 3 ans d'emprisonnement + 45 000€ d'amende | Tribunal Correctionnel |

Figure 18 : Conséquences pénales des violences volontaires. (Articles R 624-1, R 625-1 et 222-11 du Code Pénal)

La commission de violences volontaires sur un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions ou dont la qualité « est apparente ou connue de l'auteur » constitue une circonstance aggravante : le Code Pénal porte à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende la sanction des violences n'ayant pas entraîné d'Incapacité Totale de travail ou une Incapacité Totale de Travail de 8 jours maximum. Si elle dépasse 8 jours, l'auteur risque jusqu'à 5 ans d'emprisonnement assortis d'une amende de 75 000 € (Articles 222-12 et 222-13 du Code Pénal).

| Incapacité Totale de Travail | Sanction Encourue                          | Juridiction compétente |
|------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| Non                          | Contravention 2 <sup>ème</sup> classe      | Tribunal de Police     |
| Inférieure ou égale à 3 mois | Contravention 5 <sup>ème</sup> classe      | Tribunal de Police     |
| Supérieure à 3 mois          | 2 ans d'emprisonnement + 30 000 € d'amende | Tribunal Correctionnel |

Figure 19: Conséquences pénales des violences involontaires (Articles R 625-2, R 625-3 et 222-19 du Code Pénal)

Si la victime souhaite obtenir réparation des dommages et indemnisation du préjudice, elle doit entreprendre une procédure judiciaire pénale en se constituant partie civile, devant une cour civile ou administrative : elle doit alors apporter la preuve du dommage qui lui a été infligé, le certificat médical initial peut alors constituer un élément de cette preuve [73].

#### **I.5.4 Déclaration de cambriolage**

En cas de cambriolage ou de tentative de cambriolage, au domicile ou au cabinet dentaire, il convient de déclarer rapidement cet incident à son assureur en respectant un ordre chronologique [22, 56] :

- déposer plainte auprès de la Police Nationale ou de la Gendarmerie Nationale (en fonction de la situation du local) dans les 24 heures suivant la découverte de l'effraction. Il est important de laisser les lieux en l'état jusqu'à la visite des forces de l'ordre pour préserver les indices ;
- sécuriser les lieux : remise en état des ouvrants et serrures endommagés après relevé des indices éventuels ;
- déclarer l'évènement à son assureur, dans les deux jours ouvrés du constat de l'effraction par lettre recommandée (même s'il a été alerté auparavant par téléphone). On y joint la copie de la plainte déposée auprès des forces de l'ordre, un inventaire des objets dérobés, les factures correspondantes, et si possible, des photographies de ces objets ;
- conserver toute preuve utile du dommage : prendre des photographies des lieux endommagés, des dégradations commises, des objets détériorés laissés par les cambrioleurs, et les factures de remise en état des lieux. C'est en effet à la victime qu'il revient de faire la preuve du préjudice subi à des fins d'indemnisation.

#### **I.5.5 Déclaration au Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes**

La déclaration de l'incident (agression, cambriolage, dégradation) survenu dans le cadre de l'exercice professionnel au Conseil Départemental de l'Ordre est facultative, mais elle est encouragée par les instances ordinales nationales [34]. Elle s'effectue à l'aide de la « Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle » (Annexe 1) disponible sur le site Internet de l'ONCD (voir au I.4.3.4).

### **I.5.6 Aide aux victimes**

Le chirurgien-dentiste victime d'un incident a la possibilité de rencontrer un conseiller départemental de l'Ordre des chirurgiens-Dentistes pour trouver écoute, soutien psychologique et aide dans ses démarches [34].

Plus généralement, les victimes peuvent s'orienter vers les Bureaux d'Aide aux Victimes, qui sont situés au sein des Tribunaux de Grande Instance. Ils sont chargés d'orienter, de renseigner et d'accompagner les victimes d'infractions pénales. Les conseils portent sur le déroulement des procédures pénales et les dispositifs d'indemnisation [50]. Les permanences sont assurées par des associations locales d'aide aux victimes agréées par le Ministère de la Justice, qui emploient juristes et psychologues formés à l'accueil des victimes [51].

# **Partie II : Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique**

## **II. 1 Objectifs**

Cette enquête a pour but d'établir un aperçu de la sécurité des praticiens de Loire-Atlantique. Elle s'articule autour de quatre axes :

- l'équipe soignante et l'organisation du cabinet dentaire ;
- les incidents éventuellement subis ;
- les suites données à ces incidents ;
- les documents relatifs à la sécurité mis à disposition par les autorités.

## **II.2 Matériels et méthodes**

Le questionnaire porte sur l'organisation et l'expérience du chirurgien-dentiste en matière de sécurité sur son lieu de travail. Ce questionnaire a été adressé aux praticiens de Loire-Atlantique. Au 01/01/2015, le département comptait 912 praticiens inscrits au Tableau départemental de l'Ordre [21].

### **II.2.1 Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire comporte sept sous-parties et vingt-huit questions :

- les informations générales concernant le praticien et son équipe ;
- la localisation du cabinet ;
- les accès aux locaux ;
- la protection du cabinet ;
- la communication au sein de l'équipe soignante ;
- les agressions et cambriolages ;
- les documents institutionnels.

Il a été élaboré et diffusé à l'aide du logiciel en ligne Google Docs®. Les questions étaient à choix multiples ou à choix simple.

## **II.2.2 Diffusion du questionnaire**

La diffusion d'un questionnaire sur papier à l'ensemble des praticiens du département de Loire-Atlantique n'a pas été envisagée, pour des questions de coût et de logistique. Il lui a été préféré la voie dématérialisée: avec le concours du Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, il a été possible d'adresser ce questionnaire aux praticiens du département par courrier électronique. Le questionnaire en ligne était hébergé sur Google Docs®.

## **II.2.3 Récupération et présentation des données**

Les réponses apportées par les praticiens ont été regroupées et présentées automatiquement sur une feuille de calcul informatisée du logiciel Google Docs®. Ce logiciel propose également la compilation des réponses sous forme de graphiques.

## **II.3 Résultats**

Entre le 18/12/2015 et le 19/01/2016, 141 praticiens ont apporté leurs réponses, soit un taux de participation de 15,4%.

### **II.3.1 Informations générales**

#### *II .3.1.1 Les répondants*

73 femmes et 68 hommes ont répondu à ce questionnaire. L'âge moyen des répondants est de 43, 9 ans et l'âge médian est de 34,5 ans. Les femmes sont en moyenne plus jeunes de 7,3 ans que les hommes (40,6 contre 47,9 ans). Le plus jeune praticien ayant répondu a 27 ans, le plus âgé 73 ans.

L'exercice en groupe est le plus courant (69% des répondants). Les praticiens exerçant en groupe sont plus souvent des femmes (Figure 20), et sont en moyenne plus jeunes que leurs confrères exerçants seuls (40,8 ans contre 49,9 ans).

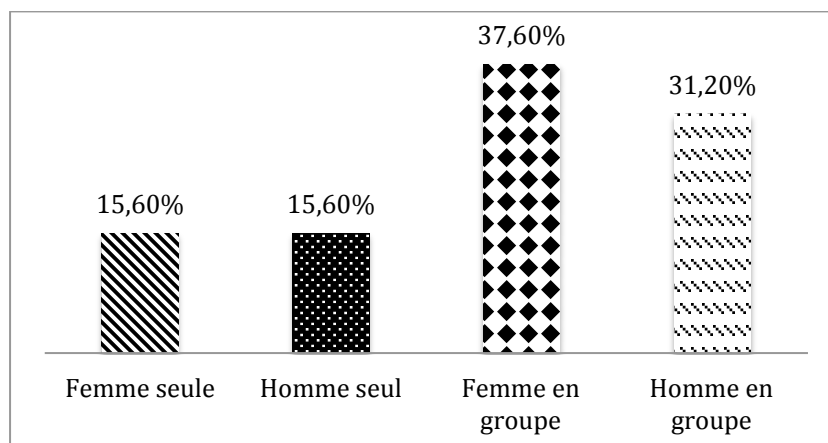


Figure 20: Le mode d'exercice du praticien. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.

### II.3.1.2 Le personnel d'accueil

75,9% des praticiens ayant répondu déclarent travailler avec un personnel d'accueil, qu'ils exercent seuls ou en groupe. 14,9 % travaillent seuls et sans personnel.

### II.3.1.3 Type d'exercice

La majorité des chirurgiens-dentistes répondant sont omnipraticiens (90,8%). Suivent les spécialistes en orthopédie dento-faciale (5,7%). Les praticiens à exercice exclusif (endodontie, parodontologie-implantologie ou pédodontie) représentent 3,5% de l'effectif.

## II.3.2 La localisation du cabinet

Le plus souvent, les praticiens sont installés en milieu urbain périphérique (37,6%). 34% des praticiens exercent en milieu rural et 28,4% en centre-ville.

Le cabinet est installé dans plus d'un cas sur deux en milieu résidentiel. L'exercice au sein d'un pôle ou d'une maison de santé ne concerne que 18,4% des praticiens (Figure 21).

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Cabinet en zone résidentielle   | 54,6% |
| Cabinet en zone commerciale     | 19,9% |
| Cabinet en pôle/maison de santé | 18,4% |
| Cabinet isolé                   | 7,1%  |

Figure 21: Implantation du cabinet dentaire sur le territoire communal. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016

### II.3.3 Accès aux locaux

Toute implantation territoriale confondue, l'entrée du public est très majoritairement libre et sans signal sonore automatique. Plus rarement, l'accès est libre avec déclenchement d'un signal automatique ou doit être demandé par interphone. Un visiophone est utilisé par seulement 6,4% des praticiens (Figure 22).

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| Libre sans signal automatique | 65,2% |
| Libre avec signal automatique | 14,2% |
| Contrôlé par interphone       | 14,2% |
| Contrôlé par visiophone       | 6,4%  |

Figure 22: Les accès aux locaux. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016

Les praticiens déclarant un accès contrôlé par interphone ou visiophone exercent essentiellement en centre-ville (72%), conséquence d'une implantation au sein d'immeubles d'habitation.

L'entrée libre du public sans signal est très majoritaire dans les cabinets ruraux (82%) et de périphérie urbaine (77%).

21,5% des praticiens ont un système vidéo (s'additionnant ou non au visiophone) leur permettant d'identifier les personnes entrantes. Ce dispositif est utilisé par tous les types de praticiens, surtout en ville (18 praticiens) mais aussi en milieu rural (8 praticiens).

### II.3.4 Protection du cabinet

#### II.3.4.1 Alarme anti-intrusion

Le taux global d'équipement en alarme anti-intrusion est de 39%. Mais il existe des variations importantes en fonction de la zone d'implantation dans le département (Figure 23).

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Zone « rurale »             | 35,4% |
| Zone « centre ville »       | 37,5% |
| Zone « périphérie urbaine » | 52,8% |

Figure 23: Taux d'équipement en alarme anti-intrusion en fonction de l'implantation dans le département. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016

### *II.3.4.2 Vidéoprotection*

Moins utilisés que les systèmes d'alarme anti-intrusion, les systèmes de vidéosurveillance équipent 13,5% des praticiens participants au questionnaire. Là aussi, le niveau d'équipement diffère selon l'implantation départementale (Figure 24) et communale (Figure 25).

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Zone « rurale »             | 10,4% |
| Zone « centre-ville »       | 17,5% |
| Zone « périphérie urbaine » | 13,2% |

*Figure 24: Taux d'équipement en vidéosurveillance en fonction de l'implantation dans le département. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016*

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Zone « résidentielle » | 18%   |
| Zone « commerciale »   | 10,7% |
| Pôle/maison de santé   | 7,7%  |

*Figure 25: Taux d'équipement en vidéosurveillance en fonction de l'implantation sur le territoire communal. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016*

### **II.3.5 Communication au sein de l'équipe**

41,4% des praticiens travaillant avec du personnel disposent d'un signal sonore ou lumineux pour lui faire appel.

Le dispositif inverse (personnel vers praticien) est beaucoup plus rare : seulement 11,9% des praticiens déclarent avoir équipé leur personnel d'un dispositif d'alerte fixe ou portable.

### **II.3.6 Incidents**

Cette partie du questionnaire portait sur les incidents, atteintes aux personnes et aux biens, subis par les praticiens en rapport avec leur exercice professionnel.

70% des praticiens rapportent au moins un incident, quel qu'il soit.

#### *II.3.6.1 Atteintes aux personnes*

56,7% des praticiens déclarent au moins une agression au sein de leur cabinet dentaire. Il s'agit le plus souvent de menaces et d'injures, même si 3 cas d'agressions physiques sont rapportés (Figure 26).

|                                          |       |
|------------------------------------------|-------|
| Menaces/injures (y compris au téléphone) | 54,6% |
| Coups et blessures                       | 2,1%  |
| Dégradation/jet de matériel              | 8,5%  |
| Aucune atteinte aux personnes            | 43,3% |

*Figure 26: Les atteintes aux personnes (résultats supérieurs à 100% car plusieurs réponses possibles). Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.*

36,9% des répondants affirment qu'eux-mêmes ou un membre de leur équipe s'est déjà senti en danger face à un individu dans le cadre de leur exercice.

#### *II.3.6.2 Répartition territoriale des atteintes aux personnes*

Les agressions à l'encontre des praticiens et de leur personnel n'épargnent aucun territoire : 27 cas en zone rurale, 29 en périphérie urbaine et 26 en centre-ville.

Mais proportionnellement, les agressions sont plus récurrentes en centre-ville, où 65% des praticiens déclarent au moins une de ces atteintes, contre 56,3% en milieu rural et 54,7% en périphérie urbaine.

#### *II.3.6.3 Motifs des atteintes aux personnes*

Les motifs de ces atteintes aux personnes sont variés : retard du patient, patient agressif, qualité des soins, refus de soins par le patient, désaccord sur le plan de traitement, exigence de soins immédiats sans rendez-vous, impayés, tentative de vol. On rapporte également un cas d'agression sexuelle commis sur une praticienne ainsi que des coups portés par un patient atteint de troubles psychiatriques.

#### *II.3.6.4 Atteintes aux biens*

Les atteintes aux biens sont plus rares, puisque déclarées par 35,5% des praticiens participants à l'enquête. Le cambriolage est l'atteinte la plus fréquente, suivie par l'effraction (sans vol), et par le vandalisme. Certains praticiens ont subi plusieurs atteintes aux biens au cours de leur carrière (Figure 27).

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Cambriolage               | 19,1% |
| Effraction                | 13,5% |
| Vandalisme                | 11,3% |
| Aucune atteinte aux biens | 64,5% |

*Figure 27: Les atteintes aux biens (résultats supérieurs à 100% car plusieurs réponses possibles).  
Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016*

### ***II.3.6.5 Répartition territoriale des atteintes aux biens***

Comme pour les agressions, tous les territoires sont touchés par ces atteintes aux biens : 44% ont eu lieu en périphérie urbaine, 34% en zone rurale et 22% en centre ville.

Proportionnellement, 41,5% des praticiens exerçants en périphérie rapportent une atteinte aux biens, contre 35,4% des praticiens de zone rurale et 27,5% des praticiens de centre-ville.

Si l'on prend uniquement en compte les cambriolages, ils ont lieu dans 45% des cas en zone rurale, 45% en périphérie urbaine contre 10% en centre-ville, plus préservé.

Proportionnellement, ce sont les praticiens ruraux qui sont le plus touchés par les cambriolages : 25% d'entre eux en rapportent au moins un, contre 22,6% des praticiens de périphérie urbaine et seulement 5% des praticiens de centre-ville.

### ***II.3.6.6 Motifs des atteintes aux biens***

Les objets des vols sont divers : matériel informatique ou technologique, prothèse, matériel radiographique, matériel d'entretien, espèces. Dans les cas de vandalisme, les motifs ne sont que rarement renseignés mais l'on peut retenir : dégradation et tags sur les murs, sur les vitres ou les portes et sur la plaque professionnelle.

## **II.3.7 Moment de l'incident**

58% des incidents ont eu lieu en l'absence du praticien : il s'agit alors des actes de vandalisme, effractions et cambriolages des locaux. Aucun praticien ne déclare d'incident durant une garde.

## **II.3.8 Signalement des incidents**

48 praticiens ayant subi au moins un incident déclarent l'avoir signalé aux forces de l'ordre, par une plainte ou une main-courante, soit un taux de signalement des incidents de

64,9%. Mais il n'est que rarement déclaré au Conseil départemental de l'Ordre (8,1% des incidents).

De plus, un tiers des praticiens ayant subi un incident ne l'a jamais signalé aux forces de police/gendarmerie et à l'Ordre (ou ne déclare pas l'avoir fait): il s'agit le plus souvent d'injures ou d'actes de vandalisme. Un cas d'agression physique sur un praticien n'a jamais été signalé.

### **II.3.9 Les auteurs**

Dans 41,1% des incidents, l'auteur a été identifié : il s'agit le plus souvent d'un patient du cabinet (71,9%). Pour le reste, ces incidents sont le fait d'un accompagnant ou d'un individu d'autre qualité (nouveau patient, famille).

Des sanctions judiciaires ont été prononcées dans 5 cas, sans plus de renseignement quant à la nature des condamnations.

### **II.3.10 Documents institutionnels**

Les praticiens étaient interrogés sur leur connaissance de deux documents mis à leur disposition : le *Guide pour la Sécurité des Professionnels de Santé*, issu du protocole « Santé-Sécurité-Justice-Ordre », et la *Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle*, éditée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (Annexe 1).

Il en résulte que seulement 18% déclarent avoir eu connaissance de l'existence du *Guide pour la Sécurité*, et 6,4% l'ont jugé utile pour leur pratique quotidienne.

37,6% des praticiens déclarent connaître la fiche de déclaration de l'ONCD, et 7,1% y ont déjà eu recours.

## **II.4 Discussion**

### **II.4.1 Nombre de réponses**

On peut apporter plusieurs hypothèses quant à l'absence de réponse de la majorité des praticiens du département : manque de temps, manque d'intérêt pour le sujet, longueur du questionnaire décourageante, non-réception du questionnaire (adresse électronique erronée ou non-répertoriée par le Conseil Départemental de l'Ordre), réception quotidienne de trop nombreux courriers électroniques...

Cependant, Le nombre de 141 réponses nous a permis de collecter un volume de données suffisamment conséquent pour mener à bien ce travail.

#### **II.4.2 Composition de l'échantillon**

Bien que composé uniquement de praticiens ayant répondu volontairement à cette enquête sans aucun ciblage de notre part en terme d'âge et de genre, l'échantillon des répondants paraît cohérent par rapport à la démographie départementale des chirurgiens-dentistes [21]. Cette enquête n'a pas de visée statistique, elle se veut plutôt être un instantané de l'intérêt que les chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique accordent à leur sécurité en 2016.

#### **II.4.3 Surestimation des incidents**

Il faut cependant émettre des réserves quant à une éventuelle surestimation des chiffres qui découlent de cette enquête. On peut former l'hypothèse que les praticiens ayant fait la démarche de répondre se sont sentis plus concernés par le sujet, du fait d'événements survenus au cours de leur carrière : altercation, agression ou cambriolage les ayant particulièrement marqués. Un même incident a pu aussi être évoqué à plusieurs reprises par plusieurs praticiens d'un même cabinet ayant répondu chacun à ce questionnaire, gonflant ainsi artificiellement les statistiques.

#### **II.4.4 Construction du questionnaire**

La construction de ce questionnaire, que nous avons souhaité concis afin d'optimiser le nombre de réponses, ne permet cependant pas de conclure sur plusieurs points :

- Les questions, portant sur l'ensemble de l'équipe soignante (praticien(ne) et ensemble de son personnel) ne permet pas de déterminer la proportion réelle de femmes et d'hommes victimes des incidents.
- Pour la même raison, il est impossible de conclure sur la fonction des victimes des atteintes aux personnes (praticien ou personnel ou les deux à la fois).
- La proportion d'incidents réellement déclarés ne peut être déterminée : dans les cas où le praticien a subi plusieurs incidents, la construction du questionnaire ne permet pas de savoir s'ils ont tous été déclarés, ou seulement certains d'entre eux.

#### **II.4.5 Les enseignements de cette enquête**

Si plus de la moitié des praticiens ayant répondu à l'enquête déclare avoir subi une agression, elle ne dépasse que rarement le stade de l'injure ou de la menace. Il ne faut cependant pas les négliger, en terme d'impact psychologique pour celui ou celle qui en est le destinataire, d'autant plus que les insultes et menaces envers un professionnel de santé représentent un délit pénal [34]. Les praticiens exerçant en centre-ville sont proportionnellement les plus touchés par ce phénomène.

Les atteintes aux biens sont elles moins fréquentes, ne concernant qu'un tiers des répondants. La plus courante d'entre elles, le cambriolage, a concerné 19% des praticiens, surtout en périphérie urbaine. Ce type de fait a poussé certains praticiens à s'équiper de système d'alarme anti-intrusion ou de vidéosurveillance, qui ne sont pourtant que peu répandus dans les cabinets du département. Les cabinets implantés en milieu rural, sont également touchés par ces atteintes aux biens et aux personnes mais dans une moindre mesure.

64% des praticiens ont déjà signalé au moins un incident aux forces de police ou de gendarmerie, mais le signalement au Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes est lui, beaucoup plus rare (8% des praticiens). Il faut toutefois garder à l'idée une possible surestimation de ces chiffres liée à la composition de l'échantillon de praticiens.

Un tiers des praticiens n'ont jamais déclaré les incidents qu'ils ont subis. Une enquête similaire menée par BLERIOT et DRENO en 2013 [2] auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique identifie plusieurs facteurs de non déclaration aux forces de police ou à l'Ordre : l'incident était jugé mineur, la procédure inutile ou le praticien manquait de temps pour signaler l'incident. La méconnaissance de la procédure de déclaration à l'Ordre est aussi avancée [2].

Enfin, malgré une forte promotion et une large diffusion par les instances ordinales [34, 70, 71], le « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé » reste très méconnu des praticiens : seuls 27 des 141 praticiens ayant répondu à l'enquête connaissaient son existence, et ceci 5 ans après sa publication.

## Partie III : Des pistes pour sécuriser son exercice

Cette dernière partie a pour but de donner au lecteur des éléments (non exhaustifs) afin d'améliorer la sécurité à l'échelle du cabinet dentaire et de ses acteurs. Nous n'aborderons cependant pas la notion du coût des équipements : chaque cabinet dentaire étant unique en termes de niveau de risque, nombre et distribution des pièces, de volume ou de surface, donner une estimation de ces coûts ne ferait qu'induire le lecteur en erreur.

### III.1 La sécurité des personnes

#### **III.1.1 Développer une politique stricte en matière de violence**

Certaines structures de soins dentaires anglo-saxonnes ont pris le parti de développer une politique stricte dite « Zero-Tolerance » concernant la violence et les comportements inappropriés à l'encontre des praticiens et de leur personnel [28, 49, 57, 75].

##### *III.1.1.1 Définir les comportements non- acceptables*

Pour les équipes de ces structures, il est apparu important de savoir identifier et qualifier un comportement inacceptable dans un établissement de soins : sont distinguées les agressions physiques et non physiques [75].

Les agressions physiques sont définies comme l'application « délibérée de la force d'une personne sur une autre, sans justification légale, ayant pour résultat la blessure ou l'inconfort » : coups, blessures ou bousculades [75].

Les agressions non-physiques sont constituées par l'usage d'un vocabulaire ou d'un comportement inapproprié, constituant un harcèlement ou un mal-être pour l'individu qui en est la cible, ou une gêne pour le fonctionnement de la structure de soins : remarque désobligeante, dénigrement, intimidation, jet d'objets, menace, insulte, crachat, état d'ébriété, manque délibéré de coopération avec les soignants, retards répétés, sont autant de situations préjudiciables au bon fonctionnement d'une structure de soins. Les patients atteints par un handicap psychique ne sont pas concernés par ces mesures [49, 75].

### *III.1.1.2 Répertoire des incidents*

Les incidents de toute nature survenant au sein de ces structures sont consignés dans le dossier médical du patient mais aussi dans un registre dédié. Sont répertoriés la date et l'heure de l'incident, son motif, les personnes mises en cause, les témoins éventuels, son issue et ses conséquences, afin de conserver une trace écrite [57].

### *III.1.1.3 Retour d'expérience*

Après un incident, une réunion de retour d'expérience doit être organisée, afin de permettre à chaque membre de l'équipe soignante de pouvoir échanger et exposer son expérience de l'incident, de ses circonstances ou de son issue: c'est l'occasion d'adopter, de modifier ou de revoir un protocole de sécurité [57].

## **III.1.2 Les conflits**

### *III.1.2.1 Les origines du conflit*

En 2014, LE DOUARIN identifie plusieurs facteurs à l'origine des conflits [35] :

- le retard (du patient ou du praticien) ;
- le refus ;
- le reproche ;
- l'erreur, la faute ou l'aléa.

A ces facteurs déclenchants, il ajoute des facteurs aggravants [35] :

- l'absence d'explication ou l'incompréhension de l'explication ;
- une mauvaise communication ;
- une absence d'empathie ;
- une mauvaise gestion du conflit en amont.

### *III.1.2.2 La prévention du conflit*

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose quelques règles à suivre pour prévenir l'apparition de conflits ou de contentieux [35]:

- écouter le patient, avec respect et empathie ;
- délivrer une information appropriée au patient et s'assurer de sa compréhension ;
- identifier les personnalités difficiles, parmi les patients ou leur entourage, et mesurer ses propos et attitudes ;

- rédiger de manière claire, précise et sans ambiguïté les certificats et attestations ;
- savoir adresser le patient au bon moment, pour un deuxième avis, un acte technique ou une pathologie au delà de sa compétence ou de ses connaissances ;
- tenir rigoureusement le dossier médical ;
- posséder un minimum de connaissances juridiques ;
- se munir d'une assistance juridique compétente qui pourra s'avérer utile en cas de conflit.

### *III.1.2.3 La gestion des conflits et contentieux*

La gestion d'un conflit passe par la communication : la praticien et le patient doivent pouvoir se rencontrer et exposer chacun leur point de vue de la situation. Si l'erreur du praticien est réelle, il doit savoir la reconnaître, s'en excuser et proposer, si possible, des solutions. Si les reproches du patient ne sont pas justifiés, le praticien doit rester compréhensif mais ferme. Le dossier médical et les pièces d'imagerie peuvent alors servir de support à l'explication du praticien, qui doit viser la compréhension de son interlocuteur [35].

Le Code de la Santé Publique confère aux Ordres un rôle de conciliation. Cette conciliation entre le praticien et le patient est organisée sous l'égide de la commission de conciliation du Conseil départemental en cas de plainte déposée auprès de l'Ordre. En l'absence de plainte officielle, le Président du Conseil départemental est chargée de la conciliation (Articles L. 4123-2, R. 4127-233 et R. 4127-259 du Code de la santé Publique).

Il est également important de prévenir son assureur, afin de faire intervenir sa Responsabilité Civile Professionnelle si besoin [35].

### **III.1.3 Les bons réflexes en cas d'agression**

L'agressivité du patient peut-être due à des troubles psychiatriques, une prise d'alcool ou de médicaments, une cause sociétale (religion, concepts culturels...) ou liée aux soins (peur, douleur, insatisfaction...) [57].

Le National Health Service écossais identifie quelques signes d'alerte qui peuvent être les précurseurs d'un incident [57]:

- l'agitation de l'individu en salle d'attente ou de soins ;
- des mouvements d'agacement, d'impatience ;
- une élévation de la voix ;
- des signes et gestes de mécontentement, de colère (soupirs, jets d'objet...).

Il est important à ce moment, pour l'équipe soignante, de mettre en place des techniques de désescalade afin de désamorcer un conflit naissant [57].

Le comportement de l'équipe soignante conditionne celui de l'agresseur, elle doit donc proscrire tout comportement, attitude ou parole qui amplifierait le comportement agressif [53, 57]:

- le dialogue doit être maintenu, en gardant des marques de respect (vouvoiement) ;
- l'utilisation d'injonctions du type « calmez-vous ! » qui renforcera l'agressivité de l'interlocuteur, est à bannir;
- une attitude courtoise, calme, empathique doit être conservée ;
- l'écoute du patient doit être sincère et complète, il ne faut pas hésiter à la marquer par des signes de tête, des marques de compréhension ;
- L'attention du soignant doit être entièrement tournée vers son interlocuteur (s'abstenir de consulter l'ordinateur, de répondre au téléphone, d'être interrompu par un autre membre de l'équipe soignante) ;
- le soignant doit éviter de s'isoler, mais au contraire, proposer à l'individu de dialoguer dans un espace le moins confiné possible ;
- le ton et le volume de la voix du praticien doivent être adaptés à la situation : calme et apaisant ;
- le langage corporel est important : s'abstenir de tout geste brusque, la position du corps, le regard et les expressions du visage ne doivent pas être provoquants ;
- le contenu du dialogue est primordial: face à l'agresseur, tenter d'opposer des faits, en se justifiant à l'aide du dossier médical le cas échéant, en se gardant de toute accusation ou de menaces de représailles judiciaires à son encontre.

Si malgré l'utilisation de ces quelques techniques, l'agresseur devait se faire toujours plus menaçant, les forces de l'ordre doivent être alertées [57].

En cas de violence physique, il ne faut opposer de la résistance que pour se protéger personnellement [53]. La réponse aux coups par de la violence est à proscrire : il ne faut en aucun cas tenter d'entraver son agresseur et ne pas s'opposer à sa fuite sous risque de s'exposer à de nouveaux coups [57].

En cas de braquage ou de vol à main armée, il est recommandé d'adopter une attitude de « soumission active » [3], qui consiste à se plier aux volontés des agresseurs, sans les anticiper, et sans aller au delà de ce qui est exigé. Toute réaction en force est déconseillée [7].

Si l'agresseur est un inconnu, il faut essayer de recueillir un maximum de renseignements afin d'établir un signalement utile à l'enquête (vu au I.5.1).

Les appels téléphoniques peuvent aussi donner lieu à des altercations : si l'utilisation des techniques de désescalade (ton et volume de la voix, éléments de langage) s'avère sans effet, il faut prévenir l'interlocuteur que son comportement est intolérable et que la communication sera interrompue. Si la situation perdure, il ne faut pas hésiter à raccrocher [57].

## III.2 L'environnement professionnel

### **III.2.1 Analyser les risques**

La sécurité des personnes et des biens se fonde sur deux notions élémentaires [3]:

- l'anticipation des risques et dangers ;
- l'organisation.

La prise en compte de ces principes est important lors du lancement de tout projet: construction, rénovation, extension ou déménagement des locaux professionnels [3].

Les professionnels de santé n'ont pas « l'expertise de la sécurité » [77]. L'analyse du risque repose sur des professionnels que sont les assureurs et des personnels dédiés des forces de police et de gendarmerie : les « référents sûreté », experts en Prévention Technique de la Malveillance [29, 54, 82].

Ces « référents sûreté », officiers ou sous-officiers de la Gendarmerie ou de la Police Nationale sont présents dans chaque département [74]. Ils ont une mission de conseil auprès de tous les professionnels (artisans, professions libérales, entreprises, collectivités) dont les professionnels de santé et de leurs instances ordinales [54]. Ces conseils portent sur tout élément lié à la sécurité, à la demande des professionnels : les abords des locaux (éclairage, clôture, végétation...), leur disposition intérieure, les huisseries, les accès, l'organisation de l'équipe en matière de sécurité, les alarmes anti-intrusion et systèmes de vidéosurveillance [54, 76, 82].

Les « référents sûreté » réalisent un « Diagnostic de sûreté ». Ce diagnostic consiste en une visite des locaux, en compagnie du professionnel, et qui fait l'objet d'un compte-rendu écrit qui lui est adressé. Les conseils sont toujours personnalisés et adaptés au territoire et à l'emplacement des locaux [76].

Le nombre restreint et les délais d'intervention de ces référents sûreté en Loire-Atlantique (deux pour la Gendarmerie, un pour la Police) a incité la Gendarmerie

départementale à former des « correspondants sûreté » au sein de chaque Communauté de Brigade, en lien avec leurs « référents sûreté ». Ces correspondants sont habilités à délivrer des conseils verbaux aux professionnels qui en font la demande, sous forme d'une « Consultation sûreté »[76, 82].

### **III.2.2 Dispositions préventives**

Les recommandations suivantes n'ont pas vocation à être exhaustives. Elles sont souvent des mesures de « bon sens » et devront être adaptées en fonction des risques liés au territoire et l'implantation du cabinet dentaire [77]. Ces mesures de Prévention Situationnelle ont pour objectifs de [83] :

- dissuader ;
- bloquer ;
- ralentir ;
- détecter ;
- interpeller le délinquant.

#### *III.2.2.1 Définir les espaces*

La Prévention Technique de la Malveillance (PTM) distingue et étudie trois espaces : la périphérie, la périmétrie et les volumes intérieurs [29].

La périphérie peut être constituée par un espace public ou privé, au delà de la propriété étudiée, dont l'entretien et les aménagements incombent à leurs propriétaires ou locataires. Cette périphérie peut faciliter la dissimulation (haies, éclairage insuffisant...) de malfaiteurs ou leur fuite (voie peu passagère par exemple). Il convient d'adapter l'aménagement de son emprise en fonction de ces données, et de communiquer avec les voisins pour signaler toute anomalie [76].

La périmétrie représente les espaces extérieurs situés sur l'emprise de la propriété, jusqu'aux murs du bâtiment [29].

#### *III.2.2.2 Aménagements en périmétrie*

Si le cabinet dispose d'un jardin ou d'un parking, il peut être utile d'installer une clôture grillagée : elle délimitera l'emprise de la propriété et constituera un premier obstacle aux malfaiteurs. Son emplacement doit être réfléchi : elle est idéalement installée à distance

d'éléments pouvant en faciliter le franchissement (poteaux/compteurs électriques ou télécom), et s'élève à hauteur dissuasive (au moins 2 mètres). Son entretien doit être régulier [81].

La végétation (arbres et arbustes) doit être entretenue: suffisamment dense pour former une barrière dissuasive, sa hauteur doit cependant être limitée à 1,5 mètre pour limiter la dissimulation de malfaiteurs éventuels. Son emplacement et son étendue doivent être contrôlés, surtout si un système de vidéosurveillance est utilisé : elle pourrait alors masquer les champs de vision des caméras [76, 81].

L'éclairage extérieur est également un élément majeur dans la prévention de la malveillance et l'amélioration de la sécurité des personnes. L'éclairage correct des accès (parkings, portes principales et secondaires) et des abords directs du bâtiment par des projecteurs situés en hauteur et coordonnés par un détecteur automatique de mouvements renforcera à la fois le sentiment de sécurité et l'effet de dissuasion. L'installation veillera à ne pas créer de surexposition sur les éventuelles images de vidéosurveillance [76, 81].

### *III.2.2.3 Les ouvrants*

Les portes et fenêtres sont des éléments qui doivent être minutieusement choisis car elles sont les points faibles d'un bâtiment visé par l'effraction [76].

Les éléments constitutifs de ces blocs ouvrants (murs/cloison de soutien, battant, cadre, élément de verrouillage et de pivotement) doivent former un ensemble cohérent en matière de résistance à l'effraction [81].

Les détails pour empêcher ou retarder l'effraction sont ainsi nombreux :

- une cloison ou un mur suffisamment solide pour supporter le poids de l'ensemble cadre et porte/fenêtre ;
- un cadre et un châssis solides, supportant le poids du vitrage ;
- les paumelles, éléments servants à la rotation du battant, en nombre adéquat à la hauteur du battant (par exemple trois pour une porte de 2 mètres) ;
- des cornières en partie haute, et une barre de seuil peuvent être rajoutés afin de combler les espaces et ainsi éviter l'introduction d'outils-levier (pied-de-biche ou tournevis).

Les éléments de verrouillage (ensemble de pièces constituant la serrure) doivent être certifiés A2P© : ce marquage attribue de une à trois étoiles en fonction de la durée de résistance à l'effraction, et peut même être exigé dans certains cas par les assurances [81] (Figure 28).

| Certification A2P© | Temps de résistance à l'effraction |
|--------------------|------------------------------------|
| 1 étoile           | 5 minutes                          |
| 2 étoiles          | 10 minutes                         |
| 3 étoiles          | 15 minutes                         |

Figure 28: La certification A2P©. Fiches thématiques, site Internet des référents sûreté de la Gendarmerie Nationale [81]

Il n' existe pas de vitrage « anti-effraction », on parlera de « vitrage retardateur d'effraction » ou de « vitrage de protection »[27]. Pour obtenir cette qualification, ils doivent répondre aux exigences de la norme NF EN 356 : il existe 6 niveaux de certification en fonction de la résistance à l'effraction. Ces vitrages sont dit « feuilletés », constitués de deux plaques de verre entre lesquelles sont intercalées une ou plusieurs épaisseurs de matériau plastique (butyral de polyvinyl) [26] . De manière complémentaire, il sera possible de positionner sur l'extérieur du vitrage un film plastique « anti-tags et anti-graffitis », facilement renouvelable qui préviendra toute dégradation du vitrage [26].

Les châssis répondent également à une norme (NF EN 1627), dont le niveau de certification (1 à 6) varie également en fonction de la résistance à l'effraction. L'objectif est de constituer un bloc « *châssis + vitrage* » cohérent en fonction du niveau de protection souhaité pour le bâtiment [26].

Pour aider et orienter cette démarche, il existe des grilles de choix des éléments (châssis, vitrage et verrouillage) en fonction des données géographiques liées aux cambriolages, du contexte urbain, du type de bâtiment, de la valeur des biens abrités et de la présence ou non de voisinage. Le professionnel du bâtiment en charge du chantier doit être à même de proposer la meilleure solution [26].

Les choix concernant les ouvrants donnent un « temps de résistance à l'effraction » qui est l'une des composantes de l'équation de la protection [26] :

***Le Temps de DÉTECTION additionné au Temps d'INTERVENTION humaine doit être inférieur au Temps de RÉSISTANCE À L'EFFRACTION des locaux***

#### ***III.2.2.4 Accès du public***

L'accès du public au cabinet dentaire est idéalement contrôlé par un système d'ouverture à distance : un contact par visiophone ou interphone ou un contrôle visuel direct permet d'identifier le demandeur d'accès [53].

L'ouverture est alors déclenchée par un membre de l'équipe soignante, grâce à un système de gâche ou de verrou électrique ou bien par ventouses électromagnétiques [53].

### *III.2.2.5 Le poste d'accueil*

Placer un personnel dédié à l'accueil du public permet d'orienter, de renseigner les patients et de contrôler les accès (voir au III.2.2.4) [81].

Quelques précautions doivent être prises afin de sécuriser ce poste [57, 76] :

- la conception du mobilier doit maintenir une distance « de sécurité » entre les visiteurs et le personnel d'accueil (tout en respectant les normes d'accessibilité) ;
- tout élément du mobilier ou de la décoration doit être solidement fixé. Il faut limiter les éléments mobiles et évincer tout objet susceptible de devenir une arme par destination (cadre, pot de fleur...) ;
- s'assurer d'une bonne vision de l'entrée du public depuis le poste d'accueil (vision directe ou système vidéo) ;
- s'assurer que le poste d'accueil est visible et facilement accessible par le reste de l'équipe soignante (vision directe ou système vidéo) ;
- il peut être judicieux de mettre à disposition du personnel d'accueil une alarme portative discrète permettant d'alerter le reste de l'équipe soignante si besoin ;
- la conception du poste d'accueil doit idéalement permettre la fuite du personnel dans les cas extrêmes (prévoir une seconde porte, un second cheminement et éviter l'installation dans le coin d'une pièce) ;
- la configuration du poste d'accueil doit permettre la confidentialité des échanges qui s'y déroulent, par rapport à la salle d'attente notamment.

### *III.2.2.6 La salle d'attente*

Au même titre que le poste d'accueil, la salle d'attente doit être dépourvue de tout objet susceptible de devenir une arme par destination [53].

La salle d'attente doit être visible depuis le poste d'accueil, en laissant la porte ouverte lorsque des patients s'y trouvent ou en plaçant un système de contrôle vidéo. La salle d'attente peut aussi former un espace semi-ouvert en continuité avec le poste d'accueil. Dans tous les cas la confidentialité des échanges doit être respectée [53] .

### *III.2.2.7 La salle de soins*

La salle de soins doit elle aussi être dépourvue d'objets superflus pouvant devenir une arme improvisée [53].

Le praticien ne doit pas s'y sentir isolé, la communication avec les autres membres de l'équipe soignante doit être possible, grâce à l'installation d'un bouton d'alerte, d'une paroi ou lucarne vitrée, par exemple [76]. Par souci d'ergonomie mais aussi de sécurité, la circulation

vers les issues ne doit pas être entravée par des éléments du mobilier, un bureau ou des chaises [57].

L'ordonnancier doit être dissimulé à la vue des visiteurs, afin d'éviter son vol [53].

### *III.2.2.8 Les zones réservées*

Les zones réservées (salle de stérilisation, salle de repos, vestiaires, réserves) doivent être interdites d'accès aux personnes étrangères au cabinet : fermeture des portes à clés, apposition d'une signalisation adéquate, contrôle des flux de visiteurs par le personnel d'accueil [53, 57, 81].

### *III.2.2.9 Le matériel de valeur*

A la fermeture du cabinet, les matériels rotatifs, de chirurgie, d'implantologie, d'endodontie, les produits anesthésiques ou le matériel numérique (appareils photos, tablettes) sont idéalement placés dans des armoires fermées à clefs, non identifiées et invisibles depuis l'extérieur. Ceci afin de rendre difficile le repérage et de faire perdre du temps à d'éventuels cambrioleurs [53].

Les matériels à forte valeur ajoutée pourront être gravés (à froid ou au laser) ou identifiés au nom du propriétaire à l'aide d'une puce RFID (identification par fréquence radio) [53].

Le matériel informatique sédentaire pourra être sécurisé à l'aide de kits antivol (câbles ancrés dans les parois) [53].

Dans tous les cas, la conservation des factures d'achat, et la tenue d'un répertoire dans lequel figure la marque, le modèle, le numéro de série voire une photographie du matériel de valeur, doit être tenu et conservé en lieu sûr, voire doublé [53]. En cas de vol, ces renseignements alimenteront un fichier national des objets volés[76].

### *III.2.2.10 Les espèces*

Il est recommandé de ne pas conserver de fortes sommes en espèces au cabinet dentaire, et leur manipulation doit avoir lieu hors de la vue des patients. Les dépôts à la banque doivent être réguliers [53]. Toutefois, en cas de cambriolage, un fond de caisse de quelques dizaines d'euros « facilement accessible et sacrifié » peut satisfaire des malfaiteurs « opportunistes » qui n'insisteront pas plus dans les locaux et dans les dégradations [76] .

Il est nécessaire de veiller à la régularité des moyens de paiements : privilégier les règlements sécurisés par carte bancaire. Eviter voire refuser le paiement par grosse coupure, et bien conserver les coordonnées du payeur en cas de paiement par chèque, surtout s'il est nouveau patient du cabinet [77].

### *III.2.2.11 Règles comportementales*

Si du personnel ou un praticien est amené à se retrouver seul (praticien exerçant seul, début ou fin de journée, mi-journée, horaire exceptionnel...), il lui est conseillé de s'enfermer dans les locaux, et de n'ouvrir qu'aux personnes attendues et/ou identifiées. Si cette situation est récurrente, il est recommandé d'installer un système de contrôle des accès (vu au III.2.2.5) [76].

Lors de la fermeture, un tour général des locaux est effectué : s'assurer que toutes les portes et fenêtres sont correctement verrouillées, et qu'aucun individu ne reste dissimulé (toilettes, salle d'attente) [53].

Les consultations sur rendez-vous sont à privilégier au lieu des visites inopinées [53].

Un code, convenu entre les membres de l'équipe, peut-être mis en place pour signaler discrètement une situation anormale [53].

Les codes d'accès aux locaux (digicodes) doivent rester confidentiels. Il est recommandé de disposer de plusieurs trousseaux de clés. Le nombre de ces trousseaux et l'identité de chacun des possesseurs doit être consigné dans un registre [57].

Toute anomalie, dégradation ou dysfonctionnement des ouvrants ou systèmes de sécurité doit être signalé et réparé dès que possible [57].

### *III.2.2.12 Alarme anti-intrusion*

L'alarme anti-intrusion a plusieurs objectifs [81] :

- détection ;
- dissuasion ;
- alerte.

Son installation doit être effectuée par un professionnel [81]. Elle n'est efficace que si elle renvoie l'alerte et déclenche une intervention humaine qui permettra la levée de doute : c'est la chaîne d'alerte [76, 77] :

***Détection → Centrale d'alarme → Télésurveilleur → Levée de doute***

La détection doit avoir lieu le plus tôt possible, afin d'optimiser la réaction des intervenants [77]. Elle se fait au moyen de détecteurs de chocs placés sur les ouvrants, et/ou de détecteurs volumétriques installés dans les locaux, couplés à une alarme sonore. Leur emplacement doit être réfléchi : les zones de passages obligés et les pièces où se situent les objets de valeurs sont prioritaires. Aucun objet encombrant ne doit se situer dans le champ de détection au risque de compromettre l'efficacité du système. Le bon fonctionnement des détecteurs doit être périodiquement vérifié [81].

Les détecteurs sont reliés à une centrale d'alarme : elle permet la programmation et l'activation du système, et peut transmettre une éventuelle alerte par connexion téléphonique. Fiable, simple d'emploi, difficile à neutraliser, elle doit être adaptée au local à protéger (nombre de détecteurs pouvant lui être connectés). Le code d'activation doit être régulièrement modifié. La centrale d'alarme doit répondre aux exigences de la norme EN 50131 ou être certifiée A2P© [81].

La centrale d'alarme est chargée de donner l'alerte. Cette alerte est transmise au centre surveillance d'un prestataire de service : le télésurveilleur. Il charge un agent de sécurité de la levée de doute. Elle consiste en la vérification sur place du motif de déclenchement de l'alarme: il peut s'agir d'un déclenchement intempestif, mais aussi d'une véritable effraction. Dans ce dernier cas, le praticien et les forces de l'ordre sont prévenues [76, 77, 81]. La gestion de l'alerte peut sinon être effectuée par le praticien à qui il appartiendra d'effectuer la levée de doute et de prévenir les forces de l'ordre : cette solution n'est toutefois pas recommandée [76].

Le système d'alarme anti-intrusion n'empêchera pas l'effraction mais il est un moyen de dissuasion et d'alerte. Pour être réellement efficace, il doit déclencher une intervention humaine pour réduire le temps d'action sur place des cambrioleurs et donc le préjudice [76].

### *III.2.2.13 Vidéoprotection*

L'objectif d'un système de vidéoprotection est double : dissuasion et/ou identification des auteurs d'agressions, vols ou dégradations [9].

Afin de respecter la vie privée des individus, l'installation d'un tel système est soumise à déclaration et autorisation en fonction de son lieu d'implantation [8, 16] :

- Si les caméras filment et enregistrent les images d'un lieu non-ouvert au public (de type réserves) : la déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est nécessaire
- Si les caméras filment et enregistrent les images d'un lieu ouvert au public (entrée, accueil, salle d'attente, parking...) : l'installation est soumise à déclaration à la CNIL et à autorisation préfectorale (demande par imprimé CERFA 13806 03), donnée pour cinq ans

L'installation de caméras dans la salle de repos des employés est interdite et répréhensible [8]. L'installation en salle de soin n'est pas acceptable compte-tenu du caractère secret de la consultation [16]. Orienter les caméras vers la voie publique n'est pas autorisé (sauf pour les commerces vulnérables bijouterie, tabac pour leurs abords immédiats), de même que vers les habitations voisines [76].

Dans tous les cas, le personnel et le public doivent être informés de l'existence d'un tel dispositif, par voie d'affichage sur lequel figure [9]:

- l'information de l'existence du dispositif ;
- le nom de son responsable ;
- la démarche pour demander l'accès aux images.

Légalement, la conservation des images enregistrées ne peut excéder 30 jours, et la durée minimale recommandée est de 10 jours (en cas d'investigation *a posteriori*) [81]. Si le dispositif est utilisé sans enregistrement (évaluation de l'affluence en salle d'attente, contrôle de l'entrée patients), son installation n'est pas soumise à déclaration ou autorisation [16].

L'installation d'un dispositif de vidéoprotection doit être effectuée par un professionnel. Les caméras doivent être placées aux points stratégiques : entrée principale, entrée de service, point d'accueil, couloir, qui sont autant de points de passages obligés [16, 76].

Le matériel doit être adapté en fonction de l'emplacement et de la destination [81] :

- intérieur ou extérieur ;
- plan large ou étroit ;
- fixe ou mobile ;
- avec ou sans zoom ;
- motorisée ou non ;
- vision infra-rouge ou non.

L'installateur doit être attentifs à plusieurs points [81] :

- l'installation d'un nombre adéquat de caméra sans laisser de zones « blanches », en des lieux « stratégiques » ;
- la végétation ne doit pas obstruer la vision ;
- la gestion de l'éclairage : mise en place de projecteurs associés, analyse de l'éclairage public pour éviter la sur- ou sous-exposition ;
- installation de la caméra qui ne doit pas permettre une manipulation ou dégradation facile (installation en hauteur) ;
- les câbles de transmission et d'alimentation doivent être dissimulés afin d'éviter leur section ou arrachement.

L'un des objectifs de la vidéoprotection, quelque soit le type de caméra ou son emplacement est l'identification d'un individu : la caméra à plan serré doit permettre de voir correctement un visage, et le plan large d'émettre un signal exploitable (morphologie, démarche, vêtements..). Les images doivent donc toujours être de bonne qualité et non compressées [76].

Pour PITON J., un minimum de trois caméras est nécessaire à la couverture d'un cabinet-dentaire : une filmant l'entrée principale, une pour le point d'accueil, et une pour la sortie de service/secours, toutes en plan serré, permettant l'identification d'un visage [76].

L'enregistrement peut être fait sur un enregistreur spécifique ou un ordinateur dédié, qui doit se trouver dans un local sécurisé hors la vue du public. Les images peuvent être également transmises en direct, sur un smartphone ou ordinateur personnel permettant ainsi de faire la levée de doute à distance, offrant un gain de temps pour l'alerte des forces de l'ordre [81].

L'évaluation de l'efficacité du système doit être régulière : vérification des branchements, nettoyage des optiques, éviction des objets ou de la végétation présents dans le champ de vision [76, 81].

#### *III.2.2.14 Sécurité informatique*

Le vol de matériel informatique conduit souvent à la perte d'un volume conséquent de données. Ces données peuvent faire l'objet d'une récupération par les malfaiteurs et d'une utilisation frauduleuse après revente. Des virus peuvent également s'introduire dans le parc informatique du cabinet et avoir des conséquences néfastes pour l'exercice : altération, vol ou destruction des données patients [19].

La minimisation de ces risques passe par l'adoption de quelques mesures simples [19] :

- l'utilisation de mots de passe « robustes », de 10 caractères minimum, mêlant lettres, chiffres et ponctuation (éviter les initiales, date de naissance, nom du chien...);
- l'utilisation de mots de passe différents pour chaque application ;
- la demande du mot de passe à chaque allumage et lancement des machines et applications ;
- le verrouillage des sessions, logiciels et applications après une période d'inactivité, à définir selon l'activité ;
- l'installation d'antivirus, de pare-feu, de correctifs de sécurité des logiciels et ainsi que la mise à jour systématique des applications ;
- l'installation de câbles antivol sur le matériel ;
- la réalisation de sauvegardes régulières (au minimum hebdomadaires) des données, sur un support qui sera conservé hors du cabinet dentaire. Les données seront ainsi à l'abri de l'incendie ou du cambriolage du cabinet.

### III.3 Le domicile

Le praticien doit prendre pour son domicile les mêmes précautions que pour son local professionnel. L'analyse et l'identification des risques, l'installation d'une alarme, le renforcement des ouvrants, l'inventaire des objets de valeur s'impose également à l'habitation [53, 77].

Lors d'une absence prolongée du domicile, il est souhaitable d'en avertir ses voisins et de laisser ses coordonnées pour être contacté si nécessaire. Le signalement de l'absence auprès des forces de l'ordre est possible, elles iront quotidiennement s'assurer de l'absence d'anomalie autour du domicile ou du local professionnel : il s'agit de l'opération « tranquillité vacances » [53, 76].

## CONCLUSION

S'ils sont moins exposés aux agressions que d'autres professionnels, les chirurgiens-dentistes et leurs collaborateurs n'en sont pas moins vulnérables. Les incidents sont le plus souvent limités à des injures ou des menaces sans suites, qu'il ne faut cependant pas négliger.

La non-déclaration de ces incidents est courante : le signalement aux forces de l'ordre n'est pas systématique et celui aux instances ordinales encore plus rare. Cette sous-déclaration aux instances ordinales est d'autant plus dommageable que l'Ordre est la seule voie de recueil des incidents subis par la profession.

L'amélioration de la sécurité au cabinet dentaire passe par la réflexion, l'analyse du risque et l'application de mesures préventives, tant pour la sécurité des personnes que pour celle des locaux et du matériel.

Sans pour autant tomber dans la psychose et faire de son cabinet un château-fort inaccessible, contraire à la vocation d'accueil du soignant, il convient d'adopter quelques mesures de sûreté, adaptées au territoire et à son niveau de risque, afin d'exercer dans un climat de sérénité nécessaire à la réalisation d'une dentisterie de qualité.

# Annexe

## Annexe 1 : Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle. ONCD



### SÉCURITÉ DES CHIRURGIENS-DENTISTES

#### Fiche de déclaration d'incident à visée observationnelle

A renvoyer à votre conseil départemental de l'Ordre : CDO .....

*N.B. : Cette fiche ne se substitue pas à une plainte auprès des services de police ou de gendarmerie.*

#### IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

|                                                                                                                   |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Nom du déclarant :<br>.....<br><br>Vous êtes une femme <input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> | Cachet du praticien déclarant :<br><br><br> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

#### Qui est la victime de l'incident ?

- Vous-même ☐  
 Autre chirurgien-dentiste ☐  
 Salarié(e) ☐  
 Autre ..... ☐  
 .....

#### Qui est l'agresseur ?

- Patient ☐  
 Accompagnateur ☐  
 Autre ..... ☐  
 .....

#### Quand l'incident a-t-il eu lieu ?

- Date .....  
 Assuriez-vous une garde ?  
 Oui ☐ Non ☐  
 Un secrétariat ou un réceptionniste était-il présent ?  
 Oui ☐ Non ☐

#### Où l'incident a-t-il eu lieu ?

- En cabinet de ville ☐  
 En centre de santé ☐  
 En établissement de santé public ☐  
 En établissement de santé privé ☐  
 Autre ..... ☐  
 .....

#### Où votre exercice se situe-t-il ?

- En milieu rural ☐  
 En milieu urbain, en centre ville ☐  
 En milieu urbain, en banlieue ☐

Cette déclaration vise exclusivement à une meilleure connaissance des problèmes d'insécurité rencontrés par les chirurgiens-dentistes. Conformément à la loi, vous avez un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant que vous pouvez exercer en vous adressant à votre conseil départemental.

#### Quel est le motif de l'incident ?

- Qualité des soins ☐  
 Coût des soins ☐  
 Temps d'attente ☐  
 Vol ☐  
 Autre ..... ☐  
 .....  
 Pas de motif particulier ☐

#### En cas d'atteinte aux biens :

- Vol ☐  
 Vol avec effraction ☐  
 Objet du vol .....  
 .....  
 Acte de vandalisme ☐  
 Autre .....  
 .....

#### En cas d'atteinte aux personnes :

- Injures ou menaces ☐  
 Coups et blessures volontaires ☐  
 Autre .....  
 .....

#### Cet incident a-t-il occasionné une interruption de travail ?

- Oui ☐ Non ☐  
 Nombres de jours d'interruption :  
 .....

#### Une arme a-t-elle été utilisée ?

- Oui ☐ Non ☐  
 Type d'arme : .....

#### Déclaration d'incident

Remplie le ..... / ..... / 20.....

Signature :

Je désire rencontrer un conseiller départemental ☐

## BIBLIOGRAPHIE

1. BERRIER S.  
Observatoire de la sécurité: comment faire face aux violences?  
Méd. Mag. Ordre Natl. Méd. 40, 12–15 (2015).
2. BLERIoT E., DRENO P.  
L'insécurité en médecine générale en Loire-Atlantique: état des lieux, facteurs favorisant et conséquences en pratique courante.  
Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Nantes, 2013.
3. BOJIDAROVITCH F. et coll.  
Guide pratique de la sécurité des biens et des personnes.  
[http://www.lyon.cci.fr/articles/impleq/documents/guide\\_securite.pdf](http://www.lyon.cci.fr/articles/impleq/documents/guide_securite.pdf)  
(2004).
4. BOUET P. et coll.  
Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2015.  
Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015.
5. BOURHIS C., OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Observatoire de la sécurité des médecins en 2014.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_2014\\_version\\_courte.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_2014_version_courte.pdf)  
(2015).
6. BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL.  
Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène.  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112577.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112577.pdf)  
(2003).
7. CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE SEINE-SAINT-DENIS,  
DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DE SEINE-SAINT-DENIS.  
Guide de la sécurité dans les commerces, prévenir les actes de malveillance,  
[http://www.entreprises.cci-paris-idf.fr/c/document\\_library/get\\_file?uuid=f84ce9ad-95e4-4cc1-a8a9-c36392579c74&groupId=10139](http://www.entreprises.cci-paris-idf.fr/c/document_library/get_file?uuid=f84ce9ad-95e4-4cc1-a8a9-c36392579c74&groupId=10139)  
(2012).
8. COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS.  
Vidéosurveillance- vidéoprotection: au travail.  
[http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/Videosurveillance/CNIL\\_Video\\_au\\_travail.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/Videosurveillance/CNIL_Video_au_travail.pdf)  
(2012).
9. COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS.  
Vidéosurveillance- Vidéoprotection: les commerces.  
[http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/Videosurveillance/CNIL\\_Video\\_commerce.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/dossier/Videosurveillance/CNIL_Video_commerce.pdf)  
(2015).

10. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Forte hausse des agressions en 2010.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 17, 4 (2011).
11. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Les 10 ans de l'observatoire de la sécurité des médecins.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-10-ans-de-l%E2%80%99observatoire-de-la-securite-des-medecins-1314>  
(2013).
12. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
L'ordre déploie des actions concrètes pour prévenir l'insécurité.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 32, 6 (2013).
13. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Présentation de l'Ordre.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/qu-est-ce-que-l-ordre-1206>  
(2012).
14. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Sécurité des médecins: persistance d'un niveau élevé de violence.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1587>  
(2015).
15. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Sécurité des médecins: une augmentation préoccupante des violences en 2013.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1421>  
(2014).
16. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Vidéoprotection: une pratique très encadrée.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 29, 22 (2013).
17. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, IPSOS.  
Note de synthèse des fiches d'incident 2014.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note\\_de\\_synthese\\_obs\\_securite\\_cnom\\_2014.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/note_de_synthese_obs_securite_cnom_2014.pdf)  
(2015).
18. CORNU, G. et coll.  
Vocabulaire juridique.  
Presses universitaires de France, Paris (2013).
19. DÉLÉGATION À LA STRATÉGIE DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ (DSSIS), AGENCE DES SYSTÈMES D'INFORMATION PARTAGÉS DE SANTÉ (ASIP SANTÉ).  
Mémento de sécurité informatique pour les professionnels de santé en exercice libéral  
[http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Memento\\_Securite.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Memento_Securite.pdf)  
(2013).

20. DI MARTINO, V. et coll.  
Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail.  
<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/fondation.pdf>  
(2003).
21. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES.  
Effectif des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge au premier janvier 2015.  
[http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,490,497,970,972](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,972)  
(2015).
22. DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE.  
Assurance habitation: vol et cambriolage.  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2028>  
(2014).
23. DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE.  
Porter plainte.  
<http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/proces-penal-11923/plainte-11930/porter-plainte-20152.html>  
(2013).
24. DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE, MINISTÈRE EN CHARGE DE LA JUSTICE.  
Porter plainte.  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1435>  
(2015).
25. DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE, MINISTÈRE EN CHARGE DE LA JUSTICE.  
Qu'est ce qu'une main courante et quelle différence avec une plainte?  
<http://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Mes-demarches/Justice/Questions-Reponses/Qu-est-ce-qu-une-main-courante-et-quelle-difference-avec-une-plainte>  
(2014).
26. FÉDÉRATION FRANCAISE DES PROFESSIONNELS DU VERRE.  
Guide de prescription des vitrages de protection.  
[http://www.ffpv.org/fichiers/20120104133416\\_Guide\\_de\\_Prescription\\_des\\_Vitrages\\_de\\_Protection.pdf](http://www.ffpv.org/fichiers/20120104133416_Guide_de_Prescription_des_Vitrages_de_Protection.pdf)  
(2010).
27. FÉDÉRATION FRANCAISE DU BÂTIMENT.  
Protection contre l'effraction.  
Bâtimétiens. 10, 11 (2008).
28. FOX, K.  
Violence and aggression policy.  
<http://www.toveylittle.co.uk/violence-aggression>  
(2015).

29. GROUPEMENT DE GENDARMERIE DE HAUTE-SAONE, CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE LA HAUTE-SAONE.  
Guide de sécurité à destination des entreprises et des établissements commerciaux.  
<http://gendarmeriehautesaone.e.g.f.unblog.fr/files/2015/06/guide-entreprises-commercants-version-imprimable.pdf>  
(2015).
30. GUINCHARD, S. et coll.  
Lexique des termes juridiques.  
Dalloz, Paris (2015).
31. HOLUE, C.  
Insécurité des médecins: mobilisons-nous!  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 29, 22–27 (2013).
32. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.  
Définitions, méthodes et qualité - Crime et délit contre les biens.  
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/crime-delit-contre-biens.htm>
33. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES.  
Définitions, méthodes et qualités - Crime et délit contre les personnes.  
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/crime-delit-contr-personnes.htm>
34. LANSADE, P.-C., ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Un observatoire de la sécurité des chirurgiens-dentistes.  
La Lettre. 116, 8–10 (2013).
35. LE DOUARIN, B.  
Prévenir et gérer les conflits.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 38, 30 (2015).
36. LE DOUARIN, B., CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.  
Insécurité: des outils pour faire face.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 35, 4 (2014).
37. LEGIFRANCE.  
Code de la santé publique - Article L4121-2.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688698&dateTexte=20090722>
38. LÉGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique. Article L4122-1-1.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688701&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121117>
39. LÉGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique. Article L4122-3.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688706&dateTexte=&categorieLien=cid>
40. LEGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique - Article L4161-1.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688965>

41. LÉGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique - Article L4161-5.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688974&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20061222>
42. LÉGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique. Articles L4112-1 à L4112-6.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D2BA0BA412158D12912BCE883B68EBA7.tpdila11v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000021503628&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160428](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D2BA0BA412158D12912BCE883B68EBA7.tpdila11v_2?idSectionTA=LEGISCTA000021503628&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160428)
43. LÉGIFRANCE.  
Code de la Santé Publique. Articles L4124-1 à L4124-7.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D2BA0BA412158D12912BCE883B68EBA7.tpdila11v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171273&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160428](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D2BA0BA412158D12912BCE883B68EBA7.tpdila11v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171273&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160428)
44. LEGIFRANCE.  
Code pénal. Article 222-8 relatif aux atteintes volontaires à l'intégrité de la personne.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417609&dateTexte=&categorieLien=cid>
45. LEGIFRANCE.  
Code pénal. Article L.132-73.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417494>
46. LEGIFRANCE.  
Code pénal. Article L.311-1 relatif au vol.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418127>
47. LEGIFRANCE.  
Code pénal. Article L.311-4.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418132&dateTexte=&categorieLien=cid>
48. LEGIFRANCE.  
Code pénal. Livre III, titre Ier, chapitre Ier: Du vol. Section 1: Du vol simple et des vols aggravés.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165324&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
49. MAJOR, C.  
Zero tolerance policy.  
<http://www.noahsarkdental.co.uk/assets/Zero-Tolerance-Policy.pdf>
50. MINISTÈRE DE LA JUSTICE.  
Généralisation des Bureaux d'Aide aux Victimes.  
<http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/generalisation-des-bureaux-daide-aux-victimes-25121.html>  
(2016).

51. MINISTÈRE DE LA JUSTICE.  
Les associations d'aide aux victimes.  
<http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/la-justice-et-les-associations-10278/les-associations-daide-aux-victimes-11976.html>  
(2011).
52. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.  
Circulaire du 24 juillet 2013: bilan d'étape de la mise en oeuvre du protocole national relatif à la sécurité des professions de santé du 20 avril 2011.  
(2013).
53. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION.  
Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé.  
[http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/securite\\_guide\\_securite\\_sante\\_1-3.pdf](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/securite_guide_securite_sante_1-3.pdf)  
(2012).
54. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION et coll.  
Protocole national pour la sécurité des professions de santé.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_Securite\\_des\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_Securite_des_professionnels_de_sante.pdf)  
(2011).
55. MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION et coll.  
Protocole national pour la sécurité des professions de santé: dossier de presse.  
<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2011/Signature-protocole-national-pour-securite-professions-sante>  
(2011).
56. MUTUELLE ASSURANCES DU CORPS DE SANTÉ FRANÇAIS.  
Que faire en cas de vol ou de tentative de vol dans mon logement ou mon cabinet professionnel?  
<https://www.macsfr.fr/Un-sinistre/Sinistre-habitation-ou-local-professionnel/Que-faire-en-cas-de-vol-ou-tentative-de-vol-dans-mon-logement-ou-mon-cabinet-professionnel#demarches>
57. NATIONAL HEALTH SERVICE OF HIGHLAND.  
Protecting against violence and aggression at work policy.  
<https://www.whatdotheyknow.com/request/149935/response/386520/attach/2/Protecting%20against%20Violence%20and%20Aggression%20at%20Work%20Policy.pdf>  
(2005).
58. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Etat de la déclinaison territoriale du Protocole National SSJO au 22 mai 2013.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/declinaison\\_protocole.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/declinaison_protocole.pdf)  
(2013).
59. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Recensement national des incidents - 2005.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoiresecurite2005.pdf>  
(2006).

60. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Recensement national des incidents - 2010.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire%20securite%20medecins%202010.pdf>  
(2011).
61. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Recensement national des incidents - 2011.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2011\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2011_0.pdf)  
(2012).
62. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Recensement national des incidents - 2012.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2012.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2012.pdf)  
(2013).
63. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS.  
Recensement national des incidents - 2013.  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire\\_securite\\_medecins\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/observatoire_securite_medecins_2013.pdf)  
(2014).
64. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
66 praticiens agressés en 2014.  
La Lettre. 135, 8–9 (2015).
65. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Bilan des fiches de déclaration à visée observationnelle pour l'année 2013.  
Paris: ONCD, 2013.
66. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Bilan des fiches de déclaration à visée observationnelle pour l'année 2014.  
Paris: ONCD, 2015.
67. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Bilan des fiches de déclaration à visée observationnelle pour l'année 2015.  
Paris: ONCD, 2016.
68. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Cambriolages massifs et ciblés en Essonne.  
La Lettre. 143, 14–15 (2015).
69. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Comment l'Ordre régule les inscriptions au tableau.  
La Lettre. 141, 9 (2015).
70. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Premier rapport d'étape sur la sécurité des praticiens.  
[http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=436&cHash=270e468b7f9246f02177d7ae651cf2ec](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=436&cHash=270e468b7f9246f02177d7ae651cf2ec)  
(2013).

71. ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.  
Un protocole pour renforcer la sécurité des libéraux.  
La Lettre. 98, 5–7 (2011).
72. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.  
Violence.  
<http://www.who.int/topics/violence/fr/>
73. PAPIN-LEFEBVRE F., DEYSINE J.-P.  
Les certificats initiaux de constatations de coups et blessures: pourquoi sont-ils si importants?  
<http://www.conseils-ordre-medecins-basse-normandie.fr/l-ordre/infos-pratiques/certificats-medicaux,3126,3529.html>  
(2015).
74. PELTIER C., MICHELIN B.  
Des référents sûreté existent dans tous les départements.  
Méd. Bull. Inf. Ordre Natl. Méd. 30, 32 (2013).
75. PENINSULA DENTAL SOCIAL ENTERPRISE.  
Violence and aggression policy.  
<http://www.peninsuladental.org.uk/wp-content/uploads/2015/04/Violence-and-Aggression-policy.pdf>  
(2014).
76. PITON, J.  
Rencontre avec le Major James PITON, référent sûreté du groupement de Gendarmerie de Loire Atlantique.  
Nantes, 08/12/2015.
77. PITON J., GALLARD F.  
Conseils en matière de prévention technique de la malveillance aux professionnels de santé.  
Conférence, Nantes, 03 avril 2014.
78. PREFECTURE DE LOIRE-ATLANTIQUE.  
Protocole départemental pour la sécurité des professionnels de santé: département de Loire-Atlantique.  
(2014).
79. PRÉFECURE DE POLICE DE PARIS, CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS - SEINE-SAINT-DENIS.  
Guide de la sécurité dans les commerces.  
[http://www.entreprises.cci-paris-idf.fr/c/document\\_library/get\\_file?uuid=bc101fde-7090-482d-b998-c1567d40a9f5&groupId=10139](http://www.entreprises.cci-paris-idf.fr/c/document_library/get_file?uuid=bc101fde-7090-482d-b998-c1567d40a9f5&groupId=10139)  
(2012).
80. PRÉVENTION DES RISQUES MAJEURS (INSTITUTION INTERMINISTERIELLE DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS).  
Connaître les numéros d'urgence.  
<http://www.risques.gouv.fr/risques-majeurs/connaitre-les-numeros-durgence>
81. RÉFÉRENTS SURETÉ DE LA GENDARMERIE NATIONALE.  
Fiches thématiques.  
<http://www.referentsurete.com/fichethematique.html>  
(2015)

82. RÉFÉRENTS SURETÉ DE LA GENDARMERIE NATIONALE.  
Les missions du référent sûreté.  
<http://www.referentsurete.com/referents-surete.html>  
(2015).
83. RÉFÉRENTS SURETÉ DE LA GENDARMERIE NATIONALE.  
Prévention situationnelle.  
<http://www.referentsurete.com/prevention-situationnelle.html>  
(2015).
84. REY-DEBOVE J., REY A.  
Le petit Robert dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.  
Le Robert, Paris (2011).
85. SAPANET, CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DES  
DEUX-SEVRES.  
La détermination de l'incapacité totale de travail en médecine légale.  
<http://www.conseil79.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-125/ITT.pdf>  
(2010).

## Table des illustrations

|                                                                                                                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Figure 1: Nombre de déclarations par an. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p15 (28).....</i>                                                                                | <i>15</i> |
| <i>Figure 2: Profil des médecins victimes. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p19 (28) .</i>                                                                                    | <i>16</i> |
| <i>Figure 3: Cadre de l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p29 (28).....</i>                                                                                          | <i>17</i> |
| <i>Figure 4: Lieu de l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p28 (28) .....</i>                                                                                          | <i>18</i> |
| <i>Figure 5: Type d'incident subi. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p25 (28) .....</i>                                                                                        | <i>18</i> |
| <i>Figure 6: Principaux motifs des incidents. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p27 (28).....</i>                                                                              | <i>19</i> |
| <i>Figure 7: Suites données à l'incident. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014, p32 (28).....</i>                                                                                  | <i>20</i> |
| <i>Figure 8: Nombre d'incidents et taux de victimation. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52) .....</i>        | <i>25</i> |
| <i>Figure 9: Départements déclarants au moins un incident pour l'année 2013. Bilan des fiches de déclarations à visée observationnelle pour l'année 2013 communiqué par l'ONCD (50) .....</i>  | <i>26</i> |
| <i>Figure 10: Départements déclarants au moins un incident pour l'année 2014. Bilan des fiches de déclaration à visée observationnelle pour l'année 2014, communiqué par l'ONCD (51) .....</i> | <i>26</i> |
| <i>Figure 11: Les victimes des incidents. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52).....</i>                       | <i>27</i> |
| <i>Figure 12: Le sexe des victimes d'incidents. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52).....</i>                 | <i>28</i> |
| <i>Figure 13: L'agresseur. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52).....</i>                                      | <i>28</i> |
| <i>Figure 14: Les incidents en fonction du lieu d'exercice. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52) .....</i>    | <i>29</i> |
| <i>Figure 15: Atteintes aux biens et aux personnes. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52) .....</i>            | <i>30</i> |
| <i>Figure 16: Les atteintes aux personnes. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52).....</i>                      | <i>31</i> |
| <i>Figure 17: Les atteintes aux biens. Bilans des fiches de déclaration à visée observationnelle pour les années 2013 à 2015, communiqués par l'ONCD (50-52) .....</i>                         | <i>31</i> |
| <i>Figure 18 : Conséquences pénales des violences volontaires. (Articles R 624-1, R 625-1 et 222-11 du Code Pénal).....</i>                                                                    | <i>37</i> |

|                                                                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Figure 19: Conséquences pénales des violences involontaires (Articles R 625-2, R 625-3 et 222-19 du Code Pénal).....</i>                                                                | <i>37</i> |
| <i>Figure 20: Le mode d'exercice du praticien. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.....</i>                                                                 | <i>42</i> |
| <i>Figure 21: Implantation du cabinet dentaire sur le territoire communal. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016 .....</i>                                    | <i>42</i> |
| <i>Figure 22: Les accès aux locaux. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016 .....</i>                                                                           | <i>43</i> |
| <i>Figure 23: Taux d'équipement en alarme anti-intrusion en fonction de l'implantation dans le département. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.....</i>    | <i>43</i> |
| <i>Figure 24: taux d'équipement en vidéosurveillance en fonction de l'implantation dans le département. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.....</i>        | <i>44</i> |
| <i>Figure 25: Taux d'équipement en vidéosurveillance en fonction de l'implantation sur le territoire communal. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Figure 26: Les atteintes aux personnes (résultats supérieurs à 100% car plusieurs réponses possibles). Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016 .....</i>     | <i>45</i> |
| <i>Figure 27: Les atteintes aux biens (résultats supérieurs à 100% car plusieurs réponses possibles). Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique, 2016.....</i>          | <i>46</i> |
| <i>Figure 28: La certification A2P©. Fiches thématiques, site Internet des référents sûreté de la Gendarmerie Nationale (79).....</i>                                                      | <i>57</i> |

**RICOULLEAU (Pierre-André).** – Prévention des risques d’agression et d’effraction au cabinet dentaire.

- 80 f. ; ill. ; tabl. ; 85 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2016)

## RESUME

Les chirurgiens-dentistes et leurs équipes ne sont pas épargnés par les problèmes d’insécurité. Même s’ils semblent moins exposés que d’autres professionnels, ils peuvent être la cible d’injures, d’agressions ou de cambriolages.

En 2015, 110 incidents ont été déclarés à l’Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, un chiffre en hausse par rapport à l’année précédente. Cependant, ce chiffre pourrait être largement sous-estimé, puisqu’une proportion conséquente des incidents subis par les praticiens n’est jamais déclarée.

Si le risque zéro n’existe pas, des dispositifs de prévention et la mise en place de protocoles d’anticipation et de gestion des incidents par l’équipe soignante contribuent à un climat de sérénité nécessaire à la réalisation de soins de qualité.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Cabinet dentaire

## MOTS CLEFS MESH

Pratique professionnelle – Professional practice

Cabinets dentaires - Dental offices

Vol – Theft

Agressivité - Aggression

Mesures de sécurité – Security measures

Prévention – Prevention

## JURY

Président : Professeur Amouriq Y.

Directeur : Docteur Marion D.

Assesseur : Docteur Amador Del Valle G.

Assesseur : Docteur Goemaere Galiere H.

## ADRESSE DE L’AUTEUR

1 rue de la Coudraie – 85310 La Chaize le Vicomte  
pierreandrericoulleau@hotmail.fr