



HAL
open science

Violences dans le secteur sanitaire et médico-social. Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent

Cécile Carra

► **To cite this version:**

Cécile Carra. Violences dans le secteur sanitaire et médico-social. Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent. Le sociographe, 2016, Violences dans le secteur sanitaire et social, 56, pp.25-36. hal-03386494

HAL Id: hal-03386494

<https://hal.science/hal-03386494v1>

Submitted on 19 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Cécile Carra

Univ. Artois, UMR 9221, Lille Economie Management (LEM), Arras, F-62000, France

**Violences dans le secteur sanitaire et médico-social
Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent**

Le sociographe, Champ social 2016, Violences dans le secteur sanitaire et social, 56, pp.25-36.

Résumé

Cet article propose de rendre compte de *l'expérience de violence* des professionnels du secteur sanitaire et médico-social telle qu'ils la restituent. Les données ont été recueillies grâce à une enquête de victimation qui a permis d'obtenir 444 questionnaires exploitables. Elles montrent un sentiment de sécurité partagé par près de 87 % des enquêtés et une perception basse de la violence, regroupant les trois-quarts des répondants. Paradoxalement le niveau de victimation est élevé : 58,6 % des enquêtés déclarent avoir vécu des situations violentes dont 21,8 % à répétition.

Mots clé : enquête de victimation, professionnels de santé, sentiment de sécurité, perception de la violence

Violences dans le secteur sanitaire et médico-social Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent

Depuis quelques années en France, des discours sur la violence dans le secteur sanitaire et social montent progressivement. Au point, d'en devenir aujourd'hui l'une des préoccupations majeures pour ceux qui y interviennent. En 1993, les situations violentes à l'hôpital ne faisaient encore l'objet d'aucun débat (Monceau, 2003). Depuis, un sentiment d'aggravation du problème se répand conduisant à une multiplication de mesures institutionnelles (1). En 2005 est créé l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). En 2012, il répertorie 11 000 signalements dans le secteur (2).

La violence en milieu hospitalier se dit en préoccupation politique, institutionnelle et professionnelle. Pour autant la recherche dans le secteur s'en empare peu comme d'un objet d'étude à part entière, mais l'intègre dans le vaste domaine de la sécurité et de la santé au travail. Ce sont alors les notions de risques psycho-sociaux, de souffrance au travail, de harcèlement moral ou encore de *burn out*, qui sont mobilisés, s'inscrivant quasi-exclusivement dans une approche psychologique et/ou épidémiologique.

Cet article apportera un autre éclairage en proposant une analyse sociologique de la violence à partir de *l'expérience de violence* des professionnels du secteur sanitaire et médico-social constituée en objet. Les résultats présentés relèvent d'une première exploitation des données.

1. Appréhender le vécu des professionnels

1.1. Approche théorique et méthodologique

Nous faisons le choix théorique de définir comme violence ce qui est qualifié comme tel par les acteurs concernés, ici les professionnels de santé. C'est à cette condition que nous pouvons appréhender les perceptions des acteurs et approcher au plus près leur vécu. Ce faisant, nous nous inscrivons dans une approche phénoménologique prenant en compte la relativité et la normativité de la notion de violence (Michaud, 1999).

Pour évaluer les violences, le point de vue des victimes apparaît aujourd'hui fortement privilégié au niveau international. Il fait l'objet de recueils à grande échelle grâce aux enquêtes de victimation. Celles-ci ont commencé à se développer en France avec les travaux de Robert et Zauberman qui publient les résultats de la première enquête nationale de victimation en population générale en 1995. L'enquête de victimation consiste à appréhender les transgressions ou les infractions du point de vue de la victime. En cohérence avec la définition retenue de la violence, nous avons adopté cette démarche, demandant aux enquêtés, ce dont ils se déclarent être victimes. Ce faisant, nous nous inscrivons dans la lignée de la première enquête de victimation réalisée en milieu scolaire (Carra, Sicot, 1996) et, plus encore, dans celle plus récente portant sur les élèves et les enseignants du primaire (Carra, 2009).

La période retenue est celle de l'année écoulée, la question posée étant la suivante : « Depuis un an, dans le cadre de l'exercice de votre fonction, estimez-vous avoir vécu personnellement des situations violentes (quelles qu'en soient la forme et les personnes impliquées) ? ». Cinq items sont proposés pour en évaluer la fréquence : « Plus de 4 fois », « entre 2 et 3 fois », « 1 fois », « jamais », « ne sais plus ». La question qui suit celle-ci est une question ouverte permettant à l'enquêté de décrire la situation violente qui l'a le plus marqué et qui a eu lieu durant cette période. Se succèdent ensuite des questions sur les auteurs, le lieu et le moment

de la victimation, la présence d'autres personnes, l'intervention d'autres personnes, la réaction de l'enquêté lors du déroulement de la situation, son interprétation de la situation, les suites institutionnelles et judiciaires qui ont été données et la satisfaction de l'enquêté à ce sujet, et enfin, les conséquences pour l'enquêté de cette victimation.

La victimation participe d'une construction d'une expérience de violence par les acteurs sociaux. Si l'on accepte que la violence est à la fois un fait et son expérience, une situation et sa perception, il convient de prendre en compte non seulement la désignation factuelle d'un comportement mais également celui de sa perception. Perception en rapport direct avec la violence vécue, ou indirecte, relative à celle à laquelle on assiste, plus largement que l'on perçoit. Le sentiment d'insécurité constitue une autre facette d'un même phénomène. Victimation, perception de la violence sur le lieu de travail et sentiment d'insécurité constituent ainsi les trois indicateurs retenus dans cette recherche pour appréhender le phénomène de violence.

1.2. Le questionnaire

Trois autres séries de questions ont été insérées pour investiguer trois axes explicatifs qui ne feront pas ici l'objet de développements, l'analyse étant en cours : le rôle de l'organisation, c'est-à-dire le service ou l'établissement ; l'identité professionnelle, et le métier tel qu'il est conçu, prescrit et réalisé ; la relation de service, c'est-à-dire les relations avec les usagers, et leur qualité. Le questionnaire se termine par des questions portant sur l'enquêté, son âge, son sexe, son métier (statut, ancienneté dans le métier), le type de service ou d'établissement dans lequel il travaille, son ancienneté dans le service ou l'établissement en question. Ce questionnaire est composé de 55 questions : 25 questions fermées et 30 questions ouvertes. Chaque question ouverte est précédée d'une question fermée et permet d'apporter des éléments de précision. Le nombre important de questions ouvertes a permis de recueillir des verbatim permettant de procéder à un recodage au plus près du discours des acteurs. Une quarantaine de minutes a été nécessaire pour le compléter.

Recueil de données

Vingt-cinq établissements ont été enquêtés dans le Nord-Pas de Calais entre octobre et novembre 2014 : neuf EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), cinq unités de psychiatrie, onze centres hospitaliers et cliniques (MCO, urgences). 444 Questionnaires ont été recueillis : 100 en psychiatrie, 104 en EHPAD ; 111 aux Urgences et 129 en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). La population enquêtée est constituée à plus de 90 % de personnels soignants répartis massivement selon les deux catégories suivantes : 59,2 % d'infirmiers et 30,3 % d'aides-soignants.

Le recueil de données a pu se réaliser grâce aux étudiants du master « Cadres du secteur sanitaire et médico-social » dans le cadre des unités d'enseignement à la recherche. Il convient de relever la spécificité des promotions de ce master, constituées très majoritairement de salariés, faisant fonction Cadres de santé. L'appartenance au métier, les responsabilités endossées par ces étudiants en tant que cadres faisant fonction, leur parcours de formation (formation en Institut de Formation Cadres de Santé, couplée au master 2) ont sans doute facilité les accords obtenus dans les différents services et établissements enquêtés. Il faut cependant souligner le refus provenant de cinq EHPAD, deux services de psychiatrie, quatre services d'urgences, et deux centres hospitaliers.

Après accord des directions, cadres supérieurs et cadres de santé, les questionnaires ont été déposés au sein des services. Une fois complétés, ils étaient mis sous enveloppe et/ou déposés

dans une urne scellée, puis récupérés par les étudiants. Parallèlement à ce processus, la recherche et les modalités de recueil de données ont été présentées et expliquées. Pour autant, plusieurs relances ont été nécessaires pour atteindre l'objectif de 100 questionnaires dans chacun des services ou établissements que nous souhaitions investigués (EHPAD, psychiatrie, urgences et MCO). Les structures ayant participé à l'enquête ont toutes été invitées à une présentation des premiers résultats de l'enquête réalisée par les étudiants du master 2 à partir du traitement qu'ils avaient fait des données, lors du colloque portant sur le même thème.

2. Résultats

2. 1. La perception de la violence dans l'établissement ou le service

Trois-quarts des enquêtés estiment qu'il y a peu ou pas de violence

Près d'un quart des enquêtés déclare en revanche estimer qu'il y a beaucoup (19,1 %) ou énormément de violence (5,2 %) dans leur service ou établissement (voir graphique 1 sur www.lesociographe.org).

Les répondants précisent leurs réponses tout d'abord en désignant les usagers et les proches comme auteurs (29,3 % des réponses), suivi du type de violences que constituent les violences verbales (27,5 %) ; les violences physiques représentent 17,8 % des réponses. Notons que les personnels soignants comme auteurs de violence, représentent 14,1 % des réponses.

Une perception se structurant différemment selon le degré de violence perçue

Les catégories de réponse les plus représentées sont cependant ventilées différemment selon le degré de violence perçue par les enquêtés. Si, dans tous les cas, les violences verbales représentent les réponses les plus citées, et les usagers les plus mis en cause, les réponses concernant les violences physiques sont très significativement sur-représentées parmi les répondants qui estiment qu'il y a beaucoup ou énormément de violences : respectivement 27,3 % et 25 % des réponses ; elles sont très significativement sous-représentées parmi les enquêtés répondant qu'il y a peu de violence : 12,8 %. En revanche, la catégorie « usagers/familles et proches » est très significativement sur-représentée dans cette sous-population, regroupant 34,1 % des réponses (voir graphique 2). Soulignons que la séparation des violences physiques/violences verbales relève d'un premier découpage qui, s'il facilite l'exposé des résultats, est loin d'épuiser la complexité des formes de violence que désignent les acteurs (Faggianelli, Carra, 2010 ; Faggianelli, 2014).

L'analyse factorielle des correspondances fait apparaître spatialement ces différences : le côté négatif de l'axe 1 montre la proximité entre une perception élevée de la violence et « violences physiques » d'une part, « personnels soignants » d'autre part. Le côté positif du même axe montre, quant à lui, une proximité entre une estimation basse de la violence et la catégorie « usagers/familles et proches » (voir graphique 2 sur www.lesociographe.org).

2.2. Le sentiment de sécurité

Un sentiment de sécurité partagé par près de 87 % des enquêtés

A la question « Vous sentez-vous en sécurité sur votre lieu de travail ? », 86,7 % des enquêtés répondent positivement : « toujours » (30,2 %) ou « Le plus souvent » (56,5 %). Si le sentiment de sécurité est très largement partagé parmi les professionnels, 11,8 % disent cependant se sentir assez rarement (9,5 %) ou rarement en sécurité (2,3 %) sur leur lieu de travail (voir graphique 3 sur www.lesociographe.org).

Lorsqu'on demande aux enquêtés de préciser leur réponse, les facteurs organisationnels constituent plus du quart des réponses (26,3 %) (travail d'équipe plus ou moins propice à la gestion des situations à risque, travail en binôme ou seul, personnels et moyens...). Sont ensuite évoqués les facteurs spatio-temporels (20,6 %) ; les facteurs spatiaux renvoient aux spécificités de l'espace, à la taille de la structure, des services isolés ou pas ; les facteurs temporels relèvent essentiellement du travail de jour ou de nuit. Les usagers, leur famille ou proches sont ensuite mentionnés regroupant 18,1 % de réponses (sentiment d'un haut risque de passage à l'acte à celui d'une gestion et d'une anticipation possible, notamment grâce à la formation). Le système de sécurité regroupe 17,8 % des réponses (en rapport avec le service de sécurité, les dispositifs d'alerte et de sécurité). Le climat social (caractérisé par des conflits ou au contraire du soutien et de l'entraide) regroupe 10,3 % des réponses.

Un sentiment d'insécurité reposant sur des facteurs relevant en premier lieu du contexte de travail

Le contexte de travail se caractérise par des éléments qui relèvent notamment des spécificités du lieu de travail (bâtiments) et un travail qui se fait de jour comme de nuit. Ce sont ces facteurs qui sont le plus évoqués par les enquêtés s'estimant rarement en sécurité (28,6 % des réponses se regroupant dans la catégorie facteurs spatio-temporels). Le travail de nuit apparaît être une source d'insécurité, tout comme l'isolement des services et l'éloignement des personnels ; le sentiment que les individus entrent et sortent comme ils le souhaitent est aussi facteur d'insécurité. Les réponses relevant du système de sécurité (insuffisant, ou inexistant, inadapté ou peu performant) représentent 20,6 % de l'ensemble des citations des enquêtés se sentant rarement en sécurité. Il en est de même pour les facteurs organisationnels pointant un manque de personnel, notamment masculin, et de moyens. Viennent ensuite les usagers et les risques que l'on y associe (15,9 %) avec ce sentiment que « tout peut arriver » (voir graphique 4 sur www.lesociographe.org).

2.3. La victimation

Plus de la moitié des enquêtés déclarent avoir été victimes de violence

Si 35,4 % disent ne jamais avoir été victimes de violence, 12,7 % indiquent 1 victimation, 24,1 % de 2 à 3 victimations et 21,8 %, 4 victimations ou plus. Autrement dit, 58,6 % des enquêtés déclarent avoir été victimes au moins une fois au cours de l'année qui vient de s'écouler et 21,8 % sont victimes à répétition.

Les réponses à la question ouverte « Que s'est-il passé ? (Décrivez la situation violente qui vous a le plus marqué et qui a eu lieu pendant cette période.) » ont conduit à proposer dans un premier temps 3 grandes catégories de violence : les violences verbales, physiques et morales. Les violences verbales regroupent les victimations qui impliquent le verbe et la tonalité : agressivité, cris, insultes... Les violences physiques impliquent le corps et la posture : coups directs ou indirects, menaces de coups, bousculades, crachats... Les violences morales impliquent le plus souvent une répétition des faits et blessent l'individu dans sa personne : propos désobligeants, brimades, insinuations, humiliations, critiques, mise à l'écart, mépris... Les violences physiques rassemblent le plus grand nombre de réponses (43,7 %) suivies des violences verbales (37,9 %) et bien plus loin, des violences morales (7,8 %) (les enquêtés n'utilisant pas nécessairement cette catégorie de qualification au contraire des deux précédentes).

Des types de violence se ventilant différemment selon le degré de victimation

L'AFC montre que les violences physiques constituent la victimation la plus fréquemment déclarée par les enquêtés (37,9 % des réponses). Pour autant, même si la dépendance est peu significative selon le test du chi², les violences verbales arrivent en premier, représentant 50,8 % des réponses, parmi les enquêtés qui déclarent une seule victimation. Parmi les pluri-victimes, c'est la catégorie « Violences physiques » qui regroupe le plus de réponses : 43 % chez les enquêtés déclarant entre 2 et 3 victimations et 50,4 % chez ceux qui déclarent 4 victimations ou plus (voir graphique 5 sur www.lesociographe.org).

Circonstances de la victimation et suites données à l'affaire

Les agresseurs désignés par les enquêtés sont à plus de 84 % des usagers (75 %) ou leurs proches (9,6 %). Un autre professionnel est mis en cause dans 15 % des cas. La victimation a lieu dans le service à 96,4 % (très rarement à l'extérieur : 1,2 %) ; pendant le temps de travail (très rarement en arrivant ou en partant du travail : 1,2 %). Les victimations s'inscrivent ainsi au cœur de l'activité et se construisent dans l'interaction professionnel/usager.

Dans 65,7 % des cas, il y a eu des témoins, c'est-à-dire que la victimation est publique. Sont intervenus dans 60,3 % des cas, des personnels, dans 13,5 % des cas, le service de sécurité, et dans 5,5 % des cas, la police.

Les victimes en ont parlé d'abord à des collègues et/ou à l'équipe (respectivement 31,8 % des cas et 8,9 %), à la hiérarchie (27,4 %), au médecin (17,8 %). Seul 1,4 % dit n'en avoir parlé à personne. Aucune suite n'a cependant été donnée à l'affaire dans 39,9 % des cas. Lorsqu'il y a eu une suite, il s'agit à part égale (19,2 % des cas) d'une suite administrative et d'une suite médicale (voir précisions *infra*). Dans 15,9 % des cas, il s'agit d'une suite judiciaire. Précisons que la suite donnée à l'affaire peut s'inscrire dans plusieurs registres.

Malgré une dépendance peu significative si l'on se réfère au test du chi², l'AFC montre cependant une proximité entre les enquêtés déclarant une victimation et une suite médicale apportée à l'affaire, c'est-à-dire l'intervention du médecin qui inscrit dans le dossier de l'utilisateur les actes incriminés et qui fait évoluer son traitement, voire qui le transfère dans une autre structure ; les enquêtés déclarant entre 2 et 3 victimations et une suite administrative (dépôt d'une fiche d'événement indésirable auprès de l'administration, observations dans un dossier administratif) ; et les enquêtés déclarant 4 victimations ou plus, une suite judiciaire (se traduisant par une inscription en main courante ou un dépôt de plainte). On peut ainsi repérer une judiciarisation de l'affaire concomitante à une multivictimation (voir graphique 6 à 9 sur www.lesociographe.org).

3. Discussion et conclusions

Plus on se déclare victime, plus la perception de la violence dans le service et le sentiment d'insécurité sont importants, la dépendance étant très significative. Facettes d'un même phénomène, ces trois variables le renseignent différemment et parfois paradoxalement. Le sentiment de sécurité est très élevé et une perception basse de la violence est partagée par les trois-quarts des enquêtés. Paradoxalement le niveau de victimation est élevé : 58,6 % des enquêtés déclarent avoir vécu des situations violentes dont 21,8 % à répétition.

Le croisement de la victimation avec les variables de sexe et d'âge des enquêtés ne fait apparaître aucune corrélation significative. Il n'y a pas non plus de lien avec l'ancienneté, ni

dans le métier ni dans le statut. Les caractéristiques individuelles des enquêtés ni leur ancienneté ne permettent donc de comprendre cette victimation.

En revanche, le tri croisé entre victimation et type d'établissement (hôpital ou clinique) fait apparaître une dépendance très significative. Parmi les enquêtés indiquant exercer en clinique, les victimes sont sous-représentées et les non-victimes sont sur-représentées très significativement (voir tableau 1).

Tableau 1 : Victimation selon le type d'établissement d'exercice

Tableau croisé à partir des deux questions suivantes :

victimation_T x type etb :

Recodage des modalités de la question fermée 'victimation'

Précisez le type d'établissement dans lequel vous exercez

| type etb | hôpital | clinique | TOTAL |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| victimation_T | | | |
| Victimes | 62,4% (176) | 43,5% (65) | 57,0% (241) |
| Non victimes | 28,7% (81) | 44,0% (59) | 34,5% (140) |
| TOTAL | 100% (257) | 100% (124) | 100% (381) |

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 9,29$, $ddl = 1$, $1-p = 99,77\%$.

Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonne établis sur 444 observations.

Une autre corrélation très significative apparaît lorsque l'on croise les deux variables suivantes : victimation et service. Parmi les enquêtés travaillant en urgences, les non-victimes sont sous-représentées. Parmi les enquêtés travaillant en gériatrie, les non-victimes sont sur-représentées (voir tableau 2).

Tableau 2 : Victimation selon le service

Tableau croisé à partir des deux questions suivantes :

victimation_T x service :

Recodage des modalités de la question fermée 'victimation'

Précisez le service

| service | urgences | psychiatrie | gériatrie | MCO | TOTAL |
|---------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| victimation_T | | | | | |
| Victimes | 77,1% (84) | 55,2% (58) | 45,5% (40) | 56,9% (74) | 57,0% (256) |
| Non victimes | 19,3% (21) | 34,3% (36) | 46,6% (41) | 33,1% (43) | 34,5% (141) |
| TOTAL | 100% (105) | 100% (94) | 100% (81) | 100% (117) | 100% (397) |

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 19,50$, $ddl = 3$, $1-p = 99,98\%$.

Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique.

Le χ^2 est calculé sur le tableau des citations (effectifs marginaux égaux à la somme des effectifs lignes/colonnes).

Les valeurs du tableau sont les pourcentages en colonne établis sur 444 observations

Ces corrélations très significatives entre la victimation et le service devront se prolonger par l'interrogation de deux dimensions potentiellement liées :

- L'effet établissement : existe-t-il un impact des caractéristiques internes de l'établissement sur les taux de violence ;
- le poids des caractéristiques sociales du public accueilli. La victimation des personnels est-elle impactée par la catégorie sociale de sa « patientèle ».

Près de 60 % des professionnels déclarant avoir été victimes au moins une fois au cours de l'année qui s'est écoulée et, désignant à 75 % des situations les usagers comme étant les agresseurs, il faudra plus largement interroger les relations entre usagers et professionnels.

S'en tenir là nous amènerait cependant à limiter l'analyse à la partie visible de la victimation, telle qu'elle apparaît à travers les seules catégories, fussent-elles construites à partir du recodage de questions ouvertes, celle qui se cristallise dans les interactions professionnels-usagers.

Une première analyse des verbatim à la question « Que s'est-il passé ? (Décrivez la situation violente qui vous a le plus marqué et qui a eu lieu durant cette période) », montre que les faits graves sont rares (ce que le peu de suites judiciaires confirme malgré un contexte de judiciarisation – 15,9 % des cas –, la police n'étant par ailleurs intervenue que dans 5,5 % des situations, voir *supra*). Il s'agit essentiellement de micro-violences dont l'impact sur le vécu professionnel dépasse de loin la nature des faits et leur gravité.

Les réponses données par les enquêtés à la question suivante « Comment expliquez-vous ce qui s'est passé ? » montrent par ailleurs que le comportement des usagers est loin d'être perçu comme relevant de leur seule volonté de nuire. Loin de là, la première des causes données relève de la pathologie du patient. Une prise en charge inadaptée ou insuffisamment expliquée, ou encore, une organisation du travail peu performante sont également évoquées parmi les explications données. Le sentiment d'insatisfaction s'inscrivant dans l'absence de suite donnée à l'affaire par l'institution (voir *supra*) constitue un autre résultat devant nous conduire à approfondir l'analyse en direction, non pas seulement des usagers mais aussi des normes professionnelles et des normes de fonctionnement du service d'une part, de l'institution et son rôle dans le processus de construction-déconstruction de la violence d'autre part.

Bibliographie

Carra, Cécile et Sicot, François, « Une autre perspective sur les violences scolaires : l'expérience de victimation », in Charlot, Bernard et Emin Jean-Claude (dir.), *Violences à l'école. Etat des savoirs*, Paris, Armand Colin, 1997, pp. 61-82.

Carra, Cécile, *Violences à l'école élémentaire. L'expérience des élèves et des enseignants*, Paris, PUF, 2009.

Faggianelli Daniel, *La violence à l'école perçue par les enseignants de primaire : rapports au métier et lectures des situations scolaires*, thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Sylvain Broccolichi, Arras, Université d'Artois, 2014.

Faggianelli Daniel et Carra Cécile, *Le carrousel des violences à l'école*, Arras, Artois Presses Université, 2010

Michaud Yves, *La violence*, Paris, PUF, 1999.

Monceau Madeleine, « À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes », in Pidolle, Alain et Thiry-Bour, Carole, *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Paris, Erès, 2003, pp. 121-126.

Zauberman Renée et Robert Philippe, *Du côté des victimes, un autre regard sur la délinquance*, Paris, l'Harmattan, 1995.

Notes

(1) En particulier : Circulaire n°DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence ; Circulaire n°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés ; Protocole d'accord entre le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé et protocole national signé le 12 août 2005 entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur. L'objectif est de favoriser un rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre.

(2) ONVS : <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>. Consulté le 20/7/2015.

(3) « Violences au sein des organisations du secteur sanitaire et social ». Ce colloque international s'est tenu en mai 2015 à l'Université d'Artois. <http://violences-organisations.neowordpress.fr>, consulté le 20/7/2015.

(4) Les données ont été traitées à partir du logiciel Le Sphinx plus 2.