



HAL
open science

Violence within organizations in the health and medico-social sector. For a France-Romania comparative analysis

Cécile Carra, Sorin Burlacu, Daniel Faggianelli

► To cite this version:

Cécile Carra, Sorin Burlacu, Daniel Faggianelli. Violence within organizations in the health and medico-social sector. For a France-Romania comparative analysis. *Administratie si Management Public*, 2016, 27, pp.123-142. hal-03386514

HAL Id: hal-03386514

<https://hal.science/hal-03386514v1>

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.

Violences au sein des organisations du secteur sanitaire et médico-social Pour une analyse comparée France-Roumanie

**Cécile CARRA¹
Sorin BURLACU²
Daniel FAGGIANELLI³**

Article publié en anglais dans la revue *Management and Public Administration Review*, Recunoscuta de CNCSIS prin Decizia, 2016, pp.123-142.

Résumé:

La violence au travail se constitue en problème social au niveau international et relève selon l'OMS (2002) d'un défi planétaire. Dans le secteur sanitaire et médico-social, elle se dit de plus en plus fortement en préoccupation politique, institutionnelle et professionnelle. C'est le cas en France et en Roumanie. Pour autant, les figures que recouvre ce phénomène dans chacun de ces deux pays sont-elles identiques ? C'est ainsi une comparaison que nous envisageons. L'objectif de cet article est de poser le cadre théorique et méthodologique de la comparaison, en précisant les segments étudiés, après avoir identifier d'éventuelles particularités nationales dans la manière d'appréhender la violence dans le secteur sanitaire et médico-social.

Pour éviter de tomber dans le piège de l'ethnocentrisme, nous choisissons de construire une définition de la violence à partir, non pas de catégories pré-définies, mais du vécu de l'individu, en l'occurrence, ici, les soignants, qui seront au coeur de cette recherche comparative. La thèse qui sera testée est la suivante : l'expérience de violence des professionnels de santé est liée aux spécificités de l'organisation (qui nécessite d'étudier les rapports sociaux de travail) et de la relation de service (qui conduit à analyser les relations usagers/professionnels) dont les transformations sont spécifiques à chacun des contextes nationaux.

Pour appréhender le vécu des soignants, et en cohérence avec l'approche épistémologique retenue, nous réaliserons une enquête de victimation demandant aux enquêtés ce qu'ils vivent comme violence dans l'exercice de leur métier. La violence sera ainsi analysée non pas de manière décontextualisée à partir de catégories pré-définies, mais à partir des qualifications opérées par les enquêtés. L'analyse des données devra permettre de caractériser les figures de la violence dans chacun de ces deux contextes nationaux et d'identifier, le cas échéant, des régularités sociales similaires à ces deux pays.

Mots Clés:

expérience de violence, professionnels de santé, analyse comparée, France-Roumanie, enquête de victimation

JEL classification codes: I18, I12, I19

Introduction

La violence au travail se constitue en problème social au niveau international : elle est ainsi qualifiée de fait de société à l'échelle mondiale par Chapell et Di Martino (2000) et relève selon l'OMS (2002) d'un défi planétaire. Dans le secteur sanitaire et médico-social, elle se dit de plus en plus fortement en préoccupation politique, institutionnelle et professionnelle. C'est le cas dans le deux pays au coeur de cette recherche, la France et la Roumanie. Trois grandes questions guideront notre exploration : quelles figures recouvre ce phénomène dans chacun de ces deux pays? Peut-on voir apparaître des régularités sociales au delà de la spécificité de ces deux contextes nationaux? En deçà, des spécificités émergent-elles? C'est ainsi une comparaison entre ces deux pays que nous envisageons. L'objectif de cet article est de poser le cadre théorique et méthodologique de la comparaison, en précisant les segments étudiés, après

¹ Université d'Artois, LEM-UMR 922, FRANCE, cecile.carra@univ-artois.fr

² Bucharest University of Economic Studies, ROMANIA, sburlacu@man.ase.ro

³ Université de Bretagne Occidentale, CREAD EA 3875, FRANCE, dan_faggianelli@orange.fr

avoir identifier d'éventuelles particularités nationales dans la manière d'appréhender la violence dans le secteur sanitaire et médico-social.

1. Une préoccupation politique, institutionnelle et professionnelle

En France, un sentiment d'aggravation du problème s'est développé depuis une vingtaine d'années, accompagné d'une multiplication de mesures institutionnelles⁴. En 2012 est créé l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Sa création s'accompagne du développement d'un outil de quantification ancré directement sur l'inquiétude des professionnels. Il répertorie, en 2013, 12 432 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens. Signalements dans le cadre du dispositif d'étude et effectués par les personnels sur 353 établissements du secteur sanitaire et médico-social (contre 11 000 signalements en 2012)⁵.

En Roumanie, les autorités publiques se sont également engagées dans une prise en compte des inquiétudes des professionnels à travers un schéma de réponse similaire : se doter d'un outil de mesure, faciliter les liaisons avec les institutions judiciaires et policières, soutenir les victimes. (RADU, I. ; ŞENDROIU, C. 2005) La problématique de la violence est ainsi particulièrement prise en considération par les Directions Générales de l'Assistance et de Protection de l'Enfance (DGASPC). Les DGASPC sont les principaux prestataires de services sociaux au niveau d'un comté⁶ de Roumanie ou d'un secteur du *municipe* de Bucarest⁷. Leur rôle est de poursuivre les cas de violence enregistrés sur leur secteur. Les enregistrements concernant les cas de violence sont faits dans chaque unité sans pour autant être rendus publics.(BURLACU, 2005)

Le principe du centre d'appels à l'écoute des victimes est ici aussi utilisé. Dès le 24 Novembre 2014, l'Agence Nationale pour l'Égalité des chances (ANES) dans le cadre du Ministère du Travail, de la Famille, de la Protection Sociale et des Personnes Agées a été mis en place un numéro gratuit dont le rôle est aussi de faciliter le signalement des violences. Celui-ci n'est pas spécifiquement dédié aux personnels de santé. Sa mise en place au niveau national s'inscrivait dans le cadre du projet POSDRU⁸ sur financement européen : "START - Une vie de qualité en sûreté". (Communiqué de presse - START - Une vie de qualité en sûreté, 2014) et visait avant tout la prise en compte des violences domestiques. L'ANES a ainsi enregistré 11598 cas d'abus en 2014 et 9014 en 2015 (Bonjour Braşov, 2015).

Les sources statistiques roumaines concernant les violences sont diverses et aboutissent inévitablement sur la production de statistiques tout aussi diverses et parfois donc contradictoires. La volonté gouvernementale de centraliser les données sous l'égide de l'INS⁹ s'est affirmée à partir de 2014 sans

⁴ Notamment : 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 ayant pour objet de favoriser un rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre, modifié et complété par celui du 10 juin 2010.

⁵ ONVS: <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>. Consulté le 20/6/2016. L'ONVS succède à l'Observatoire National des Violences Hospitalières, créé en 2005.

⁶ Unité territoriale administrative en Roumanie NUTS 3 (Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques). Dans chaque district il y a un DGASPC, généralement situé dans la capitale du comté. Le DGASPC est une institution publique d'intérêt départemental, subordonné au Conseil du comté, financé par le budget de l'État.

⁷ Bucarest est subdivisé en six secteurs. Au niveau du *municipe* de Bucarest, il existe une Direction de l'Assistance Sociale en charge de la prévention et de la lutte contre les situations de marginalisation et d'exclusion sociale. Chaque secteur administratif est doté d'une Direction Générale de l'Aide Sociale et de Protection de l'Enfance compétente en matière de protection de l'enfance, de la famille, des personnes isolées, des personnes âgées, des personnes handicapées, ainsi que toute personne dans le besoin.

⁸ Le Programme Opérationnel Sectoriel de Développement des Ressources Humaines - POSDRU, programme financé par le Fonds Social Européen pour la période 2007-2013.

⁹ INS - Institut National de la Statistique, l'INS - équivalent de l'INSEE française - est organisé et fonctionne comme un organe spécialisé de l'administration publique centrale en Roumanie, subordonné au Gouvernement et coordonné par le Secrétariat Général du Gouvernement. L'Institut National de la Statistique a le rôle d'organisation et de coordination des statistiques officielles en Roumanie, ayant comme objet la collecte, le traitement, l'analyse, la diffusion et la construction des séries de données statistiques officielles, de types démographiques, sociales, économiques, environnementales, financières et juridiques qui sont nécessaires pour le fondement et l'évaluation des politiques économiques et sociales, la prise de décisions du gouvernement et des opérateurs économiques, l'information du public, la conduite des recherches scientifiques,

qu'elle n'ait encore abouti. Des indicateurs nationaux éparpillés dans le cadre des rapports de mesures de Santé Publique peuvent être utilisés ici ou là¹⁰.

2. Appréhender la violence dans le secteur sanitaire et médico-social : des spécificités nationales ?

2.1. Des risques professionnels au prisme du médical

En Roumanie, la recherche sur la violence s'est développée au début des années 1990. Bien que l'intérêt pour cette thématique s'affirme finalement au même moment que dans les autres pays de l'OCDE, cette apparition se voit ici dotée d'une explication très locale. En effet, avant la Révolution roumaine de 1989, les autorités considéraient comme « inappropriée » la présentation de statistiques susceptibles de porter atteinte à l'image du pays. Le changement de régime politique pourrait expliquer la nouvelle concrétisation d'un intérêt latent mais précédemment censuré. Avec l'avènement de la loi n. 544/2001 sur le libre accès à l'information publique mis à jour en 2016 et la loi 52/2003 (réédité en 2013) sur la transparence décisionnelle dans l'administration publique, les choses commencent à changer en Roumanie. Chercheurs roumains estiment que principalement la transparence de la prise de décision est très bien décrite par la législation roumaine, mais l'administration publique locale, ne sont pas encore très bien préparés pour faire face à. (ANDRONICEANU, A., 2011). En Roumanie, comme dans d'autres pays d'Europe centrale et orientale, les réformes ont porté sur toutes les fonctions du système de santé - financement, fourniture, la gestion et le développement des ressources. (ANTON & ONOFREI, 2012). Au cours des dernières années, toutefois, la crise financière mondiale a influencé presque tous les secteurs des pays, affecté de manière significative les secteurs sociaux tels que l'éducation et la santé. (ANDRONICEANU & OHANYAN, 2016).

Le phénomène des violences a été politiquement abordé au sein des préoccupations sur la santé et la sécurité au travail. (BÎRSAN, A., 2015) Elles ont donné lieu à réglementation par la Loi n° 319 du 14 Juillet 2006 - Loi sur la sécurité et la santé au travail. Elle établit les principes généraux de la prévention des risques professionnels, de la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs, de l'élimination des facteurs de risque et des accidents tout en y ajoutant des dimensions sociales telle que le droit à l'information, à la consultation, le droit de participation équilibrée, la formation des travailleurs et des leurs représentants (PARLEMENT ROUMAIN, 2006). Le contenu des lois roumaines ne faisait pas directement référence à la violence. C'est bien à travers la notion de risque professionnel qu'elle s'est d'abord inscrite jusqu'en 2012. La Loi n° 212 publiée en novembre 2012, pour compléter la Loi n° 95/2006 concernant la réforme dans le domaine de la santé contient un seul article, l'article 641 qui stipule au paragraphe 4, subordonné au Titre XIV, les délits constitués par les menaces et les coups à l'encontre des personnels médicaux dans l'exercice dans leur service.

On assiste donc sur le plan légal à un balancier entre absorption de la violence au domaine des risques professionnels et mise en exergue d'un problème spécifique d'un côté et de l'autre à une réflexion largement encadrée par le domaine médical. Notons pour exemple, l'étude « pilote » menée en Mars 2015 par la Fondation du Collège des Médecins du Municipie Bucarest (CMMB¹¹). Celle-ci s'est dirigée vers une mesure de l'exposition des médecins hospitaliers de Bucarest aux agressions. La population était constituée de 541 médecins de 22 hôpitaux. Les résultats affichés montrent que 85 % des répondants se

des prévisions et des stratégies de développement, la transmission des données statistiques vers l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat) ainsi que vers divers organismes internationaux, selon les engagements de la Roumanie (www.inss.ro).

¹⁰ En effet une série de rapports statistiques sur la santé publique en Roumanie sont disponibles, ils sont divisés en 10 indicateurs dont certains peuvent informer sur la manière dont est appréhendée la violence : 1. Espérance de vie à la naissance, par sexe ; 2. Nombre d'accidents du travail ; 3 Renoncement au soins médicaux pour des raisons financières ; 4. Taux de suicide par sexe et groupes d'âge ; 5. Taux de mortalité dû aux maladies chroniques, au total et par sexe ; 6. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe ; 7. Taux de la mortalité ; 8. Exposition de la population à la pollution de l'air par poussières fines ; 9. Exposition de la population à la pollution de l'air par l'ozone ; 10. Proportion de la population des ménages qui estiment qu'il souffre du bruit (INS).

¹¹ Le Collège des Médecins du Municipie Bucarest (CMMB) est une organisation professionnelle, non-gouvernementale.

sont déclarés victimes de violence verbale et 10 % victimes d'agressions physiques. Cette étude a été l'occasion d'une campagne de prévention «Non agression du personnel médical » menée par Fédération SANITAS¹² dessinant ainsi un paysage de la violence distribuant les rôles de victimes aux personnels et d'agresseurs au public.

Si le phénomène de violence dans le domaine médico-social va être circonscrit à l'image d'une institution et de ses personnels agressés par un extérieur dans le dialogue politiques-professionnels, la littérature indiquent diverses formes de violence: la violence économique, la violence sociale, la violence de langage, la violence physique, la violence psychologique, la violence du processus, la violence intrinsèque, la violence assumée etc.

2.2. Entre RPS et souffrance au travail, la question des normes

En France, cette préoccupation pour la violence au travail fait l'objet de nombreux travaux, principalement intégrés au vaste domaine de la sécurité et de la santé au travail, à l'instar de la Roumanie; elle est traitée tout particulièrement au prisme de cette « nouvelle catégorie sociale » des risques psychosociaux (RPS) (Lhuillier, Giust-Desprairies, Litim, 2010). Les travaux sur les RPS mobilisent le terme de violence dans des définitions empiriques ou qui se veulent opérationnelles, comme celle donnée par l'INRS¹³ :

« Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face,
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...) »¹⁴.

Les RPS intègrent ainsi les violences dans un univers connu et structuré celui du risque professionnel : identification des facteurs de risques, prévention, traitement du préjudice. La violence intègre ce schéma de pensée en amont et en aval. En amont comme source de stress, en aval comme conséquence du stress. La focale peut alors être mise sur des formes particulières de violence dans la rencontre entre l'individu et l'organisation comme le harcèlement moral au travail (Hirigoyen, 1998) ou le harcèlement psychologique (*mobbing*, Leyman, 1990, 1996).

Entre sociologie et psychologie, les années 1990 ont vu le développement des recherches sur la souffrance au travail (Bourdieu et al. 1993 ; Dejours, 1998, 2000). Ces travaux débordent le champ des RPS, et, pour un certain nombre, veulent s'en démarquer. Ils visent à interroger le sens donné au travail et, les valeurs et les normes des individus en lien avec la transformation des attentes des décideurs envers les opérateurs. Pour autant, les approches fondées sur le risque ont fortement impacté la construction de l'objet violence en offrant des perspectives nouvelles aux approches objectivistes en difficulté face aux conséquences de la définition du contenu des violences sur des bases juridiques.

L'appréhension de la violence comme transgression d'une règle de droit les emmenant d'un côté vers la simple mesure du crime, toute infraction à un moment donné de l'état de la législation devenant violence, de l'autre vers la sous-estimation de la souffrance des opérateurs, un ensemble de comportements non réprimés par la loi, leur faisant malgré tout violence. Le passage d'une définition de la violence par la transgression à une définition par le préjudice tente d'évacuer la relativité des normes formelles en s'attachant à trouver sens à la violence dans les conséquences de l'acte : "La violence est l'utilisation

¹² SANITAS est une organisation syndicale nationale du personnel médical comptant près de 100 000 membres. Elle est affiliée à l'Union des syndicats des hôpitaux CFR et à l'Union des syndicats TESA de la santé (représentant du personnel technique, économique, administrative des unités sanitaires et balnéaires en Roumanie).

¹³ INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité, créé en France en 1968 et succédant à l'INS (Institut National de la sécurité), créé en 1947.

¹⁴ Source : INRS.fr, consulté le 30/6/2016.

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" (OMS, 2002).

Un sens qui pourrait ainsi prétendre à l'universalité et qui offre donc la possibilité de rejoindre la pensée du risque dans le monde du travail. La définition de Wynne et al. (1997) affiche ainsi très clairement le lien réalisé : « 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 » (*in* Di Martino, Hoel, Cooper, 2003, 3). La violence peut alors être pensée en termes d'exposition et, plus largement, de risque d'exposition (voir Gheorghiu, Moatty, 2011), risques déterminés dans le champ de la santé publique et le préjudice devient médicalement et légalement fixé. On voit ainsi que le problème du lien exclusif entre la violence et les normes qui cherchait à être évité en passant d'une entrée par la transgression à une entrée par le préjudice revient finalement lorsqu'il s'agit de définir le préjudice. Ces difficultés trouvent leurs explications dans ce que montrait Y. Michaud lorsqu'il expliquait que « La violence, ce sont non seulement des faits, mais aussi nos manières de les appréhender, de les juger, de les voir (et de ne pas les voir) » (Michaud, 1999, 122). Elles incitent donc à prendre en compte la dimension relative, subjective et contextuelle de la violence.

3. Construction du cadre théorique de l'analyse comparée

La mise en relation spécifique d'un phénomène social n'est pas réductible à une méthodologie (qualitative ou quantitative), ni à une théorie. En revanche, le décentrement qu'implique la comparaison rend plus exigeant la construction de l'approche théorico-méthodologique, et la définition de l'objet d'étude. Elle nécessite de rompre avec les prénotions et les schèmes d'analyse propres à une culture, ce qui apparaît d'autant plus important pour une notion telle que la violence, devant inciter le chercheur à interroger son « rapport aux valeurs » ainsi qu'y exhortait Weber (1965) dans « L'objectivité de la connaissance dans les sciences et politique sociales ».

3.1. Conséquences méthodologiques d'une violence se définissant entre normes et points de vue

La comparaison doit permettre d'éviter le risque de naturaliser l'objet, jusque dans les catégories mobilisées, qui relèvent de manière dominante, des domaines de la santé et de la sécurité publiques (voir *supra*). Définir la violence à partir de ces catégories reviendrait à imposer des schèmes de pensée prenant sens dans les discours encadrant ces domaines, au risque, à la fois, d'effacer les singularités nationales, et plus encore, de construire l'objet au seul prisme de la demande publique.

Ce positionnement suppose une attention particulière à la méthodologie en choisissant de construire une définition de la violence à partir, non pas de catégories pré-définies, mais du vécu de l'individu. Ainsi la violence n'apparaît plus comme un donné, un objet *sui generis* ; la violence relève d'une expérience et passe par une procédure de qualification par l'individu (Claverie, Jamin, Lenclud, 1984). Nous considérerons comme violence ce qui est qualifié comme tel par les acteurs concernés. Définir la violence en reprenant les qualifications opérées par les acteurs permet d'intégrer le caractère socialement construit de la violence (Carra, Faggianelli, 2011).

Encore faut-il permettre aux acteurs d'échapper aux définitions de la violence telle qu'il convient de les exprimer. C'est ainsi qu'une demande directe de définition de la violence auprès des acteurs sera proscrite, celle-ci ne permettrait que d'enregistrer finalement le degré de conformisme social de l'enquêté. Cette approche doit permettre d'appréhender les différences de perception. Ce qui est ressenti comme violent par le professionnel de santé, peut passer inaperçu aux yeux de l'utilisateur qui peut en revanche vivre des formes de violence que le soignant sous-estime. De la même manière, les perceptions peuvent varier d'un individu à l'autre et ces variations expliquent, autant que les faits eux-mêmes, que l'un se déclare victime de violence et l'autre non. Ce sont ces différences qui dessinent le jeu social. Cette approche permet donc de prendre en compte des faits et leur perception, comme de rendre compte de la situation au sein de laquelle se construit un vécu de violence. Ce vécu se structure en fonction de normes et nous faisons l'hypothèse que les normes professionnelles sont dominantes dans la qualification de situations comme violentes par les professionnels de santé.

Cette entrée et cette posture épistémologique permettront de recueillir, de décrire et de comparer l'ensemble des faits et situations vécus comme violences, dans chacun des deux contextes nationaux.

3.2. Analyser l'expérience de violence des professionnels de santé

Notre objectif n'est pas d'évaluer la violence en comparant deux systèmes de santé, ou encore des types d'établissements relevant du secteur sanitaire et médico-social dans chacun de ces deux pays mais d'appréhender la violence à partir du vécu de professionnels de santé. Nous chercherons à mettre en lumière les éléments qui contribuent à structurer une expérience de violence. Pour ce faire, nous interrogerons la construction d'une expérience de violence en prenant en compte les contextes dans lesquels elle s'inscrit, contexte proche et lointain (Strauss, 1992), contexte professionnel, qui donne forme aux relations de service, contexte institutionnel qui définit les rapports sociaux de travail. C'est ainsi que nous pourrions appréhender des effets de contexte et leurs éventuelles spécificités selon les contextes nationaux. La comparaison permettra de dégager des logiques sociales pour partie similaires, pour partie différenciées. « Cette démarche peut être heuristique, en s'interrogeant sur la manière dont un « problème » commun aux différents univers étudiés, se décline et est perçu par les acteurs (Terrains et travaux, 2012, 14). La thèse qui sera testée est la suivante : l'expérience de violence des professionnels de santé se construit dans un rapport au métier et est liée aux spécificités de l'organisation (qui nécessite d'étudier les rapports sociaux de travail) et de la relation de service (qui conduit à analyser les relations usagers/professionnels) dont les transformations sont spécifiques à chacun des contextes nationaux et à l'évolution des politiques publiques.

4. Recherches comparées et enquête de victimation

4.1. Méthodologies quantitatives et enquêtes par autodéclaration

L'essor des méthodologies quantitatives a contribué à celui de la comparaison, tout particulièrement de la comparaison internationale.

Dans le domaine de la délinquance et de la criminalité, les enquêtes quantitatives se sont tout particulièrement développées dans la quête du « chiffre noir ». Porteur d'importants enjeux politiques et scientifiques, le « chiffre noir » désigne le décalage entre les faits de délinquance enregistrés par les différentes institutions et la délinquance « réelle » que l'on tente de faire émerger. Pour ce faire, des enquêtes sont mises en œuvre pour recueillir les données directement auprès des enquêtés. Ces enquêtes par autodéclaration, qui s'inscrivent dans une longue tradition américaine, explosent en Europe dans les années 1990, période qui correspond également à la montée du sentiment d'insécurité et à l'augmentation de la petite délinquance.

Les enquêtes de délinquance auto-reportée ont pour objectif premier d'améliorer la mesure de la criminalité. L'enquête de délinquance auto-déclarée consiste à interroger les auteurs éventuels d'infractions. Elle constitue la réponse la plus ancienne pour approcher au plus près la délinquance cachée. Elle est en effet appliquée depuis la fin des années 1940 aux Etats-Unis. Le Royaume-Uni et la Scandinavie sont les premiers pays en Europe à introduire ce type d'enquêtes (1961). Il s'agit d'interroger par questionnaire des échantillons de population sur une série d'actes, qu'ils soient qualifiés pénalement ou pas. Il devient alors possible de comparer la prévalence des conduites délinquantes – et plus largement déviantes – entre milieux sociaux en réduisant le risque de ne mesurer que la réaction sociale différentielle aux infractions pénalement définies. Elle est surtout utilisée dans le cadre de la délinquance juvénile.

A ce jour, la France participe à plusieurs enquêtes internationales qui ont vocation à être reconduites régulièrement. On peut citer par exemple L'ISRD (*International Self Report Delinquency*) qui résulte d'un projet qui fut coordonné par le WODC (Centre de recherches et de documentation scientifiques du ministère de la justice néerlandais), dirigé alors par J. Junger-Tas. L'enquête repose sur un questionnaire commun élaboré par des chercheurs en criminologie.

La question de la sécurité, posée comme risque pour la santé, apparaît bien avant, en France. Les enquêtes françaises les plus anciennes questionnant directement les enquêtés sur leurs éventuelles

pratiques illicites s'inscrivent ainsi non pas dans le champ de la délinquance mais dans celui de la santé. Le *Rapport sur la mise en place du dispositif d'enquêtes en population générale sur l'usage de drogues* (Beck, 1998) mentionne ainsi des enquêtes depuis le milieu des années 1980. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) met en place des enquêtes épidémiologiques introduisant ce type de questions depuis les années 1970. Les enquêtes, pérennes, ESCAPAD¹⁵ et Baromètre Santé¹⁶ interrogent les comportements à risque pour la santé de l'individu (tabac, alcool, tranquillisants...).

ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* – est une enquête transversale en milieu scolaire à laquelle participe la France ; elle est menée concomitamment dans une trentaine de pays européens et aux USA sur la base d'une méthodologie et d'un questionnaire communs. Le questionnaire est centré sur les usages, attitudes, opinions relatifs aux substances psychoactives. Cette enquête, mise en œuvre la première fois en 1995, est coordonnée par le CAN (*Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs*). Elle est reconduite tous les quatre ans. Si elle est centrée sur les drogues (licites ou illicites), l'enquête ESPAD comporte néanmoins toute une série de questions relatives à d'autres conduites déviantes, incluant des violences corporelles, des prédatons et des dégradations, élargissant considérablement le champ de cette enquête, des drogues à l'ensemble des comportements à risque. C'est pourquoi elles peuvent faire l'objet d'exploitation s'inscrivant dans le champ de la délinquance (voir par exemple Peretti-Wattel, 2001) ou interrogeant le lien entre violences et consommation de psychotropes (voir Lagrange, Legleye, 2007). Ce faisant apparaît le lien entre deux champs : celui de la délinquance/violence et celui de la santé mentale. Un rapport de l'INSERM de 2005, fait apparaître la violence comme une thématique centrale. Le rapport intitulé « Violences des collégiens et lycéens : constat et évolution » (Choquet, Hassler, Morin, 2005) est réalisé à partir des données de l'enquête ESPAD 2003. Il fait le lien entre délinquance, comportements antisociaux et trouble des conduites, les principaux facteurs de risque relevant du genre et de la famille.

C'est donc très tôt que la question de la sécurité est liée à celle de la santé, contribuant au développement conséquent du domaine de la santé et de la sécurité au travail au sein duquel s'inscrit de manière dominante l'étude de la violence au travail. Ce développement est particulièrement significatif au niveau international avec les grandes enquêtes telles que l'enquête européenne.

4.2. Catégorisations et socle épistémologique

Dans le champ de la sécurité, la recherche du chiffre noir implique de reprendre des catégories issues des statistiques officielles, policières ou judiciaires, qui s'inscrivent ou s'inspirent du droit et de la délinquance. Par ailleurs, comme tout recueil de données scientifiques, ces catégories renvoient à des théories spécifiques. Ainsi le cadre théorique de l'ISRD-1 s'inspire largement de la théorie du lien social. T. Hirschi (1969) explique ainsi que la délinquance résulte d'une socialisation inachevée ou déficiente, socialisation qui n'est pas parvenue à contenir et à régler les passions humaines. L'ISRD-2 conserve les variables liées à la théorie du lien social tout en introduisant des questions permettant d'éprouver la théorie de l'auto-contrôle (Gottfredson, Hirschi 1990), et celle des opportunités. M. Gottfredson et T. Hirschi définissent ainsi le crime comme un acte de fraude ou de force en vue de satisfaire son propre intérêt. « La faiblesse des liens (*bonds*) sociaux laissent l'individu sans contrôle ; quatre variables sont alors en jeu : l'attachement (*attachment*) aux autres, le sens des obligations (*commitment*), l'engagement (*involvement*) dans des activités conventionnelles, la croyance (*belief*) dans les normes sociales » (Robert, 2005, 74-75). L'accent est mis sur l'insuffisance de maîtrise de soi de ceux qui ont subi dans leur enfance, un déficit éducatif, déficit éducatif mettant en cause la socialisation familiale et le rôle des parents. En Europe, ces enquêtes ont joué un rôle majeur dans le développement de la théorie cognitive intégrée du potentiel antisocial et de la théorie de l'action située (Wisktröm, 2005). En Angleterre, en Finlande, aux Pays-Bas ou encore en Suède, ces enquêtes sont institutionnalisées et reconduites régulièrement.

¹⁵ Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel de Préparation A la Défense.

¹⁶ Cette enquête concerne les 12-75 ans.

L'enquête ESPAD s'inscrit dans un paradigme épidémiologique qui a pour caractéristique de rechercher les causalités au niveau individuel. Elle repose sur une approche par facteurs de risque, approche probabiliste basée sur un listage de prédicteurs de risque reposant sur l'hypothèse d'une prédisposition individuelle à la violence. Cette démarche peut se prolonger sur des questionnements physiologiques, neuro-physiologiques ou génétiques. En introduisant des questions sur les violences, ces enquêtes participent désormais au débat sur la question, participation, qui au niveau international, pèse déjà fortement sur une lecture des violences comme comportements pathologiques relevant du champ de la santé mentale, légitimant ainsi une médicalisation des individus aux « comportements à risque ». L'approche canadienne dominante affiche clairement ces ambitions en renvoyant la violence au trouble individuel de comportement, considéré comme un trouble d'adaptation ou comme un « comportement antisocial » qui doit être traité. Cette approche permet également de classer la violence dans la catégorie délinquance conçue comme pathologie individuelle.

On retrouve la prégnance de ce paradigme épidémiologique dans les enquêtes internationales s'inscrivant dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

Dans ces approches, l'ordre social est conçu comme reposant sur un consensus général, impliquant un caractère stable des normes sociales et une définition non problématique de la déviance. Cette approche pose ainsi les règles comme « déjà-là » de telle sorte que l'explication de la transgression d'une règle réside uniquement du côté de l'individu qui l'a commise. La temporalité des règles se dissolvant au profit de l'essentialité de la règle. Il s'agit alors de rechercher les « failles » présentées par l'auteur de la transgression (en particulier, traits de personnalité, facteurs psychologiques et sociaux). Dans une telle perspective, la règle n'est pas objectivée, l'important étant de déterminer les différents moyens susceptibles de rendre l'individu conforme à la règle. S'opère ainsi une psychiatrisation de la perception et une médicalisation de l'individu ignorant le processus collectif de qualification de la violence pour se rabattre sur le seul « dysfonctionnement » de l'individu (Carra, Faggianelli, 2011).

Positivisme et étiologie constituent le socle épistémologique de l'ISRD, mais aussi celui de l'ESPAD, comme de la plupart des enquêtes internationales. Il s'agit de rechercher ce qui différencie les individus déviants des autres. Cette tendance couplée à des finalités pratiques de prévention et de sécurité explique sans doute le succès de l'approche par facteurs de risque au niveau international. En creux apparaissent les impensés du rapport au contrôle social et à l'ordre social dominant.

4.3. Pour une enquête de victimation permettant d'accéder au sens des situations

Le point de vue des victimes apparaît aujourd'hui fortement investigué. Il fait l'objet de recueils à grande échelle grâce aux enquêtes de victimation. L'enquête de victimation consiste à appréhender les transgressions ou les infractions du point de vue de la victime. En privilégiant ce point de vue, on se donne les moyens d'accéder également à des aspects importants de la victimation : les circonstances dans lesquelles se sont produits les faits, les réactions des victimes, les conséquences physiques, financières et psychologiques de l'acte subi. Aux États-Unis, les différentes administrations et les chercheurs disposent depuis de nombreuses années de données issues d'enquêtes de victimation au niveau national ou fédéral : citons la *National Crime Victimization Survey (NCVS)*, du département de la Justice.

Pour éviter le risque d'imposition de schèmes de pensée, risque similaire aux enquêtes précédemment évoquées, pour échapper aux catégories sociales conventionnelles, pour se détacher de ses propres jugements – ce que le chercheur juge être de la violence, et plus précisément, ce qui relève de la « bonne » ou « mauvaise violence », nous développons une autre logique relevant d'une posture épistémologique différente – phénoménologique – en cohérence avec la construction d'objet (voir partie 3). Pour ce faire, le questionnaire réalisé ne propose pas de catégories pré-déterminées de la violence puisqu'il s'agit d'accéder au vécu des enquêtés. Nous construirons les catégories a posteriori à partir de la description de la situation violente qui a le plus marqué l'enquêté durant l'année écoulée. C'est à partir de cette description que nous pourrions procéder à une catégorisation de la violence s'ancrant sur le vécu des enquêtés, ou pour le moins, sur leurs déclarations. Les autres questions nous permettant d'accéder aux situations et au sens donné par les enquêtés portent sur les circonstances, les réactions de l'enquêté lors du déroulement de la situation, l'interprétation qui en est donnée, l'intervention éventuelle d'autres

personnes, les suites institutionnelles et judiciaires et enfin, les conséquences pour l'enquêté de cette victimation.

Cette série de questions est complétée par trois autres séries nous permettant de mettre en relation ces déclarations avec des éléments du contexte proche et lointain : l'organisation (service, unité ou établissement) et son fonctionnement, le métier – travail prescrit, travail réel et idéologie professionnelle –, les usagers et les relations de service. La dernière partie du questionnaire permet de recueillir des données sur les caractéristiques sociologiques des enquêtés.

Le questionnaire – anonyme, et qui sera auto-administré – comporte 42 questions dont 12 questions ouvertes. Ces dernières auront pour objectif de recueillir des verbatim permettant de construire une analyse au plus près du discours des acteurs. L'analyse des données sera réalisée grâce au logiciel Le Sphinx IQ à partir duquel seront constituées des verbes ou concaténations des verbatim en lien avec la série de questions ouvertes sur la victimation, permettant d'identifier des thèmes et des intensités lexicales.

Cette analyse permettra de mettre en lumière les spécificités des situations dans lesquelles les violences s'inscrivent, la récurrence des formes qu'elles prennent, l'identification des enjeux qui sous-tendent ce type d'interactions tout en mettant en perspective les spécificités selon les contextes nationaux. Nous ne prétendons donc pas rendre compte de l'exhaustivité d'une réalité, ni en présenter une image représentative, mais nous nous donnons pour objectif de mettre en perspective des régularités dans la structuration d'une expérience de violence.

4.4. Un raisonnement comparatif à toutes les étapes

L'approche phénoménologique, l'importance donnée aux acteurs, aux interactions, au sens donné à l'action, ainsi que la mobilisation de notions telles que « travail prescrit », « travail réel » ou encore « idéologie professionnelle » (Hugues, 1996) montrent l'ancrage de cette recherche dans la tradition de l'école de Chicago. Cette tradition est indissociablement liée à la démarche comparative, tant dans la construction et la définition même de l'objet de recherche que dans le travail d'enquête. « Elle prend alors souvent la forme du décortilage d'une notion permettant d'embrasser, progressivement et parfois de manière imprévue, la diversité et la complexité du phénomène étudié, largement méconnues » (Vigour, 2005, Emplacement 844). C'est là notre objectif premier. Cette démarche nécessite d'appliquer le principe d'un raisonnement comparatif à toutes les étapes de la recherche ainsi que le préconisent Glaser et Strauss (1967).

Le raisonnement comparatif à toutes les étapes est d'autant plus important qu'il s'agit d'étudier un phénomène social dans deux contextes nationaux différents. Si la France et la Roumanie sont deux pays latins, la Roumanie, un pays qui a été francophone, bien des différences existent, et notamment, un régime politique qui a opposé ces deux pays dans une histoire récente, le premier se situant dans le bloc de l'ouest et le second dans le bloc de l'est, avant la révolution roumaine de 1989. Cette histoire, et les politiques publiques qui y sont liées, notamment en matière de santé dans le secteur sanitaire et médico-social, impactent les schèmes de pensée, propres à une culture, un système de prise en charge, un métier.

La comparaison pose ici le problème de la traduction, et au delà, des schèmes de pensée. La violence, notion normative et subjective, pourra désigner des réalités différentes selon ces deux contextes nationaux, tout comme une même réalité pourra être appréhendée différemment. Il conviendra alors de ne pas traduire seulement des mots mais des idées à l'instar de ce que préconise Legrand (1996, 52). Trois voies peuvent être empruntées selon cet auteur. « Premièrement, le comparatiste peut emprunter le terme de la langue de départ pour l'insérer tel quel dans la langue d'arrivée pour rendre l'idée véhiculée par le terme employé dans la langue de départ [...]. Deuxièmement, le comparatiste peut choisir de rendre le terme de la langue de départ au moyen d'un mot dans la langue d'arrivée qui soit dépouillée de son sens ordinaire et employé avec un sens stipulé - ainsi "equity" rendu par équité [...]. Troisièmement, le comparatiste peut donner un sens approché au mot de la langue de départ dans la langue d'arrivée au moyen d'un terme dont les implications pragmatiques lui sont comparables » (Legrand, 1996, 54).

La traduction du questionnaire est à ce jour réalisée, avec le concours de l'un des membres francophone de l'équipe roumaine. Ce travail, de mise en lien des mots et des idées se poursuivra à chaque étape de la recherche. La construction de sens ne pourra se faire qu'en réinsérant ces éléments dans le système au sein duquel elles opèrent. C'est à cette condition que les catégories seront comparables (Barbier, 1990).

4.5. Dispositif d'enquête et mise en œuvre

La recherche réunit deux facultés et leurs chercheurs qui travaillent ensemble depuis plusieurs années : l'UFR d'Economie, Gestion, Administration et Sciences sociales de l'Université d'Artois¹⁷ et la faculté d'Administration et de Management Public de l'Université de Bucarest¹⁸. Une convention a été signée entre l'Université d'Artois et l'ONG ANTEC¹⁹ pour faciliter le recueil de données en Roumanie. Le questionnaire auto-administré et anonyme s'adressera à une population de soignants (l'effectif envisagé est de 450 dans chacun des deux pays).

Les soignants concernés exercent dans les zones géographiques et les structures suivantes : Hôpitaux et EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) du Nord-Pas de Calais, l'une des régions les plus importantes de France sur le plan démographique, et de Bucarest, la capitale de Roumanie. Plus précisément, sont retenus les services de psychiatrie, urgences, gériatrie (dont EHPAD) et Médecine.

Le LEM CNRS UMR 9221, équipe Artois²⁰, assure la coordination du travail de recherche et la finalisation de la mise en cohérence des outils (méthodologique et d'analyse) pour la conduite du projet de recherche franco-roumain. Chaque équipe nationale a la charge de la mise en œuvre dans son pays²¹ ; l'analyse se co-construira en fonction du processus précisé *supra*.

En guise de conclusion

Il s'agit bien de tenter d'éviter, par la comparaison internationale, ce que Beck dénonçait comme un nationalisme méthodologique de la sociologie (2006) en postulant la possibilité d'un sens global ou d'un cosmopolitisme des problèmes sociaux. Une approche exclusivement nationale n'est plus suffisante aujourd'hui dans ce qu'elle risque de nous amener à sur-éclairer des corrélations entre des phénomènes et des transformations institutionnelles locales.

Pour éviter de tomber dans ce piège, nous choisissons donc de construire une définition de la violence à partir, non pas de catégories pré-définies, mais du vécu de l'individu, en l'occurrence, ici, les soignants, qui seront au cœur de cette recherche comparative. Notre objectif est d'analyser l'expérience de violence des professionnels de santé en réinscrivant ce vécu dans les rapport sociaux de travail et les transformations institutionnelles, prenant ainsi en compte la double la dimension, subjective et objective, de cette expérience. L'analyse des données recueillies par enquête de victimation permettra de caractériser les figures de la violence dans chacun de ces deux contextes nationaux et d'identifier, le cas échéant, des régularités sociales similaires à ces deux pays.

Bibliographie

ANDRONICEANU, A. (2011) - *Transparency of the Romanian Local Public Administration*, Revista Administratie si Management Public, Faculty of Administration and Public Management, Bucharest University of Economic Studies, vol. 2011(17), pages 33-46, December

ANDRONICEANU, A., & OHANYAN, G. (2016) - *Comparative approach on education and healthcare in romania and bulgaria as beneficiaries of the IMF financial assistance*. Administratie Si Management Public, (26), 25-48.

¹⁷ <http://www.univ-artois.fr/L-universite/UFR-et-IUT/Economie-Gestion-Administration-et-Sciences-Sociales>

¹⁸ www.ase.ro

¹⁹ Dirigée par le Professeur Radu de l'Université de Bucarest. Cet organisme sans but lucratif vise à entreprendre des études et des recherches dans les services publics d'intérêt général.

²⁰ Représentée par sa responsable, Cécile Carra.

²¹ Cécile Carra pour la France et Sorin Burlacu pour la Roumanie.

- ANTON, S. G. & ONOFREI, M. (2012). *Health care performance and health financing systems in countries from Central and Eastern Europe*. Transylvanian Review of Administrative Sciences, 8(35), pp.22-32
- BARBIER, J.C. (1990) - *Pour bien comparer les politiques familiales. Quelques problèmes de méthode*, Revue française des affaires sociales, vol. 3, 153-171
- BECK, F.) (1998) - *Rapport sur la mise en place du dispositif d'enquêtes en population générale sur l'usage de drogues*, Paris, OFDT
- BECK, U. (2006) - *Cosmopolitan vision*, Cambridge, Polity Press
- BIRSAN, Alexandru (2005) - *Tools And Methods Of Quantifying Violence Cases Within Public Hospitals And Nursing Homes In Romania*, Proceedings of the 9th International Management Conference "Management and Innovation For Competitive Advantage", Bucharest
- BOURDIEU, Pierre - dir. (1993) - *La misère du monde*, Paris, Seuil
- BURLACU, S (2015) - *Violence in the Health Sector and Social Organizations in Romania*, Proceedings of the 11th International Conference on Administration and Public Management "Strategic Management for Local Communities", Bucharest
- CARRA, C.; FAGGIANELLI, D. (2011) - *Les violences à l'école*, Paris, PUF, Ce que comparer veut dire, Terrains & travaux, 2012 /2 (N° 21).
- CHAPELL, D.; DI MARTINO, V., (2000) - *La violence au travail*, Genève, Bureau International du Travail.
- CHOQUET, Marie; HASSLER, Christine; MORIN, Delphine (2005) - *Violences des collégiens et lycéens: constat et évolution*
- CLAVERIE, E. ; LENCLUD, G. ; JAMIN, J. (1984) *Une ethnographie de la violence est-elle possible?* Études rurales, 95-96, 9-22
- CLÔT, Y. (2010) - *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- DAVEZIES, P., (2001) - *Le stress au travail: entre savoirs scientifiques et débat social*, Performances, Stratégies et facteur humain, 1, 4-7
- DEJOURS, C. (1998) - *Souffrance en France*, Seuil
- DEJOURS C. (2000) - *Travail, usure mentale*, Bayard
- DI MARTINO, V.; HOEL, H.; COOPER, C. (2003) - Preventing violence and harassment in the workplace, Luxembourg, Eurofound
- GHEORGHIU, M.D. ; MOATTY F. (2011) - *La violence dans le travail hospitalier*, Octares.
- GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L., (1967) - *The Discovery of Grounded theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL, Aldine Transaction
- GOTTFREDSON, M.; HIRSCHI T. A (1990) - *General Theory of Crime*, Stanford, Stanford University Press
- HIRIGOYEN, M.F. (1998) - *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, La Découverte. Hugues, Le regard sociologique, EHESS
- LAGRANGE, H.; LEGLEYE, S. (2007) - *Violence, alcool, cannabis et dépression chez les adolescents français*, Déviance et Société, 31, 2007
- LEGRAND P. (1996) - *Comparer, in Centre français de droit comparé, Le Droit Comparé aujourd'hui et demain, actes du colloque du 1er décembre 1995, société de législation comparée*, Paris.
- LEYMAN H., (1990) - *Mobbing and psychological terror at workplaces*, Violence and Victims, 5, 119-126

- LEYMAN, H. (1996) - *The content and development of mobbing at work*, European Journal of work and organizational psychology, 5, 2, 165-184
- LHUILER, D. ; GIUST-DESPRAIRIES, F. ; LITIM M. (2010) - *Risques psychosociaux, une nouvelle catégorie sociale ?*, Nouvelle revue de psychosociologie, 10
- PERETTI-WATTEL, P. (2001) - *Théories de la déviance et délinquance auto-reportée en milieu scolaire*, Déviance et Société, 25 (3)
- RADU, Ioan; ȘENDROIU, Cleopatra (2005) - *Stress Management and Contradictions in Romania Organizations Providing Social Services for the Elderly People*, Proceedings of the 11th International Conference on Administration and Public Management "Strategic Management for Local Communities", Bucharest
- ROBERT, P. (2005) - *La sociologie du crime*, Paris, La Découverte
- STRAUSS, A. (1992) - *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan
- VERDALLE, Laure de; VIGOUR, Cécile ; Le BIANIC, Thomas (2012) - *S'inscrire dans une démarche comparative. Enjeux et controverses*, Terrains & travaux, 2012/2 (N° 21), p. 5-21
- VIGOUR, C. (2005) *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, La Découverte (format kindle)
- WEBER M. (1965) - *Essai sur la théorie de la science*. Traduits et introduits par J. Freund, Plon
- WIKSTRÖM, P. O. (2005) - *The Social Origins of Pathways in Crime: Towards a Developmental Ecological Action Theory of Crime Involvement and its Changes*, In Farrington (D. P.), ed., *Integrated Developmental and Life-Course Theories of Offending*, New Brunswick, Transaction
- WYNNE, R.N. ; CLARKIN, N. ; COX, T. ; GRIFFITHS, A. (1997) - *Guidance on the prevention of violence at work*, Commission Européenne (DG Emploi), Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Sitographie

- ***** - AGERPRES. (2016, ianuarie 25). SĂNĂTATE. Récupéré sur AGERPRES: <http://www.agerpres.ro/sanatate/2016/01/25/-nu-agresati-cadrela-medicala-campanie-lansata-de-federatia-sanitas-13-14-45>
- ***** - ASOCIATIA MEDICILOR DE FAMILIE. (2016, martie 16). Récupéré sur <http://amfms.ro/proiect-agresarea-medicilor-sau-a-asistentilor-considerata-ultraj-ar-putea-fi-pedepsita-mai-aspru/>
- ***** - BUNA ZIUA Brașov. (2015, decembrie 2). Récupéré sur Bună ziua Brașov: <http://www.bzb.ro/stire/0800-500-333-numarul-la-care-puteti-suna-daca-va-bate-sotul-a92795>
- ***** - COLEGIUL MEDICILOR. (2015, martie). PUBLICAȚII. Récupéré sur FUNDAȚIA CMB: <http://www.fundatiacmb.ro/res/publicatii/studiu.agresiune.2015.pdf>
- ***** - INS. (s.d.). Strategia Națională de dezvoltare durabilă. Consulté le august 29, 2016, sur http://www.insse.ro/cms/files/Web_IDD_BD_ro/index.htm
- ***** - MEDIAFAX. (2014, septembrie 30). Secretar de stat: INS ar putea să centralizeze și date privind violența în familie. București, România. Consulté le august 29, 2016, <http://www.mediafax.ro/social/secretar-de-stat-ins-ar-putea-sa-centralizeze-si-date-privind-violenta-in-familie-13357007>
- ***** - PARLAMENTUL ROMÂNIEI. (2006, iulie 14). Legea nr. 319 din 2006 - Legea securității și sănătății în muncă http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.hp_act_text?idt=74334
- ***** - START – O viață de calitate în siguranță. (2014, noiembrie 27). Récupéré sur: <http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/comunicare/comunicate-de-presa/3618-2014-11-27-cp-desfb>