

## Étude de cas

# VIOLENCES EXTERNES EN SERVICES D'URGENCES HOSPITALIÈRES : ÉCLAIRAGE THÉORIQUE ET PRATIQUE POUR LA PRÉVENTION

CORINNE VAN DE WEERDT  
INRS,  
département  
Homme  
au travail

LAURE  
LE DOUCE  
Cnam,  
Direction  
des risques  
professionnels

→ **LA PROBLÉMATIQUE :** Les violences au travail sont, de manière générale, en augmentation. Dans le secteur hospitalier, les enquêtes réalisées révèlent que les services d'urgences sont particulièrement touchés. Cette réalité n'est cependant pas spécifique aux métiers du secteur de la santé, toute profession rendant un service étant également concernée par ce fait de société. Les auteurs de violence peuvent être n'importe quel citoyen, parfois inquiet, anxieux ou souffrant. Cet article vise à apporter un éclairage théorique et pratique pour la prévention des violences externes dans les services d'urgences. Il a consisté en un travail de synthèse issu de l'analyse de la littérature et d'un recensement des bonnes pratiques mises en place dans plusieurs établissements.

### → LA RÉPONSE DE L'INRS ET DE LA CNAM :

Face aux phénomènes de violence externe, l'INRS et la Cnam proposent un outil pour situer les différentes actions de prévention, qui tient compte de quatre dimensions imbriquées : préventive, organisationnelle, collective et temporelle. Cet outil aide, non seulement, à penser la prévention de façon intégrée, grâce à la prise en compte simultanée de ces quatre dimensions, et en apportant la possibilité d'articuler les actions entre elles, mais également, à la prise de décision, dans une perspective de gestion de la prévention.

### Contexte

La violence externe, qui se caractérise, selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA, Bilbao), par des « insultes, menaces, agressions physiques ou psychologiques, exercées contre un salarié sur son lieu de travail, par une ou des personnes extérieures à l'entreprise, mettant en péril sa santé, sa sécurité ou son bien-être »,

est un phénomène en augmentation [1]. La Dares a montré une progression importante entre 2003 et 2010 [2]. Selon les enquêtes Sumer<sup>1</sup> qu'elle a réalisées, les salariés, tous secteurs confondus, ont signalé subir de plus en plus fréquemment des comportements hostiles ou ressentis comme tels. Ce nombre est passé de 16 % en 2003 à 22 % en 2010. Cette progression concerne particulièrement : les comportements méprisants (+5 %) et les atteintes dégradantes (+1 %). Cette augmentation



© Guillaume J. Plisson pour l'INRS/2017

de la violence externe a été confirmée par l'enquête de la Fondation européenne de Dublin [3] : 17 % des salariés français ont déclaré avoir subi des violences verbales en 2003 contre 22 % en 2009.

Le secteur hospitalier est directement concerné. Si l'on considère les données issues de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), le dernier rapport indique un nombre toujours plus important d'incidents déclarés [4]. Cet observatoire reçoit les signalements et les faits de violence en établissements sur la base du volontariat depuis 2005. En 2016, 360 établissements ont déclaré plus de 17 000 signalements ; en 2017, ce sont 446 établissements qui en ont déclaré plus de 22 000 ; en 2018, les signalements dépassaient les 23 000, et en 2019, ils approchaient des 24 000.

Les données de l'ONVS de 2020 laissent apparaître que les services d'urgences sont particulièrement touchés par les violences externes : 16 % des déclarations concernent ces services. Les auteurs des faits sont pour 70 % des patients, et pour 18 % des visiteurs et des accompagnants (12 % autres). Le motif le plus relaté est un reproche relatif à la prise en charge du patient (dans 65 % des cas), puis vient le temps d'attente (11 %). La gestion des cas de violence externe est le plus souvent directement traitée par l'intervention du personnel hospitalier (56 %), puis par du personnel de sécurité (24 %).

Afin de pouvoir apporter une aide à la prévention des violences externes dans le secteur hospitalier, et dans les services d'urgences, un outil a été développé pour accompagner le choix des mesures à implémenter.

## Cadre théorique

### La violence externe

La violence au travail est définie par le Bureau international du travail (BIT) comme « *toute action, incident ou comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée, ou blessée dans le cadre du travail ou du fait de son travail* » [5]. Les violences externes et internes sont considérées pour cette instance comme deux phénomènes intimement liés et sont donc traitées de façon commune (Cf. Encadré).

Une distinction est cependant souvent opérée dans les définitions entre la violence externe et la violence interne. C'est le cas notamment de l'EU-OSHA [1] qui distingue ces deux formes de violence. Les différentes formes de violences externes identifiées sont les suivantes : les violences dites de « *prédation* » (régie par le désir de prendre : « *je veux, je prends* ») ; les actes de destruction ou de dégradation ; les agressions physiques ; les agressions verbales et les incivilités [7-9].

Le contexte sociétal d'extension des incivilités et des violences au monde du travail n'est pas spécifique au secteur de la santé, mais celui-ci n'échappe

### ENCADRÉ

#### DÉFINITION PAR L'ANI

L'accord national interprofessionnel (ANI) sur le harcèlement et la violence au travail de 2010 [6] stipule que la violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Cela peut aller du manque de respect jusqu'à la manifestation de la volonté de nuire, voire de détruire.

Les violences englobent des actes comportant différents niveaux de gravité, comme les incivilités entraînant une dégradation des conditions de travail et rendant la vie en commun difficile, ou les agressions qui peuvent être verbales, comportementales, sexistes, physiques.

Le but ou l'effet est de porter atteinte à la dignité d'un salarié, affectant ainsi sa santé et sa sécurité et/ou créant un environnement de travail hostile.

Le stress au travail découlant de facteurs organisationnels ou psychosociaux peut être à l'origine de la violence.

pas à cette tendance de société, comme toute profession rendant un service [9-12].

L'environnement socioculturel actuel se caractérise par de l'intolérance à la frustration, de l'impatience, un contexte culturel individualiste, celui de la satisfaction immédiate, du « *J'y ai droit* », etc. Les réactions peuvent être aggravées sous l'emprise de l'alcool, de médicaments, de produits stupéfiants, etc., comme cela est spécifié dans le dernier rapport de l'ONVS [3].

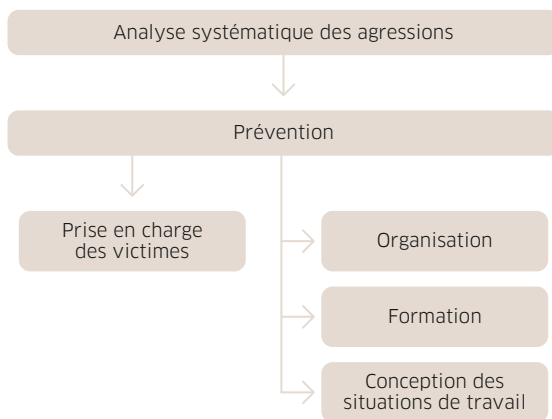
Les atteintes pour les victimes peuvent être physiques, dont l'échelle de gravité dépend des lésions. Elles peuvent être psychologiques, entraîner parfois des réactions immédiates (comme une sidération psychique, un état d'agitation, une fausse sérénité, etc.) ou différées (comme un trouble de stress post-traumatique<sup>2</sup>, dont les signes peuvent être des changements d'humeur, de la détresse, de l'hypervigilance, des reviviscences, des évitements ciblés de situations, etc.). Outre les atteintes à la personne, les cas de violence peuvent entraîner des conséquences importantes pour les organisations : un absentéisme en hausse, une image sociale atteinte, un climat social dégradé, un engagement des responsabilités pénale et/ou civile des acteurs.

### Les mesures de prévention

Plusieurs mesures de prévention spécifiques à la violence externe ont été élaborées pour aider les organisations à anticiper ou gérer cette violence. Si une recommandation sur la prévention



**FIGURE 1** →  
Recommandation  
T 16 des comités  
techniques  
régionaux  
(extrait ; Carsat  
du Languedoc-  
Roussillon [13]).



du risque d'agression des salariés en contact avec le public a émergé en 2015 (Cf. Figure 1) [13], sur cette base, d'autres travaux ont été poursuivis pour la recherche de méthode caractérisant la violence dans un but préventif.

Pour aller plus loin dans cette recherche méthodologique et faire face en termes de prévention, un modèle a été proposé par Favaro et al. [14-a, 14-b]. Il s'agit d'un modèle de recherche et d'intervention (Cf. Figure 2) qui formalise les dynamiques organisationnelles de formation des violences [14,15]. Il vise à aider à :

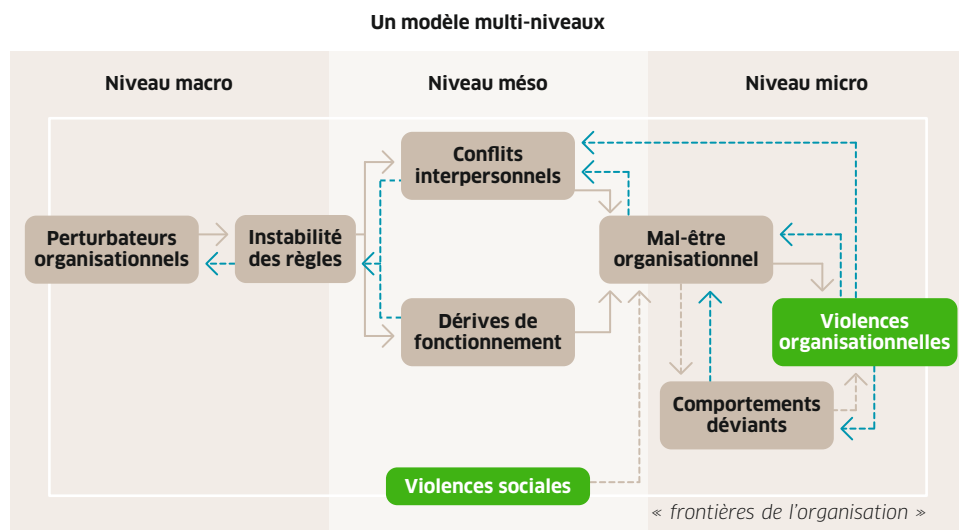
- analyser des situations de violence ;
- agir en prévention ;
- accompagner les missions des professionnels de la prévention.

Face à la diversité des mesures de prévention retracées dans la littérature scientifique et des études de cas [16-19], il est facile de comprendre

les interrogations qui émergent régulièrement en provenance d'établissements hospitaliers et d'instances dédiées à la prévention, auprès notamment des Comités techniques nationaux (CTN), pour déterminer, parmi toutes ces actions concrètes, lesquelles mettre en place. De là, une forte demande a émané de plusieurs hôpitaux et organismes de prévention pour pouvoir disposer d'une aide destinée à sélectionner, en toute connaissance de cause, les actions de prévention les mieux adaptées. Il convenait d'apporter un outil-guide pour aider au choix des mesures de prévention. Cet outil fait figurer des actions et mesures de prévention qui tiennent compte de quatre dimensions complémentaires, présentant l'avantage d'être considérées de manière imbriquée, et permettant ainsi à l'outil de devenir une aide à la décision.

### Méthodologie appliquée aux services des urgences

Il a d'abord été question de recenser les actions et mesures de prévention relatées dans des travaux scientifiques récents et des articles de presse. Puis, une analyse du développement et de la mise en place de ces actions et mesures destinées à réduire la violence externe dans des services d'urgences a été effectuée. Elle a été réalisée grâce à une analyse bibliographique et un recueil de retours d'expérience sur les effets produits en termes de diminution, ou non, des situations de violence externe. À partir de là, quatre dimensions essentielles ont été dégagées, à considérer pour le développement d'une prévention qui soit intégrative.



↑ **FIGURE 2** Modèle multi-niveaux de recherche et d'intervention pour l'analyse et la prévention de la violence au travail. Ce modèle fait figurer les relations de causalité circulaire susceptibles d'être identifiées : les flèches beiges symbolisent les relations directes d'une situation à l'autre, les flèches bleues les relations en retour, les flèches beiges en pointillé mentionnent des liens considérés comme plus hypothétiques. Le niveau macro correspond aux facteurs organisationnels sur lesquels les salariés ont le moins d'influence directe pour se prémunir des violences externes, le niveau méso est relatif à la nature des interactions et des dérives qui en découlent, et le niveau micro correspond à l'expression de mal-être et au vécu des salariés en lien avec la violence externe.



© Patrick Delapierre pour l'INRS/2020

Ateliers didactiques et pratiques de prévention des agressions dans un centre hospitalier - Ici, initiation aux postures d'esquive inspirées par l'aïkido.

La méthodologie utilisée a consisté en plusieurs étapes :

- procéder à un repérage des hôpitaux ayant appliqué des mesures de prévention durant ces cinq dernières années ;
- recueillir des données sur l'origine des projets de prévention contre la violence, la qualité des intervenants en charge de mener ces projets (responsables de services, ergonomes ou chargés de prévention), la nature des actions menées et la façon dont elles ont été déployées ;
- récolter des données sur les effets produits à partir d'analyses de documents (au nombre de 6) et d'évaluations qualitatives orales (par entretien) ou écrites (par analyse de rapports) réalisées par des ergonomes (4), des chargés de prévention (5), un responsable de service (1) et des personnels soignants (11) ;
- dégager les caractéristiques des situations de violence typiques des urgences pour les analyser selon différents niveaux (macro,- méso- et micro-) sur la base du modèle de prévention des violences au travail [14-b] ;
- synthétiser les résultats obtenus, afin de pouvoir adapter le modèle de recherche et d'intervention proposé par Favaro et Marc [14-a] au cas spécifique des urgences ;
- utiliser le modèle de recherche et d'intervention adapté pour y dégager les dimensions essentielles à considérer dans le cadre d'une démarche ergonomique de prévention ;

- élaborer une représentation graphique pour constituer un outil d'aide à la décision dans la gestion de la prévention des violences externes ;
- présenter et valider l'outil auprès d'instances représentatives d'établissements hospitaliers (lors de deux Comités techniques nationaux (CTN) dédiés à la prévention des risques professionnels de ce secteur rassemblant des responsables de services, des représentants du personnel, des syndicats, des chargés de prévention).

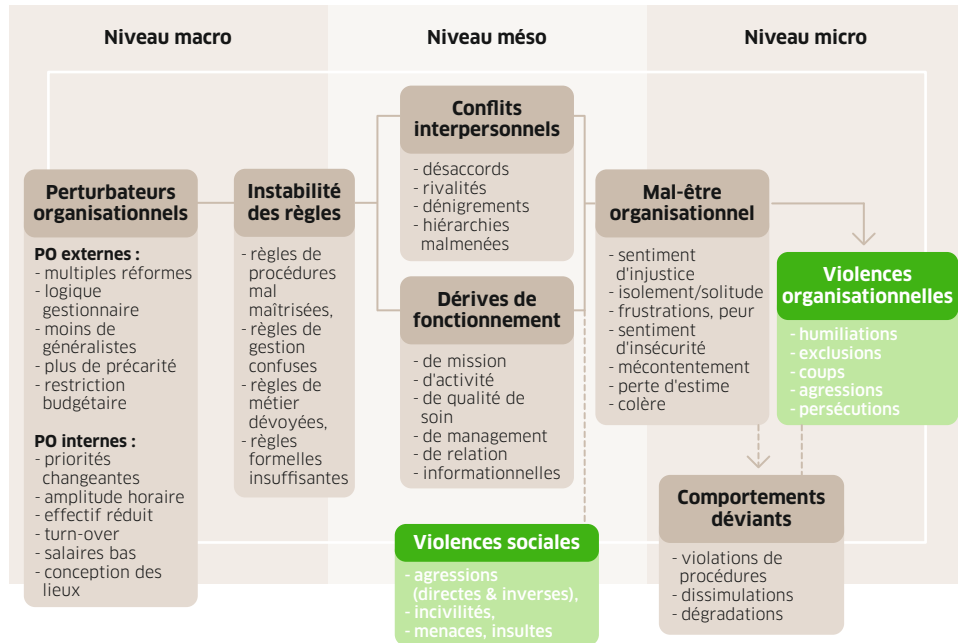
Sept établissements hospitaliers situés à Paris et en région parisienne ont constitué l'échantillon de cette étude. Trente-quatre actions de prévention ont été documentées.

### Résultats

L'adaptation du modèle multi-niveaux [14] aux services d'urgences hospitaliers réalisée, sur la base de la littérature scientifique ciblée sur le secteur hospitalier, fait apparaître les spécificités des dynamiques en jeu dans les hôpitaux qui peuvent amener à de la violence externe dans ces services (Cf. Figure 3). Le modèle adapté aux services d'urgences permet non seulement de caractériser les facteurs et les effets de la violence externe, mais aussi d'articuler les différents indicateurs internes ou organisationnels de façon à rendre compte de la dynamique et des mécanismes en jeu [20-25]. Cette représentation graphique offre l'intérêt de mettre en lumière les forces qui s'exercent à chaque niveau et de relier les causes multiples,



Illustration avec le cas des urgences



↑ FIGURE 3 Application du modèle multi-niveaux de recherche et d'intervention pour l'analyse et la prévention de la violence au travail au cas des urgences hospitalières.

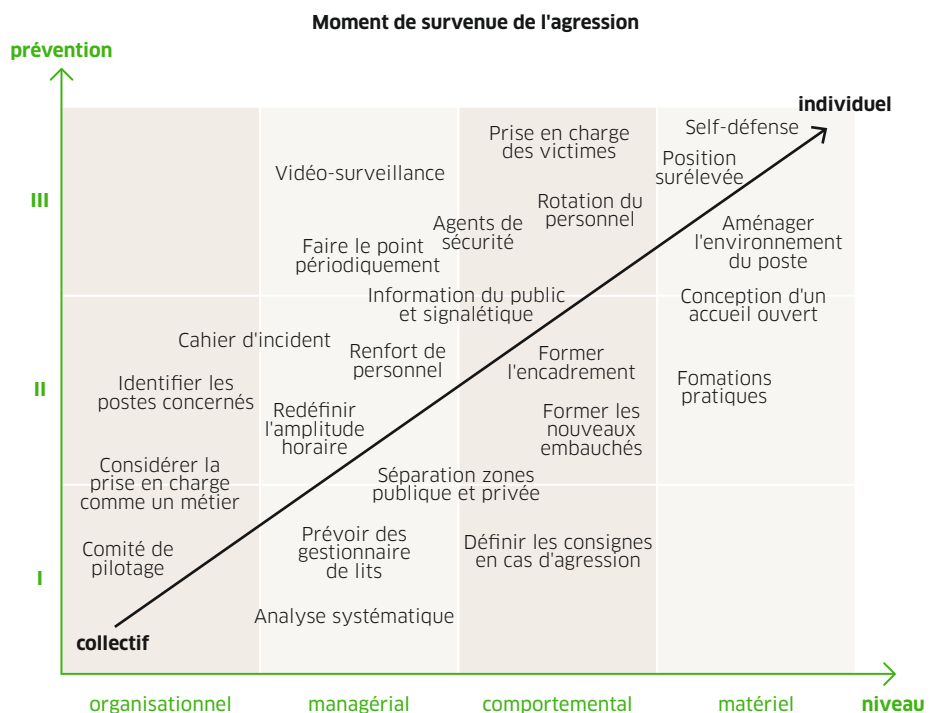
de façon à les articuler. Elle fait figurer les interrelations et explique de façon dynamique l'émergence des phénomènes de violence au travail. À partir de là, un outil a été élaboré et proposé à différentes instances et établissements (Cf. Figure 4). Rappelons qu'il a été conçu à partir de l'application du modèle présenté en Figure 3, et du recensement des actions et mesures de prévention relatées dans

des travaux scientifiques récents et des articles de presse. Cet outil présente l'avantage de positionner les actions de prévention répertoriées selon quatre dimensions qui sont apparues comme essentielles à l'analyse.

Ces quatre dimensions sont :

- la nature de l'action de prévention : primaire, secondaire et tertiaire ;

FIGURE 4 → Outil d'aide à la hiérarchisation des mesures de prévention de la violence externe dans les services d'urgences hospitalières selon quatre dimensions indissociables.



- le positionnement des actions de prévention sur des continuums en fonction de leur visée organisationnelle, managériale, comportementale ou matérielle ;
- le moment de survenue de l'agression qui permet d'anticiper l'acte de violence s'il n'est pas encore apparu ou d'y réagir s'il est déjà survenu ;
- la nature collective ou individuelle de l'action.

Cet outil permet de placer les actions en considérant ces différentes dimensions, mais également en envisageant des zones de recouvrement possible entre elles, ce qui reflète au plus près la réalité des phénomènes. Il constitue ainsi un outil d'aide à la décision pour la gestion de la prévention.

L'outil ayant vocation à évoluer, une deuxième version a été proposée et testée en séance auprès de différentes instances (Cf. Figure 5). Il a été notamment discuté lors de réunions de représentants des établissements hospitaliers, dans le cadre de commissions des CTN dédiés à la prévention des risques professionnels de ce secteur. Cette version comporte un ensemble plus complet d'actions de prévention, qui pourra encore être enrichi avec l'ajout de nouvelles mesures, afin de faire vivre l'outil et de l'actualiser au fil du temps.

Le positionnement de chacune des actions a été discuté entre les participants aux réunions pour pouvoir les placer de façon concertée sur le graphique, en tenant compte des quatre dimensions associées. S'il apparaît qu'au cours d'une séance de travail collectif dans un établissement, ayant pour but de déterminer quelles actions et mesures de prévention sont à envisager, le graphique se remplit

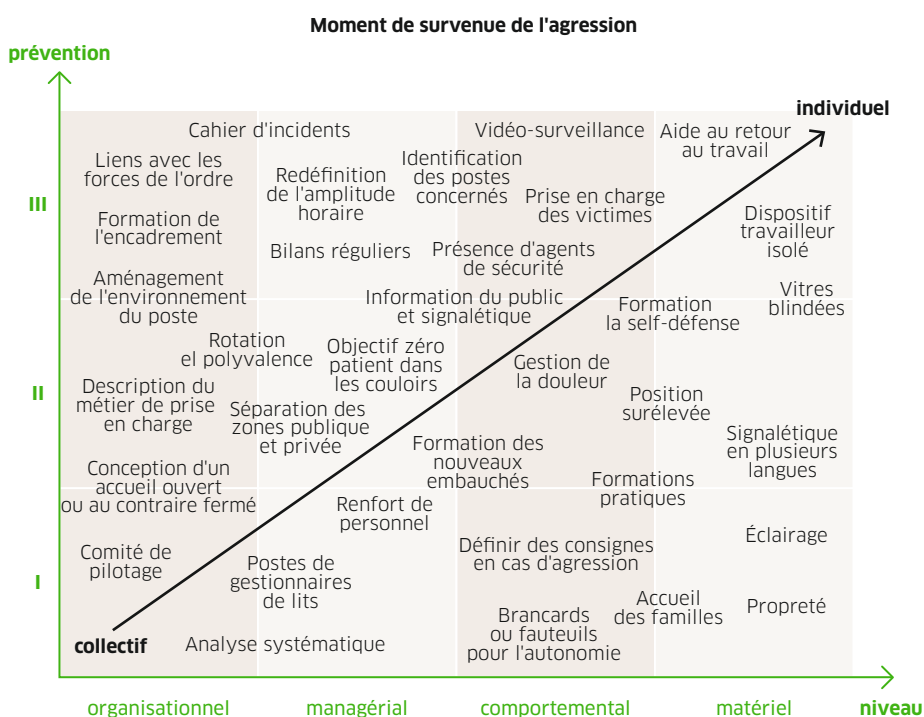
de façon hétérogène, laissant des zones pleines et d'autres vides, l'outil permettra d'aider à percevoir que d'autres types d'action méritent d'être envisagées pour parvenir à une prévention qui soit complète et intégrée.

Néanmoins, il convient de préciser que toutes les actions de prévention n'offrent pas les mêmes garanties, en matière de prévention de la violence. Même si tous les niveaux sur les quatre axes sont aussi importants à exploiter, et sont complémentaires, les actions positionnées sur le graphique qui se rapprochent le plus de l'angle situé « en bas à gauche » auront plus de chance d'obtenir une efficacité plus grande au niveau de la gestion de la violence externe. En effet, il est probable que les actions qui privilégient la prévention primaire, l'organisation, la dimension collective et l'anticipation de la survenue des agressions seront celles qui gagneront en efficience sur le long terme. Mais cela n'enlève rien au caractère complémentaire des actions de prévention, vouées à gérer les situations de violence. Une implémentation d'actions de prévention visant idéalement tous les niveaux du graphique ne peut qu'être encouragée.

## Discussion

L'outil élaboré comporte cinq avantages sur le plan de la recherche et de l'application en prévention.

- Le premier se situe au niveau de la représentation graphique qui offre une vue intégrée réunissant les quatre dimensions fondamentales. Elle permet ainsi de considérer en même temps un nombre important d'actions, et de mettre en exergue



← FIGURE 5  
Exemple de hiérarchisation de mesures de prévention de la violence externe dans les services d'urgences hospitalières en vue de leur implémentation. Les actions et mesures qui nécessitent du temps pour être mises en place et qui concernent un ensemble de salariés en même temps sont positionnées vers la partie gauche du graphique. Par contre, les actions et mesures qui nécessitent un aménagement physique ou matériel et qui s'adressent à un salarié à la fois se situent plutôt vers la droite de la figure.



Praticiens hospitaliers urgentistes intervenant en salle d'urgence vitale.

© Gael Kerbaol/INRS/2015

leurs enjeux propres compte tenu des différents niveaux investis.

- Le deuxième avantage est lié au fait que l'outil donne la possibilité d'articuler les actions de prévention entre elles, de façon à laisser apparaître rapidement quel niveau est particulièrement exploité. Par exemple, si le graphe laisse entrevoir une zone plus remplie qu'une autre, cela signifie que les actions sont davantage pensées selon un certain angle, dans un objectif bien précis, et dans une perspective déterminée, alors que d'autres niveaux de prévention sont absents ou sous-représentés.
- Le troisième avantage concerne le partage des connaissances entre les participants aux réunions, l'usage d'un outil concret facilitant les échanges sur les actions de prévention et leur rôle. Cet outil concret incite en effet à la prise de décision, individuelle ou collective, puisque les différentes actions nécessitent d'être placées sur le graphe.
- Le quatrième avantage est de favoriser la co-construction d'une démarche de prévention concertée. Le placement des actions sur le graphique, réalisé en séances de travail, incite à la mise en commun, la discussion, l'argumentation et la justification. Ce travail collectif participe à

la mobilisation d'une pensée réflexive et à la co-production d'une démarche préventive élaborée en toute connaissance de causes.

- Enfin, le cinquième avantage est d'offrir la possibilité de dégager quasi immédiatement les enjeux des différentes mesures examinées et de décider collectivement d'une hiérarchisation des actions à appliquer. L'articulation des axes de manière intégrée se prête particulièrement bien à cet exercice. La représentation graphique devient donc un élément-clé à la coconstruction de la démarche de prévention à déployer, mais aussi un outil didactique, visant à démontrer visuellement les intérêts de telle ou telle action de prévention.

### Conclusion - Mise en perspective

L'éclairage théorique et pratique apporté ici tient à l'application du modèle expliquant les phénomènes de violences externes dans les services d'urgences d'établissements hospitaliers. Il tient également à l'apport d'un outil destiné à organiser des mesures de prévention applicables pour gérer les situations problématiques de violence. Cet outil a également pour vocation de hiérarchiser les mesures de prévention. En effet, puisque les mesures qui s'inscrivent dans une démarche de prévention primaire, organisationnelle, collective, et anticipatrice de la survenue des agressions sont celles qui ont le plus de chance d'être efficaces, on peut considérer que l'outil sert aussi à les hiérarchiser.

L'outil et la démarche associée comportent plusieurs avantages, qui ont été explicités.

Ainsi, il a été constaté lors de cette étude que le modèle adapté proposé constitue un outil d'aide à la décision qui non seulement, permet d'analyser

### POUR EN SAVOIR +

• OIT – *Rapports de la Commission normative sur la violence et le harcèlement dans le monde du travail : instruments soumis à la Conférence pour adoption.*

In : Conférence internationale du travail, 108<sup>e</sup> session, Genève, 2019.

et d'envisager concrètement la gestion de la prévention, mais qui fournit aussi un objet de débat, que l'on pourrait qualifier « d'intermédiaire » pour amener à des décisions partagées, des controverses, des compromis. Il paraît intéressant, tant pour la recherche que pour les pratiques, dans la mesure où il comporte le statut d'outil de discussion et de décision, pour déterminer quelle est la prévention la mieux adaptée à déployer, compte tenu du contexte de l'établissement hospitalier. Il s'agira par la suite d'évaluer l'outil dans le contexte des services des urgences, à partir de plusieurs utilisations sur le terrain, à des fins de validation

sur le terrain mais également d'amélioration. Des actions de communication seront à déployer pour faire connaître encore plus largement son existence et le rendre ainsi pleinement opérationnel. ●

1. Les enquêtes « Sumer » (surveillance médicale de l'exposition aux risques des salariés), déclaratives, sont réalisées par les médecins du travail, et comprennent un volet dédié aux risques psychosociaux. En savoir plus : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20273> (ndlr).

2. L'exposition à un événement traumatique (dont une agression) peut engendrer des séquelles psychologiques importantes chez les personnes qui en ont été victimes ou témoins. Lorsque celles-ci persistent, on parle de syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

## BIBLIOGRAPHIE

[1] **AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL** – *La violence au travail*, 2002, réf. TE-02-02-004-FR-D.

[2] **DARES** – L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010. *Dares analyses*, 2012, n°023, pp. 1-10.

[3] **FONDATION EUROPÉENNE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL** – *Violence and harassment in european workplaces: causes, impacts and policies*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2015.

[4] **ONVS** – *Rapports 2017 à 2020 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins, 2017, 2018, 2019, 2020.

[5] **BIT** – *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*. Genève, Organisation internationale du travail, réf. MEVSW/2003/11, 2003.

[6] **ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (ANI)** du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail. Accessible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/accord-harcelement-violence-2010-2>.

[7] **MOREAU S., GUYOT S., LANGEVIN V., VAN DE WEERDT C.** – *Quand travailler expose à un risque d'agression : des incivilités aux violences physiques*. INRS, 2010, Note scientifique et technique, NS 288. Accessible sur : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr).

[8] **GUYOT S.** – Décryptage : violence externe : de quoi parle-t-on ? *Hygiène & sécurité du travail*, 2014, 236, pp. 6-10. Accessible sur : [www.hst.fr](http://www.hst.fr).

[9] **BONDÉLLE A. ET AL.** – Dossiers : Violences externes et incivilités au travail. *Travail & sécurité*, février 2014, 747, pp. 14-25.

Professions en contact avec le public. *Travail & sécurité*, décembre 2015, 767, pp. 15-29. Accessibles sur : [www.travail-et-securite.fr/](http://www.travail-et-securite.fr/).

[10] **ARNETZ J., ET AL.** – Organizational determinants of workplace violence against hospital workers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2018, 60 (8), p. 693.

[11] **EBRAHIM S.M., ISSA S.S.** – Workplace violence against nursing staff working in emergency departments at general hospitals in Basra City. *Indian journal of public health*, 2018, 9 (6), p. 240.

[12] **PELLETIER M., LIPPEL K., VEZINA M.** – *La violence en milieu de travail*. In : Laforest J., Maurice P., Bouchard L.M. (Dir.) – *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2018. Accessible sur : [www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail](http://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail).

[13] **CARSAT LANGEDOC-ROUSSILLON** – Recommandation T 16 – *Prévention du risque d'agression des salariés en contact avec le public*, 2015.

[14-a] **FAVARO M., MARC J.** – Présentation et modalités pratiques de mise en œuvre d'un modèle de prévention des violences au travail. *Hygiène & sécurité du travail*, 2018, 155, pp. 25-37. Accessible sur : [www.hst.fr](http://www.hst.fr).

[14-b] **FAVARO M.** – *Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail. Proposition d'un modèle-cadre pour comprendre et intervenir*. INRS, 2014, coll. Notes scientifiques et techniques, NS 320. Accessible sur : [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr).

[15] **BAUMANN C., FAVARO M., MARC J., PATY B.** – Gestion des violences internes en milieu professionnel : comment déterminer les indicateurs organisationnels de risque ? Développement et expérimentation dans un organisme de gestion de contrats d'assurance. *Psychologie du travail et des organisations*, 2019, 25 (4), pp. 269-280.

[16] **BERENGIER J. ET AL.** – *Guide de conception en ergonomie des situations d'accueil*. In : AIST, Santé au travail Provence, Ametra 06, Présanse, Santé prévention au travail, 2015.

[17] **DIRECTION DE L'AP-HM** – *30 mesures pour garantir la sécurité des personnels de l'AP-HM*. Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, Plan de la prévention de la violence, 2013.

[18] **ENIAFE-EVEILLARD B.** – *Gestion de la violence en milieu hospitalier*. In : Journées du printemps de la SMSTO « Les métiers d'aide à la personne », CHRU de Brest, 2010.

[19] **GONZALEZ A. ET AL.** – Prévention et accompagnement des situations d'agressivité et de violence au CHU de Bordeaux. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 2018, 79 (3), pp. 448-449.

[20] **BREME V. ET AL.** – Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier : quel rôle pour le cadre ? *Soins cadres*, 2012, 84, pp. 22-24.

[21] **REDDY I.R. ET AL.** – Violence against doctors: a viral epidemic? *Indian journal of psychiatry*, 2019, 61 (Suppl. 4), S782.

[22] **ESCRIBANO R.B. ET AL.** – Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon*, 2019, 5 (3), e01283.

[23] **BULA S. ET AL.** – *The presence of violence at work of health care personnel and their work ability*. Communication au SHS Web of Conferences, 2018.

[24] **LI J.B. ET AL.** – Anger rumination partly accounts for the association between trait self-control and aggression. *Journal of research in personality*, 2019, 81, pp. 203-223.

[25] **CASALINO E. ET AL.** – La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2015, 5, pp. 226-237.