



Violences verbales et physiques exercées contre les vigiles du CHU de Cocody (Abidjan)

Junior Zakehi¹

¹Enseignant-chercheur à l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody, UFR Criminologie Laboratoire d'Études et Prévention de la Délinquance et des Violences (LEPDV). Abidjan - Côte d'Ivoire.

Contact : juniorz83@live.fr

Résumé

Les vigiles en charge de la sécurisation des centres de santé représentent un personnel annexe indispensable. Ceux-ci font de plus en plus face aux violences ces dernières années. Pour comprendre ces actes, la présente étude s'intéresse aux violences verbales et physiques exercées contre les vigiles du centre hospitalier universitaire de Cocody à Abidjan. C'est une réflexion qui vise principalement à connaître les facteurs explicatifs (organisationnels) de ces violences avec pour encre théorique, la théorie de la culture organisationnelle et du climat sécuritaire. L'enquête a impliqué un échantillon non probabiliste de cinquante deux personnes sélectionnées par choix raisonné. Notre recherche s'inscrit dans deux approches : l'approche qualitative soutenue par des entretiens semi-directifs et l'approche quantitative par le biais de questionnaires. Les résultats montrent que les vigiles subissent des violences, en majorité des violences verbales, exercées principalement par les accompagnants de patients. Ces violences ont un lien significatif avec l'absence d'équipement de travail et de protection et le manque de formation en sécurité et relation interpersonnelle. Les violences provoquent chez ces vigiles la peur, la démotivation, des démissions, l'hypervigilance, le sentiment d'injustice, la honte, la dévalorisation, etc. Les résultats de cette recherche contribuent à valider des travaux sur l'insécurité sociale et professionnelle des agents de sécurité privé et ceux sur le monde précaire et illégitime des agents de sécurité. Ces conclusions suggèrent d'inscrire la sécurisation des centres de santé et leurs acteurs dans un processus de sécurisation conforme à la recommandation de l'OMS qui aide à garantir la sécurité des travailleurs des hôpitaux, assurer celle des patients et ainsi faciliter leur fonctionnement efficient.

Mots clés

Hôpitaux, vigiles, violence, formation, équipement

Verbal and physical violence against the security guards of the CHU of Cocody (Abidjan).

Abstract

The security guards in charge of securing health centers represent an essential auxiliary staff. They are increasingly facing violence in recent years. To understand these acts, the present study focuses on verbal and physical violence against the guards of the university hospital center of Cocody in Abidjan. It is a reflection that mainly aims to know the explanatory (organizational) factors of these violences with for theoretical anchorage, the theory of organizational culture and security climate. The survey involved a non-probability sample of fifty-two people selected by reasoned choice. Our research is part of two approaches: the qualitative approach supported by semi-structured interviews and the quantitative approach through questionnaires. The results show that the guards suffer violence, mostly verbal violence, mainly exerted by the patient's companions. These violences have a significant link with the absence of work and protection equipment and the lack of training in security and interpersonal relations. Violence provokes in these watchmen fear, demotivation, resignations, hypervigilance, feelings of injustice, shame, devaluation, etc. The results of this research contribute to validating work on the social and professional insecurity of private security agents and that on the precarious and illegitimate world of security agents. These conclusions suggest to include the security of health centers and their actors in a process of securing in accordance with the WHO recommendation that helps ensure the safety of hospital workers, ensure that of the patients and thus facilitate their efficient functioning.

Keywords

Hospitals, security guards, violence, training, equipment.

Citation : Zakehi, J. (2025) Violences verbales et physiques exercées contre les vigiles du CHU de Cocody (Abidjan). *Criminologie, Forensique et Sécurité*, 3(1) : 6964.

Introduction

La recrudescence d'actes de vandalisme et l'omniprésence des attitudes agressives dangereuses dans les espaces médicaux sont réelles ces dernières décennies (Kamradt, 2012). En France par exemple, en 2021, 19 328 cas de violence (atteintes aux personnes et aux biens) ont été signalés. Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les personnels représentent 84% (ONVS, 2022). Les dénonciations d'atteintes aux biens et aux personnes recensées dans les établissements de santé ne font qu'augmenter (Amri, 2005) aussi en Afrique.

En Côte d'Ivoire, les violences au sein des centres de santé sont régulièrement relayés par les médias relatant des faits d'agressions physiques, touchant l'ensemble des acteurs hospitaliers (Zakehi, 2018, 2019). Or, ces actes s'inscrivent au nombre des risques qui perturbent aussi bien la qualité des soins que celles des conditions de travail des soignants (Koudou *et al.*, 2016). Ouattara *et al.* (2024) insistent d'ailleurs sur le fait que ces violences constituent des risques psychosociaux pour les travailleurs dans ces établissements de soins santé. Aussi, protéger les acteurs des hôpitaux et singulièrement les personnels soignants est devenu une priorité pour les responsables de centres santé en Côte d'Ivoire.

En effet, il est vrai que la sécurité des biens et des personnes sur un territoire donné relève de la mission première du ministère de la sécurité et de la protection civile, du moins en ce qui concerne la Côte d'Ivoire. Cependant dans l'application, il est difficile pour la police nationale de veiller efficacement à la sécurité de toutes les composantes publiques et privées sensibles du pays (personnes, biens, installations, institutions, ...etc). Par conséquent, cet impératif sécuritaire relève de plus en plus de la responsabilité des dirigeants des institutions exposées. Autrefois, loin d'être au centre de l'activité première d'un établissement de santé, la sécurisation participe aujourd'hui activement à la mission tant à l'interne qu'à l'externe (Amri, 2005) de la garantie d'une offre de soins de qualité pour les populations. Ainsi, sécuriser son institution est une responsabilité qui s'est imposée dorénavant aux managers des établissements sanitaires (Lecacheux, 2017). Pour assurer la protection des agents sur leurs lieux de travail, limiter les vols et par extension faire respecter les règlements intérieurs, ces responsables d'établissements ont initié des partenariats novateurs avec des agences de sécurité privée. On se situe alors dans la description de Dupont *et al.* (2007, p.1), selon laquelle :

« de nombreux États font face à une situation dans laquelle leurs institutions ne sont plus en mesure de répondre à la demande croissante du public en matière de sécurité. Aussi, l'autorité souveraine n'assure plus un monopole du "policing" qui, selon Bayley et Shearing (1996, 2001), est désormais envisagé comme une activité multilatérale s'exerçant par une diversité d'arrangements institutionnels-publics, privés, communautaires, hybrides ».

Cependant, dans le contexte ivoirien, la sécurisation des espaces médicaux placée sous l'égide de la sécurité privée peine à être adaptée et efficace. Les agents communément appelés vigiles (Lanièce *et al.*, 2016), affectés sur le terrain font eux-mêmes face régulièrement à des agressions (Kamradt, 2012), celles qu'ils sont censés circonscrire ou atténuer. Plusieurs faits d'agressions

à l'encontre de vigiles hospitaliers ont été recensés en Côte d'Ivoire ces dernières années. Quelques faits les plus marquants sont le cas du vigile blessé lors d'une attaque à main armée au CHU de Treichville en août 2016 (M'bra, 2016) et celui de l'agression sur un vigile au CHU de Cocody par un agent du groupement de la sécurité du président de la république de Côte d'Ivoire (GSPR) en mars 2017 (Achiro, 2017). Mais comment la compréhension des violences dans l'espace médical évolue a-t-elle ? Les premières études sur les violences dans le milieu hospitalier ont d'abord porté sur les agressions (les maltraitances) exercées par le personnel médical sur les patients, surtout dans les établissements psychiatriques (Goffman, 1968). Cette violence était vue comme un mécanisme de protection du soignant contre son impuissance (Sardan, 2003). La violence des soignants sur les malades est donc une question ancienne (Velpy, 2011). La prise de conscience sur les violences dans les hôpitaux débute réellement en s'intéressant aux travailleurs des établissements psychiatriques à cause de la fréquence remarquée des agressions sur le personnel de ces services spécialisés. Deux facteurs explicatifs prédominent dans les travaux qui s'y intéressent : les facteurs individuels et organisationnels. Les auteurs en général se sont attachés essentiellement à recenser les différentes caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, l'expérience professionnelle, le niveau d'études qu'ils ont associé à la violence en milieu sanitaire (Tragno *et al.*, 2007). Dans cette logique, les études se sont orientées, soit sous l'angle de l'agresseur en termes de risques d'agressivité, ce que Beaurepaire *et al.* (2004) appellent la dangerosité du patient, soit en termes de vulnérabilité, en s'attachant à déterminer les causes du point de vue de la victime. Ensuite l'examen d'une littérature plus récente sur les violences exercées sur les agents des hôpitaux montre que pour certains, les actes de violence contre le personnel à l'intérieur de ces établissements de santé, ont un lien direct avec l'impatience aiguë des usagers (Gbézo, 2011). Pour d'autres, l'anxiété due à la maladie est la cause des comportements violents des usagers et patients (Mauranges, 2011). Les auteurs tels que Guehi *et al.* (2015) insistent, quant à eux, sur les facteurs liés à l'institution hospitalière : les conditions difficiles de travail, le dysfonctionnement de l'organisation, le niveau de formation des agents et le manque de personnel de sécurité. Particulièrement sur la vulnérabilité de ce personnel sécurité, face aux violences, les travaux de Péroumal (2007) montrent l'implication de l'insécurité sociale et professionnelle et la précarité à laquelle ils font face (Péroumal, 2008) dans une approche explicative privilégiant les facteurs socio-organisationnels.

A l'analyse de ces approches explicatives et face une recrudescence et gravité d'actes de violence à l'encontre des vigiles hospitaliers, cette recherche se propose d'approfondir la réflexion sur l'implication de ces facteurs organisationnels. Aussi la question de recherche qui oriente cette étude est de savoir : Quels sont les facteurs explicatifs des violences exercées contre les vigiles des hôpitaux ? Du point de vue de l'objectif, la présente réflexion vise à connaître les facteurs organisationnels des violences exercées contre les vigiles du CHU-C. L'ancrage théorique de cette étude est la théorie de la culture organisationnelle (Schein, 2017) et du climat sécuritaire (Reason, 1997). Cette théorie postule entre autres que la manière dont une organisation gère la sécurité (et la violence) influence directement le comportement des individus.

Une culture qui tolère implicitement la violence, qui a des protocoles de signalement faibles, ou qui ne soutient pas suffisamment son personnel de sécurité (en équipement, en formation par exemple), peut contribuer à l'augmentation des incidents. L'hypothèse qui structure ce travail est que le manque de formation adéquate et l'insuffisance de moyens de défense et de protection favorisent les violences contre les vigiles-hospitaliers. Cette hypothèse met en lien les violences sur les vigiles (variable dépendante) et le manque de formation et l'insuffisance d'équipements de travail (variables indépendantes).

Méthodologie

Cette partie de l'étude prend en compte la population et le site ; l'échantillonnage ; les outils de collecte et les techniques d'analyse des données.

Site et population

La présente étude est réalisée à Abidjan en milieu institutionnel, dans le Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (CHU-C). Ce centre hospitalier a été associé à cause de son niveau de fréquentation par les populations et de ses caractéristiques architecturales qui nécessitent un nombre important d'agents surveillants. Ces particularités rendent délicats l'accès à cet hôpital et les modes de surveillance par les vigiles-hospitaliers. La population cible est constituée d'agents de sécurité privée en poste dans les services du CHU-C, des usagers et quelques soignants.

- **Critères d'inclusion :** Ont été inclus tout membre du personnel travaillant de plus d'un mois au CHU-C et ayant accepté de participer à l'étude. Pour les usagers, les conditions étaient d'avoir été impliqués dans des incompréhensions (ou violences, altercations, disputes, etc) et la disponibilité à participer à l'enquête.
- **Critères de non inclusion :** Les membres du personnel absents pendant la période de l'enquête, le personnel et les usagers n'ayant pas accepté de participer à l'enquête et/ou n'ayant pas atteint un mois de service (pour le personnel) dans la structure d'enquête n'ont pas été associés à l'étude. Et les usagers qui n'ont aucun incidents avec les vigiles.

Échantillonnage, échantillon et outils de collecte de donnée

L'étude s'appuie sur deux méthodes complémentaires de collecte de données. Une enquête quantitative par questionnaire a été menée entre le 8 octobre 2024 au 16 juin 2025, d'abord, auprès de 34 vigiles (soit environ 68%) du CHU de Cocody qui respectaient les critères d'inclusion et qui ont accepté de participer à l'enquête sur la cinquantaine que mobilise en permanence cet établissement sanitaire. Le questionnaire comprenait dix-sept questions, sur trois thèmes : identification et informations sociodémographiques ; missions et conditions de travail et situation et vécu de violences. Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de 08 Vigiles choisis parmi les 34 sus-indiqués. Ces 08 agents sont "des chefs de zone" qui sont responsables de la sécurité d'une zone définit du CHU-C et établis sur plusieurs vigiles subalternes. Ces chefs ont

constitué des personnes ressources pour recueillir des informations déterminantes pour la compréhension du phénomène. A ces derniers, ont été associés aux 08 responsables de services médicaux disponibles sur les 13 (Bureau des entrées, Urgences, Consultation générale adulte, Bloc opératoire, ORL, Laboratoire, Radiologie, Gynécologie obstétrique, Pédiatrie Néonatalogie, Pharmacie, Ophtalmologie, Assistance Sociale, Administration générale) que compte l'établissement. Par ailleurs, 10 usagers du CHU ont été approché pour collecter des informations complémentaires. Les usagers sélectionnés ont été impliqués dans des altercations ou incompréhensions avec des vigiles du CHU dans la période de l'enquête. Les entretiens ont principalement porté sur le vécu de violence des vigiles dans le CHU. Pour l'ensemble de l'échantillon, les techniques de choix raisonné (Depelteau, 2000) et de boule de neige (précisément pour repérer les usagers impliqués dans altercations avec les vigiles) ont été utilisées. Dans la période indiquée, les questionnaires ont été distribués et récupérés quelques jours après, laissant ainsi aux enquêtés le temps de bien répondre aux interrogations. Quant aux entretiens, ils ont duré en moyenne 15 minutes par séance, dans la même période sus-indiquée. Au total 52 personnes ont constitué l'échantillon global. Les variables mesurées sont l'âge, le sexe, les caractéristiques institutionnelles, les circonstances favorisant les violences, les attitudes des victimes, les impacts, les mesures de préventions.

Techniques d'analyse des données utilisées

Le logiciel SPSS.20 et Excel 2010 ont été utilisés pour traiter les données recueillies des questionnaires. Ce qui a permis d'établir des statistiques et des ordres de grandeur en vue de mettre en évidence quelques aspects significatifs qui contribuent à la compréhension de l'objet de cette étude. Les entretiens enregistrés à l'aide d'un Smartphone de marque Samsung Galaxy S24 Ultra, ont fait l'objet de retranscription et 26 fiches ont été constituées. Ces fiches ont été analysées de façon transversale et les entretiens ont été regroupés par thématique. Ainsi les données des entretiens ont d'abord été traitées manuellement avant d'être codifiées et traitées avec le logiciel de Microsoft Office Excel 2010. Ce procédé d'analyse a fait émerger des unités de significations qui sont singulièrement descriptifs pour les données d'entretiens. L'aspect éthique a été pris en compte, car nous avons été autorisé par les responsables de l'établissement. Le consentement éclairé de tout participant a été recueilli, l'anonymat des individus et entreprises prestataires et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

Les agences de sécurité privée ont fortement émergé ces dernières décennies et surtout après les crises successives traversées par la Côte d'Ivoire. La détérioration des conditions et de la qualité de vie en milieu urbain, marquée par le développement des pratiques délictueuses en rapport avec la délinquance et la criminalité (violence, vol à main armée, cambriolage, braquage, etc), ont incité la plupart d'institutions à recourir aux services des vigiles. Ceci pour compenser la faible capacité des pouvoirs publics à sécuriser les populations et leurs biens : le CHU de Cocody (CHU-C) fait partir de ces institutions. Qui sont ces agents en charge de la surveillance et de la sécurité de cet espace médical ?

Caractéristiques sociodémographiques et conditions professionnelles des vigiles

Sur le site de cet hôpital il a été constaté des hommes et des femmes, d'âges variés, vêtus de tenues de couleur jaune et gris foncé, qui travaillent à leurs postes. Les hommes sont plus nombreux dans ce secteur d'activité que les femmes. 22 hommes (64,7%) et 12 femmes (35,3%) ont participé à l'enquête. L'âge des agents interrogés varie entre 26 et 41 ans. 67,6% de ces vigiles ont un niveau d'étude secondaire, 14,7% ont un diplôme supérieur au Baccalauréat, 14,7% ont un niveau primaire et 2,9% se sont abstenus de donner cette information. Certains des vigiles ont effectué plusieurs « petits boulots » tels que le bâtiment (journalier sur des chantiers de construction), gérant de « cabine téléphonique », servantes etc., avant d'opter pour le gardiennage. Tous les vigiles qui se sont prêtés à l'enquête ont affirmé exercer ce métier en attendant d'avoir une activité plus honorable et offrant un mieux-vivre.

« Je suis vigile depuis maintenant 8 mois et cela fait 6 mois que j'ai été affecté par mon agence au CHU ici. Ce n'est pas vraiment le boulot idéal, mais cela me permet de subsister. J'ai le BAC depuis 7 ans, je n'ai pas pu faire des études supérieures faute de moyens. Alors certaines années, quand je peux, je me présente comme beaucoup de mes collègues aux différents concours de la fonction publique (police, gendarmerie, instituteur, ...etc). Mais jusque-là, la chance ne m'a pas encore souri. C'est décourageant mais je m'accroche » (Propos de QV04., 32 ans, CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025)

Généralement, les vigiles sont postés aux entrées principales du CHU et de chaque service du centre. Concrètement, selon le chef des vigiles du CHU-C :

« Deux équipes travaillent par roulement : une équipe de jour et une équipe de nuit avec des alternances entre les agents. Chaque équipe compte un superviseur et un chef de poste. Ce chef assure le lien entre CHU et l'équipe sur le terrain et le superviseur est celui qui rend compte à l'agence-mère sur la prestation des agents sur site. il y a également des chefs de zones établis sur plusieurs vigiles d'une zone définie du CHU ». (Propos de QG05 au CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025)

Les vigiles du CHU-C relèvent d'une entreprise privée en contrat de sécurité. Les agents sont affectés sur ce site par l'agence prestataire de service de laquelle ils perçoivent leur salaire mensuel. Ces salaires varient, selon les réponses des enquêtés entre 50.000 f et 80.000 f cfa. La majorité des agents affiliés à cette agence sont des contractuels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas embauchés. Ils sont appelés à changer de poste (lieu de travail) selon le planning ou les contraintes de l'agence-mère.

Rôle des vigiles à l'hôpital

Actuellement, dans nos agglomérations, la présence des vigiles à l'entrée des immeubles, des écoles, des supermarchés, des banques, etc. s'est presque érigée comme une norme sociale de sorte que leur absence tendrait de plus en plus à l'anormal.

En Côte d'Ivoire, ces agents en tenues jaune et noir (gris ou marron) sont bien visibles tant dans les espaces ouverts au grand public que dans certaines concessions privées. Il ne serait pas exagéré de dire qu'ils sont aujourd'hui le prolongement du dispositif du ministère de la sécurité nationale et la protection civile, qui est en charge de la sécurité des biens et des personnes en Côte d'Ivoire. Les agents de sécurité privée servent aussi bien dans les structures privées qu'étatiques. Les vigiles sont à ce propos présents dans les hôpitaux ivoiriens et particulièrement dans les CHU. Quel rôle jouent-ils réellement dans ces établissements ? L'on se précipiterait à répondre qu'ils surveillent et sécurisent les lieux, car c'est bien leur mission première connue. Cependant, dans les centres de santé qui sont des établissements particuliers, l'enquête sur le terrain révèle que ces agents exercent plusieurs activités :

- Ils sont chargés de la sécurité et contrôlent à cet effet les déplacements des usagers en vue de prévenir d'éventuels actes de violence, de vols ou de cambriolages.
- Ils jouent également un rôle d'accueil et d'orientation des patients et de leurs accompagnants, entre les différents services des CHU.
- Ils exercent dans certaines situations des tâches d'assistance. Un chef des vigiles du CHU-C en donne l'illustration suivante :
« Parallèlement à notre mission principale de sécurisation, nous touchons un peu à tout ici. Par exemple, il nous arrive de faire du brancardage de malade, d'aider les personnes âgées ou affaiblies par la maladie à se déplacer ou à faire leurs courses à l'absence d'un accompagnant. Dans certains cas, l'accompagnant est illettré, il faut donc l'assister pour certaines formalités de prise en charge dans les services de l'hôpital et même pour d'autres courses. Ce n'est pas officiellement notre rôle, mais lorsque la situation l'exige, en tant que des êtres humains nous intervenons naturellement ». (Propos de QC02 au CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025)

L'aide apportée par ces vigiles en dehors du cadre sécuritaire est reconnue par les soignants.

« Il est vrai que les vigiles qui travaillent avec nous ici n'ont pas reçu de formation relative à la santé, mais ils nous aident énormément. Par exemple, dans la prise en charge des patients en ordonnant leur passage selon leur arrivée. Nous travaillons, vous le savez, dans une certaine routine qui ne leur est pas étrangère. Ils sont donc capables d'expliquer certaines procédures aux usagers avant, pendant et après la prise en charge. Cela nous facilite le travail vu que nous sommes généralement en sous effectifs dans nos hôpitaux. Personnellement, je les sollicite très souvent pour le transport d'équipements et de produits d'un service à un autre. Et même en dehors du centre pour des courses personnelles lorsque je suis maintenue en service aux heures de pause. Ils sont disponibles et indispensables ». (Propos de QH01, Unité de Soins, CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025).

Violences exercées sur les vigiles du CHU-C

La violence est présente dans les espaces médicaux et les soignants sont particulièrement exposés. Les vigiles sollicités comme l’une des solutions à ce phénomène devraient permettre de la circonscrire ou du moins de la limiter. Mais hélas, il semble qu’eux-mêmes subissent aussi ces violences.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Oui	27	79,4	79,4
	Non	7	20,6	20,6
	Total	34	100	100

Tableau 1 : Prévalence de violence contre les vigiles
Source : Enquête CHU-C octobre 2024 à juin 2025– SPSS 20

La prévalence de violence relativement aux réponses des vigiles du CHU-C est de 79,4%. « Mon frère, au CHU ici les agressions sont notre petit déjeuner, notre déjeuner et notre dîner. On commence le service avec les violences et le termine avec. Et c’est chaque jour sans exagération, on a fini par s’y habituer », nous explique QJ02 du CHU-C.

La majorité des vigiles qui ont participé à l’enquête reconnaissent subir des agressions. Ils qualifient d’ailleurs ces actes, chaque jour, de fréquents (47,1%) pour certains et de très fréquents (44,1%) pour d’autres. Seulement 8,8% affirment qu’ils sont moyennement fréquents chaque jour.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Verbales	25	85,3	85,3
	Physiques	9	14,7	14,7
	Total	34	100	100

Tableau 2 : Type de violence contre les vigiles
Source : Enquête CHU-C octobre 2024 à juin 2025– SPSS 20

La majorité des vigiles-victimes sont principalement confrontés à des agressions verbales ou psychologiques (85,3%). « Nous subissons continuellement des agressions, surtout les agressions verbales, c’est-à-dire les injures, les propos infériorisant, les menaces de tout genre, etc. » (Propos de QA03, vigile au CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025). La proportion non négligeable de vigile restante reconnaît la primauté des agressions verbales, mais selon leurs réponses (14,7%), celles-ci débouchent parfois sur des violences physiques en occurrence : des bousculades, des saisies de vêtements par les colles, des coups et blessures, etc. Les vigiles du CHU-C n’échappent donc pas aux agressions physiques souvent très graves. Un des responsables du CHU de Cocody a corroboré ces affirmations. Selon les explications de ce responsable, les services de l’institution où il y a plus affluence d’usagers sont les plus affectés par le phénomène des violences. Il a cité entre autres, les services portes (consultations générales, urgences, pédiatrie), les entrées principales de l’établissement et les services d’hospitalisation selon les spécialités.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Patients	3	8,7	8,7
	Accompagnants	22	64,8	64,8
	Visiteurs	4	11,8	11,8
	Agents du CHU	5	14,7	14,7
	Total	34	100,0	100,0

Tableau 3 : Auteurs des violences sur les vigiles
Source : Enquête CHU-C octobre 2024 à juin 2025– SPSS 20

Les accompagnants (64,8%) des patients sont les usagers les plus agressifs. Cependant les visiteurs (11,8%) et les patients (08,7%) en sont aussi responsables. L’autre élément non négligeable qui ressort des données du tableau ci-dessus est la violence exercée par les agents (14,7%) du CHU-C sur les vigiles commis à leur surveillance et protection. Ces violences sont généralement, aux dires des victimes, des agressions verbales.

Les violences à l’encontre des agents de sécurité privée dans le CHU-C sont réelles et rendent difficile l’exercice d’un corps de métier assez dévalorisé. Qu’est ce qui explique cette vulnérabilité vis-à-vis de ces actes ?

Facteurs de vulnérabilité faces aux agressions

Les facteurs de vulnérabilité des vigiles-hospitaliers en rapport avec les violences sont multiples. Ceux qui ressortent le plus à l’issue des investigations sont :

- le manque de moyens de travail et de protection (61,8%) (selon les vigiles. Informations issues des questionnaires);
- l’absence de formation en sécurité et relation interpersonnelle (55,9%) (selon les vigiles. Informations issues des questionnaires) ;
- l’absence de qualification (54,01%) (selon les agents du CHU et des usagers Informations issues des entretiens);

Absence d’équipement de travail et de protection

Les conditions de travail des agents de terrain des sociétés de sécurité sont précaires au regard de leurs équipement de travail et de protection. Cette situation est dénoncée par 61,8% des vigiles interrogés.

Protéger (se protéger), surveiller et intervenir, éventuellement, sont des exercices qui requièrent une organisation et du matériel d’équipement adapté. En l’occurrence, les équipements de protection du corps (tenue, gilet par balle, casque anti-émeute), de mobilité (radio de communication, motorisation des déplacements, installation de vidéosurveillance...), de système d’alerte (appareil de détection d’armes, sonnerie d’alerte), de défense (arme blanche et/ou légère, taser-pistolet à impulsion éclectique, matraque, bombes lacrymogènes...) etc.

« Nous ne disposons pas d'équipements spéciaux à part nos tenues jaune-noir connues de tous. Nous communiquons avec nos téléphones personnels à défaut des radios fréquence ». (Propos de QC02, vigile au CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025).

		Equipements de travail et de protection			Total
		Pas équipé	Peu équipé	Équipé	
Prévalence de violence	Effectif	20 _a	7 _b	0 _b	27
	Oui % Dans prévalence de violence	74,1%	25,9%	0,0%	100%
	Effectif	1 _a	5 _b	1 _b	7
	Non % Dans prévalence de violence	14,3%	71,4%	14,3%	100%
	Effectif	21	12	1	34
	Total % Dans prévalence de violence	61,8%	35,3%	2,9%	100%

Tableau 4 : prévalence de violence * Équipements de travail et de protection

Source : Enquête CHU-C octobre 2024 à juin 2025– SPSS 20

L'exercice du métier d'agent de sécurité devrait faire abstraction de ce que l'on soit du privé ou du public, car les risques sont les mêmes (vol au hold-up, la prise d'otage et la tentative de casse, etc.). Le constat des données du tableau ci-dessus montre que 74,1% des vigiles affirmant qu'ils ne sont "pas équipés" ont déclaré avoir subi des violences, par contre ceux (14,3%) qui ont affirmé qu'ils sont équipés ont déclaré n'avoir pas subi de violence. Certains vigiles affirment manquer de tout dans l'exercice de leur mission dans cet hôpital.

Le manque d'équipement de protection et de travail a-t-il un lien avec les violences subies par les vigiles des hôpitaux ? Testons ces deux variables.

- **Les variables en présence**
Variable Indépendante : manque d'équipement de protection et de travail (qualitative ordinale)
Variable dépendante : violences subies par les vigiles hospitaliers (qualitative nominale)
- Le test approprié est le KHI-2

Tests du khi-carré			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	10,335 ^a	2	0,006
Rapport de vraisemblance	10,233	2	0,006
Association linéaire par linéaire	9,958	1	0,002
N d'observations valides	34		
a. 4 cellules (66,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,21.			

Le degre signification 0,006 est inférieur à 0,05. Mais l'effectif théorique 66,7% est supérieur à 25%. Le KHI-2 n'est pas valide. Cependant selon le rapport de vraisemblance (0,006 inférieur à 0,05) il y a un lien entre le manque d'équipement de protection et de travail et les violences contre les vigiles des hôpitaux.

Absence de qualification

Selon les informations relayées, il y a quelques mois sur les médias par la présidence de l'Union nationale du patronat des entreprises privées de sécurité de Côte d'Ivoire (UNAPEPSCI), il existerait plus de 600 sociétés de sécurité privée en Côte d'Ivoire. Parmi elles, seulement 14% sont agréées (reconnues par l'Etat). Autrement dit, il n'y aurait que 86 entreprises qui mériteraient confiance (existence légale). les autres agences exerceraient illégalement. Aussi, loin des premières agences qui ont vu le jour en Côte d'Ivoire avec des agents recrutés généralement sous la base d'une certaine condition physique (corpulence), les « gros bras » particulièrement sollicités pour la sécurité rapprochée (et des institutions financières), les vigiles sont aujourd'hui pour la plupart recrutés sans réels critères de sélection. L'extension de leur rôle sur le terrain, tels que l'assistanat, le renseignement, etc., est exécutée dans les institutions sans qualifications requises.

		Formation en sécurité et relation interpersonnelle		
		Oui	Non	Total
Prévalence de violence	Effectif	9 _a	18 _b	27
	Oui % Dans prévalence de violence	74,1%	25,9%	100%
	Effectif	6 _a	1 _b	7
	Non % Dans prévalence de violence	14,3%	71,4%	100%
	Effectif	15	19	34
	Total % Dans prévalence de violence	44,1%	55,9%	100%

Tableau 5 : prévalence de violence * Formation en sécurité et relation interpersonnelle

Source : Enquête CHU-C octobre 2024 à juin 2025– SPSS 20

Le tableau ci-dessus montre que 66,7% des vigiles qui n'ont reçu aucune formation ont été violentés. Par contre 85,7% de ceux qui ont été formés en sécurité et relation interpersonnelle ont déclaré n'avoir subi de violences récemment.

Les violences sur les vigiles sont-elles liées à leur manque de formation ? Testons ces deux variables.

- **Les variables en présence**
Variable Indépendante : manque de formation (qualitative nominale)
Variable dépendante : violences subies par les vigiles hospitaliers (qualitative nominale)

• Le test approprié est le KHI-2

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
khi-carré de Pearson	6,186 ^a	1	0,013
Correction pour continuité ^b	4,244	1	0,039
Rapport de vraisemblance	6,549	1	0,010
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	6,005	1	0,014
N d'observations valides	34		
a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,09			

Le degré signification 0,013 est inférieur à 0,05. Mais l'effectif théorique 50% est supérieur à 25%. Le KHI-2 n'est pas valide. Cependant selon le rapport de vraisemblance (0,010 inférieur à 0,05) il y a un lien entre le manque de formation en sécurité et relation interpersonnelle et les violences contre les vigiles des hôpitaux.

L'interaction usagers-vigiles qui s'impose dans les hôpitaux nécessite un minimum de formation en communication interpersonnelle, les espaces médicaux étant des milieux stressants et anxiogènes. Savoir parler aux usagers avec les mots, les gestes et la posture corporelle adéquats éviteraient les malentendus sources d'éventuels conflits. « *Les vigiles d'ici ne savent pas parler aux gens. Souvent, tu es coincé et dans l'urgence, tu leur parles et ils t'ignorent ou te répondent mal, sans courtoisie. C'est énervant, voilà pourquoi on les agresse souvent.* » (Propos de UA4, usager, CHU-C : Source : Enquête octobre 2024 à juin 2025). Cet exemple traduit succinctement l'implication des comportements des vigiles face aux usagers dans les violences qu'ils subissent.

Conséquence des violences sur les vigiles hospitaliers

Les violences exercées sur les vigiles des hôpitaux ont des conséquences multiples et graves, affectant à la fois l'individu, l'équipe de travail, et l'établissement de santé dans son ensemble. Ces conséquences sont, selon les informations recueillies auprès des enquêtés, de plusieurs ordres (physiques, psychologiques et émotionnelles et professionnelles). Les conséquences qui sont revenues plus ou moins régulièrement dans les propos des vigiles interrogés sont : la démotivation (75,4%), la peur (57,32%), l'anxiété (67,8%), l'irritabilité (39,6%), l'hypervigilance (73,1%), la colère (45,7%), la tristesse (24,6%). Ils ont également insisté, dans l'ensemble, sur le sentiment d'injustice, de honte, de culpabilité, de perte de contrôle, de dévalorisation. Les conséquences secondaires se traduisent généralement par l'évitement des situations similaires (sources de violences). Des vigiles ont affirmé que dans les cas extrêmes

de situations post-violences, certains de leurs collègues ont quitté leur emploi ou le secteur en raison de l'insécurité ou du stress. Cette situation rend parfois difficile le recrutement de nouvelles personnes à cause de la réputation du secteur ou du poste.

Discussions et conclusion

Les résultats de cette étude révèlent que les vigiles du CHU de Cocody subissent des violences verbales (et psychologiques) et physiques. L'étude permet de connaître également les facteurs explicatifs de ces violences. En effet, les violences exercées contre les vigiles de cet établissement sanitaire s'expliquent par des facteurs organisationnels à travers les liens significatifs qui existent entre l'absence d'équipement de travail et de protection et le manque de formation en sécurité et relation interpersonnelle. Ces conclusions permettent d'atteindre l'objectif de recherche et de confirmer l'hypothèse de départ. La convocation de la théorie de la culture organisationnelle (Schein, 2017) et du climat sécuritaire (Reason, 1997) a permis comprendre que les vigiles qui ne se sont pas formés, équipés (ex : moyens de communication, renforts, gadgets de protection, etc), ou soutenus par la direction de l'hôpital ou par leurs employeurs sont plus vulnérables aux agressions et font plus face à l'insécurité sur leur lieu de travail.

L'identification de ces facteurs de vulnérabilité des agents (vigiles) sur leur lieu de travail, face à la réaction sociale multiforme et multidimensionnelle dont l'une est la violence, contribue à valider l'étude de Péroumal (2007) sur l'insécurité sociale et professionnelle des agents de sécurité privé et celle sur le monde précaire et illégitime des agents de sécurité (Péroumal, 2008). Par ailleurs, l'agressivité des usagers vis-à-vis des gardiens des hôpitaux peut être qualifiée d'un phénomène naturel conformément aux affirmations de P. Zillhardt (1998) et de T. Montesinos (1996), celles qui considèrent que cette agressivité apparaît quand s'instaure une zone d'incertitude difficilement maitrisable. Les situations (anxiété, peur, état d'intenses émotions), associées à des facteurs conjoncturels (pauvreté, provocation, appartenance à un groupe, densité urbaine, chômage) (G. Mozer, 1987). Or, d'une part, l'hôpital est reconnu comme un lieu d'anxiété et, d'autre part, certaines des populations fréquentant les hôpitaux publics en Côte d'Ivoire vivent dans la pauvreté. Cette dualité est favorable aux agressions, aux violences. Dans la mesure où la question de la pauvreté des populations en général semble bien plus difficile à gérer que les implications liées à une institution, cette recherche remet l'accent sur les facteurs organisationnels dans la réflexion sur les violences en milieu hospitalier sur les vigiles. L'étude révèle des indicateurs de l'hôpital comme milieu à risques pour que les acteurs de la surveillance et de la sécurité de cette institution, qui se substituent aux policiers publics (police nationale), soient des acteurs qualifiés et équipés. Car, il faut reconnaître comme l'affirme Cusson (1998) que la sécurité privée, même si elle est au service d'intérêts particuliers, prévient un certain nombre de crimes, tant à l'interne que chez ses clients externes. L'action préventive de cette sécurité privée contribue à contenir la criminalité dans la société et à réduire la victimisation. Elle agit ainsi, selon les auteurs du Livre Blanc (2003), favorablement sur le sentiment de sécurité de la population. Pour circonscrire les violences à l'encontre des vigiles hospitaliers, il serait

opportun d'inscrire ces établissements sanitaires dans un processus de sécurisation conformément à la recommandation de l'OMS (2020) de garantir la sécurité des travailleurs des hôpitaux, assurer celle des patients et ainsi contribuer à leur fonctionnement efficient. La dimension sécuritaire de ces espaces sensibles ouverts, avec un flux constant de personnes (patients, visiteurs, personnel) est donc importante. Si les vigiles sont perçus comme vulnérables ou débordés, cela ne pourrait-il pas favoriser l'émergence d'une culture de la tolérance à la violence et créer des opportunités pour des actes criminels contre les soignants ?

Références

- Abdou, H. (2016). *L'avènement des sociétés privées de sécurité à Niamey : Une « alternative » sécuritaire*. CAMES, 1(6), Sciences humaines.
- Achiro, M. (2017, 26 juin). CHU de Cocody : La sécurité présidentielle agresse un vigile, le personnel menace, le ministère fait baisser la tension. Pôle Afrique. <https://news.abidjan.net/articles/611644/chu-de-cocody-la-securite-presidentielle-agresse-un-vigile-le-personnel-menace-le-ministere-fait-baisser-la-tension>
- Amri, K. (2005). *La sécurité des personnes et des biens à l'hôpital : Une gestion de risque à part entière* (Mémoire de l'École nationale de santé publique). Rennes, France.
- Balzacq, T. (2003-2004). *La sécurité : Définitions, secteurs et niveaux d'analyse*. Fédéralisme Régionalisme, 4, Régions et sécurité, Cambridge.
- Bayley, D. H., et Shearing, C. E. (1996). *The future of policing*. *Law and Society Review*, 3(30), 585–606. DOI : 10.2307/3054129. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/187083.pdf>
- Bayley, D. H., et Shearing, C. E. (2001). *The new structure of policing: description, conceptualization, and research agenda*. Washington, DC : U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. <https://lawcat.berkeley.edu/record/285815>
- Beaurepaire, D. C., Bénézech, M., et Kottler, C. (2004). *Les dangers : De la criminologie à la psychologie, entre justice et psychiatrie*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Bureau international du travail. (1998). *Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs : Principes directeurs*. (Série Sécurité, hygiène et médecine du travail, 72). Genève : BIT. <https://www.ilo.org>
- Cusson, M. (1998). *La sécurité privée : Le phénomène, la controverse, l'avenir*. *Criminologie*, 31(2), 31–46.
- Depelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Presses de l'Université Laval, Québec. https://books.google.ci/books?id=dbXk6Z2bHIwC&pg=PA63&hl=fr&source=gs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Dossou, C. (2015, 6 octobre). Mort d'un vigile au Lycée moderne d'Abobo : Trois jours d'arrêt de cours décrétés. *La Tribune Ivoirienne*. <https://news.abidjan.net/articles/565215/mort-dun-vigile-au-lycee-moderne-dabobo-trois-jours-darret-de-cours-decretes>
- Dupont, B., Grabosky, P., Shearing, C., et Tanner, S. (2007). *La gouvernance de la sécurité dans les États faibles et défaillants*. *Champ pénal/Penal Field*, 4. <https://doi.org/10.4000/champpenal.620>
- Gbézo, B. E. (2011). *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Guehi, Z. E., Grogue, Y. A., et Koné, I. (2015). Accès aux soins et gouvernance de la santé publique en Côte d'Ivoire : La méthode participative en prévention des violences en milieu hospitalier. *Revue Échanges*, 2(5), 564–568.
- Kamradt, L. E. (2012). Violence against hospital security personnel: A descriptive study. *Journal of Healthcare Protection Management*, 28(2), 11–23.
- Koné, M., Coulibaly, M., Dembélé, D., Diarra, F., et Kanikomo, D. Depelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Presses de l'Université Laval, Québec. https://books.google.ci/books?id=dbXk6Z2bHIwC&pg=PA63&hl=fr&source=gs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Gbézo, B. E. (2011). *Les soignants face à la violence*. Paris : Lamarre.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Guehi, Z. E., Grogue, Y. A., et Koné, I. (2015). Accès aux soins et gouvernance de la santé publique en Côte d'Ivoire : La méthode participative en prévention des violences en milieu hospitalier. *Revue Échanges*, 2(5), 564–568.
- Kamradt, L. E. (2012). Violence against hospital security personnel: A descriptive study. *Journal of Healthcare Protection Management*, 28(2), 11–23. (2023). Les violences faites envers le personnel soignant : Le cas de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Djiboul*, 3(5), 430–443.
- Koudou, O., N'Goran, K. L., et Zakehi, J. (2016). Comportements non professionnels et violences subies par le personnel de santé dans les hôpitaux publics d'Abidjan (cas du CHU de Yopougon). *Revue africaine de criminologie*, 18, 27–45.
- Lanièce, C. S., et Desclaux, K. (2016). Les agents de sécurité en première ligne face à Ebola : Rôles, perceptions et connaissances au CHU de Fann, Dakar (Sénégal). *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 109, 303–308.
- Lecacheux, M. (2017). La question de la sécurité à l'hôpital : La place centrale du directeur d'établissement. *Village de la Justice*. <https://www.village-justice.com/articles/question-securite-hopital-place-centrale-directeuretablissement,25122.html>
- Livre blanc. (2003). *La sécurité privée, partenaire de la sécurité intérieure*. Ministère de la Sécurité publique, Québec, Canada.
- M'bra, K. (2016, 26 août). CHU de Treichville / Attaque à main armée : Un vigile blessé, un véhicule 4x4 emporté. *Linfordrome*. <https://www.linfordrome.com/faits-divers/28676-treichville-attaque-a-main-armee-en-plein-chu-un-vigile-blesse-un-vehicule-4x4-emporte>

- Mauranges, A. (2011). *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier* (4^e éd.). Mutuelle de la santé et du social (MNH).
- Montesinos, A. (1996). Aggressivité et conflit au bloc opératoire. *Gestion hospitalière*, 352.
- Mozier, G. (1987). *L'agressivité*. Paris : PUF, Collection « Que sais-je ? ».
- Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). (2022). *Synthèse du rapport 2022 : Données 2020 et 2021*. Direction générale de l'offre de soins, Ministère de la Santé et de la Prévention. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf
- Ocqueteau, F. (1986). Police(s) privée(s), sécurité privée : Nouveaux enjeux de l'ordre et du contrôle social. *Déviance et Société*, 10(3), 247–281.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants*. Niamey : LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local), Études et Travaux, n°13.
- OMS. (2020, 17 septembre). *Garantir la sécurité des agents de santé pour assurer celle des patients*. <https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Ouattara, Y. M., Kouamé, A. A. B., Kra, A. A. C., N'Guessan, L. M. A., Guiegui, C. P., Aka, I. N. A., Tchicaya, A. F., Kouassi, Y. M., et Wognin, S. B. (2024). Violence au travail : Étude descriptive chez le personnel soignant d'un hôpital à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*, 7106, 391–398. https://www.santetropicale.com/manelec/fr/resume_oa.asp?id_article=3753
- Péroumal, F. (2007). L'insécurité sociale et professionnelle des agents de sécurité privée : Note de recherche sur la construction sociologique d'un marché de la sous-traitance. *Interrogations* ?, 4, Formes et figures de la précarité. <https://www.revue-interrogations.org/L-insecurite-sociale-et>
- Péroumal, F. (2008). Le monde précaire et illégitime des agents de sécurité : L'insécurité comme condition de travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 175(5), 4–17. <https://shs.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2008-5-page-4?lang=fr>
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing.
- Sahi, E. (2023, 3 novembre). *Vigile tué à la préfecture de Divo : Comment son fils a tout planifié*. Afrique sur 7. <https://www.afrique-sur7.fr/486978-cote-divoire-assassins-vigile-divo>
- Schein, E. H. (2017). *Organizational culture and leadership* (5^e éd.). Jossey-Bass.
- Stenning, P., et Shearing, C. (1980). *Les agents de sécurité du secteur privé : Perquisition, fouilles et saisies*. Commission de réforme du droit du Canada, Ministère des Approvisionnements et Services, Série Droit pénal.
- Tragno, M., Duveau, A., et Tarquinio, C. (2007). Les violences et agressions physiques au travail : Analyse de la littérature. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 57, 237–225.
- Velprey, L. (2011). Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail : Formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie. Dans C. Rostaing et D. Laforge (dir.), *Violence et institutions : Réguler, innover ou résister ?* (pp. 29–44). Paris : CNRS Éditions.
- Zakehi, J. (2018). La culture de violence chez des usagers en milieu sanitaire ivoirien : Cas des centres hospitaliers universitaires d'Abidjan. *Revue africaine de criminologie*, 22, 357–376.
- Zakehi, J. (2019). Déficit de communication dans le milieu sanitaire ivoirien et dysfonctionnement des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence : Quel impact sur les soignants ? Cas du CHU de Treichville. *Revue internationale de recherches et d'études pluridisciplinaires*, 29, 38–62.
- Zillardt, P. (1998). *Science et devenir*. (613).