2025 - R - 06 - FR

Violence et agressions à l'encontre des intervenants de secours et des prestataires de soins

Cartographie des violences contre les ambulanciers, les pompiers, les travailleurs des services d'urgence et le personnel médical et paramédical

VAS institute

Numéro de rapport	2025 - R - 06 - FR
Dépôt légal	D/2025/0779/18
Client	Institut Vias
Date de publication	26/06/2025
Auteur(s)	Shirley Delannoy, Isabel Verwee, Naomi Wardenier
Relecteur(s)	Vincent Seron (Université de Liège)
Éditeur responsable	Karin Genoe

Les vues ou opinions exprimées dans ce rapport ne sont pas nécessairement celles du client.

La reproduction des informations de ce rapport est autorisée à condition que la source soit explicitement mentionnée : Delannoy, S., Verwee, I et Wardenier, N. (2025). Violence et agressions à l'encontre des intervenants de secours et des prestataires de soins – Cartographie des violences contre les ambulanciers, les pompiers, les travailleurs des services d'urgence et le personnel médical et paramédical, Bruxelles : Institut Vias. Dit rapport is eveneens beschikbaar in het Nederlands.

This report includes a summary in English.

L'institut Vias et ses chercheurs remercient l'ensemble des répondants qui ont participé à l'enquête et qui nous ont permis de collecter ces données.

L'institut Vias et ses chercheurs souhaitent également remercier pour leur soutien et leur collaboration :

- Le Service Public Fédéral Santé publique
- Le Service Public Fédéral Intérieur
- Le Réseau Bien-être au Travail (Réseau Pompiers)
- Le Rezonwal
- Les pompiers de Bruxelles
- UNESSA (UNion En Soins de Santé)
- GIBBIS (Bruxelles Institutions de Santé)
- Santhea
- Le CHU de Liège
- Le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse
- Zorgnet-Icuro
- L'Association Francophone des Infirmiers d'Urgence

Et enfin, nous remercions les stagiaires Febe Thomas, étudiante à l'Université de Gand, et Barbara Schiets, étudiante à la Vrij Universiteit van Brussel, pour leurs riches contributions à cette étude.

Table des matières

Liste des tableaux et figures 6
Résumé 8
Summary 11
1 Introduction 14
2 Portée de l'étude 16
2.1 Métiers couverts par l'étude 16
2.2 La violence, de quoi parle-t-on ? 17
2.3 Les prévalences des faits de violence – En Belgique et ailleurs 21
2.3.1 Les « dark numbers » - Rendre visible l'invisible 22
2.3.2 Prévalences pour les prestataires de soins 23
2.3.3 Prévalences pour les services de secours et d'urgence 26
2.4 Facteurs de risques 28
2.5 Les conséquences de la violence 32
2.5.1 Conséquences au niveau de l'individu 32
2.5.2 Conséquences au niveau de l'organisation 33
2.5.3 Conséquences au niveau de la société 34
3 Méthodologie 35
3.1 Collecte des données 35
3.2 Questionnaire et thématiques couvertes 36
3.3 Nettoyage des données 37
3.4 Structure des résultats 38
4 Résultats de l'enquête 39
4.1 Les profils de répondants 39
4.1.1 Répartition des profils - Global 39
4.1.2 Répartition des profils métiers 41
4.1.3 Répartition des profils « pompiers-ambulanciers-PIT » 41
4.1.4 Répartition des profils « médical, paramédical, soignant » 42
4.1.5 Répartition des profils « autres » 44
4.2 Prévalences des phénomènes de violences et d'agressions 45
4.2.1 Agressions/violences verbales 45
4.2.2 Agressions/violences physiques 46
4.2.3 Intimidations et menaces 48
4.2.4 Intimidations sexuelles 49
4.2.5 Discriminations 50
4.2.6 Les « autres » formes d'agression rapportées et vue d'ensemble 51
4.2.7 Les violences et agressions – Variables additionnelles 53
4.3 Prévalence pour les profils « Pompiers-ambulanciers-PIT » 55
4.3.1 Agressions/violences verbales – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT » 56
4.3.2 Agressions physiques – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT » 57
4.3.3 Intimidations et menaces – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT » 58
4.3.4 Intimidations sexuelles – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT » 59

4.3.5 Discriminations – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT » 60
4.4 Prévalence pour les profils « médical, paramédical, soignant » 61
4.4.1 Agressions/violences verbales – Profils « Médical » 61
4.4.2 Agressions/violences physiques – Profils « Médical » 62
4.4.3 Intimidations et menaces – Profils « Médical » 63
4.4.4 Intimidations sexuelles – Profils « Médical » 64
4.4.5 Discriminations – Profils « Médical » 65
4.5 Le fait le plus marquant 66
4.5.1 Le fait le plus marquant pour les profils « Pompier-ambulanciers-PIT » et les profils « médical » 67
4.6 Profils des agresseurs 67
4.6.1 Profils des auteurs d'agression et de violence 67
4.6.2 Lieu de l'agression la plus marquante 72
4.7 Conséquences, aide et procédures 72
4.7.1 Conséquences des faits sur la personne 73
4.7.2 Comportement d'évitement et sentiment que la violence/l'agression a été surmontée 74
4.7.3 Soutien et Aide 75
4.7.4 Plaintes et suites 77
4.7.5 Perception sur la violence et l'agressivité 79
4.7.6 Formations, moyens et procédures d'urgence 80
5 Discussions 84
5.1 Des soins sous pression : violences sur les brancards 85
5.2 Service d'urgence sous pression : la violence lors des interventions d'urgence 87
5.3 Les (personnes) ressources et le soutien 88
5.4 Les limites 89
6 Prévention et accompagnements – des pistes de réflexion 90
(1) Définir, identifier et reconnaître la violence au travail 91
(2) Analyser, enregistrer, monitorer et évaluer 91
(3) Prévenir, sécuriser et contrôler 91
(4) Former à la prévention et à la gestion de la violence 93
(5) Engager et responsabiliser les employeurs, les collaborateurs … et les tiers 94
(6) Signaler, soutenir et réhabiliter 95
(7) Communiquer, informer et sensibiliser 96
(8) Poursuites et Sanctions 97
(9) La Commission Agression 98
Références 100
Annexe I – Résultats globaux avec intervalles de confiance 104

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Faits de victimisation subis par les pompiers bruxellois (les répondants) (Distexhe, 2024). 28
Tableau 2. Répartition des profils ayant participés à l'enquête par région (N= 1 711). 41
Tableau 3. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=1 711) 46
Tableau 4. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions physiques – Résultats (N=1 711) 47
Tableau 5. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces & Intimidations – Résultats (N=1 711) 49
Tableau 6. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=1 711) 50
Tableau 7. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=1 711) 51
Tableau 8. Prévalences et répartition régionale des violences et agressions (N= 1 711). 54
Tableau 9. Prévalences et répartition des violences et agressions par années d'ancienneté – « au moins une fois sur l'année écoulée » et nombre total de répondants (N = 1 711). 55
Tableau 10. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=723) 57
Tableau 11. « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de… » - Agressions physiques – Résultats (N=723) 58
Tableau 12. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces et Intimidations – Résultats (N=723) 59
Tableau 13. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=723) 60
Tableau 14. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=723) 61
Tableau 15. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=910) 62
Tableau 16. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions physiques – Résultats (N=910) 63
Tableau 17. Pour chacune d'entre elles, pouvez-vous indiquer si vous y avez été confronté dans le cadre de l'exercice de votre profession les 12 derniers mois, et le cas échéant, à quelle fréquence ? – Violence physique 63
Tableau 18. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces et intimidations – Résultats (N=910) 64
Tableau 19. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=910) 65
Tableau 20. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=910) 66
Tableau 21. Répartition des tranches d'âges des agresseurs entre les répondants masculins et féminins (N= 1396). 70
Tableau 22. Répartition des tranches d'âges des agresseurs entre les profils « pompier » (N = 548) et « médical » (N = 787). 70
Tableau 23. Spécificités pour les auteurs suspectés d'être sous l'influence de l'alcool. 71
Tableau 24. Spécificités pour les auteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues ou de médicaments. 72
Tableau 25. « Dans quelle mesure avez-vous subi des effets au cours des 12 derniers mois ? » - Global et par profil 74
Tableau 26. Comportements d'évitement et sentiment que la violence a été surmontée (Global, hommes et femmes : N= 1 215, Pompier : N= 483, Médical : N= 675, Wallonie : N= 466, Flandre : N= 533 et Bruxelles-Capitale : N= 216). 75
Tableau 27. "Après l'incident, j'ai fait appel à : (Plusieurs réponses possibles)" – Global et par profil 76
Tableau 28. Les cinq principales raisons pour avoir été déposé plainte à la police - Résultats globaux et par profil. 78
Tableau 29. Principales raisons pour ne pas avoir dénoncé les faits à la police - Prévalences globales, les profils pompiers-ambulanciers-PIT et les profils médicaux 79
Tableau 30. « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ? » – Global (N= 1 350). 81

Tableau 31. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - Global (N= 1 344). 82
Tableau 32. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - "Pompiers, ambulanciers, PIT" (N= 568). 83
Tableau 33. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - Médical (N= 710). 83

Figure 1. Violence dans le secteur des soins de santé et les services de secours - articles de presse. 16
Figure 2. Illustration "situation n°2" - Thèse de doctorat Zou Al Guyna (2018) © 25
Figure 3. Typologie des formes d'agressivité (infographie : institut Vias). 31
Figure 4. Structure du questionnaire. 36
Figure 5. Thèmes abordés dans le questionnaire. 37
Figure 6. Répartitions linguistiques et des genres (N=1 711). 39
Figure 7. Années d'expérience dans le secteur actuel pour l'ensemble des répondants (N=1 711). 40
Figure 8. Répartition régionale des répondants (N= 1 711). 40
Figure 9. Répartition des profils (N= 1 711). 41
Figure 10. Profils linguistiques et de genre – « Pompier, ambulanciers et PIT » (N= 723). 42
Figure 11. Répartition des métiers pour les profils « Pompiers-Ambulanciers-PIT » (N= 723). 42
Figure 12. Profils linguistiques et de genre – Médical, soignant et paramédical (N= 910). 43
Figure 13. Répartition des profils « médical » (N= 910). 44
Figure 14. Prévalences d'agressions physiques – répartition régionales 47
Figure 15. Agressions physiques - Prévalences hommes et femmes (N= 1 711). 48
Figure 16. Prévalences de l'ensemble des formes d'agression/violence, une fois à plusieurs fois au cours de l'année écoulé (N= 1 543). 52
Figure 17. Prévalences des formes de violence les plus fréquemment rapportées en 2024 et en 2021 (source : Verwee et al. (2022)). 56
Figure 18. Faits les plus marquants au cours des 12 derniers mois. (N= 1 476). 66
Figure 19. Faits les plus marquants - Profils "pompiers-ambulanciers-PIT" (N= 580) et Profils "Médical" (N= 830). 67
Figure 20. Qui était la personne qui a manifesté de l'agressivité à votre encontre lors de cet incident le plus marquant ? (N= 1396). 68
Figure 21. Profils des agresseurs en fonction du profil des répondants. 69
Figure 22. Tranches d'âge et genre de l'agresseur - Global (N= 1 396) 70
Figure 23. "Pensez-vous que la personne qui a manifesté de l'agressivité à votre encontre lors de cet incident le plus marquant était sous l'influence de l'une (ou de plusieurs) des substances suivantes ?" (N= 1 396). 71
Figure 24. Les lieux de l'agression la plus marquante - Profils "Pompier" (N= 547) vs profils "Médical" (N= 787). 72
Figure 25. « Après l'incident le plus grave, avez-vous cherché de l'aide sous la forme de… » - Profils Pompier et Médical. 76
Figure 26. "Après l'incident le plus marquant, avez-vous demandé de l'aide sous la forme d'une…" – Vue d'ensemble et par profil. 77
Figure 27. Perceptions des phénomènes de violence - Profils "Pompiers, ambulanciers, PIT" (N= 572). 80
Figure 28. Perceptions des phénomènes de violence - Profils "Médical" (N= 712). 80
Figure 29. Affiche de la campagne de sensibilisation organisée par la Protection Civile en 2023 © 96

Résumé

La violence n'est pas une exception, mais une expérience partagée. C'est l'un des constats mis en évidence par l'enquête menée au printemps 2024 auprès de 1 711 professionnels des soins de santé et des services d'urgence : plus de 90% des répondants déclarent avoir été confrontés à des actes de violence ou d'agression. Ces données ne reflètent sans doute qu'une **partie émergée du phénomène**, certaines violences restant sous-déclarées, banalisées, ou considérées comme inhérentes à la profession. Face à cette réalité encore trop souvent invisible, il devient crucial de **cartographier les formes de violence vécues** par les intervenants de première ligne et de documenter leurs expériences. La présente étude vise ainsi à **contribuer à la reconnaissance scientifique** de cette problématique et à approfondir la compréhension de son ampleur et de ses dynamiques.

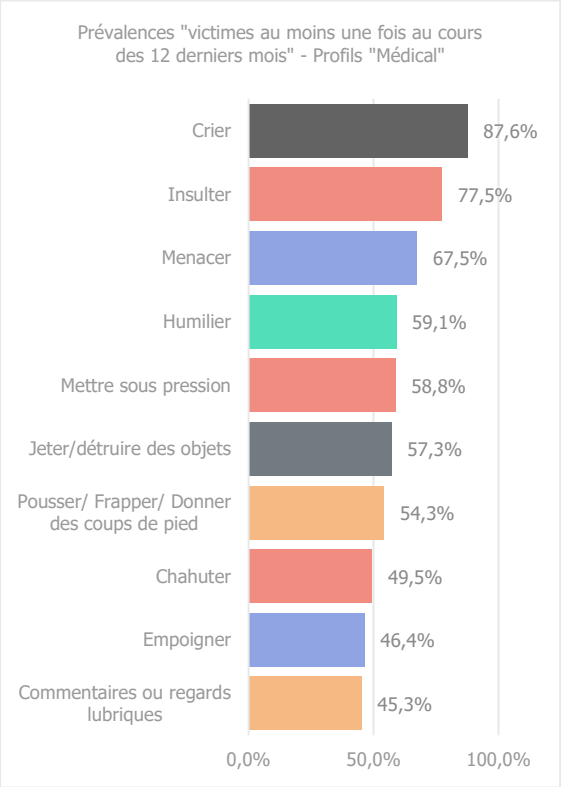
Au moyen d'une **enquête de victimisation** (*Victim survey*), différents profils ont été interrogés sur les formes de violences vécues au cours de l'année écoulée, la fréquence de ces violences, et le fait le plus marquant qu'ils ont vécus au cours des douze derniers mois. À partir de ce fait marquant, les caractéristiques des actes de violence et d'agression ont été analysées : auteur et lieu de l'agression, conséquences pour le répondant, soutiens sollicités, et attentes en matière de formation ou de procédures à mettre en place.

L'analyse globale des violences rapportées dans les deux secteurs étudiés – services d'urgence et secteur des soins de santé – met en évidence une exposition généralisée aux violences en milieu professionnel :

- Parmi toutes les formes de violence recensées, **les violences verbales** sont les plus fréquentes. Au cours de l'année écoulée, 83,5% des répondants déclarent avoir été confrontés à des **cris** au moins une fois, dont 45,6% à une fréquence allant d'une fois par jour à une fois par mois. Par ailleurs, 73,7% des répondants rapportent avoir été **insultés** et pour un répondant sur sept (15%), ces insultes surviennent chaque semaine.
- Les **violences physiques** prennent des formes variées. Sur les 12 derniers mois, les **jets ou destructions d'objets** concernent 47,2% des répondants qui rapportent avoir été confronté à ces actes au moins une fois au cours de l'années écoulée. Les **poussades ou coups de pied** concernent 43,7% des répondants, et les crachats, empoignades ou blocages sont signalés par plus d'un tiers des répondants. Il est à noter que les femmes se déclarent plus souvent victimes de violence physique que les hommes (52,1% contre 46,6%).
- Les **menaces et intimidations** sont également fréquemment rapportées : 61,2% des répondants indiquent avoir été **menacés** au moins une fois au cours des 12 derniers mois, 47,8% avoir été mis sous pression, et 22,3% avoir fait l'objet de menaces dirigées contre des proches. Par ailleurs, 16,3% signalent des cybermenaces, telles que la diffusion de textes ou d'images indésirables sur les réseaux sociaux.
- **Les discriminations** les plus fréquemment rapportées sont celles basées sur le genre (19,4% en ont été la cible au moins une fois au cours de l'année écoulée), suivies des discriminations liées à la couleur de peau (18,9%) et à l'âge (18,5%).
- Concernant **les violences à caractère sexuel**, 31,8% des répondants déclarent avoir été exposés à des commentaires ou regards à connotation sexuelle (dont 5,8% de manière mensuelle), et 13,7% rapportent avoir été victimes d'attouchements.
- Les agressions surviennent principalement **sur les lieux d'intervention pour les pompiers et ambulanciers**, et **dans l'enceinte des hôpitaux** – souvent directement dans les chambres ou salles de soins – pour les professionnels du secteur médical.
- Ces violences ont **des conséquences notables** : stress, diminution de la satisfaction au travail, troubles du sommeil, et, pour les professionnels du secteur médical, des pensées de reconversion professionnelle sont fréquemment évoquées.
- Une corrélation est observée entre l'ancienneté et l'exposition à la violence.
- **L'analyse régionale** montre que les prévalences d'agression sont plus élevées à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie, tandis que la proportion la plus importante d'auteurs d'agressions sous l'influence de l'alcool est rapportée en Flandre.
- Enfin, une différence significative est observée dans le dépôt de plainte auprès de la police : 19,9% des répondants masculins ont déposé plainte, contre 9% des répondantes féminines.

Prévalences dans le secteur des soins de santé

Les données collectées auprès des 910 professionnels hospitaliers en Belgique, dont 75,2% de femmes et une répartition équilibrée entre les communautés linguistiques, permet d'établir un état des lieux de l'exposition à la violence en milieu hospitalier. Les résultats obtenus sont cohérents avec les études européennes et internationales existantes.



La violence verbale apparaît comme la forme de violence la plus fréquente. Ainsi, 87,6% des répondants déclarent avoir été confrontés à des cris, dont 11,9% quotidiennement et plus d'un sur cinq au moins chaque semaine. Les insultes constituent la deuxième forme de violence verbale la plus rapportée (77,5%), avec une fréquence hebdomadaire pour 19,2% des répondants. Les humiliations concernent près de deux tiers des répondants, environ un sur sept y étant exposé chaque mois.

Concernant la violence physique, 57,3% des professionnels interrogés indiquent avoir été la cible de jets ou de destructions d'objets, et 54,3% rapportent avoir subi des poussades ou des coups de pied. Environ 10% subissent ces formes de violence physique chaque mois. Les empoignades (46,4%) et les crachats (43,4%) sont également fréquemment signalés. Par ailleurs, 28,5% des répondants déclarent avoir été blessés.

Les menaces concernent 67,5% des professionnels, 12% y étant exposés chaque semaine. La mise sous pression touche six répondants sur dix, dont 14,4% de manière hebdomadaire. Les menaces visant des membres de la famille sont rapportées par 25,8% des répondants.

Les violences à caractère sexuel sont également notables : 45,3% des répondants déclarent avoir été la cible de regards ou de commentaires à connotation sexuelle, et 19,4% rapportent avoir subi des attouchements. Plusieurs cas de viols ont également été signalés. Les discriminations sont principalement liées au genre (26,5%) et à l'âge (23,4%).

Les auteurs des actes de violence sont majoritairement les patients (64%), suivis par les proches des patients (21,1%). Une proportion significative des auteurs était sous l'influence de l'alcool (14,2%) ou de drogues/médicaments (environ 13%).

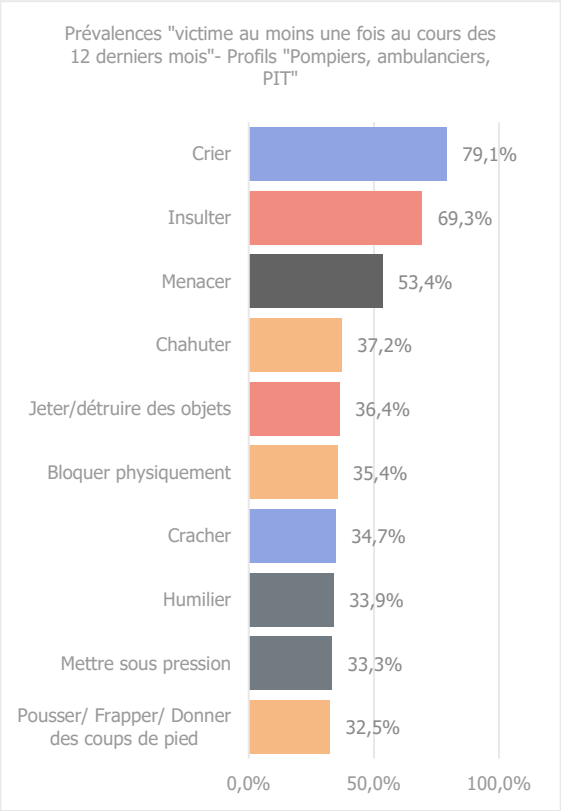
En matière de suivi et de soutien, 11,4% des incidents rapportés ont donné lieu à une plainte auprès de la police Les motifs de non-dépôt de plainte incluent la perception que l'affaire n'est pas suffisamment grave, qu'il n'y a pas eu de dégâts, ou que cela fait partie du travail. Les procédures internes de prise en charge des incidents de violence ou d'agression sont connues par une large majorité des répondants, qui sont également encouragés par leur organisation à signaler ces actes, même si peu y ont eu recours. Par ailleurs, les répondants du secteur médical sollicitent fréquemment leurs collègues à la suite d'un incident.

Prévalences dans les services d'urgence

L'enquête menée auprès de 723 professionnels des services d'urgence (pompiers, secouristes, personnels d'urgence) s'inscrit dans la continuité de l'étude réalisée en 2021 (Verwee, Vermeulen & Dormaels, 2022). Les résultats confirment l'exposition de ces professionnels à diverses formes de violence lors des interventions d'urgence, conformément aux tendances observées dans la littérature.

La violence verbale demeure la plus courante : 79,1% des répondants rapportent avoir été confrontés à des cris (20,3% au moins une fois par mois), et 69,3% à des insultes (10% au moins une fois par semaine). Les jets ou destructions d'objets concernent 36,4% des répondants, les blocages physiques 35,4%, les crachats 34,7%, et les coups de pied ou poussades 32,5%. Par ailleurs, 12,4% déclarent avoir été blessés.

Les menaces sont également fréquentes (53,4%), tout comme la mise sous pression (33,3%). Et 18,7% ont reçu des menaces à l'encontre de membres de leur famille. La diffusion d'images ou de textes indésirables sur



les réseaux sociaux concerne en moyenne 18% des professionnels des services d'urgence, contre 16,3% dans le secteur hospitalier.

Les discriminations sont moins fréquentes mais restent présentes : 14,9% des répondants rapportent des discriminations liées à la couleur de peau, et 12,9% à l'âge. Les violences sexuelles sont plus rares dans ce secteur : 14,4% déclarent avoir été la cible de regards ou commentaires à connotation sexuelle, et 7,8% rapportent avoir été sifflés.

Comparativement à 2021, les taux de prévalence sont en légère baisse mais demeurent élevés et comparables aux données internationales, soulignant la nécessité de renforcer les dispositifs de prévention, d'accompagnement, et de reconnaissance des violences dans le cadre professionnel des services de secours.

Les auteurs des actes de violence sont majoritairement des hommes âgés de 18 à 40 ans, souvent sous l'emprise de l'alcool (45% des cas). Dans près de la moitié des cas, il s'agit des patients eux-mêmes ; dans moins de 20% des cas, ce sont des personnes présentes sur les lieux.

Près de trois répondants sur sept ne sollicitent aucune aide après un incident. Lorsqu'un soutien est recherché, il s'agit principalement des collègues. Peu d'incidents font l'objet d'une plainte à la police, celle-ci étant déposée principalement lorsque la gravité des faits le justifie ou pour prévenir la récidive. Moins d'un tiers des répondants ont eu recours aux procédures internes de prise en charge.

Conclusions

Les fréquences des actes de violence et d'agression rapportées par les professionnels des soins de santé et les travailleurs des services de secours témoigne d'un climat de tension quasi permanent, avec des conséquences humaines et organisationnelles importantes. Près de la moitié d'entre eux sont préoccupés par la violence à laquelle ils sont confrontés au travail. Plus de six répondants sur dix ont l'impression que les agressions ont augmenté au cours des cinq dernières années.

Sur la base de ces résultats, des recommandations sont formulées, s'appuyant sur les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et sur la réponse de la police/justice, et déclinées en huit domaines d'action pour renforcer la protection et le soutien des professionnels de première ligne.

Summary

Violence is not an exception, but a shared experience. This is one of the key findings highlighted by the survey conducted in the spring of 2024 among 1,711 healthcare and emergency service professionals: over 90% of respondents reported having been confronted with acts of violence or aggression. These figures likely only reflect the tip of the iceberg, as certain forms of violence remain underreported, trivialized, or regarded as inherent to the profession. Faced with this still too often invisible reality, it becomes crucial to map the forms of violence experienced by frontline workers and to document their experiences. This study thus aims to contribute to the scientific recognition of this issue and to deepen the understanding of its scope and dynamics.

Using a victim survey approach, various profiles were questioned about the forms of violence they experienced over the past year, the frequency of such incidents, and the most significant event they encountered in the past twelve months. Based on this key event, the characteristics of the acts of violence and aggression were analyzed: the perpetrator and location of the aggression, consequences for the respondent, support sought, and expectations regarding training or procedures to be implemented.

The overall analysis of the violence reported in the two sectors studied—emergency services and healthcare—reveals a widespread exposure to violence in the workplace:

- Among all types of violence recorded, **verbal violence** is the most frequent. Over the past year, 83.5% of respondents reported having been yelled at at least once, with 45.6% experiencing this between once a day and once a month. Additionally, 73.7% reported being insulted, and for one in seven respondents (15%), such insults occurred on a weekly basis.
- **Physical violence** takes various forms. Over the past 12 months, 47.2% of respondents reported having experienced object throwing or destruction at least once. Pushes or kicks were reported by 43.7%, while spitting, grabbing, or being physically blocked were reported by over a third. Notably, women reported experiencing physical violence more often than men (52.1% versus 46.6%).
- **Threats and intimidation** are also frequently reported: 61.2% of respondents indicated being threatened at least once in the past year, 47.8% reported being pressured, and 22.3% had threats directed at their family members. Additionally, 16.3% reported **cyberthreats**, such as the dissemination of unwanted texts or images on social media.
- The most frequently reported **forms of discrimination** are based on **gender** (19.4% experienced it at least once over the past year), followed by **skin color** (18.9%) and **age** (18.5%).
- Regarding **sexual violence**, 31.8% of respondents reported exposure to sexually suggestive comments or looks (5.8% on a monthly basis), and 13.7% reported unwanted touching.
- **Aggressions** mainly occurred at intervention sites for firefighters and paramedics, and within hospital settings—often directly in patient rooms or treatment areas—for medical professionals.
- These acts of violence have **notable consequences**: stress, decreased job satisfaction, sleep disturbances, and among healthcare professionals, frequent thoughts of changing careers.
- A **correlation** is observed between **seniority** and **exposure to violence**.
- A **regional analysis** shows higher prevalence of aggression in **Brussels** compared to **Flanders** and **Wallonia**, while the **highest proportion of perpetrators under the influence of alcohol** is reported in Flanders.
- A significant difference is observed in **reporting to the police**: 19.9% of male respondents filed a complaint, compared to 9% of female respondents.

Prevalence in the Healthcare Sector

Data collected from 910 hospital professionals in Belgium—75.2% of whom are women and with balanced representation of linguistic communities—provides an overview of violence exposure in hospitals. The findings align with existing European and international studies.

Verbal violence is the most common type. 87.6% of respondents reported being shouted at, 11.9% of them daily, and more than one in five at least weekly. Insults were reported by 77.5%, with 19.2% experiencing them weekly. Humiliation affected nearly two-thirds of respondents, about one in seven experiencing it monthly.

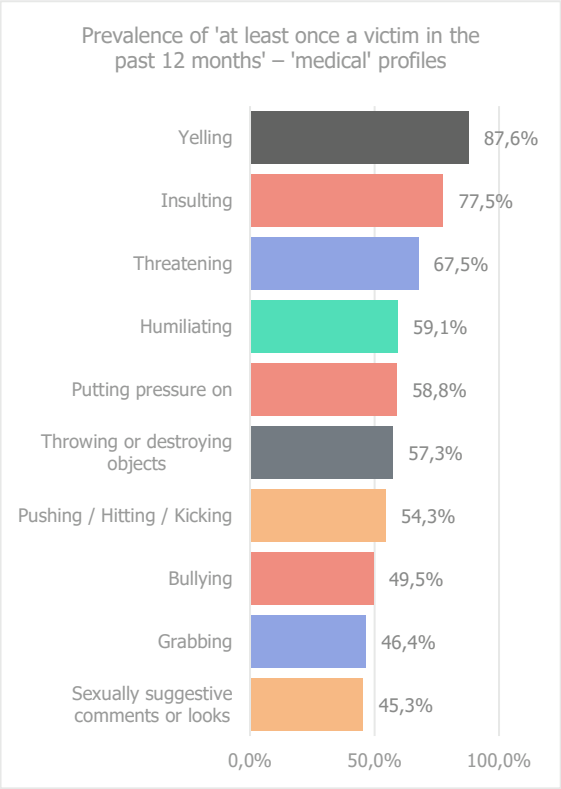
Regarding physical violence, 57.3% reported being targeted by thrown or destroyed objects, and 54.3% suffered pushes or kicks. About 10% face these physical assaults monthly. Grabbing (46.4%) and spitting (43.4%) were also frequently mentioned. Additionally, 28.5% of respondents reported having been injured.

Threats affected 67.5% of professionals, with 12% exposed weekly. To be put under pressure was experienced by six in ten respondents, 14.4% weekly. Threats against family members were reported by 25.8%.

Sexual violence was also notable: 45.3% reported being the target of sexually suggestive comments or looks, and 19.4% reported unwanted touching. Several cases of rape were also reported. The main forms of discrimination were based on gender (26.5%) and age (23.4%).

Perpetrators of violence were mainly patients (64%), followed by patients' relatives (21.1%). A significant proportion were under the influence of alcohol (14.2%) or drugs/medication (around 13%).

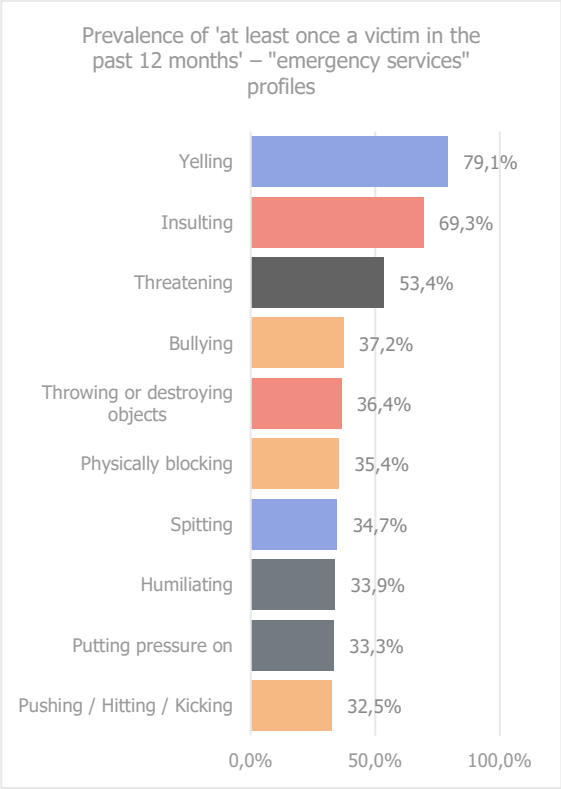
In terms of support and follow-up, 11.4% of incidents led to police reports. Reasons for not filing include perceptions that the matter wasn't serious enough, no damage occurred, or it's simply "part of the job." Internal procedures for handling violent incidents are widely known among respondents, and organizations encourage reporting, though few have used them. Respondents also frequently turn to colleagues for support after an incident.



Prevalence in Emergency Services

The survey conducted among 723 emergency services professionals (firefighters, paramedics, emergency staff) continues the study begun in 2021 (Verwee, Vermeulen & Dormaels, 2022). The results confirm the exposure of these professionals to various forms of violence during emergency interventions, consistent with the literature.

Verbal violence remains the most common: 79.1% reported being shouted at (20.3% at least monthly), and 69.3% reported insults (10% weekly). Object throwing/destruction was reported by 36.4%, physical blocking by 35.4%, spitting by 34.7%, and kicking or pushing by 32.5%. Additionally, 12.4% reported having been injured.



Threats were reported by 53.4% of respondents, and psychological pressure by 33.3%. Threats against family members were reported by 18.7%. The spread of unwanted content on social media affected 18% of emergency professionals on average, compared to 16.3% in hospitals.

Discrimination was less frequent but still present: 14.9% reported discrimination based on skin color, and 12.9% based on age. Sexual violence was less common in this sector: 14.4% reported sexually suggestive looks/comments, and 7.8% reported catcalling.

Compared to 2021, prevalence rates have slightly decreased but remain high and consistent with international data, underscoring the need to strengthen prevention, support, and recognition measures for violence in emergency work.

Perpetrators are mostly men aged 18–40, often under the influence of alcohol (45% of cases). In nearly half of the cases, they are the patients themselves; in fewer than 20% of cases, they are bystanders.

Nearly three out of seven respondents do not seek any help after an incident. When support is sought, it is primarily from colleagues. Few incidents lead to police reports, which are

mostly filed when the severity warrants it or to prevent recurrence. Fewer than one-third of respondents used internal procedures.

Conclusions

The frequency of violence and aggression reported by care and support staff reflects a climate of almost constant tension, with significant human and organisational consequences. Almost half of them is concerned about the violence they encounter at work. More than six out of ten respondents feel that aggression has increased over the last five years.

Based on these findings, recommendations are made, based on the three levels of prevention (primary, secondary, tertiary) and the police/justice response, and broken down into eight areas for action to strengthen protection and support for front-line professionals.

1 Introduction

Les intervenants de première ligne, que ce soient les pompiers[1], ambulanciers, docteurs, infirmiers, aides-soignants… dont la mission est de secourir, soigner et protéger, sont de plus en plus exposés à des actes de violence dans l'exercice de leurs fonctions. Cette tendance, documentée à l'échelle internationale, soulève des enjeux majeurs en matière de sécurité, de santé mentale et de durabilité de ces métiers essentiels. En 2019, Liu et al. (2019) rapportaient que 62% des professionnels de soins dans le monde avaient été confrontés à de la violence au travail. En Allemagne, trois quarts des pompiers déclarent avoir subi des violences de la part du public (CTIF, 2025). En Belgique, plus de 75% des pompiers et secouristes rapportent avoir été insultés, et plus de 80% avoir été la cible de cris (Verwee, Dormaels, & Vermeulen, 2022).

Au-delà des métiers du soin et du secours, de nombreuses professions de la fonction publique et du secteur privé sont également concernées : personnel des transports en commun, employés municipaux, personnel éducatif, agents fédéraux… L'ampleur du phénomène de violence ne se limite donc pas à un secteur d'activité, ni à un pays, et les chiffres sont significatifs. Aux États-Unis, les employés du gouvernement seraient trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence au travail que les employés du secteur privé (Bureau of Justice Statistics & Harrel, 2013). En France, 14% des agents de la fonction publique font face à des violences sous forme d'injures, de menaces ou de harcèlement moral (ministère de la Transformation et de la Fonction Publique, 2024). En 2023, cinq belges fonctionnaires par jour ont signalé à la police avoir été agressés ou blessés, soit une augmentation de 15% des plaintes officielles par rapport à 2019 (SLFP Secteur Public, 2024). Le secteur éducatif est également touché : 14,1% des enseignants ont déclaré s'être sentis en insécurité au cours de l'année écoulée et 10,8% des enseignants ont été victimes d'intimidation au moins une fois par mois, sous forme de violence physique, de crachats, ou encore de comportements d'imitation de la part des élèves ou des parents, ainsi que d'agressions verbales (Steenhout, 2024). Par ailleurs, en ce début d'année 2025, les actes de violence envers les conducteurs de bus de la TEC ou de De Lijn ont à nouveau fait l'actualité (voir « Le TEC déplore le nombre d'agressions sur son réseau, toujours en hausse » in *La Libre*, 23 janvier 2025 ; « Recordaantal gevallen van agressie bij De Lijn, ondanks "busverbod" » in *De Standaard*, 24 février 2025…). Et enfin, l'IDEWE statuait en 2019 qu'un travailleur belge sur neuf était confronté à un comportement agressif au travail (IDEWE, 2019).

La violence au travail n'est pas un phénomène récent. Depuis les années 1980-1990, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation internationale du Travail (OIT) étudient ce problème et publient régulièrement des rapports, guides et recommandations. Leur objectif est d'informer les travailleurs, employeurs et acteurs de la prévention sur l'ampleur et les formes de cette violence, tout en proposant des solutions, notamment en matière de réglementation, pour la combattre. La convention n°190 sur la violence et le harcèlement de l'OIT marque une avancée majeure en matière de protection contre la violence et le harcèlement au travail en édifiant la première norme internationale sur le sujet, en fournissant une définition large et inclusive de la violence et du travail (le terme « travail » qui sera par ailleurs enrichi et élargi, notamment à la suite de l'épidémie de Covid-19 et la généralisation du télétravail), mais aussi en reconnaissant de nouvelles formes de harcèlement : celles basées sur le genre et celles liées aux nouvelles technologies (OIT, 2019).

Toutefois, face à l'ampleur du problème, il apparaît primordial de garantir des conditions de travail sûres, tant dans le secteur public que privé. Aucun métier ne devrait intégrer la violence comme « part of the job ». Comprendre les dynamiques de cette violence, en dresser une cartographie et collecter les données constituent une étape clé pour mieux la prévenir. Pour pouvoir mettre en œuvre des initiatives efficaces de sensibilisation, de soutien, de formation et de réparation, il est essentiel d'identifier clairement les formes que prend la violence, d'en connaître les victimes et les auteurs, ainsi que d'en suivre l'évolution dans le temps. C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude, qui fait suite à une première édition menée en 2021 auprès des travailleurs des services de secours et d'urgence (voir Verwee et al., 2022). Pour cette nouvelle édition, le personnel soignant des hôpitaux et cliniques a été ajouté au périmètre initial.

Ce rapport est construit en trois étapes. La première identifie la portée de l'étude et ce que les termes de violence et agression désignent. Une cartographie des prévalences internationales et européennes des actes de violence à l'encontre des travailleurs des services de secours et de soins de santé y est documentée. La deuxième partie est dédiée aux résultats de la collecte de données menée en 2024 auprès des pompiers,

[1] Dans le présent document, le genre masculin est utilisé, et ce comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte. Cela signifie que les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin. Afin de visibiliser les spécificités de genre qui peuvent exister dans l'analyse, lorsque que cela se révèle statistiquement pertinent, une écriture genrée est adoptée.

ambulanciers, et du personnel médical et paramédical des hôpitaux et cliniques. Les résultats sont documentés dans un premier temps au niveau global, tout profil confondu, pour ensuite être analysés par profils (« Pompiers, ambulanciers, PIT » et « Médical, Paramédical, Soignant »). Les résultats concernant à la fois les caractéristiques de l'échantillon, les prévalences d'agressions et de violence, les profils des agresseurs et les lieux d'agressions, et enfin, les procédures de soutien et les conséquences de ces agressions sur les répondants. La troisième partie discute les données collectées et adresse des recommandations qui découlent des analyses.

2 Portée de l'étude

Figure 1. Violence dans le secteur des soins de santé et les services de secours - articles de presse.

2.1 Métiers couverts par l'étude

La première édition de l'enquête nationale de violence à l'encontre des fonctions publiques a été conduite en 2021 par Verwee, Dormaels, & Vermeulen (2022). Cette première édition s'était penchée sur les phénomènes de violence dont sont victimes les travailleurs exerçant une fonction publique et plus précisément, le **personnel d'urgence et de secours**. L'actuelle édition a élargi le spectre considéré en incluant le personnel soignant dans les hôpitaux et cliniques, en considérant comme « soignants » les personnes qui occupent **une fonction médicale, paramédicale, d'infirmier** ou **d'aide-soignante**.

Qui sont-ils plus précisément ?

- Les *pompiers* sont responsables des missions de lutte contre les incendies, de secours aux personnes et d'interventions techniques (désincarcération, inondations, etc.).
- Les *pompiers-ambulanciers* sont des pompiers formés pour assurer également le transport médicalisé des victimes. Ils sont souvent affectés à des casernes qui disposent d'ambulances du service 112. Leur rôle est d'assurer les premiers soins et de stabiliser les patients avant leur transport vers un hôpital.
- Les *secouristes-ambulanciers* : ce sont des professionnels ayant suivi une formation spécifique pour travailler sur ambulance (distincts des pompiers-ambulanciers). Le secouriste-ambulancier est actif dans le service d'ambulances agréé dans le cadre de l'Aide médicale urgente (AMU), que l'on appelle également système 112[2].
- Les membres du *Paramedical Intervention Team* (PIT). Le PIT est un moyen intermédiaire dans la chaîne des secours en milieu extrahospitalier. Situé entre l'ambulance et le SMUR, il a pour but d'élargir l'offre de transport médicalisé. L'équipe PIT est constituée au minimum d'un secouriste-ambulancier et d'un infirmier disposant du titre particulier en soins intensifs et aide médicale urgente[3].

[2] SPP de la Chaîne Alimentaire, Environnement : https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/secouristes-ambulanciers
[3] SPP de la Chaîne Alimentaire, Environnement : https://www.health.belgium.be/fr/pit-paramedical-intervention-team

- Les *ambulanciers non 112* sont les ambulanciers privés, qui s'occupent notamment du transport non urgent de patients.
- Le *corps médical dans les hôpitaux et cliniques* : médecins, chirurgiens, aides-soignants, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistants médicaux …

Pour cette édition, les fonctions administratives et logistiques des hôpitaux et cliniques n'ont pas été prises en considération. Ainsi, si des répondants exerçant ces métiers ont participé à l'étude, leurs réponses n'ont pas été retenues, car elles ne correspondaient pas au périmètre défini en amont. Cela ne signifie en aucun cas que ces professionnels ne peuvent être victimes ou témoins de violence. Toutefois, pour cette deuxième édition, l'étude s'est concentrée exclusivement sur le personnel de secours et médical, dont la mission est de venir au secours et de soigner les citoyens.

2.2 La violence, de quoi parle-t-on ?

La définition de la violence est une question complexe et évolutive. Malgré l'existence de diverses typologies et tentatives de définition, les notions de violence, d'agression et de harcèlement ne cessent de se transformer sous l'influence des contextes sociétaux, culturels et professionnels. Cette dynamique impose une approche flexible et contextualisée, capable d'intégrer les nouvelles réalités du monde du travail et les mutations sociales. Il est par conséquent essentiel de revisiter régulièrement les cadres de référence afin d'assurer une compréhension adaptée et une prise en charge efficace des différentes formes de violence.

Chercher à définir les notions de *violence* et d'*agression* revient à mettre en lumière la diversité des actes et comportements indésirables qu'elles recouvrent. Sans pouvoir être catégorisées dans un système unique et universel, ces notions sont souvent employées de manière interchangeable ou conjointement. Pourtant ces termes ne sont pas tout à fait synonymes. Leur interprétation reste subjective, leurs significations varient et, de surcroît, elles se chevauchent en partie. En outre, les sensibilités des victimes et des contextes socioculturels exercent une influence certaine sur ce que désignent les termes de violence et d'agression.

En 2002, lors de la parution du premier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la violence et la santé, visant à sensibiliser aux effets de la violence à l'échelle mondiale, la violence y a été définie comme :

> « Étant la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou une carence. » (OMS, 2002).

Le terme d'agression a également fait l'objet d'intenses débats et est loin d'être associé à un seul type de comportement (Ramirez & Andreu, 2003). Ce terme ne saurait être considéré comme univoque, tant il est porteur de significations multiples et est un concept multifacettes englobant une multitude de comportements (Ramirez & Andreu, 2003; Ramírez & Andreu, 2006). Alors qu'il est compris dans le language commun, le terme est toutefois utilisé de manière si large et avec tant d'ambiguïté qu'il est devenu presque impossible de formuler une seule et unique définition (Ramirez & Andreu, 2003). Tandis que l'accent est traditionnellement mis sur l'intention de nuire à autrui, certaines approches considèrent toutefois les comportements nuisibles sans intention explicite. Hors l'intentionnalité de l'auteur et l'impact immédiat sur la victime sont identifiés comme des caractéristiques nécessaires à toute agression (Ramírez & Andreu, 2006). L'agression peut ainsi être perçue comme une manifestation explicite de la violence, caractérisée par une atteinte physique ou psychologique intentionnelle, qui distingue cette notion d'autres formes de violence plus diffuses ou insidieuses. Cependant, les difficultés à définir précisément ce que recouvre le terme d'agression sont relativement simples en comparaison de la difficulté à établir une classification pour un concept aussi ambigu : « The difficulties arise from the multiple social, cultural, and professional influences concerned with the different proposed typologies of aggression» (Ramirez & Andreu, 2003, p. 127).

Pour identifier les actes et phénomènes désignés par la violence et les agressions, différentes catégories ont été distinguées sur la base de la forme, de l'orientation, de la cause, de la gravité et du contexte (De Jager, 2017), dont les dimensions peuvent parfois se superposer. L'agression physique, psychologique, verbale et sexuelle sont fréquemment différenciées les unes des autres. L'agression peut être dirigée contre d'autres personnes, contre des objets ou contre soi-même. Le contexte peut être très varié, par exemple dans le cas de la violence contre les médecins généralistes : en cabinet, en dehors du cabinet, ou durant les gardes. Van der Burght (2012) fait également une distinction entre la violence sur le lieu de travail et la violence liée au travail. Les actes de violence survenant sur le lieu de travail relèvent de la première catégorie, sans que le sujet de ces actes violents doive nécessairement être en lien avec le travail. En revanche, si la cause de la

violence est liée à l'exécution d'une tâche ou à une situation en rapport avec celle-ci, on parle alors de violence liée au travail. Opérer cette distinction n'est pas toujours évident, et il est possible que les deux formes apparaissent dans un même fait, ce qui amène Van der Burght à conclure qu'il est préférable de parler de « violence professionnelle ».

La violence peut s'aborder sous une définition large ou restreinte. Une définition large signifie que de nombreuses formes de violence et d'agression peuvent être incluses sous cette catégorie. Cela implique que certains faits, auparavant perçus comme ayant peu d'impact ou jamais définis comme tels, soient soudainement pris en considération. Cela peut être désavantageux pour les faits ayant un impact grave. Cependant, l'avantage d'une définition large est qu'elle permet d'obtenir une vision complète de l'ampleur réelle du phénomène. Une approche restreinte désigne souvent la conception juridico-légale de la violence, centrée sur des actes manifestes et intentionnels, généralement physiques. Or aborder la violence uniquement sous les aspects physiques, identifiables, mesurables, visibles, fait passer sous silence toutes les autres formes de violences non physiques dont la définition pose des défis méthodologiques certains (Gill, Fisher, & Bowie, 2012).

Par le passé, Lorion (2001) et Wikström (2009) ont utilisé les dommages causés par la violence pour en donner une définition. Ils ont élaboré un continuum où les dommages sont définis comme « tout préjudice d'ordre physique, psychologique ou matériel », avec une distinction entre discrimination, harcèlement sexuel, menace, agression verbale et physique (De Wree, Vermeulen et Christiaens, 2006 ; Van der Burght, 2012).

Une classification similaire est retrouvée chez Abraham, Flight et Roorda (2011) sur la base d'une étude d'auto-évaluation. Cette distinction a été utilisée dans une recherche néerlandaise menée en 2011 par le groupe DSP sur « l'agression et la violence envers les employés du secteur public ». On y parle de « comportements indésirables » :

1. **Agressivité verbale** : insulter, crier, humilier, chahuter ou insulter ;
2. **Agressivité physique** : pousser, frapper, donner des coups de pied, cracher, empoigner, blesser, bloquer physiquement ou jeter/détruire des objets ;
3. **Menace/intimidation** : menacer (des membres de la famille), harceler, poursuivre, faire chanter, mettre sous pression ou envoyer une lettre de menace ;
4. **Intimidation sexuelle** : siffler, commentaires et regards lubriques, attouchements, agression ou viol ;
5. **Discrimination** : remarques déplaisantes ou comportements déplacés concernant le genre, la couleur de peau, la croyance, l'âge ou l'orientation sexuelle (DSP, 2011).

Ces formes ont également été reprises dans une recherche belge (*« Wat flik je me nu ?"* ») sur la violence contre la police, et datant de 2014 (Van Branteghem, Truyens, Van Altert & Verwee, 2014), au sein de laquelle ces cinq formes ont cependant été réduites à trois catégories de violence : l'agression verbale, l'agression physique et l'intimidation/menace.

Au Canada, une classification similaire est utilisée dans l'étude sur la violence contre les services médicaux d'urgence (Bigham et al., 2014), qui distingue la violence verbale, l'intimidation, la violence physique, le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle. Quant à Boyle, Koritsas, Coles et Stanley (2007), dans leur étude pilote sur la violence au travail en Australie, ils utilisent la définition de Tolhurst et al. (1999) :

- **Abus verbal** : […][4] utilisant un langage offensant, criant ou hurlant dans le but de vous insulter ou de vous faire peur. Cela peut inclure des menaces ou des abus par téléphone, mais exclut le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle ;
- **Dommages matériels ou vol** : […] causant des dommages ou volant des biens vous appartenant, appartenant à votre famille ou à votre lieu de travail. Cela inclut les dommages ou le vol d'un véhicule, d'effets personnels, de mobilier, d'équipements et de fournitures de bureau, ou d'éléments d'ameublement. La tentative de vol des éléments mentionnés est également incluse ;
- **Intimidation** : […] vous menaçant intentionnellement, vous suivant ou utilisant des gestes visant délibérément à vous insulter ou à vous effrayer ;
- **Abus physique** : […] vous attaquant physiquement ou tentant de le faire. Cela inclut des comportements tels que pousser, frapper, donner des coups de pied ou utiliser une arme ou un autre objet dans l'intention de causer des blessures physiques ;
- **Harcèlement sexuel** : Toute forme d'avance sexuelle ou d'attention sexuelle non désirée provenant de […]. Cela inclut des comportements tels que des blagues ou des remarques humiliantes ou

[4] [Un patient, un client, un proche de la famille, un collègue, un autre professionnel]

offensantes à connotation sexuelle, des regards ou gestes suggestifs, des cadeaux inappropriés ou des demandes d'examen physique inapproprié, des pressions pour obtenir un rendez-vous, ainsi que des caresses, des attouchements ou des saisies, à l'exception des attouchements sexuels (par exemple, sur la région génitale ou la poitrine) ;

- **Agression sexuelle** : Tout acte sexuel forcé, viol ou agression sexuelle commis par […]. Cela inclut les caresses, attouchements ou saisies des organes génitaux et/ou de la poitrine. La tentative d'agression sexuelle est également incluse (Tolhurst et al.,1999).

Une revue systématique sur la violence liée au travail contre les services médicaux d'urgence (Murray et al., 2019) souligne que cette classification est la plus couramment utilisée pour catégoriser les types de violence.

Par ailleurs, certaines recherches étrangères adoptent une classification plus simple, distinguant uniquement la violence physique et verbale. Ce type de classification reflète par ailleurs que le contexte culturel peut également jouer un rôle dans la définition de la violence et de l'agression. Par exemple, à Taïwan (Wang, Fang, Wu, Hsu & Lin, 2019), la prévalence est étudiée en excluant la violence sexuelle. De même, en Iran, cette exclusion est motivée par des considérations culturelles (Emam, Alimohammadi, Sadrabad & Hatamabadi, 2018), bien que la « violence raciale et ethnique » y soit étudiée.

Dans le cadre du travail, la notion de violence a été également associée au terme de « harcèlement », qu'il soit moral, sexuel ou basé sur le genre. La Loi du 11 juin 2002 relative à la protection contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail établit l'ensemble des comportements et conduites désignant la violence et le harcèlement dans le cadre du travail et pouvant avoir une incidence sur l'exécution du travail ou se déroulant sur le lieu de travail. Cette définition prend en considération à la fois les aspects physiques et psychiques et de dignité de ces actes. A la suite de cette loi, il ressort que la violence et le harcèlement au travail peuvent être le fait de tiers (violence externe), de collègues ou encore de supérieurs hiérarchiques (violence interne).

Dans la convention n°190 sur la violence et le harcèlement de l'Organisation internationale du Travail (OIT), la violence et le harcèlement dans le monde du travail désigne :

> « Un ensemble de comportements et de pratiques inacceptables, ou de menaces de tels comportements et pratiques, qu'ils se produisent à une seule occasion ou de manière répétée, qui ont pour but de causer, causent ou sont susceptibles de causer un dommage d'ordre physique, psychologique, sexuel ou économique, et comprend la violence et le harcèlement fondés sur le genre » (OIT, 2019).

Cette même convention marque par ailleurs une avancée majeure en matière de protection contre la violence et le harcèlement au travail en reconnaissant de nouvelles formes de harcèlement : celles basées sur le genre et celles liées aux nouvelles technologies (OIT, 2019). Et dans le contexte de cette étude, en ce compris culturel, et des cibles visées (travailleurs du secteur médical et personnel de secours et des urgences), il convient de s'attarder sur ces deux formes de violence.

Selon l'OIT, la « violence et harcèlement fondés sur le genre » correspond à la violence et au harcèlement visant une personne en raison de son sexe ou de son genre, ou ayant un effet disproportionné sur les personnes d'un sexe ou d'un genre donné, et comprend le harcèlement sexuel. Ces violences touchent principalement les femmes et les filles, mais aussi les personnes LGBTQIA+ : « la violence et le harcèlement fondés sur le genre ciblent de manière disproportionnée les femmes et les filles, et reconnaissant également qu'une approche inclusive, intégrée et tenant compte des considérations de genre, qui s'attaque aux causes sous-jacentes et aux facteurs de risque, y compris aux stéréotypes de genre, aux formes multiples et intersectionnelles de discrimination et aux rapports de pouvoir inégaux fondés sur le genre, est essentielle pour mettre fin à la violence et au harcèlement dans le monde du travail » (OIT, 2019). La violence basée sur le genre est étroitement liée à l'inégalité de genre (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, n.d.).

Alors qu'à la fois les hommes et les femmes peuvent être victimes de violence, il apparaît toutefois que les schémas d'exposition au risque de violence au travail varient en fonction du sexe et peuvent, notamment, être influencés par la division sexuelle du travail : « Women are concentrated in many of the higher-risk occupations, particularly as teachers, social workers, nurses and health-care workers, as well as bank and shop workers. » (Chappell & Di Martino, 2006 :6). On parle alors de violence basée sur le genre et il s'agit d'un enjeu considérable de la violence au travail, et en particulier dans le secteur médical. Liu et al. (2019) ont mis en lumière que les femmes sont plus susceptibles d'être exposées à du harcèlement sexuel que les hommes. L'enquête IPSOS 2023 documente que 78% des femmes médecins ont déjà été victimes de comportements sexistes, 30% ont été victimes de gestes à connotations sexuelles, voire d'attouchements. Et moins d'un tiers des femmes qui ont vécu ce type de comportements déclarent en avoir parlé au sein de l'hôpital. Il s'agit de l'une des complexités de ces violences : elles sont plus rarement rapportées ou signalées

en interne, comme auprès de la police (NSVRC, n.d.), par peur de représailles, par honte, peur du jugement des autres, peur du système judiciaire, ou encore parce que la victime ne comprenait pas sur le moment que la situation était anormale (Ipsos, 2023 ; SACC, 2021). Par ailleurs, les hommes témoins de ces actes ne libèrent pas leur parole : seulement un sur 10 en a référé à sa hiérarchie (Ipsos, 2023).

Sans être intrinsèquement liées aux violences basées sur le genre, les violences sexistes et sexuelles englobent un large spectre de comportements, allant des remarques sexistes aux agressions sexuelles, en passant par le harcèlement sexuel, le chantage sexuel et les attouchements non consentis. Derrière ces comportements inacceptables et punissables, se cachent des stratégies de pouvoir et de dominance (FOGE & SECO, n.d.) et un déséquilibre des pouvoirs exercés dans l'intention d'humilier et de faire naître chez une personne ou un groupe de personnes un sentiment d'infériorité et/ou de subordination (Conseil de l'Europe, n.d.). La violence basée sur le genre est profondément enracinée dans les structures, normes et valeurs sociales et culturelles qui régissent la société, et est souvent entretenue par une culture de déni et de silence. Elle ne se limite pas à la sphère « professionnelle » et concerne majoritairement des femmes (Conseil de l'Europe, n.d.). Selon l'ONU Femmes (2020), plus de 70% des femmes dans le monde ont subi une forme de violence basée sur le genre au cours de leur vie, et la pandémie de COVID-19 a aggravé ces violences, avec une augmentation de 30% des signalements de violences domestiques dans certains pays.

Parmi toutes les classifications existantes de la violence et des agressions – dont nous n'avons présenté qu'un aperçu – on peut se référer, pour d'autres exemples, aux travaux de Ramirez & Andreu (2003, 2008) portant spécifiquement sur les agressions. Nous avons opté dans la présente étude pour la catégorisation de la violence par la DSP. Ce choix s'explique par un souci d'exhaustivité. L'utilisation de la définition de la DSP met l'accent sur la diversité des formes de violence, ce qui constitue un signal important pour les victimes potentielles. De cette manière, elle indique également que l'on ne peut pas être victime de violence physique ou verbale - les formes de violence peut-être les plus évidentes - mais aussi de menace/intimidation, de harcèlement sexuel ou de discrimination. Tolhurst et al. (1999) soulignent, quant à eux, la nature intentionnelle de la violence.

Cette classification relativement complète a été enrichie de deux nouvelles « formes de violence » en 2021 dans l'étude de Verwee et al. (2022), à savoir :

- La diffusion d'images indésirables sur les médias sociaux ;
- La diffusion de textes non désirés sur les médias sociaux.

L'ajout de ces deux nouvelles formes de menaces et d'intimidation s'explique par l'essor d'Internet et des réseaux sociaux, qui a considérablement modifié les dynamiques relationnelles et leurs limites. Ces technologies de l'information et de la communication (TIC) qui permettent d'être en contact permanent avec les amis, les collègues, et les proches, qu'importe la distance, de partager des messages instantanés, de rencontrer des personnes en dehors du cercle habituel, sont également des facilitateurs de diffusion de messages, images, vidéos à caractère haineux, de menaces ou encore d'humiliation publique (telle que les *revenge porn* ou le *doxxing*). Par ailleurs, les nouveaux espaces qu'offrent les réseaux sociaux et l'exposition qu'ils permettent par la diffusion des activités personnelles et professionnelles renforcent le risque de cyberharcèlement. L'anonymat et la viralité que permettent les réseaux sociaux ouvrent toutes les voies à des comportements malveillants, allant de la diffamation à l'incitation à la haine, en passant par le harcèlement ciblé. Cette facilité d'accès aux informations personnelles et cette absence de barrière physique encouragent certains individus à adopter des comportements qu'ils n'auraient peut-être pas dans un cadre réel, amplifiant ainsi l'impunité perçue des agresseurs et la distanciation morale. Les réseaux sociaux ouvrent en quelque sorte la voie à des « solutions alternatives » pour faciliter les desseins des agresseurs (De Stefano, Durri, Stylogiannis & Wouters, 2020). De plus, les algorithmes des plateformes, en favorisant la visibilité des contenus générant de l'interaction, peuvent involontairement participer à la propagation de ces violences en mettant en avant des publications polémiques ou agressives. Enfin, la difficulté pour les victimes d'effacer définitivement les traces numériques de ces attaques renforce l'impact psychologique et social du cyberharcèlement, qui peut s'inscrire dans la durée et affecter durablement leur bien-être. Ces effets sont d'autant plus conséquents du fait de la persistance des contenus en ligne, leur accessibilité permanente et leur diffusion massive qui exacerbent la souffrance des victimes. Par ailleurs, les réseaux sociaux ne sont pas les seuls outils du cyberharcèlement : les emails, les appels téléphoniques et autres publications via les TIC sont autant de vecteurs de cyberharcèlement.

Ce qui distingue le cyberharcèlement du harcèlement traditionnel, outre l'utilisation des TIC, est la notion de répétitivité. Comme mentionné par De Stefano et al. (2020), les TIC permettent aux individus d'accéder à plusieurs reprises à du contenu dénigrant, agressif, humiliant publié en ligne à une seule occasion. Or, un seul acte peut exposer les victimes de manière répétée sans que les auteurs initiaux du contenu ne l'aient prévu au départ. Dans ce cas, le critère de répétition est moins fiable pour caractériser la gravité de cette forme de

harcèlement. A cela s'ajoute le fait que, contrairement au harcèlement traditionnel, les traces du cyberharcèlement peuvent s'avérer impossibles à effacer dans la pratique. Cela amène à distinguer le cyberharcèlement direct (l'auteur a un contact direct avec la victime) et le cyberharcèlement indirect (l'auteur utilise des zones « relativement publiques du cyberespace » plutôt que des canaux privés) (De Stefano, Durri, Stylogiannis & Wouters, 2020). Selon ces mêmes auteurs, une autre particularité du cyberharcèlement concerne le « pouvoir inégal » entre les victimes et les agresseurs. Cette inégalité tient à la maîtrise des technologies utilisées ainsi qu'à l'anonymat que permet les TIC.

Dans la sphère professionnelle, Desrumaux, Hellemans, Malola, & Jeoffrion (2021) ont par ailleurs mis en lumière la corrélation entre le harcèlement « traditionnel » et le cyberharcèlement sur le lieu de travail : « Si une victime subit du harcèlement en personne, elle sera probablement soumise à du harcèlement par le biais de la technologie et donc à du cyberharcèlement. Étant donné que la technologie est omniprésente, il se pourrait même que les brimades au travail se poursuivent en dehors des heures de travail et qu'elles impliquent des facteurs nouveaux et/ou différents pour la santé mentale de la victime.[5] ». Le cyberharcèlement dans le contexte professionnel est dès lors une réalité, constituant une intrusion dans la vie personnelle des victimes puisque ne se limitant pas nécessairement aux heures de travail, ni au lieu, ni à la sphère professionnelle.

Parmi les formes de violence professionnelle, différentes typologies ou classifications ont vu le jour. Sans toutes les parcourir, deux nous semblent pertinentes à mentionner dans le cadre de cette étude et du groupe-cible. La première catégorisation est celle établie par Garcia, Hue, Opdebeeck, & Van Looy (2003) : (1) les violences orientées vers le travail (qui visent directement les tâches, les responsabilités, les performances professionnelles de la victime) ; (2) Les violences orientées vers la personne (qui visent les caractéristiques personnelles de l'individu, ces violences pouvant revêtir différentes formes : menaces, traques, humiliations, discriminations basées sur la couleur de peu, le genre…). La seconde est celle développée par Bowie (2002), complétée par celle de la Division Californienne de Sécurité et de Santé au Travail (OHSA) et se basant sur les facteurs de risque :

- La violence au travail peut être classée en plusieurs catégories selon son origine et les acteurs impliqués. La première forme est la violence externe, également appelée violence criminelle. Elle est exercée par des individus extérieurs à l'organisation, tels que des clients, des patients ou des visiteurs. Ce type de violence se manifeste souvent sous la forme d'agressions physiques, de menaces ou de vols. Il est particulièrement fréquent dans les secteurs où les employés sont en contact direct avec le public, comme la santé, les transports ou le commerce.
- Un autre type de violence est la violence liée aux relations avec le public, qui survient dans le cadre des interactions entre les employés et les usagers, patients ou clients. Elle peut inclure des comportements agressifs, du harcèlement verbal ou des menaces. Ce phénomène est courant dans les professions où les travailleurs sont exposés à des publics parfois en détresse, comme les soignants, les travailleurs sociaux ou les enseignants.
- La violence interne, quant à elle, se produit au sein même de l'organisation et concerne les relations entre collègues ou entre un supérieur et un subordonné. Elle peut prendre la forme de harcèlement moral ou sexuel, d'intimidation, ou encore de conflits interpersonnels. Ce type de violence est souvent aggravé par des environnements de travail stressants, compétitifs ou mal régulés, où les tensions entre employés sont exacerbées.
- Enfin, la violence organisationnelle, ou institutionnelle, découle directement des conditions de travail imposées par l'entreprise ou l'institution. Elle se manifeste par une pression excessive, une surcharge de travail, un manque de reconnaissance ou encore l'absence de soutien managérial. Ces facteurs peuvent entraîner un mal-être profond chez les employés, favorisant ainsi l'épuisement professionnel et les conflits internes.

2.3 Les prévalences des faits de violence – En Belgique et ailleurs

En Belgique, ainsi que partout ailleurs en Europe (et dans le monde), la violence à l'encontre du personnel médical et du personnel de secours fait régulièrement la une des journaux. Ce phénomène, loin d'être anecdotique, témoigne d'un climat de tensions croissantes dans les milieux hospitaliers et les services d'urgence. En France, par exemple, en octobre 2024, le Conseil national de l'Ordre des médecins a signalé une hausse inédite des violences contre les soignants, avec 1 581 incidents rapportés, soit une augmentation de 27% par rapport à l'année précédente. Parmi ces cas, les agressions verbales et les menaces représentent

[5] Traduit de l'anglais par les autrices : « If a victim gets bullied in person, she/he will probably be subject to bullying through technology and thus cyberbullying. Given that technology is everywhere it could even be that work bullying continues after work hours and might involve new and/or different factors in the victim's mental health »

la majorité des incidents (73%), suivies des agressions physiques, des vols et des actes de vandalisme (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023). En Belgique, l'Ordre des médecins (2023) indique que 84,4% des médecins ayant participé à l'enquête nationale ont rapporté avoir été victimes d'une forme quelconque d'agression ou de violence dans le cadre de la relation médecin-patient à un moment donné de leur carrière. Toutefois, l'ampleur réelle du problème est particulièrement difficile à mesurer car celle-ci dépend fortement de l'existence et de la disponibilité des chiffres, qui ne sont pas très nombreux ou trop limités, comme les statistiques criminelles de la police qui reposent sur les plaintes officielles déposées.

2.3.1 Les « dark numbers » - Rendre visible l'invisible

La violence et les agressions sont difficiles à mesurer, car les données officielles dépendent du comportement de déclaration des victimes, laissant ainsi subsister un chiffre noir. Cela signifie qu'un grand nombre d'actes d'agression et de violence ont lieu sans jamais être signalés et, par conséquent, ne sont pas pris en compte dans les chiffres officiels. Les raisons expliquant l'existence de ce chiffre noir sont diverses et très variées : certaines personnes ne réalisent pas toujours qu'elles sont victimes d'agression ou de violence (par exemple, l'ignorance du fait que la diffusion non consentie d'images ou de textes sur Internet constitue une agression), d'autres connaissent (bien) l'auteur des faits, certaines ressentent de la honte, d'autres encore ne se sentent pas reconnues en tant que victimes parce que leurs collègues prennent la situation à la légère, ou encore, d'autres ont peur des conséquences qu'un signalement ou une dénonciation pourrait avoir (notamment sur leur carrière).

Les raisons du non-signalement des actes de violence, que cela soit en interne ou auprès de la police, sont très variées et très variables, et peuvent fortement dépendre du secteur d'activité. Différentes études belges et internationales ont documenté ces raisons. Ainsi, dans les forces de police, la raison la plus souvent invoquée pour « justifier » de ne pas déclarer les actes de violence est que « cela fait partie du travail », suivie par le fait que la victime estime que l'incident n'est « pas assez grave » et que le signalement « ne donnerait de toute façon pas de résultats » (Van Branteghem et al., 2014). Pour le personnel de secours et d'urgence, les principales raisons avancées sont que les faits ne sont pas suffisamment graves, qu'il n'y a pas eu ou qu'il y a eu peu de dégâts, qu'ils estiment que cela fait « partie du job » (Verwee et al., 2022). Dans le secteur des soins de santé, les principales raisons qui ont été identifiées sont :

- Sentiment d'empathie pour le patient et sa famille ;
- Croyance que la violence de bas niveau est acceptable, qu'elle fait partie du travail et que ce n'est pas la faute du patient ;
- L'état de santé du patient comme facteur contribuant à la violence ;
- Les processus de signalement difficiles et les préoccupations liées au manque de confidentialité ;
- L'impression que les responsables ne traiteront pas le problème de manière appropriée ;
- La peur des représailles ou du blâme ;
- L'absence de normes et d'exigences en matière de signalement ;
- Frustration de ne pas recevoir de retour d'information sur les incidents signalés (NSW Ambulance, 2016).

Bigham et al. (2014) soulignent le fait que la sous-déclaration de la violence au travail a des explications sous-jacentes telles que la culture organisationnelle qui « ne permet pas de signaler la violence » et le manque de confiance des employés dans la direction. Le phénomène de sous-déclaration avait été estimé à environ 40% des incidents agressifs pour les services d'urgence (LRD, 2005). Cela implique qu'un outil de signalement bien conçu est crucial, de même qu'un encouragement de l'organisation à signaler tous les incidents pour lutter contre la violence au travail.

Les taux de non-signalement des actes de violence au travail sont élevés (Murray et al, 2019). Ce n'est pas seulement le cas pour la violence verbale, mais également pour la violence physique. Par exemple, Maguire et al. (2018) affirment que 44% des victimes ne signalent pas la violence physique. Le magazine de la National Fire Protection Association a publié en janvier 2019 les expériences des ambulanciers en matière d'incidents violents pendant leur service. De nombreux prestataires de services médicaux d'urgence considèrent que faire face à la violence « fait partie du travail » ou ne signalent pas l'incident « par sympathie » pour les patients atteints de maladie mentale, ou craignent d'être étiquetés comme faibles par leur propre corps (« NFPA Journal - The Toll of Violence », 2019). L'étude IPSOS (2023) a par ailleurs mis en lumière que les signalements d'actes de violence sont majoritairement commis entre pairs (collègues au sein de l'hôpital) et très faiblement commis auprès de la hiérarchie. Cette même étude rapport également que pour 30% des répondants aucun communiqué n'a été fait par l'établissement sur la procédure à suivre en cas de harcèlement sexuel. Pour la Belgique, De Jager (2017) a montré que la majorité des médecins, soit 77,6%, n'ont pas signalé l'incident à

la police, à l'ordre des médecins, au cercle des médecins généralistes, en interne ou ailleurs. Lorsqu'un événement a donné lieu à un signalement, il s'agissait d'un signalement à la police (10,2%).

Le signalement des faits constitue une pierre angulaire non seulement pour mettre en œuvre des approches ciblées de soutien aux victimes et de lutte contre ces phénomènes, mais aussi pour assurer un suivi et une évaluation rigoureux de la problématique des violences et agressions dont sont victimes les acteurs de première ligne (voir notamment Verwee in *BlueMinds*, 2024).

Pourtant, une part importante des faits échappe encore à l'enregistrement officiel, créant ce que l'on appelle le « dark number ». Pour pallier cette sous-déclaration, le recours aux enquêtes de délinquance auto-révélée (*self-report delinquency*, SRD) ou aux enquêtes de victimisation (*Victim Survey*) apparaît comme une méthode précieuse. Les enquêtes SRD interrogent les individus sur leur propre comportement en tant que potentiels auteurs (« Dans quelle mesure avez-vous commis certains faits tels que des violences ou des agressions au cours des 12 derniers mois ? »), tandis que les enquêtes de victimisation s'intéressent à leur expérience en tant que victimes (« Dans quelle mesure avez-vous été victime de certains faits au cours des 12 derniers mois?»). Dans ce cadre, une première collecte de données a été réalisée en 2021 par Verwee, Dormaels et Vermeulen (2022) auprès des agents des services de secours et d'urgence, ces professionnels exposés en première ligne aux situations de crise. L'étude avait mis en lumière la fréquence à laquelle ces profils sont confrontés à la violence, les caractéristiques des agresseurs, les lieux des agressions, les conséquences qu'elles sont eues sur les victimes et les ressources mobilisées à la suite de l'agression la plus marquante.

2.3.2 Prévalences pour les prestataires de soins

La littérature internationale s'est particulièrement attelée à étudier les phénomènes de violence dont sont victimes les travailleurs du secteur de soins et la santé. Déjà au début des années 2000, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Conseil international des infirmiers (CII) et les Services publics internationaux (PSI), a mené une étude sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Cette recherche a mis en avant le fait que ce problème est mondial et a abouti à l'élaboration de directives préventives. De Jager (2017) a également identifié à l'étranger plusieurs déclarations et manifestes mettant en lumière cette problématique et appelant les gouvernements à améliorer les systèmes d'enregistrement des incidents, à sensibiliser la population et à appliquer des sanctions plus sévères à l'encontre des auteurs. Cet appel à la sensibilisation et à la communication avait déjà été émis par Hinsenkamp (2013, 2014) tandis que la demande de sanctions plus strictes avait été notifiée dans l'étude de Philips (2016), qui met en évidence la sous-déclaration des incidents violents et la culture professionnelle selon laquelle l'agression et la violence sont considérées comme « une partie du travail ».

Par rapport à d'autres catégories professionnelles, le personnel de santé semble particulièrement exposé au risque de violence sur le lieu de travail, de la part des patients, des clients ou de leurs proches, en raison même des caractéristiques du public pris en charge (Schablon, Wendeler, Kozak, Nienhaus, & Steinke, 2018). Liu et al. (2019) ont réalisé une synthèse quantitative internationale sur la violence en milieu professionnel chez les soignants. Ils ont rassemblé 353 études, regroupant un total de 331 554 répondants. Parmi eux, 61,9% ont déclaré avoir déjà été confrontés à la violence au travail, 42,5% à des violences non physiques, et 24,4% à des violences physiques au cours de l'année écoulée. La forme de violence non physique la plus courante était la violence verbale (57,6%), suivie des menaces (33,2%) et du harcèlement sexuel (12,4%). Par ailleurs, dans cette étude, des différences géographiques sont identifiées en termes de prévalences de la violence au travail. Par exemple, les taux de déclaration de violence physique et de harcèlement sexuel contre les soignants sont plus élevés en Amérique du Nord et en Australasie alors que les taux de harcèlement et d'intimidation étaient les plus bas en Europe. Une hypothèse avancée est que les cas d'abus sont moins souvent signalés en Europe. D'autres spécificités relatives aux profils des victimes de violence au travail et aux risques d'exposition à la violence physique et à la violence non-physique sont également mises en lumière (comme l'ancienneté, la fonction occupée, ou l'appartenance ethnique).

Aux États-Unis, Benham, Tillotson, Davis & Hobbs (2011) constatent que trois médecins urgentistes sur quatre sont confrontés à une forme ou une autre de violence. Les personnes sous l'influence de substances et/ou atteintes de troubles psychiatriques sont plus souvent identifiées comme auteurs des faits. La problématique de la sous-déclaration est également soulignée dans cette étude. Benham et al. (2011) recommandent par ailleurs des formations supplémentaires, des sessions de sensibilisation et des cours d'autodéfense.

Toujours aux États-Unis, Gupta et al. (2023) ont étudié la prévalence de la violence dans les hôpitaux de Baltimore ainsi que l'impact des formations à la désescalade auprès des médecins et des assistants médicaux. Les chercheurs ont formulé l'hypothèse que les hôpitaux sont particulièrement exposés au risque de violence

en milieu professionnel et que la formation à la désescalade peut renforcer la confiance en soi des soignants dans la gestion des patients agressifs. Pour définir la violence au travail, ils se sont basés sur la description de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Selon l'OMS (2002), la violence en milieu professionnel comprend les incidents au cours desquels des travailleurs sont maltraités, menacés ou attaqués dans le cadre de leur travail, y compris lors de leurs trajets domicile-travail, et où leur sécurité, leur bien-être ou leur santé sont compromis, que ce soit de manière explicite ou implicite. Les résultats de l'étude révèlent que, parmi les 36 hôpitaux interrogés, 86,5% des répondants avaient été confrontés à la violence de la part de patients ou de visiteurs au cours des 12 derniers mois. Parmi eux, 83,8% ont signalé des violences verbales, 29,7% des actes de racisme, 18,9% des violences physiques et 16,2% des violences sexuelles (Gupta et al., 2023).

Une autre étude menée en Espagne a compilé des sources ayant réalisé des revues systématiques et des méta-analyses sur la violence au travail chez les soignants, en milieu hospitalier et en contexte préhospitalier. Les chercheurs ont identifié 14 études pertinentes et ont analysé trois types de violence : physique, verbale et sexuelle. Les résultats montrent que 20,8% des répondants ont signalé des violences physiques, 66,8% des violences verbales, et 20,5% des violences sexuelles. Au total, 58,7% des répondants ont déclaré avoir été confrontés à une forme de violence (Sahebi et al., 2022).

En Allemagne, Vorderwülbecke, Feistle, Mehring, Schneider & Linde (2015) ont analysé la nature et la fréquence de l'agression dans les soins de santé primaires. Parmi les 831 questionnaires récoltés, 91% des médecins ont été victimes d'un comportement agressif au cours de leur carrière et 73% au cours des douze mois derniers mois. 23% ont connu des formes graves de violence au cours de leur carrière, contre 11% durant les douze mois derniers mois. 66% des femmes médecins et 34% des hommes ont exprimé un sentiment d'insécurité lors des visites à domicile durant les heures de garde.

Toujours en Allemagne, une étude nationale datant de 2018 montre que 94,1% des employés de 81 établissements de santé participants ont rapporté avoir été victimes de violence verbale, et 69,8% de violence physique, au cours de l'année écoulée, et dont l'auteur est majoritairement un patient. Les insultes, les pincements et les griffures, les coups et les menaces sont les actes de violence le plus souvent rapportés. En outre, le harcèlement sexuel a été signalé dans tous les secteurs, avec une incidence la plus élevée dans les soins gériatriques. La violence « horizontale » a également été signalée, et celle-ci est plus souvent psychologique (comme la diffamation et les rumeurs) : 40,8% des répondants ont indiqué avoir été confrontés à de la violence psychologique de la part de collègues. Selon les résultats de cette enquête, les femmes semblent moins susceptibles d'être exposées à la violence verbale, comparativement aux hommes (Schablon et al., 2018).

Aux Pays-Bas, des enquêtes menées en 2007, 2009 et 2011 ont examiné l'ampleur de l'agression et de la violence dans quinze professions à mission publique (police, pompiers, inspection du travail, administration fiscale, administration pénitentiaire, huissiers de justice, services ambulanciers, hôpitaux, enseignement primaire et secondaire, organisme d'assurance sociale (UWV), services sociaux, personnel ferroviaire, maires et élus municipaux) (DSP, 2011). Parmi ces professions, les agents ferroviaires, les employés du système pénitentiaire et les huissiers de justice étaient les plus souvent victimes de comportements indésirables, suivis par les ambulanciers et les employés des services sociaux (DSP, 2011). L'agression verbale représentait la forme de violence la plus courante pour les employés des services publics (57% des travailleurs), suivie de l'agression physique (20%) et de l'intimidation (19%). La discrimination (12%) et le harcèlement sexuel (7%) étaient moins fréquents (DSP, 2011).

Au niveau des institutions nationales, les phénomènes de violence sont également surveillés. En 2023, le Conseil national français de l'ordre des médecins a signalé une hausse inédite des violences contre les soignants (2023). Les agressions verbales et les menaces constituent la majorité des cas (73%), suivies des agressions physiques, vols et actes de vandalisme (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023). Les violences sexistes et sexuelles (VSS) sont également fréquentes dans le milieu médical : en 2023, 65% des médecins actifs ont déclaré avoir eu connaissance de VSS, 29% déclarent en avoir été victimes lors de leur parcours étudiant, avec une prépondérance très forte de femmes victimes (54%, contre 5% d'hommes). Parmi les infractions dont sont victimes les femmes, 49% sont des outrages sexistes et sexuels, 18% du harcèlement sexuel, 9% des agressions sexuelles et 2% des viols. Pour 26% des médecins victimes, les faits ont été perpétrés par un autre médecin (Conseil National des Médecins, 2024). Selon cette même étude, deux obstacles ont été identifiés pour expliquer le peu de signalements officiels : la hiérarchie et les institutions ordinales. Les victimes craignent de ne pas être crues et qu'il y ait des conséquences sur leur carrière ou encore, elles ont honte. Les victimes ne connaissent pas les procédures de signalement, sont méfiantes ou ont une perception d'une forme d'inefficacité de l'Ordre des médecins.

Figure 2. Illustration "situation n°2" - Thèse de doctorat Zou Al Guyna (2018) ©

En 2018, la thèse de doctorat de Zou Al Guyna (2018) sur les violences sexuelles (VS) au cours des études de médecine (enquête de prévalence chez les externes d'Île-de-France) met en lumière que les victimes de VS sont des femmes. L'approche utilisée dans cette enquête est pour le moins innovante. Par le biais d'illustrations représentant les situations de violences sexuelles, cette étude documente que 29,8% des externes en médecine ont déclaré avoir vécu au moins l'une des situations de violence sexuelle présentées, que la prévalence augmente au cours du second cycle (qui comprend des enseignements théoriques et une formation en milieu hospitalier ou ambulatoire), atteignant 45,1% en fin de cycle et 61,9% chez les femmes. Sur l'échantillon étudié, 25,2% ont subi du harcèlement sexuel, 11,6% ont été victimes d'agression sexuelle et parmi ces dernières, 45,7% ont subi ces violences de manière répétée. Les profils les plus touchés sont : les femmes, les étudiants en promotions avancées, ceux ayant effectué un stage en chirurgie et ceux impliqués dans la vie étudiante. Les hommes ne sont pas épargnés par cette violence puisque 11,2% des répondants masculins ont vécu au moins une des situations de violence.

En 2019, toujours en France, la journaliste Cécile Andrzejewski sort le livre « Silence sous la blouse ». Ce livre relate les témoignages de médecins, infirmières, techniciennes de laboratoires, d'aides-soignantes qui ont été victimes de harcèlement, d'agressions sexuelles, de bizutage ou encore de blagues grivoises. Malgré des tentatives de signalement, un constat : « *Ceux qui leur font face, supérieurs ou collègues, partagent la même impunité : ils ont été couverts par leurs confrères et leur hiérarchie*. » (Le Spécialiste, 2019).

Ces situations françaises font écho à la situation belge mise en lumière par Geldolf et al. (2021). Sur 3 015 étudiants flamands en médecine, 1 168 ont indiqué avoir déjà été victimes d'au moins une forme de violence sexuelle sur leur lieu de travail. Les chercheurs ont interrogé les répondants sur des événements de type « hands-off » et « hands-on ». Le comportement « hands-off » inclut des blagues ou remarques inappropriées, le sexting, le fait de déshabiller quelqu'un sans son consentement (qu'il s'agisse de la victime ou de l'agresseur) ou d'enregistrer cet acte. Le comportement « hands-on » concerne les (tentatives de) gestes non consentis tels que des baisers, des attouchements, des rapports oraux ou d'autres formes de pénétration. Parmi les infractions « hands-off », 32,9% des répondants ont déclaré avoir reçu au moins une remarque sur leur apparence ou avoir été exposés à des blagues irrespectueuses. Les infractions « hands-on » étaient moins fréquentes : les attouchements non désirés (ou tentatives) étaient les plus courants, signalés par 8,7% des répondants. Parmi eux, 39% ont subi ces comportements à plusieurs reprises, et 4% ont déclaré que ces situations se produisaient régulièrement (Geldolf et al., 2021). Les violences dans le milieu médical sont également confirmées par le rapport SERV – Moniteur de viabilité du travail en Flandre de 2023, qui indique que 19,4% des travailleurs du secteur des soins et du bien-être ont été victimes de violences physiques, 25,9% d'intimidation ou de menaces, 10,3% de comportements sexuels non désirés et 12,1% de harcèlement. Ces chiffres sont significativement plus élevés que les moyennes de la population active flamande (6,8%, 17,9%, 3,6%, 9,7%) (Stichting Innovatie & Arbeid, 2024).

Plus largement, les recherches menées en Belgique confirment cette tendance. Une étude réalisée en 2017 généralistes (De Jager, 2017 ; De Jager et al., 2019) indiquait que 84,4 % des médecins généralistes avaient déjà été agressés au cours de leur carrière, dont 36,8 % au cours de l'année écoulée. Sur cette même période :

- 33,1 % ont rapporté des agressions verbales,
- 30 % des agressions psychologiques,
- 14,4 % des agressions physiques,
- et près de 10 % des agressions sexuelles.

Ces données révèlent également que les femmes sont plus souvent victimes de violences verbales, psychologiques et sexuelles, tandis que les médecins plus jeunes ou moins expérimentés sont également davantage exposés. Le personnel hospitalier — notamment les infirmiers et aides-soignants — apparaît également comme particulièrement exposé aux violences, qu'elles sont perpétrées par des patients ou leur entourage. Pour faire face à ce phénomène, diverses stratégies ont été mises en lumière, telles que

l'amélioration des mesures de sécurité, la formation à la gestion de la violence et la mise en place de protocoles de signalement plus stricts.

Ces prévalences d'agression sont également rapportées par une étude de 2022 de l'IDEWE qui indique que 34,4% des travailleurs du secteur de la santé ont été victimes d'une agression externe. Le rapport identifie la pandémie de coronavirus comme la cause de l'augmentation des incidents d'agression dans le secteur de la santé (IDEWE, 2022).

Plus récemment, une étude nationale menée par l'Ordre des médecins a documenté que 84,4% des médecins ayant participé à l'enquête ont été victimes d'une forme d'agression ou de violence, dans le cadre de la relation médecin-patient, à un moment donné de leur carrière. Les formes de violence les plus récurrentes sont : 77,2% pour la violence verbale, 41,7% pour la violence psychique, 24,2% pour la violence physique et 10,1% pour la violence sexuelle. Ces chiffres de 2023 sont en nette augmentation par rapport aux mesures précédentes (Ordre des Médecins, 2023).

2.3.3 Prévalences pour les services de secours et d'urgence

La confrontation avec la violence est perçue comme de plus en plus fréquente selon les pompiers et les secouristes (Verwee et al., 2022). Les données nationales et internationales confirment les tendances observées et bien que cette violence ne soit pas nouvelle, ce que l'on constate c'est un changement dans les types de violence et une sous-estimation potentielle des données :

> « Toutefois, ces dernières années, nous constatons une hausse du nombre de cas et un changement dans le type de violence. Cette augmentation est ressentie au sein des services de secours et parmi les travailleurs sur le terrain, mais elle est difficile à étayer. En effet, il n'existe aucune base de données qui centralise les chiffres. De plus, nous soupçonnons une forte sous-déclaration, en particulier des formes d'agression plus « légères », car de nombreux secouristes considèrent encore que « cela fait partie de leur travail. » (Brugghemans in Blue Talks, 2023)

Cette violence est d'autant plus déconcertante qu'elle est le fait de citoyens à l'encontre de celles et ceux qui répondent à une situation d'urgence et de secours. Déconcertant également car ces phénomènes semblent augmenter au fil des années : 65,4% des professionnels ont le sentiment qu'il y a plus d'agressions dans l'exercice du métier de pompier (Verwee et al., 2022). Plusieurs facteurs expliquent en partie la prévalence des actes violents, tels que l'augmentation de la consommation de substances, la détresse (peur, douleur) ou la recherche de coups, qui conduisent à plus d'agressions contre le personnel des services d'urgence. (Communiqué de presse[6] de décembre 2024 au nom des secouristes du Limbourg). La crise sanitaire du Covid-19 a par ailleurs joué un rôle dans l'évolution des phénomènes d'agression et du sentiment d'insécurité ressentis par les professionnels des services de secours et des forces de l'ordre, et ce à différents degrés. L'étude de l'Observatoire de Safe.Brussels a documenté que pendant la crise sanitaire la nervosité de certains publics était exacerbée, que les agents publics avaient également eu des craintes vis-à-vis de leur propre sécurité sanitaire du fait de contacts fréquents avec le public, et que l'on avait assisté à une diversification des profils des auteurs de violence à leur encontre (Distexhe, 2024).

Ces phénomènes de violence où des pompiers sont attaqués par des citoyens, apparaissent un peu partout en Europe comme en France (notamment lors d'émeutes urbaines), au Royaume-Uni, en Italie, en Finlande ou encore en Suède (Scandella, 2012) et ne se limitent pas à l'Europe, ni à une culture spécifique (Drew, 2023). Selon Scandella (2012), l'une des causes évoquées par la recherche résiderait dans l'assimilation, par les citoyens, des pompiers aux policiers.

En matière de prévalence, une étude internationale sur la violence physique envers les services médicaux d'urgence a été lancée en 2018 par la Central Queensland University. Treize pays ont participé à cette étude, et la plus grande proportion des répondants provenaient respectivement des États-Unis, d'Australie et du Royaume-Uni. Cette étude documente que 65% des répondants ont déclaré avoir été confrontés à des violences physiques durant leur service au cours des 12 derniers mois (Maguire et al., 2018). Les résultats de sept des treize pays répondants indiquent en moyenne 2,3 incidents de violence physique par employé à temps plein et par an. Cinq ans plus tôt, en 2013, une étude menée aux États-Unis avait révélé que le risque relatif de violence était deux fois plus élevé chez les ambulanciers que la moyenne nationale et que 8% des blessures mortelles chez les ambulanciers avaient pour cause la violence (Marguire & Smith, 2013).

[6] Communiqué de Presse du 17 décembre 2024 au nom des secouristes du Limbourg : https://www.jessazh.be/documents/20123/72041328/20241217+-+PB-+Limburgse+hulpverleners+vragen+respect+.pdf/d2e8d6fb-fe0f-1042-adb1-1d144076efbe?t=1734435889936 consulté le 31 mars 2025

En Australie, l'étude de Boyle, Koritsas, Coles & Stanley (2007) avait mis en lumière que 87,5% des paramédicaux ont vécu des situations de violence au travail au cours des douze mois derniers mois, 62% des répondants à cette étude étant spécifiquement identifiés comme « ambulanciers paramédicaux qualifiés » (Boyle et al., 2007). La violence verbale était la forme de violence la plus courante sur le lieu de travail (82%), suivie de l'intimidation (55%), des agressions physiques (38%), du harcèlement sexuel (17%) et des agressions sexuelles (4%).

Au Canada, 75% des paramédicaux des services médicaux d'urgence déclaraient, en 2014, avoir été confrontés à des actes de violence dans l'exercice de leur fonction au cours des douze mois derniers mois. Parmi eux, 67% ont subi des violences verbales, 41% des intimidations, 26% des violences physiques et 3% ont été victimes d'agressions sexuelles (Bigham et al., 2014).

Parmi les techniciens ambulanciers d'urgence à Taïwan, 74,3% déclarent avoir déjà été victimes de violences verbales en service, tandis que 49,3% ont déjà subi des violences physiques (Wang et al., 2019).

En Turquie occidentale, une étude quantitative a été menée sur la violence à l'égard des services d'urgence. Les chercheurs ont réparti la violence en cinq catégories : violence verbale, menaces spécifiques, violence physique avec ou sans blessure, violence sexuelle et une catégorie regroupant des événements ne relevant pas des catégories précédentes. Il en a été conclu qu'en 2004, plus de la moitié des employés avaient été confrontés à la violence verbale et que 8,5% avaient été victimes de violence physique (Ayranci, 2004).

Une autre étude menée au Royaume-Uni entre 2016 et 2017 a examiné la fréquence à laquelle les pompiers étaient confrontés à des incidents violents lors d'un appel d'urgence, ceux-ci pouvant également se produire sur le trajet vers ou depuis le lieu d'intervention. Les chercheurs précisent qu'ils ne comptabilisent qu'un seul incident violent par événement, sans tenir compte du nombre d'attaques qu'il a pu comporter, afin d'éviter une surestimation des chiffres. Les différents types de comportements agressifs pris en compte dans cette étude sont l'intimidation, le lancer d'objets sur les pompiers et/ou leur matériel, la violence verbale et physique, ainsi que d'autres formes d'agression. Entre 2016 et 2017, 738 incidents ont été recensés, la violence verbale étant présente dans plus de la moitié d'entre eux. Ensuite, le jet d'objets sur les pompiers ou leur équipement représente 28% des cas. Parmi les 738 incidents, 56 pompiers ont été blessés (Home Office, 2017).

Bergman, Valk et de Vries (2013) ont réalisé une étude de la littérature grise en se basant sur la couverture médiatique néerlandaise en 2011-2012. Ils concluent que la police est la profession la plus exposée à la violence. Viennent ensuite les ambulanciers et les pompiers. En 2012, la couverture médiatique se concentrait principalement sur la victimisation par l'agression physique (56%) ou par une combinaison d'agression physique et verbale (17%). Dans 14% des cas, il ne s'agissait que d'agressions verbales. Cela indique que les médias accordent probablement plus d'attention aux formes physiques d'agression.

Concernant plus spécifiquement les services paramédicaux et les ambulanciers, Drew (2023) a mené une revue systématique de la littérature permettant de dresser un tableau des prévalences de la violence au travail (appelée violence occupationnelle) pour ces profils. Parmi les études récentes mentionnées, celles de Gormley et al. (2016) menée auprès de 1 800 paramédicaux aux États-Unis, révèle que 69% des répondants avaient subi au moins un incident de violence au travail au cours des douze mois précédents, avec une prédominance de la violence verbale (67%) et une exposition non négligeable à la violence physique (44%). Comme le souligne Drew (2023), l'exposition des paramédicaux à la violence occupationnelle a également été documentée en Europe du Sud et de l'Ouest. En Espagne, Bernaldo-De-Quiros et al. (2015) ont mené une étude auprès de 441 paramédicaux, indiquant que 48% des répondants avaient été exposés exclusivement à des violences verbales, tandis que 34% avaient subi à la fois des violences verbales et physiques. Seuls 18% déclaraient n'avoir jamais été victimes d'agression.

Tandis qu'aux Pays-Bas, l'étude longitudinale conduite par van der Velden et al. (2016, in Drew, 2023) auprès de paramédicaux de cinq services d'ambulance régionaux, à l'aide de deux enquêtes réalisées sur une période de douze mois, rapporte que la violence verbale s'est révélée être la forme la plus fréquente d'agression, passant de 40% des répondants dans la première enquête à près de 50% dans la seconde. En comparaison, les taux de violence physique étaient également notables (35% et 34% respectivement), bien que l'incidence de violences physiques répétées dans les six mois suivants ait fortement diminué (7% puis 4%).

Dans une autre étude néerlandaise menée par Aarten et al. (2020), les chiffres de l'agression envers les ambulanciers entre 2007 et 2015 aux Pays-Bas ont été comparés, permettant de conclure qu'une diminution avait eu lieu sur une période de huit ans. Dans cette étude, l'agression et la violence sont décrites comme l'intimidation, la violence physique, le harcèlement sexuel et le harcèlement moral. Toutefois, les chercheurs soulignent que le nombre d'incidents violents reste élevé malgré la baisse. En 2007, 71% des répondants

avaient déclaré avoir été confrontés à la violence et à l'agression de la part d'externes, contre 65% en 2015. Il convient de noter que l'étude a été réalisée avec un très faible nombre de répondants, en moyenne 16 par an, ce qui impose une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

En Belgique, les ambulanciers, pompiers et autres travailleurs des services d'urgence sont régulièrement confrontés à des violences et agressions. Selon une enquête menée en 2021 par l'institut Vias, 83% des répondants ont été victimes de violence verbale, principalement sous forme de cris. Les insultes représentent la deuxième forme d'agression verbale la plus courante : jusqu'à 15% des secouristes déclarent en subir chaque semaine. Les agressions physiques sont également fréquentes : une personne sur deux affirme en avoir été victime au cours des 12 derniers mois. Ces agressions incluent des actes tels que pousser, frapper, donner des coups de pied, bloquer physiquement quelqu'un ou encore jeter/détruire des objets. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants (54%) signalent avoir été menacés, et les intimidations à caractère sexuel sont elles aussi significatives : une personne sur six rapporte avoir été victime de commentaires déplacés, et 10% déclarent avoir subi des attouchements. D'après les témoignages recueillis, 52% des agresseurs étaient sous l'influence de l'alcool, un tiers sous l'emprise de drogues, et un peu plus d'un cinquième sous celle de médicaments (Verwee et al., 2022). La même étude souligne que la répétition de ces agressions a un impact significatif sur la santé mentale des intervenants de première ligne : stress accru, perte de satisfaction au travail, troubles du sommeil, etc.

Plus récemment, l'Observatoire de Safe.Bruxelles a documenté le risque auto-estimé par les pompiers bruxellois[7] de subir des violences dans le cadre de leurs missions : 40% d'entre eux estimaient ce risque modéré, 20% élevé et 6% très élevé. En termes de faits, les prévalences hebdomadaires et mensuelles étaient réparties comme suit :

Tableau 1. Faits de victimisation subis par les pompiers bruxellois (les répondants) (Distexhe, 2024).

	« Au moins une fois par semaine » - Pompiers	« Au moins une fois par mois » - Pompiers
Agressivité verbale	29%	67%
Injures	21%	56%
Menaces et intimidations	7%	32%
Violence physique	-	14%
Dégradations matérielles	1%	5%

2.4 Facteurs de risques

« Violence is so common among workers in contact with people in distress that it is often considered an inevitable part of the job. » (Chappell & Di Martino, 2006 :86)

Nombre de chercheurs se sont interrogés sur l'éventualité de dresser des profils-types de victimes de violence afin, entre autres, de déterminer certaines caractéristiques individuelles qui permettraient d'expliquer les raisons amenant une personne à devenir la cible de violence ou d'agression. Cette approche est fortement questionnable. Outre de faire porter le poids de la violence sur les épaules de la victime (« elle serait en quelque sorte responsable de cette situation »), cette démarche peut également participer à un phénomène de stigmatisation et d'invisibilisation car tout le monde peut être victime de violence.

Toutefois, des constats ont été dressés quant à certaines caractéristiques concernant l'appartenance professionnelle des victimes, le lieu et environnement de travail. Nous parlons alors de professions à risque, démontrant alors que l'occupation professionnelle peut être fortement associée à l'expérience de la violence au travail (Murray et al., 2019) et de facteurs de risques.

Au fil de la revue de la littérature, il apparaît qu'un certain nombre de professions sont à risque : les professionnels des services de secours et du corps (para)médical (ainsi que les collaborateurs administratifs), les forces de l'ordre, les travailleurs dans les transports publics, les enseignants … L'exposition aux risques de violence de ces professions s'expliquerait par une série de facteurs de risque liés à la nature de leur travail,

[7] Cette étude documente également ces risques et prévalences pour les policiers, gardiens de parcs et gardiens de la paix bruxellois.

en ce compris leurs environnements (lieux extérieurs et/ou inconnus), et le public avec lequel ils sont en contact (personnes en détresse et/ou en souffrance, sous l'influence de substances ou de médicaments …).

Pour commencer, il y a l'environnement dans lequel la personne exerce son métier, et plus précisément, les circonstances et les situations dans lesquelles le professionnel peut être amené à se retrouver. Et ces « situations à risque » sont associées à un risque accru d'exposition à la violence : travailler seul (par exemple, dans un établissement ou chez des patients), travailler dans des zones isolées ou à forte criminalité, travailler à des horaires tardifs, de nuit ou très matinaux, travailler en contact avec le public (par exemple, chauffeur de bus), travailler avec des personnes en détresse (par exemple, secouristes), travailler dans des circonstances de vulnérabilité particulière (par exemple, travailler avec des immigrés ou avec des personnes sous l'influence), travailler dans des organisations militaires et paramilitaires, et travailler dans des zones de conflit ou avec des milieux armés (Chappell & Di Martino, 2006; Muñoz, 2023; OSHA, 2016; OIT, 2022). A cela s'ajoute, pour les professionnels des urgences et des soins, le fait de devoir travailler dans une situation de stress accru (car la vie de la personne est en jeu, que la situation se trouve en zone de tensions, ou encore que le temps presse - « Violence, for example, is only giving you five minutes to see to a patient », Equal Times, 2024).

A cet environnement, s'ajoute l'ergonomie du lieu : une conception environnementale défavorable du lieu de travail qui peut bloquer la vision des employés ou interférer avec leur fuite en cas d'incident violent, des couloirs, pièces, parkings et autres zones mal éclairés, absence de moyens de communication … (OSHA, 2016). Dans le secteur médical, cette insécurité est aggravée par la détérioration des conditions de travail liée au manque de moyens financiers et humains que vivent de nombreux hôpitaux. L'afflux croissant de patients surcharge les soignants, prolonge les délais d'attente à tous les niveaux, et engendre tensions et impatience. Ce contexte rend difficile une communication soignant-soigné de qualité, souvent non enseignée ni pratiquée, alors même que son absence est un facteur reconnu de violence. Sous pression, les soignants peuvent adopter une communication inadaptée, source fréquente de conflits (Duesberg, 2022).

Dans leur ouvrage, Chappell et Di Martino (2006) analysent en profondeur les contextes et les populations avec lesquels les professionnels de la santé ainsi que les personnels de secours et d'urgence doivent interagir. Ces deux groupes sont particulièrement exposés au risque de violence, en raison de la nature même des situations dans lesquelles le public avec lequel ils interagissent se trouve. Les patients amenés à se rendre à l'hôpital se trouvent souvent dans des états de souffrance, de détresse, d'anxiété, ou encore peuvent présenter des troubles psychiatriques, physiques ou émotionnels. Les sentiments de frustration — notamment liés aux délais d'attente, au manque d'information ou de communication — de colère ou d'incompréhension peuvent contribuer indirectement à des situations d'agressivité. Les ressentis, le vécu et ces situations de sensibilité exacerbée des patients, et notamment de leur entourage, concourent à une augmentation du risque de comportements violents à l'encontre du personnel de première ligne : pompiers, ambulanciers, médecins ou infirmiers. Certains services étant par ailleurs plus exposés que d'autres du fait de ces « publics » plus sensibles, comme les services d'urgence, la psychiatrie ou la gériatrie (Duesberg, 2022).

Par ailleurs, il est important de souligner que ces professionnels peuvent, malgré eux, être perçus comme des déclencheurs de comportements agressifs. Bien que cela puisse sembler paradoxal au regard de leur mission de soin, certaines pratiques courantes – telles que l'administration d'un traitement contre la volonté du patient, ou la douleur induite par une intervention médicale – peuvent être interprétées négativement et susciter une réaction violente (Drew, 2023). En outre, la relation que le professionnel instaure avec le patient — parfois marquée par une posture de supériorité où ce dernier est traité comme un objet plutôt que comme un être humain — peut également contribuer à favoriser l'émergence de situations problématiques (Duesberg, 2022). Les facteurs de risque de violence mis en lumière dans l'étude de Murray et al. (2019) font échos aux recherches mentionnées ci-dessus : insatisfaction à l'égard du temps de réponse ; manque de compréhension des besoins en matière de traitement et de soins ; sentiments d'impuissance, de frustration et de colère en cas d'urgence ; souhait de refuser le transport ; l'état de santé du patient ; le choc des cultures.

Pour les professionnels des urgences et secours, les risques apparaissent comme étant encore plus élevés et cela du fait du public cible des interventions (personnes sous l'influence (drogues et/ou alcool, en détresse, communauté marginalisée …) ainsi que du lieu d'intervention (en pleine rue, dans des lieux décentralisés…) : « La frustration et la colère résultant de la maladie et de la douleur, des problèmes liés au vieillissement comme la démence, de certains troubles psychiatriques ou encore de l'intoxication à l'alcool et aux substances psychoactives peuvent influencer le comportement et rendre les individus verbalement ou physiquement violents. » (Chappell & Di Martino, 2006 :85). Selon la New South Wales Ambulance (NSW) (2016), l'alcool et les drogues sont des facteurs contributifs à la violence dans 37% des cas signalés. La santé mentale du patient joue un rôle important dans 51% des cas signalés. En Belgique, l'alcool, l'abus de substances et la toxicomanie sont également un facteur contribuant aux violences à l'encontre des médecins (De Jager, 2017).

Ces « situations » dans lesquelles le patient et/ou ses proches se retrouvent, ainsi que leur état émotionnel, psychique ou encore physique, soulignent l'importance de ne pas considérer les actes de violence comme délibérément volontaires :

> *« I think it's a really complex kind of cause. I think most causes are of people just being frustrated and angry. Not necessarily at us as people, but just at the situation they're in and quite a lot of it...I think involves kind of drink, drugs and mental health and I don't think people set out to be deliberately violent towards us...I don't know that that is something that we can solve, unfortunately. I think when people are unwell or have called an ambulance for whatever reason, then I think, you know things just can just kind of escalate and they just feel out of control and just lash out. » (Ambulance crew, B16)* (Gerressu, Newman, & Bezemer, 2023).

Par ailleurs, le **moment** auquel surviennent les incidents de violence semble également constituer un facteur de risque. Bergman, Valk et de Vries (2013) ont mené une étude de la littérature grise basée sur la couverture médiatique, révélant que les agressions et actes de violence se produisent majoritairement le week-end, entre le vendredi soir et le dimanche. En termes d'horaires, la majorité des incidents ont lieu en soirée et durant la nuit. Une étude taïwanaise menée auprès des urgentistes a confirmé cette tendance, indiquant que la violence survient principalement pendant les shifts du soir, entre 16h00 et minuit (Wang et al., 2019). Maguire et al. (2018), à travers une étude internationale, corroborent ces résultats en établissant que 40% des agressions se produisent durant cette même plage horaire. En Belgique, d'autres moments-clés ressortent également comme étant propices à plus de violence. Par exemple, une hausse marquée des incidents est observée autour du Nouvel An pour les forces de l'ordre et les services d'urgence. Pour le secteur médical, les agressions sont plus fréquentes de janvier à avril, avec un pic signalé en semaine (plutôt qu'en week-end), autour de 10h et 15h (De Jager, 2017).

La question de la **répartition géographique** des violences se pose également. Aux Pays-Bas, les provinces périurbaines sont les plus touchées par la violence. En Belgique, une étude sur les violences envers les médecins (De Jager, 2017) a identifié la province d'Anvers comme la plus concernée (20,7% des signalements), suivie par la Région de Bruxelles-Capitale (16,3%) et la province de Flandre-Orientale (12,3%).. Les principaux lieux d'agression sont : cabinet médical (33,3%), hôpital (32%, dont principalement les services d'urgence), visites à domicile (7,7%), par téléphone (7,5%). Les établissements psychiatriques sont jugés significativement plus dangereux que les hôpitaux généraux.

En Australie, une étude du NSW Ambulance (2016) indique que 50% des agressions surviennent sur le lieu d'intervention du personnel paramédical, 19% se produisent dans l'ambulance, 31% ont lieu une fois le patient arrivé aux urgences. Ces données soulignent la nécessité d'adapter les stratégies de prévention selon les contextes et les professions exposées.

Au-delà des facteurs environnementaux, organisationnels ou relatifs aux publics pris en charge, les caractéristiques démographiques, notamment le **genre**, ont fait l'objet d'un intérêt croissant dans les recherches portant sur la violence en milieu professionnel. Plusieurs travaux suggèrent des tendances différenciées selon le sexe : les hommes seraient davantage exposés à des formes de violence physique, notamment dans des fonctions d'intervention ou de sécurité, telles que la police (Van Branteghem et al., 2014 ; Maguire et al., 2018), tandis que les femmes rapporteraient plus fréquemment des violences verbales, psychologiques ou sexuelles (ou à connotation sexuelle) (voir notamment Boyle et al., 2007 ; De Jager, 2017 ; Acquadro Maran, Cortese, Pavanelli, Fornero, & Gianino, 2019). Toutefois, ces résultats demeurent parfois contradictoires et doivent être interprétés avec grande précaution. En effet, des biais inhérents aux méthodes de collecte des données, que cela soit ceux liés à la déclaration volontaire des incidents ou ceux basés sur des données préexistantes, peuvent influer sur les observations. Certaines études soulignent que les femmes pourraient être plus enclines à signaler certains événements et à sous-déclarer d'autres évènements – notamment parce qu'ils seraient inhérents à la fonction - alors que les hommes pourraient au contraire sous-déclarer certains types de violences, notamment en raison de normes sociales, de tabous ou d'une minimisation des faits. Par ailleurs, l'effet du genre semble souvent dépendre du contexte professionnel et de la fonction exercée, ce qui complexifie l'analyse de son rôle en tant que facteur explicatif autonome (Maguire et al., 2017 ; Taylor et al., 2016 ; Acquadro Maran et al., 2019).

Un second facteur démographique fréquemment examiné dans la littérature est **l'âge**. Plusieurs études convergent vers l'idée que les travailleurs plus jeunes seraient plus exposés aux violences en milieu professionnel. Cette vulnérabilité accrue est généralement attribuée à un manque d'expérience, à une moindre maîtrise des techniques de gestion de conflit, ou encore à des réactions plus impulsives face à des situations tendues (DSP, 2011 ; Bigham et al., 2014 ; Van Branteghem et al., 2014 ; Maguire et al., 2018). Maguire et al. (2018) ont notamment observé que, dans la tranche d'âge des 30–40 ans, les taux de violence physique subie étaient comparables entre femmes et hommes exerçant dans les services médicaux d'urgence,. À

l'inverse, les professionnels plus âgés bénéficieraient d'une meilleure régulation émotionnelle, ce qui contribuerait à désamorcer certaines situations potentiellement violentes. Néanmoins, ces tendances ne sont pas systématiquement observées : certaines recherches, comme celle de Murray et al. (2019), ne mettent en évidence aucune corrélation significative entre l'âge et la fréquence des violences subies. Ces divergences entre recherches soulignent l'importance des variables contextuelles – telles que le secteur d'activité, le cadre institutionnel ou encore les méthodologies employées – dans l'interprétation des résultats.

Transversal à ces facteurs de risque, intervient **l'environnement culturel** global dans lequel prend place la violence. Il s'agit ici des normes sociales et morales de ce qui est permis ou non au sein de la société : « In general, the orientation of a culture, or the shared beliefs within a sub-culture helps define the limits of tolerable behaviour. To the extent that a society values violence, attaches prestige to violent conduct, or defines violence as normal or legitimate or functional behaviour, the values of individuals within that society will develop accordingly. » (Chappell & Di Martino, 2006 :114).

À la lumière des travaux de Chappell et Di Martino (2006), Murray et al. (2019), Drew (2023) et Verwee et al. (2022), **différentes formes de violence** dirigées contre le personnel médical d'urgence ont été identifiées et précisées dans le catalogue de sécurité au travail pour les services ambulanciers néerlandais (*Arbocatalogus Ambulancezorg*, 2019). Ce document distingue ainsi plusieurs typologies d'agression, en fonction de leurs causes et de leurs manifestations :

- L'agression et la violence instrumentales : l'agresseur agit de manière intentionnelle et utilise la violence comme un outil pour atteindre un objectif spécifique, souvent dans un rapport de pouvoir ou de contrôle ;
- L'agression et la violence par frustration : il s'agit de réactions impulsives et émotionnelles, survenant à la suite d'une accumulation de frustrations ou d'expériences négatives, perçues ou réelles ;
- L'agression et la violence incontrôlées : ces comportements apparaissent lorsqu'une personne perd le contrôle d'elle-même, notamment sous l'effet de substances (alcool, drogues) ou de troubles psychiatriques ;
- L'agression et la violence expressives : elles traduisent un mécontentement général, souvent dirigé non pas vers une personne en particulier, mais vers une institution ou une situation symbolique.

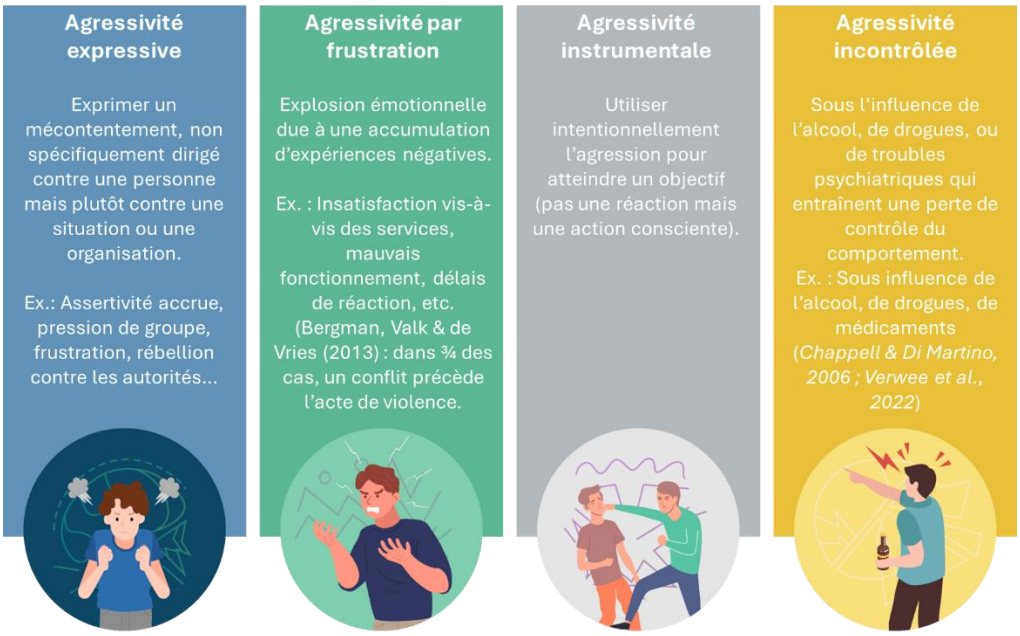


Figure 3. Typologie des formes d'agressivité (infographie : institut Vias).

Pour terminer, il convient d'aborder également les facteurs de risque en matière de **violence interne** (celle entre collègues, avec le supérieur ou le subalterne) sur le lieu de travail. De nombreux paramètres organisationnels peuvent contribuer à l'exposition à la violence interne : climat de travail, charge de travail excessive, mauvaise communication, absences de politique de prévention, environnement de travail compétitif, manque de formation, d'information et de communication au personnel sur les comportements non acceptables dans l'entreprise ; absence de procédures de signalement claires (Chappell & Di Martino, 2006 ;

OSHA, 2016). Plus spécifiquement, au sein du secteur médical, des facteurs organisationnels contribuent plus fortement au risque de violence, notamment interne (SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, n.d.) :

- Les relations sociales,
- Le soutien socio-affectif insuffisant de la part des managers,
- Le degré d'autonomie et de responsabilité insuffisant,
- La ligne hiérarchique rigide,
- La mauvaise organisation du service,
- La coopération difficile avec les autres disciplines,
- Le peu d'influence sur la politique de l'organisation,
- Les horaires variables : travail posté, travail de nuit et de week-end
- Les heures supplémentaires,
- Le manque de personnel,
- La rotation du personnel.

Une série de facteurs individuels peuvent également favoriser le violence interne : problèmes personnels et relationnels, consommation de substances, personnalité, instabilité émotionnelle, incapacité à gérer les conflits ou le stress … Ainsi que des facteurs contextuels et sociaux de l'entreprise : culture d'entreprise tolérante à la violence, discriminations, inégalités de traitement… (Chappell & Di Martino, 2006). Dans l'apparition de certaines formes de violence, comme le harcèlement, les facteurs organisationnels semblent jouer un rôle prépondérant (Poilpot-Rocaboy, 2010).

2.5 Les conséquences de la violence

Les actes de violence au travail entraînent des répercussions profondes, non seulement sur les victimes directes, mais aussi sur leur entourage et, plus largement, sur l'ensemble de la société. D'un point de vue individuel, ils peuvent entraîner des troubles physiques et psychologiques, affectant durablement la santé mentale et émotionnelle du travailleur. Ces souffrances ne se limitent pas à la sphère professionnelle : elles impactent également la vie familiale, le cercle social et l'avenir professionnel de la victime, pouvant conduire à un isolement, une perte de confiance ou une diminution des perspectives de carrière et/ou des ressources économiques.

2.5.1 Conséquences au niveau de l'individu

L'individu pour commencer. En fonction du type de violence, les conséquences ne prennent pas la même gravité et/ou longévité. Poilpot-Rocaboy (2010) rapporte ainsi que dans le cas du harcèlement psychologique, il y aurait trois types de conséquences négatives pour les individus : (1) la détérioration de la santé physique et mentale ; (2) l'émergence de conséquences économiques ; (3) les conséquences liées à la famille et à la vie sociale.

L'étude néerlandaise menée par le groupe DSP (DSP, 2011) auprès des travailleurs du secteur public montre que les victimes de violence et d'agression souffrent plus souvent de conséquences psychologiques que physiques. Parmi les victimes ayant subi des désagréments à la suite de l'incident violent (36% de l'ensemble des victimes), 35% ont déclaré avoir eu des sentiments blessés, s'être senties tendues et/ou stressées. En outre, il ressort que l'intimidation a l'effet négatif le plus important sur la victime par rapport aux autres formes de violence. Cela se manifeste par des sentiments blessés, des troubles du sommeil et une diminution du plaisir au travail.

Brough (2005) suggère que les conséquences de la violence verbale sont souvent ignorées par les professionnels paramédicaux et que cette forme de violence est fréquemment justifiée par le niveau élevé de stress inhérent au secteur des soins d'urgence. Toutefois, selon cette étude, la violence verbale a un impact direct sur la satisfaction au travail et la charge psychologique, son impact pouvant être plus important que celui de la violence physique. Une explication possible est la fréquence de la violence verbale, qui se produit plus souvent que la violence physique. Chappell et Di Martino décrivent également que l'accumulation d'interactions interpersonnelles négatives et inappropriées répétitives peut avoir un impact important sur les victimes (violence verbale, harcèlement sexuel et intimidation).

Dans le secteur hospitalier, l'analyse de Zhang, Nurse, Zheng, & Rn (2020) sur les expériences des infirmières et leurs besoins après des actes de violence met en lumière que les violences de la part des patients sont considérées comme inévitables et imprédictibles, et que cela entraîne des traumatismes psychiques chez les infirmières. Ces traumatismes liés à cette violence au travail vont sans cesse ressasser les expériences passées,

affectant leur qualité de vie et de travail. Certains répondants ayant déclaré la peur d'être à nouveau attaqués par des patients. Les effets dépassent les limites professionnelles et viennent changer leur vie sociale, et vie privée. Des résultats comparables sont établis par Schablon et al. (2018) qui, par ailleurs, identifient que le stress ressenti après une agression physique ou verbale augmente avec l'âge et que plus les employés sont confrontés à de violence verbale, plus ils ressentent du stress. En outre, la violence entre collègues (la violence « horizontale ») constitue également une source majeure de stress, de dépression, d'anxiété, de trouble du sommeil et d'insatisfaction professionnelle qui, *in fine*, peuvent avoir un impact sur les soins prodigués aux patients et sur l'organisation.

En Espagne, une étude sur les conséquences psychologiques de la violence dans les soins d'urgence préhospitaliers montre que les professionnels de l'aide médicale urgente ayant déjà été victimes de violences physiques ou verbales subissent des conséquences psychologiques plus lourdes que ceux qui ne l'ont pas encore été. L'expérience du fait d'être victime joue donc également un rôle. Parmi ces conséquences psychologiques figurent l'anxiété, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Il ressort en outre que les victimes de violences verbales fréquentes (définies comme plus de cinq occurrences) sont plus susceptibles de souffrir d'un épuisement émotionnel et d'une dépersonnalisation (burn-out). L'expérience de la violence physique est davantage associée à des symptômes d'anxiété (Bernaldo-De-Quirós, Piccini, Gómez, & Cerdeira, 2015).

La méta-analyse de Blindow, Cedstrand, Elling, Hagland, & Bodin (2024) portant sur les effets des violences et du harcèlement liés au genre sur le lieu de travail montre qu'il existe des preuves cohérentes d'un lien entre les violences sexuelles et le harcèlement sexuel d'une part et la santé mentale d'autre part, notamment des troubles dépressifs, une détresse psychologique (pouvant notamment mener à des tentatives de suicide) ou encore le recours à la médication. Les données longitudinales suggèrent que les effets sur la santé mentale persistent même après la fin du harcèlement.

De Jager (2017) aborde également dans son enquête auprès des médecins belges les effets tardifs de la violence. 26,7% des médecins déclarent ressentir un sentiment d'insécurité après une agression, 21,4% indiquent que l'agression a exercé une influence sur leur façon de travailler, 16,3% sont en incapacité de travail et 42% ne subissent pas de conséquences tardives de l'acte. Parmi les personnes ayant été victimes d'agression au cours des 12 derniers mois, 31,0% en ont conservé du stress, 23,8% un sentiment d'insécurité, 16,8% de l'anxiété, 12,8% des troubles du sommeil et 10,9% une faible estime de soi. 44,1% des répondants ont déclaré ne souffrir d'aucun symptôme. Concernant l'agresseur, dans 50,2% des cas, il est question d'un patient du professionnel concerné. Il s'agit plus souvent d'un homme (68,1%), âgé de 20 à 59 ans (83,1%).

2.5.2 Conséquences au niveau de l'organisation

A l'échelle organisationnelle, la violence au travail engendre une baisse de la productivité, un taux accru d'absentéisme, un turnover plus élevé, une détérioration du climat de travail ou encore des frais de remplacement ou de réparation du matériel (comme une ambulance). Les entreprises doivent aussi faire face à des coûts indirects liés à la prise en charge des victimes, aux répercussions juridiques et à l'image négative pouvant découler de ces situations (Courcy, & Chamberland, 2004 ; Garcia, Hacourt, & Bara, 2005 ; Poilpot-Rocaboy, 2010). En termes d'absentéisme, Maguire & O'Neill (2017) rapportent que les travailleurs masculins ayant subi une blessure physique due à la violence sur le lieu de travail ont perdu en moyenne 14 jours de travail. Pour les femmes, cette moyenne est de sept jours.

Par ailleurs, il est pertinent de mentionner l'étude de Stinckens (2020) menée sur la base d'une étude conduite par le Comité P en 2013 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cette étude indique que deux tiers des répondants affirment que l'augmentation de la violence n'a aucun impact sur leur travail quotidien, qu'ils ne ressentent pas de stress supplémentaire ni de sentiment d'insécurité. Ce qui est toutefois frappant, c'est que 40% des policiers veillent à ne pas être identifiés comme tels lorsqu'ils ne portent pas leur uniforme. « Sur leur lieu de travail, les policiers se sentent donc en sécurité, mais en dehors, ils prennent des précautions », explique Stinckens (2020). Cette étude a également révélé des comportements d'évitement : certaines personnes préfèrent éviter certains quartiers. Stinckens ajoute que la culture machiste, selon laquelle la violence est perçue comme « une partie du métier », est moins présente chez la nouvelle génération. Lorsqu'une personne devient victime, il est parfois très difficile de retourner au travail, car certaines victimes ressentent une grande peur. Un accompagnement adéquat et un dialogue sont alors essentiels. Le rôle du supérieur hiérarchique est également crucial dans ce cadre.

2.5.3 Conséquences au niveau de la société

Outre les conséquences sur la victime, les conséquences sociétales sont également épinglées dans la littérature. Di Martino, Hoel, & Cooper (2003) parlent des coûts de la violence. Les coûts générés par la violence et portés par la collectivité sont nombreux. Ces coûts doivent être pris au sens large et ils sont directs et indirects. Car au-delà des coûts financiers, la société doit également assumer des coûts médicaux, juridiques et sociaux, tels que la désintégration des familles. Par ailleurs, les actes de violence alimentent un climat d'insécurité et de méfiance, fragilisant le tissu social et augmentant la pression sur les systèmes de santé et de justice.

Pour la société belge, la violence à l'encontre des travailleurs des soins de santé et des services d'urgence et de secours génère un cercle vicieux. A titre d'exemple, une hausse d'absentéisme du personnel d'urgence ou de soins provoquera un effet direct sur la prise en charge des malades ou personnes en détresse (moins de personnel soignant/d'urgence, moins d'interventions), qui entraînera des services et soins moins accessibles et potentiellement plus lents, ce qui pourrait accentuer la frustration des patients et de leur entourage. Cette frustration accrue risque d'alimenter davantage les comportements agressifs envers le personnel soignant et les secouristes, renforçant ainsi le sentiment d'insécurité et la détérioration des conditions de travail.

À long terme, cette spirale négative peut provoquer de graves conséquences, telles qu'une diminution de l'attractivité des professions de soins et d'urgence, une augmentation du stress et de l'épuisement professionnel (burn-out), ainsi qu'une dégradation générale de la qualité des services[8]. Ainsi, lutter contre la violence envers ces professionnels est essentiel non seulement pour leur sécurité et leur bien-être, mais aussi pour garantir le bon fonctionnement du système de santé et des services de secours en Belgique.

[8] Ces conséquences ont été mises en lumière pour les services de secours, les services des urgences et le transport ferroviaire dans un article dédié dans le magazine Blue Minds : 2023/04 - Agression contre les prestataires des services publics : « not part of our job » - Vanden Broele Connect

3 Méthodologie

3.1 Collecte des données

La collecte de données a été réalisée via la diffusion d'un questionnaire structuré selon le modèle des enquêtes de victimisation. Cette approche vise à interroger les personnes sur les actes de violence ou d'agression dont elles ont été victimes, qu'ils aient été signalés à la police ou non. La période de référence couverte par l'enquête est celle des douze mois précédant la participation (« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous… ? »).

Ce type d'enquête permet de mesurer les phénomènes de violence et d'agression invisibles dans les données officielles — le « chiffre noir » ou *dark number* — en révélant les faits non signalés ou non enregistrés. Il s'agit ainsi de compléter les statistiques policières et institutionnelles, mais aussi de mieux comprendre les conséquences personnelles et professionnelles pour les victimes, d'identifier les freins au signalement (comme la peur de représailles, la banalisation des faits ou une méfiance envers les procédures), et de fournir des éléments concrets pour orienter les politiques publiques et les dispositifs organisationnels de prévention et d'accompagnement.

En partant du point de vue des victimes, cette approche permet d'obtenir une vision plus fine et complète du phénomène, en :

- récoltant des données sur des faits non portés à la connaissance des autorités ;
- mettant en évidence les formes de violences sous-déclarées, telles que les agressions verbales, sexuelles ou les discriminations ;
- repérant les actes banalisés par les victimes elles-mêmes (considérés comme « faisant partie du métier » ou « pas graves ») ;
- et en identifiant les groupes professionnels ou contextes à risque.

La diffusion de cette enquête a été opérée par le biais du réseau des partenaires qui se sont rassemblés autour de ce projet :

- Le Service Public Fédéral Santé publique
- Les Service Public Fédéral Intérieur
- Le Réseau du Réseau Bien-être au Travail (Réseau Pompiers)
- Le Rezonwal
- Les pompiers de Bruxelles
- UNESSA (UNion En Soins de Santé)
- GIBBIS (Bruxelles Institutions de Santé)
- Santhea
- Le CHU de Liège
- Le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse
- Zorgnet-Icuro
- L'Association Francophone des Infirmiers d'Urgence

Ces organisations se sont engagées à fournir à leur personnel le lien vers l'enquête. Dès lors, la diffusion de l'enquête auprès des publics cibles a été fortement dépendante du rôle de relais de ces partenaires. L'enquête a été diffusée du 19 avril au 25 juin 2024 par le biais de communications organisées avec les partenaires précités et s'est déroulée en trois phases :

1) 19 avril 2024, le premier appel à participation est envoyé à l'ensemble des partenaires. Cet appel invite les partenaires à diffuser au sein de leur réseau le lien vers l'enquête sur la violence et l'agression. Un courrier-type (sous format Word) accompagnait ce premier appel et il reprenait les objectifs de l'enquête, les publics cibles, la durée estimée pour répondre à l'enquête (entre 10 et 15 minutes), la date de clôture, les informations sur la confidentialité des résultats et ainsi que le lien sécurisé permettant de participer.
2) Le 24 mai 2024, un premier rappel a été diffusé auprès et par les partenaires et la date de clôture a été étendue du 15 juin au 25 juin. L'extension a été décidée sur la base du taux de réponse élevé qui était observé et ce afin de permettre à un plus grand nombre de répondants de répondre. Le courriel de rappel était accompagné d'un courrier-type (sous format *word*) renseignant sur l'ensemble des détails de l'enquête.
3) Le 13 juin 2024, un second et dernier rappel à participation a été diffusé, à nouveau accompagné du courrier-type renseignant sur l'ensemble des détails de l'enquête.

4) Le 25 juin 2024 à minuit, l'enquête a été clôturée.

L'enquête a été programmée via la plateforme KeySurvey et était accessible par un lien sécurisé (transmis dans le courrier-type diffusé auprès des partenaires). Sur la première page, les répondants étaient invités à choisir la langue dans laquelle ils souhaitaient poursuivre (français ou néerlandais). Ensuite, les répondants étaient informés par un texte introductif des éléments suivants :

- Le commanditaire de l'étude (l'Institut Vias) ;
- Les partenaires qui soutenaient l'initiative ;
- Les objectifs de l'étude ;
- Le traitement et l'analyse global et confidentiels des données ;
- La garantie de la confidentialité ;
- La durée de l'étude ;
- L'adresse de contact en cas de question.

Les données collectées ont été anonymisées et traitées en toute confidentialité tout au long du processus de l'enquête. La notice des enquêtes en ligne de l'institut Vias était par ailleurs consultable à partir de la page d'introduction.

3.2 Questionnaire et thématiques couvertes

Le questionnaire proposé aux répondants s'inscrit dans la continuité de celui diffusé en 2021 auprès des travailleurs de la fonction publique, en particulier le personnel d'urgence et de secours. Cette reprise visait à assurer la cohérence de la collecte de données et à permettre une comparaison entre les deux périodes afin d'en évaluer l'évolution globale La version 2024 a néanmoins été légèrement adaptée au niveau des informations relatives aux répondants pour élargir le panel aux professionnels du secteur médical (voir section 2.1 pour plus de détails sur les métiers couverts par l'étude).

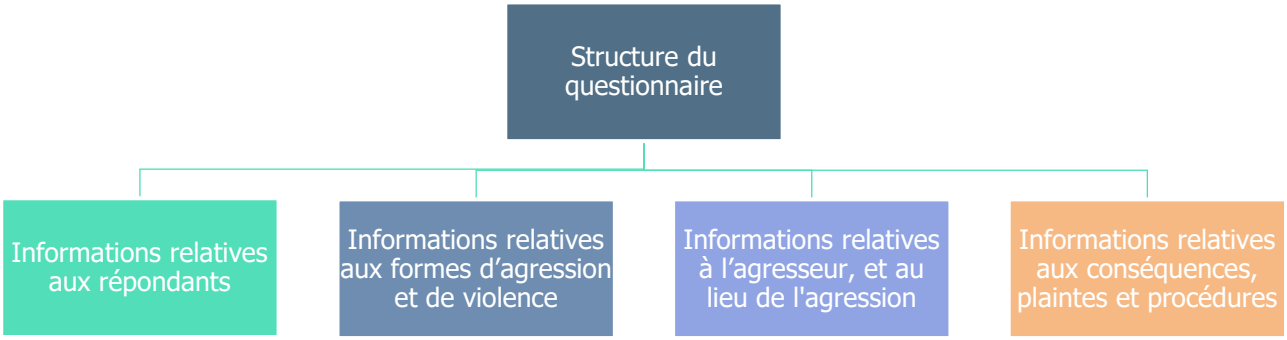


Figure 4. Structure du questionnaire.

Le questionnaire soumis aux répondants est structuré autour de quatre thématiques principales, organisées de manière à guider progressivement le répondant à travers les différents sujets. La première thématique vise à situer le répondant en lui demandant d'indiquer son secteur d'activité ainsi que son rôle, entendu comme sa fonction ou le département dans lequel il travaille, ainsi que la province dans laquelle ils travaillent.

La deuxième thématique porte sur les actes de violence et d'agression vécus. Les répondants devaient préciser, pour chaque forme de violence listée, s'ils y avaient été confrontés dans le cadre de leur activité professionnelle au cours des 12 derniers mois, ainsi que la fréquence de ces incidents. Ceux n'ayant subi aucune forme de violence étaient directement redirigés vers la question finale du questionnaire. Les personnes ayant déclaré des faits de violence devaient ensuite indiquer si elles avaient également été confrontées à d'autres formes d'agression non mentionnées précédemment. Elles devaient ensuite identifier l'événement le plus marquant vécu au cours de l'année écoulée (une seule réponse possible).

La troisième thématique approfondit ce fait marquant, en s'intéressant à ces caractéristiques : l'auteur de l'agression (son rôle – patient, proche du patient, collègue, etc. – son genre, son âge, et la possible influence de substances), ainsi que le lieu où l'incident s'est produit. Enfin, la quatrième thématique s'attache aux conséquences de cet événement pour le répondant : impact ressenti, démarches entreprises ou non (dépôt de plainte, déclaration interne, signalement à la hiérarchie, etc.), soutiens sollicités, et attentes en matière de formations ou de procédures à mettre en place. Les répondants étaient également invités à évaluer l'évolution de ces actes de violence dans le temps, et à partager d'éventuelles informations complémentaires via une question ouverte.

Informations relatives au profil du répondant :	Types d'agression et/ou de violence dont la personne a été victime au cours des 12 derniers mois	Les caractéristiques de l'acte de violence vécu le plus marquant :	Les suites de l'incident le plus marquant
• Âge • Genre • Profession • Nombre d'années d'ancienneté dans la fonction • Régime de travail • Province où le travail est effectué	• Les agressions verbales • Les agressions physiques • Les menaces et intimidations • Les intimidations sexuelles • Les discriminations • Les autres formes de violence • Le fait le plus marquant	• Lieu de l'agression • Profil de l'agresseur (âge, genre, éventuelle présence de consommation de substance)	• Connaissances des procédures d'urgence • Signalement des agressions/incidents • Formations et information • Evolution des phénomènes de violence • Question ouverte

Figure 5. Thèmes abordés dans le questionnaire.

3.3 Nettoyage des données

L'ensemble de l'échantillon de départ a été nettoyé afin de s'assurer de la qualité, de la complétude et de la pertinence des données recueillies. Les répondants ne correspondant pas aux critères de l'étude (ex. : personnel administratif ou logistique), ceux n'ayant pas complété les questions sociodémographiques obligatoires, ainsi que ceux ayant échoué aux questions de contrôle, ont été exclus.

Deux questions de contrôle ont été incluses dans le questionnaire. Il s'agissait d'items comportant une instruction que le répondant devait exécuter correctement, par exemple « Sélectionnez ici 'non' ». Cela permet d'identifier les répondants inattentifs ou négligents (Ward & Meade, 2023 ; Kam & Chan, 2018). Seuls les répondants ayant correctement répondu aux deux questions de contrôle ont été conservés dans l'ensemble de données. À cette étape, 2,95% des répondants ont été supprimés des données. De plus, les descriptions de fonction qui ne relevaient pas du champ de la population étudiée ont également été retirées de l'ensemble de données.

Après ce processus de nettoyage rigoureux, 1 711 répondants ont été retenus pour l'analyse. Parmi cet échantillon, 168 répondants ont indiqué n'avoir jamais été victimes d'aucune des formes de violence étudiées. Ces répondants ont été redirigés vers la fin du questionnaire après avoir répondu « jamais » pour chaque forme de violence.

Les répondants ayant rempli partiellement le questionnaire ont néanmoins été inclus dans les analyses. Toutefois, un nombre limité de questions essentielles devaient obligatoirement être complétées pour que leurs réponses puissent être prises en compte :

- Les six questions relatives aux informations de base : (1) description de la fonction, (2) année de naissance, (3) genre, (4) régime de travail, (5) province et (6) nombre d'années d'expérience professionnelle.
- La première question sur la survenue et la fréquence des différentes formes d'agression dans l'exercice de leur fonction.

Pour chaque résultat, le nombre de répondants ayant répondu à la question est indiqué par « N = ».

Pour les analyses, la version 4.0.2 du logiciel statistique R (R Core Team, 2020) a été utilisée, avec le package 'survey' version 4.1.1 (Lumley, 2020) pour les analyses statistiques. Des tests du chi-carré ont été effectués afin d'évaluer les différences significatives dans les réponses selon le genre, la catégorie d'âge, la région, le profil et le nombre d'années d'expérience professionnelle (par catégorie) des répondants. Pour ces tests, la valeur p est indiquée. Une valeur $p \leq 0,05$ signifie que la probabilité que l'association observée soit due au hasard est inférieure ou égale à 5 sur 100. Une valeur $p \leq 0,01$ indique une probabilité inférieure ou égale à 1 sur 100, et une valeur $p \leq 0,001$ indique une probabilité inférieure ou égale à 1 sur 1 000.

3.4 Structure des résultats

Les résultats de cette étude ont été structurés en cinq parties afin de permettre une présentation des données au niveau global et au niveau des profils, ainsi que de documenter spécifiquement les données relatives aux agresseurs et aux conséquences que les phénomènes de violence ont sur les victimes :

1) Les prévalences de violence pour tous les profils confondus ;
2) Les résultats des prévalences pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT » ;
3) Les résultats des prévalences pour les profils « médical » ;
4) Les résultats des données relatives aux profils des agresseurs ;
5) Les résultats des données relatives aux conséquences.

Avant d'aborder ces résultats, la première section est dédiée aux profils des répondants, à leur répartition géographique, linguistique et de genre, en ce compris pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT » et les profils « médical ».

« Les prévalences relatives aux différentes questions et thématiques sont présentées avec leurs intervalles de confiance à 95%, afin de favoriser une présentation claire des résultats. ». En annexe I sont repris, sous forme de tableaux, les résultats dits « globaux » (c'est-à-dire pour l'ensemble de l'échantillon) avec les intervalles de confiance.

4 Résultats de l'enquête

4.1 Les profils de répondants

4.1.1 Répartition des profils - Global

1 711 personnes ont participé à cette enquête parmi lesquelles 51,1% étaient francophones et 48,9% étaient néerlandophones. En termes de répartition de genre, 52,8% étaient des hommes et 47% étaient des femmes (et 0.2% se sont renseignés comme « x »). Toutefois, cette répartition entre les profils « ambulancier-pompier-PIT » et « médical » est très différente : pour les premiers, 90% des répondants sont des hommes (N= 648) et pour les seconds, 75% des répondants sont des femmes (N= 684). La répartition des répondants selon les classes d'âge se présente comme suit :

- 18 à 24 ans : 3,3%
- 25 à 34 ans : 22,4%
- 35 à 44 ans : 28,2%
- 45 à 54 ans : 27,4%
- 55 à 64 ans : 17,9%
- 65+ ans : 0,8%.

Parmi les répondants, 20,8% travaillent à temps partiel, 65,4% à temps plein et 13,7% ont le statut de volontaire.

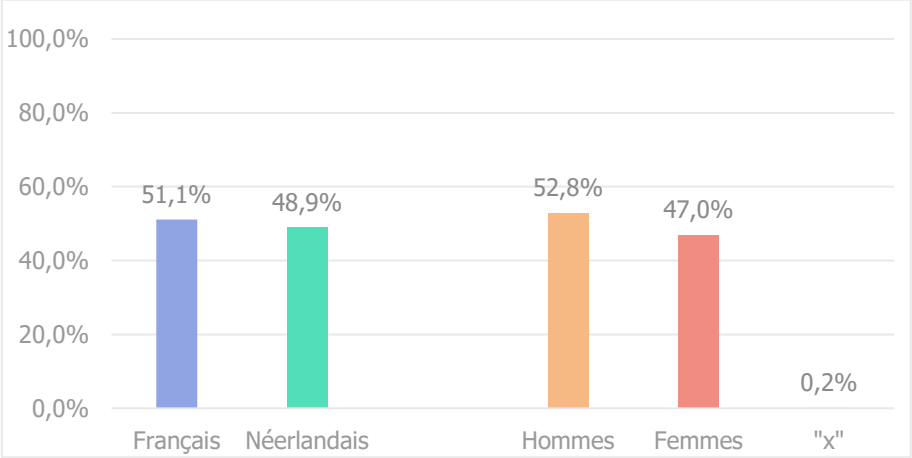


Figure 6. Répartitions linguistiques et des genres (N=1 711).

En termes de secteur d'activité, 53% des répondants travaillent dans un hôpital/une clinique en tant que personnel médical, paramédical, infirmier ou soignant, 42% sont « pompiers-ambulanciers-PIT » et 5% ont indiqué être « autre ». Ces profils « autres » ont précisé être : médecin du travail, infirmiers du travail, conseiller en prévention, brancardier, cadre/direction/chef d'un service, laborantin, opérateur 112 …

Les répondants ont été invités à indiquer le nombre d'années d'expérience qu'ils ont dans le secteur dans lequel ils travaillent actuellement. Par ordre de grandeur : 38,8% des répondants ont indiqué avoir plus de 20 ans d'expérience dans le secteur d'activité dans lequel ils travaillent. Ensuite, ce sont les personnes ayant entre 10 et moins de 15 ans d'ancienneté, suivis en proportions équivalentes par les « moins de 5 ans » et les « entre 5 et moins de 10 ans » d'expérience. Et enfin, 13,7% des répondants ont entre 15 et moins de 20 ans d'expérience.

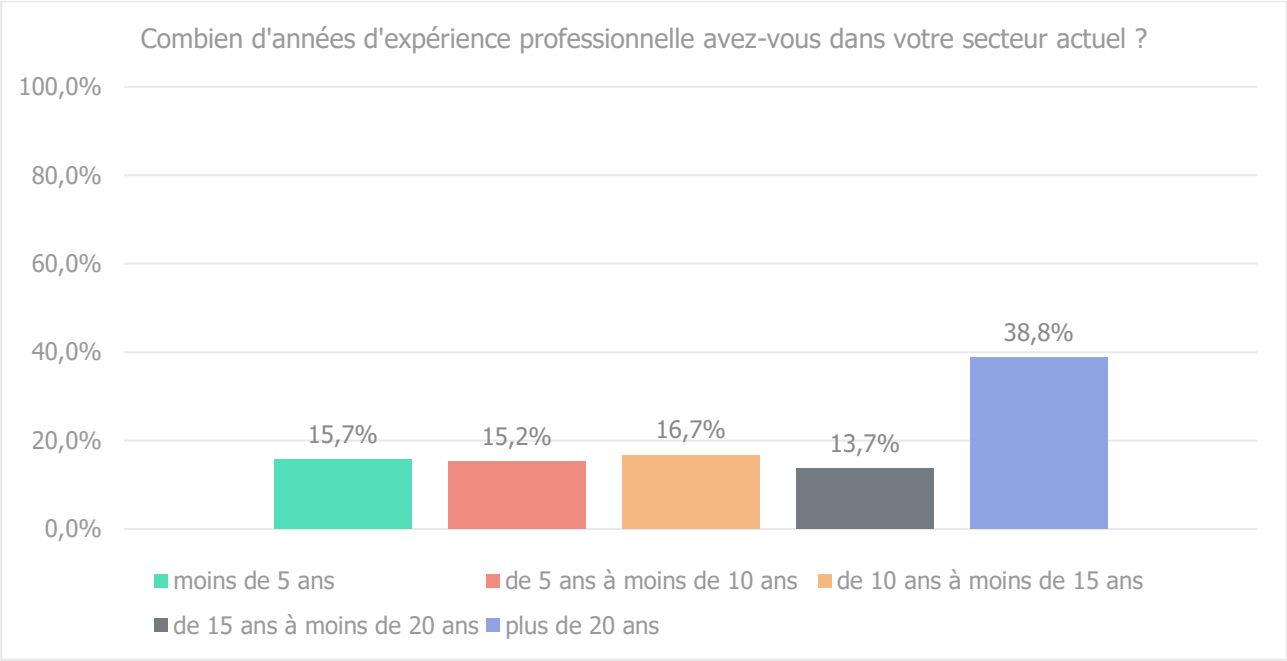


Figure 7. Années d'expérience dans le secteur actuel pour l'ensemble des répondants (N=1 711).

La majorité des répondants travaillent en Flandre (45,3%), dont 19,3% de Flandre Orientale, 11,2% d'Anvers, 6,3% de Flandre occidentale, 4,9% du Limbourg et 3,6% du Brabant Flamand. Un tiers travaillent en Wallonie : 16,8% de Liège, 8,5% du Hainaut, 6,7% du Luxembourg, 3,6% du Brabant Wallon et 2,2% de Namur. Et enfin, 16,9% travaillent à Bruxelles-Capitale.

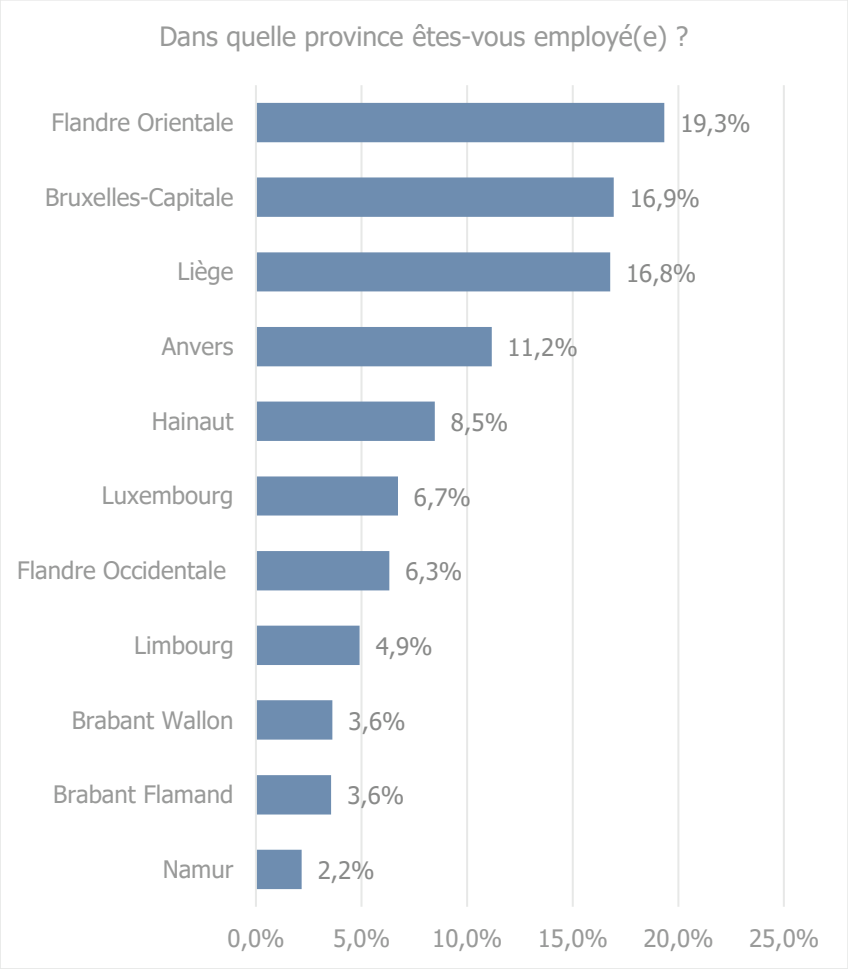


Figure 8. Répartition régionale des répondants (N= 1 711).

4.1.2 Répartition des profils métiers

1 711 personnes ont participé à cette enquête. Parmi elles, 53,1% sont issues d'un hôpital ou d'une clinique en tant que personnel médical, paramédical, infirmier ou soignant (N= 910) et 42,2% sont issues des services de secours, et sont alors pompiers, ambulanciers, secouristes-ambulanciers 112, ambulanciers non 112… 4,5% des répondants se sont signalés comme « autres ». Les spécificités par profil sont développées dans les sections suivantes (4.1.3 à 4.1.5).

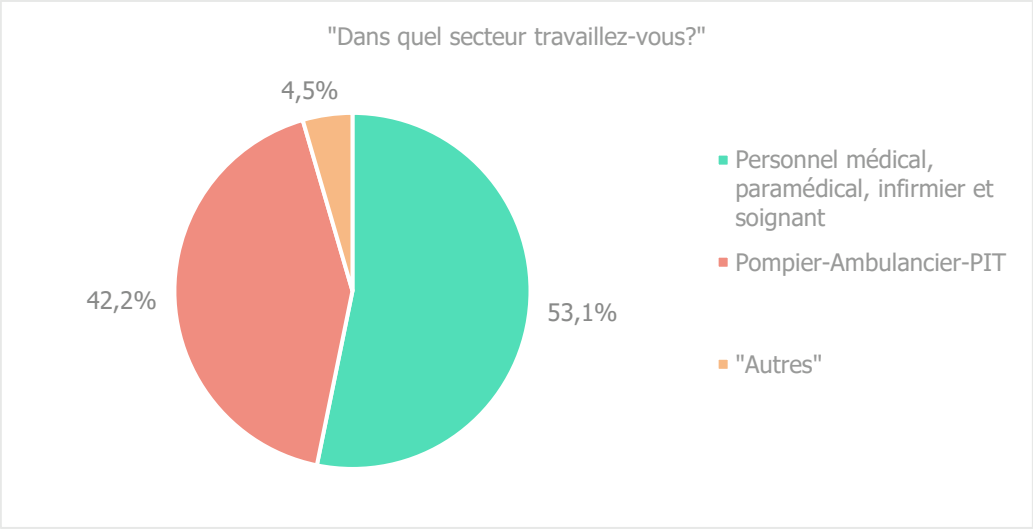


Figure 9. Répartition des profils (N= 1 711).

Entre les Régions, les profils sont répartis comme suit :

- À Bruxelles, deux tiers des répondants sont issus du secteur médical, un peu moins de 30% des services d'urgence et 3,8% ont indiqué « autre ;
- En Flandre, plus de la moitié des répondants sont issus du secteur médical, quasiment 40% proviennent des services d'urgence et 6,2% ont indiqué « autre ;
- En Wallonie, la moitié des répondants sont issus des services d'urgence, 46,3% du secteur médical et une très faible proportion, 2,3%, ont indiqué « autre ».

Tableau 2. Répartition des profils ayant participés à l'enquête par région (N= 1 711).

	Bruxelles-Capitale (N= 295)	Flandre (N= 775)	Wallonie (N= 646)
Dans un hôpital/clinique en tant que personnel médical, paramédical, infirmier et soignant	66.6%	53.9%	46.3%
Pompiers-ambulanciers-PIT	29.7%	39.9%	50.8%
« Autres »	3.8%	6.2%	2.9%

4.1.3 Répartition des profils « pompiers-ambulanciers-PIT »

723 répondants sont issus des services de secours. Parmi eux, 21% se sont identifiés comme pompier-ambulancier 112, 13,4% comme pompier, 5,1% comme secouriste-ambulancier, 2,6% Paramedical Intervention Team (PIT) et 0,2% comme ambulancier non 112. 89,6% des répondants sont des hommes et 10,2% sont des femmes. Au niveau linguistique, l'échantillon atteint presque une forme de parité avec 53,1% des répondants francophones et 46,9% de néerlandophones[9].

[9] A titre informatif, dans l'étude de 2021, l'échantillon était majoritairement néerlandophone (88%), et il y avait davantage de femmes participantes (17%) (Verwee, Dormaels et Vermeulen, 2022).

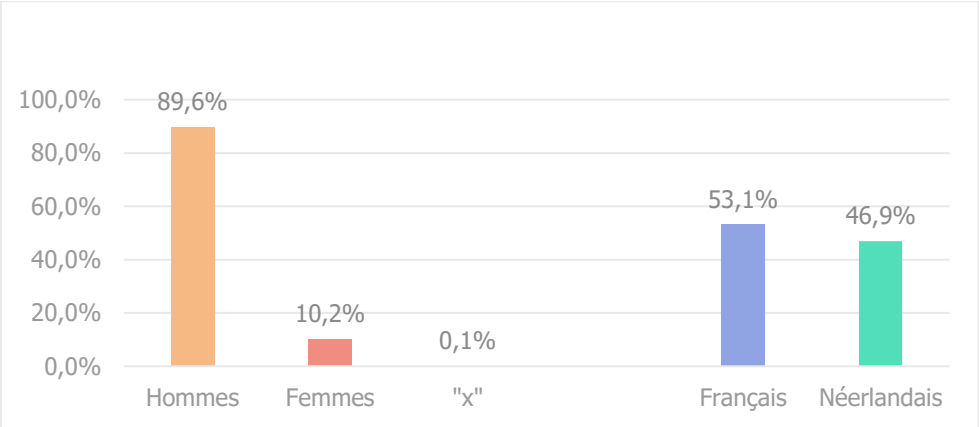


Figure 10. Profils linguistiques et de genre – « Pompier, ambulanciers et PIT » (N= 723).

Pour ce qui est de la répartition des groupes d'âge, 33,3% des répondants ont entre 35 et 44 ans, 28,6% entre 45 et 54 ans, 19,2% entre 25 et 34 ans, 14,1% entre 55 et 64 ans, 3,8% entre 18 et 24 ans et 0,08% plus de 65 ans. En termes de régime de travail, 63% travaillent temps plein, 32,5% occupent le statut de volontaire et 4,4% travaillent à temps partiel. 17,3% des répondants ont entre 20 et 25 ans d'ancienneté, 10,1% entre 25 et 30 ans d'ancienneté, 7,9% entre 31 et 40 ans d'ancienneté et 5,9% entre 10 et 11 ans d'ancienneté.

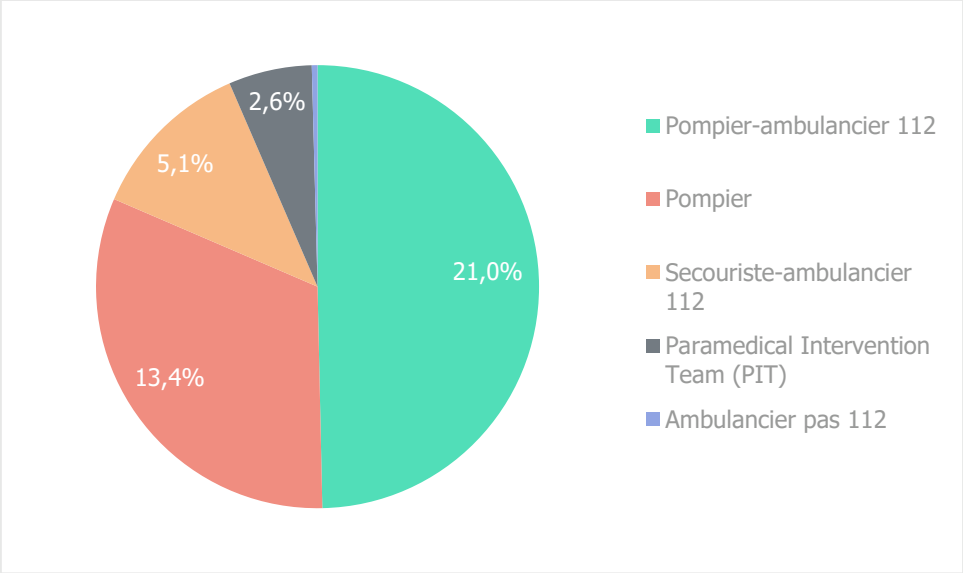


Figure 11. Répartition des métiers pour les profils « Pompiers-Ambulanciers-PIT » (N= 723).

Les profils « Pompiers-ambulanciers-PIT » répondants à l'étude sont rattachés à des zones de secours[10]. La répartition est la suivante : les principales zones sont la zone Luxembourg (11%), DBDHM/SIAMU - Brussels Hoofdstedelijk Gewest (10%), Zone de secours Vesdre - Hoëgne & Plateau (7%), Campine (6%), Zone de secours DG (5%) et la zone Hainaut-centre (5%). Les autres zones sont représentées avec un taux de 4% (comme les zones de Westhoek et d'Anvers) à 1% (comme les zones Fluvia, Flandre Orientale et Wallonie Picardie). 11% des répondants ont indiqué « non applicable » à cette question.

4.1.4 Répartition des profils « médical, paramédical, soignant »

910 personnes occupant une fonction « médicale, paramédicale, soignant » dans un hôpital ou une clinique, ont participé à cette enquête. Voici les caractéristiques de leur échantillon :

- 75,5% sont des femmes, 24,6% sont des hommes (0,2% ont indiqué « x ») ;
- 51% sont francophones et 49% sont néerlandophones ;
- En termes de tranche d'âge :

[10] Une cartographie de l'ensemble des zones de secours et des communes se trouve sur le site internet de la protection civile : https://www.civieleveiligheid.be/fr/gallery/cartes-des-34-zones-de-secours

- 2,9% ont entre 18-24 ans ;
- 25,2% entre 25-34 ans ;
- 25,6% entre 35-44 ans ;
- 25,7% entre 45-54 ans ;
- 19,9% entre 55-64 ans ;
- Et 0,8% ont plus de 65 ans.

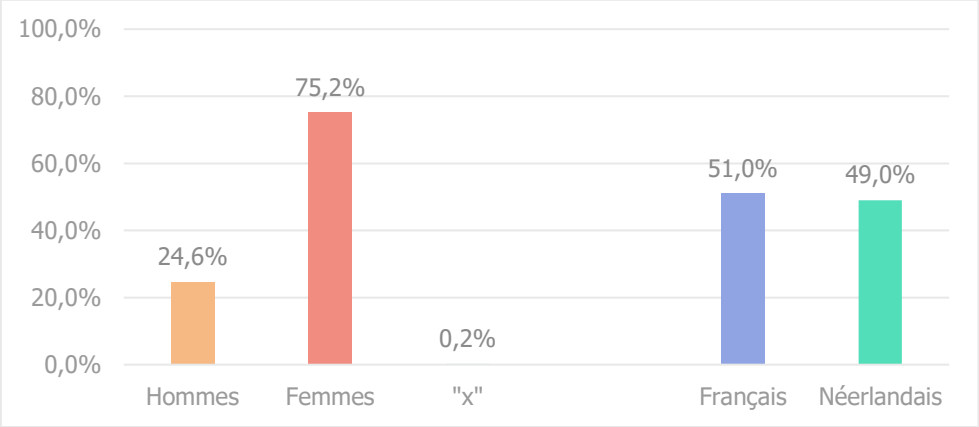


Figure 12. Profils linguistiques et de genre – Médical, soignant et paramédical (N= 910).

En termes de répartition géographique pour les profils « médical » :

- Trois répondants sur 10 (29,5%) travaillent dans la province de Flandre Orientale,
- 21,2% à Bruxelles-Capitale,
- 14,6% dans la province de Liège,
- 7,7% dans le Hainaut,
- 6,3% dans la province d'Anvers,
- 5,2% dans le Limbourg
- 4,5% dans le Brabant Wallon,
- 3,8% en Flandre Occidentale,
- 3,5% dans la province de Namur,
- 2.5% dans la province du Luxembourg,
- 1,2% dans le Brabant Flamand.

Les répondants ont été invités à renseigner le département ou la spécialité à laquelle ils sont rattachés via une liste définie[11]. Si leur département ou spécialisation ne correspondait pas, ils avaient la possibilité d'indiquer « autre » et de renseigner plus précisément leur département. 22,1% des répondants « médical » font partie du service d'urgence de l'hôpital ou de la clinique, 11,4% du service « hôpital de jour » (K, A[12]), 9,3% du département diagnostic, traitement médical (D) ; et 7% (arrondis) respectivement pour le service de gériatrie (G), le service de traitement et réadaptation (Sp) et le service de diagnostic d'une affection chirurgicale et de traitement chirurgical (C). Viennent compléter le tableau le service de soins intensifs (I) (6%), le service de maternité (M) et service de pédiatrie € (3,3% et 3,1% respectivement) et enfin le service de soins néonatals non intensifs (N*) (0,8%).

[11] Cette liste se base sur l'index de lit, unités de soins et épisodes de soins infirmiers fourni par le Service Public Fédéral Santé. Pour plus d'informations, voir : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/information_supplementaire_sur_les_index_de_lit_us_et_episodes_de_soins_2019.pdf

[12] voir la liste des index mentionnés ci-dessus

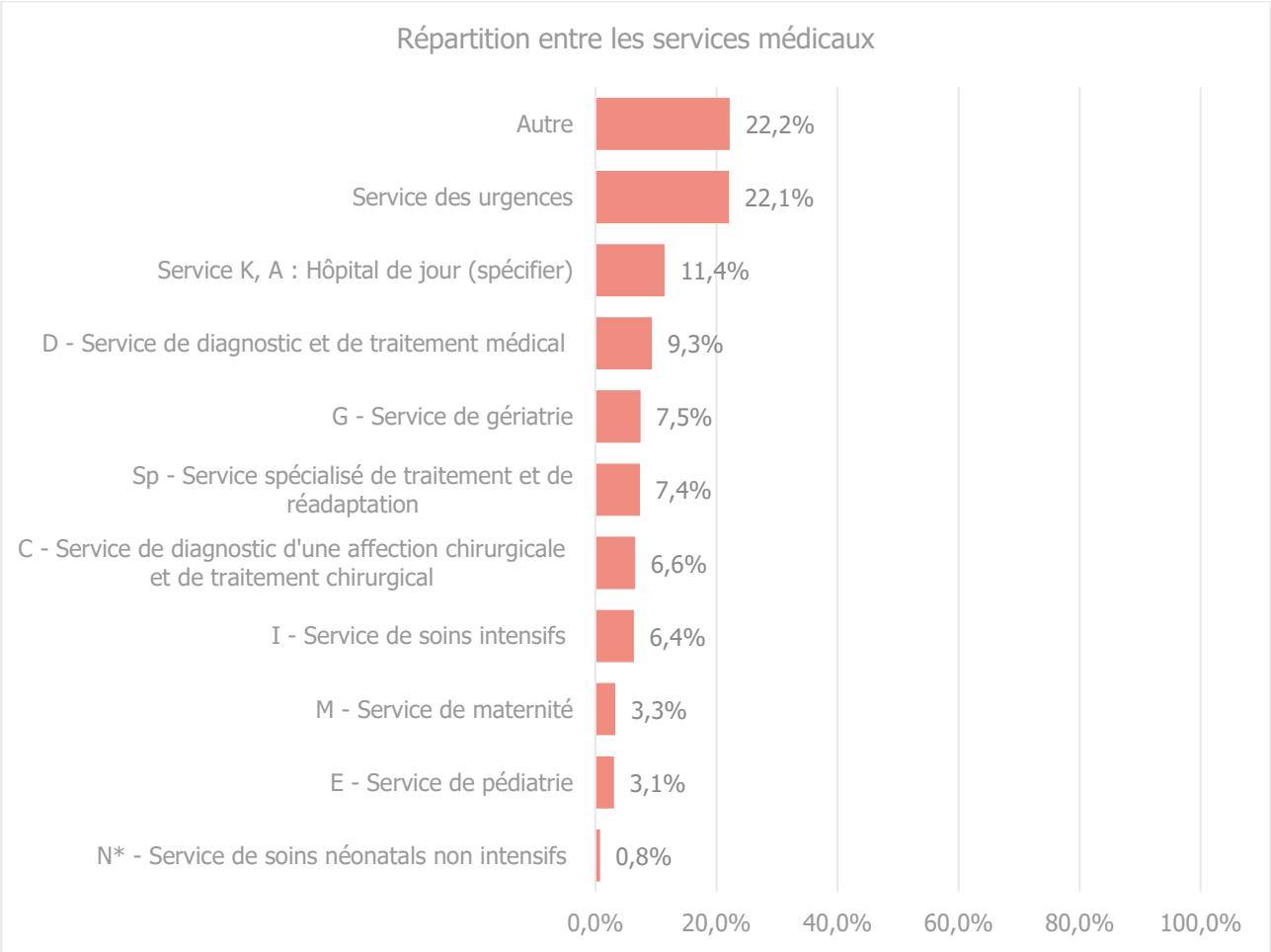


Figure 13. Répartition des profils « médical » (N= 910).

Parmi les répondants s'étant identifiés comme personnel soignant/médical/paramédical dans un hôpital ou une clinique, 22% (212 répondants) ont indiqué « autre ». Parmi ces profils, sont repris :

- Autre (étudiant, diabète, direction, département C et D, revalidation, service social, clinique de la douleur, réadaptation, pré-hospitalisation …) : 18,8% (38)
- Psychiatrie et soins psychologiques : 18,3% (37)
- Bloc ppératoire : 8,4% (17)
- Oncologie (et soins palliatifs) : 7,4% (15)
- Unité mobile, unité volante, unité soins intensifs : 7,4% (15)
- Consultations : 6,4% (13)
- Dialyse : 5,9% (12)
- Pharmacie : 5% (10)
- Imagerie et radiologie : 5% (10)
- Laboratoires : 4,5% (9)
- Polyclinique : 4,5% (9)
- Gériatrie (chirurgie, psycho …) : 3% (6)
- Médecine générale (en ce compris le service de nuit) : 3% (6)
- Neurologie : 3% (6)
- Cardiologie : 1,5% (3)
- Dépendances-addictions : 1% (2)
- Chirurgie : 1% (2)
- Gynécologie : 1% (2)

4.1.5 Répartition des profils « autres »

78 personnes (4,5%) ont indiqué travailler dans une « autre » fonction que celles renseignées (voir ci-dessus). Parmi les fonctions renseignées, il y a des :

- Infirmiers du travail (arbeidsverpleegkundigen), des conseillers en prévention et médecins du travail (24 personnes)
- Opérateurs 112 (11 personnes)
- Brancardiers (2 personnes)
- Laborantins (5 personnes)
- Pompiers (secteur privé ou public), ambulanciers SMUR (5 personnes)
- Urgentistes ou appartenant au service des urgences (7 personnes)
- Ainsi que des médiateurs, des infirmiers à domicile, des travailleurs psycho-sociaux, des kinésithérapeutes, des radiophysiciens, des directeurs de service …

Les résultats de ces profils sont inclus dans les résultats globaux. Toutefois, ils ne bénéficient pas d'une analyse spécifique dans ce rapport.

4.2 Prévalences des phénomènes de violences et d'agressions

1 711 personnes ont participé à l'enquête, dont 168 n'ont subi aucune forme de violence ou d'agression au cours des 12 derniers mois. Cela signifie que 9,8% des personnes interrogées n'ont pas été victimes et que 90,2% ont été victimes d'une ou plusieurs formes de violence au cours des 12 derniers mois.

Pour les différentes formes d'agression/violence, les données ont été analysées et rassemblées par « types » de phénomènes en suivant la catégorisation qui a été faite dans le questionnaire. Les prévalences « une fois par jour », une fois par semaine » et « une fois par mois » ont été agrégées afin de faciliter la lecture des tableaux présentant les résultats. Le détail des prévalences est décrit dans le texte accompagnant chaque tableau.

Les phénomènes d'agressions/violence sont présentés dans l'ordre suivant :

(1) Les agressions verbales
(2) Les agressions physiques
(3) Les menaces et intimidations
(4) Les intimidations sexuelles
(5) Les discriminations

La section suivante présente les prévalences de faits d'agressions et de violences pour l'ensemble de répondants, tous profils confondus. Les résultats pour les profils « pompiers, ambulanciers, PIT » et les résultats pour les profils « médical » sont traités et décrits spécifiquement dans les sections 4.3 et 4.4. En outre, les résultats des profils « pompier, ambulanciers, PIT » de cette étude sont mis en perspective des résultats de l'étude de l'institut Vias menée en 2021. Cette comparaison n'est pas effectuée pour les résultats des fonctions « médicales » car ces profils n'ont pas participé à l'étude de 2021.

4.2.1 Agressions/violences verbales

Au cours de l'année écoulée, les formes d'agression verbale – crier, humilier, chahuter et insulter – sont les formes d'agressions les plus fréquemment rapportées par l'ensemble des répondants. En moyenne, 62,4% des répondants ont été victimes d'une forme d'agression verbale au cours des 12 derniers mois. Plus précisément, 83,5% ont indiqué qu'on leur a crié dessus au cours des 12 derniers mois. Pour 45,6% d'entre eux, cela se produit quotidiennement (8,4%), hebdomadairement (18%) et mensuellement (19,2%).

Les insultes représentent la deuxième forme d'agression verbale la plus fréquemment rapportée : 73,7% des répondants en ont été victimes au moins une fois au cours des 12 derniers mois, et 38,9% ont déclaré en avoir fait l'expérience quotidiennement à une fois par mois (plus précisément, 6,5% sur une base quotidienne, 15% sur une base hebdomadaire et 17,4% sur une base mensuelle).

Les humiliations sont la troisième forme de violence verbale la plus fréquemment rapportée : 48,7% des répondants ont rapporté être confrontés à cette forme de violence au moins une fois au cours de l'année écoulée. Pour 7,6% c'est hebdomadairement et pour 10,8% c'est mensuellement. Se faire chahuter arrive en dernière position : 43,5% des répondants en ont été victimes au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Entre les trois Régions, des différences statistiquement significatives sont observées entre la Flandre et Bruxelles-Capitale, et entre la Wallonie et Bruxelles-Capitale ($p<0,001$). Une proportion plus large de répondants de Bruxelles a indiqué être confrontée plusieurs fois par an à de la violence verbale (86,9%), les

proportions étant relativement plus faibles en Flandre (75,7%) et en Wallonie (76,3%). Aucune différence significative n'a été observée entre les répondants masculins et féminins concernant les agressions verbales.

Tableau 3. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=1 711)

Agressions verbales					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Crier	45,6%	13,2%	12,5%	12,1%	16,5%
Humilier	20,5%	8,7%	9,4%	10,2%	51,3%
Chahuter	21,5%	7,5%	6,8%	7,7%	56,5%
Insulter	38,9%	11,3%	11,2%	12,3%	26,3%

4.2.2 Agressions/violences physiques

Près de la moitié des répondants, soit 47,2%, ont déclaré avoir subi une agression physique au moins une fois ou plus au cours des 12 derniers mois. La forme d'agression physique la plus souvent rapportée est celle relative au jet ou à la destruction d'objet : 14,8% sont victimes de ces agressions d'une fois par semaine à une fois par mois (1,3% de manière quotidienne, 5,2% de manière hebdomadaire et 8,4% de manière mensuelle). Pour 9,3% cela se déroule au moins une fois tous les trois mois et pour 13,9% cela est arrivé au une fois au cours des 12 derniers mois.

Une proportion légèrement plus faible de répondants, 43,7%, est victime de poussades ou de coups de pied : pour 1,2% cela se passe tous les jours, une fois par semaine pour 5,7%, mensuellement pour 7,9% et 11,9% d'entre eux l'ont vécu une seule fois au cours de l'année écoulée.

En moyenne plus d'un tiers des répondants sont victimes d'actes d'agressions physiques telles que « empoigner », « cracher » et « bloquer physiquement ». Ce sont respectivement 37,3%, 38,6% et 38,7% des répondants qui ont été confrontés à ces faits d'agression physique au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Plus précisément :

- 62,7% ont indiqué ne pas avoir été victimes d'empoignades au cours des 12 derniers mois mais pour 12,9% cela se produit quotidiennement (1%), hebdomadairement (4,8%) et mensuellement (7,1%). Pour 6,4% une fois tous les trois mois, 7,1% une fois tous les six mois et 10,9% une fois au cours de l'année écoulée.
- Pour les actes de « crachat », 0,5% y est confronté quotidiennement, 3,2% hebdomadairement, 7,1% mensuellement, 7,1% une fois tous les trois mois, 7,4% une fois tous les six mois et 13,2% une fois au cours des 12 derniers mois.
- Presque deux tiers des répondants (61,3%) n'ont pas été victimes de blocage physique au cours des 12 derniers mois. Toutefois, 5,4% ont été la cible de blocage physique une fois par mois, 7,1% jusqu'à quatre fois sur l'année écoulée et 8,3% deux fois.

Les blessures constituent la forme d'agression/violence physique la moins courante, 79,1% n'y ont pas été confrontés au cours des 12 derniers mois. Toutefois, 21,9% des répondants (357 personnes) en ont été victimes au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Tableau 4. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions physiques – Résultats (N=1 711)

Agressions physiques					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Cracher	10,8%	7,1%	7,4%	13,2%	61,4%
Empoigner	12,9%	6,4%	7,1%	10,9%	62,7%
Blesser	3,3%	3,2%	4,1%	10,2%	79,1%
Bloquer physiquement	10,3%	7,1%	8,3%	13,0%	61,3%
Jeter/détruire des objets	14,8%	9,3%	9,2%	13,9%	52,8%
Pousser/ Frapper/ Donner des coups de pied	14,8%	8,7%	8,4%	11,9%	56,3%

En termes de violences physiques, de plus fortes disparités sont observées entre la Wallonie, d'un côté, et Bruxelles-Capitale et la Flandre, de l'autre côté. Une plus forte proportion des répondants flamands et bruxellois (54,3% et 54,8%) a indiqué avoir été confrontée à ce type de violence plus d'une fois par an au cours des 12 derniers mois, comparativement aux répondants wallons. Ces différences sont statistiquement significatives entre les Régions (p= <0.001).

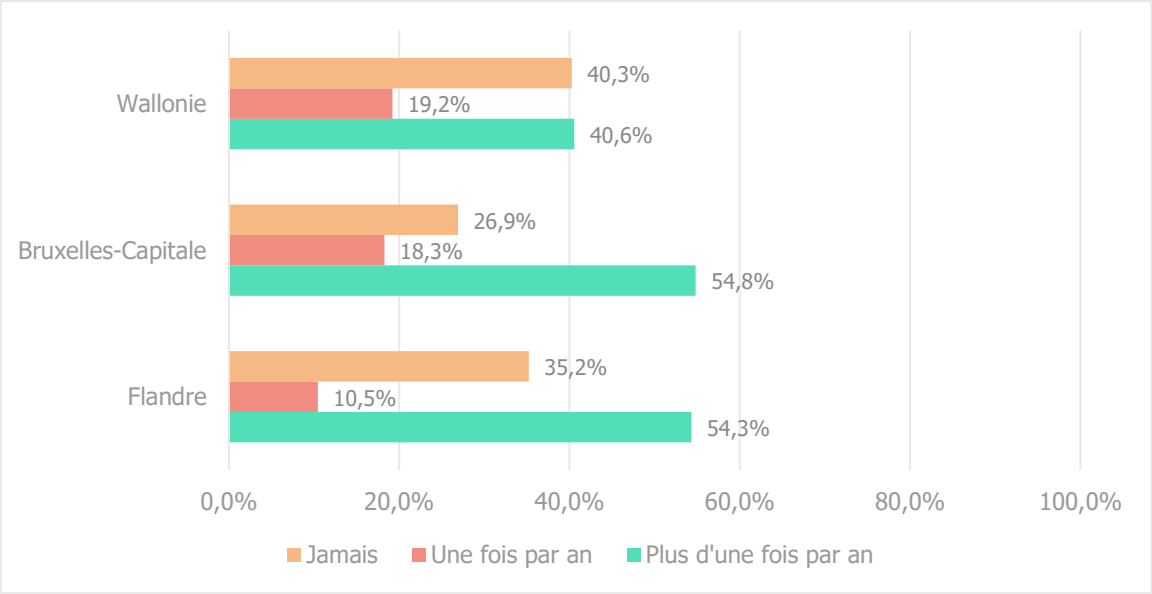


Figure 14. Prévalences d'agressions physiques – répartition régionales

Une différence statistiquement significative (p<0,01) est également observée entre les répondants masculins et féminins. Les femmes (52,1%) ont indiqué plus fréquemment que les hommes (46,6%) avoir été confrontées plus d'une fois sur l'année à des agressions physiques. Tandis que 17,7% des hommes n'y ont été confrontés qu'une seule fois, contre 12,2% des femmes.

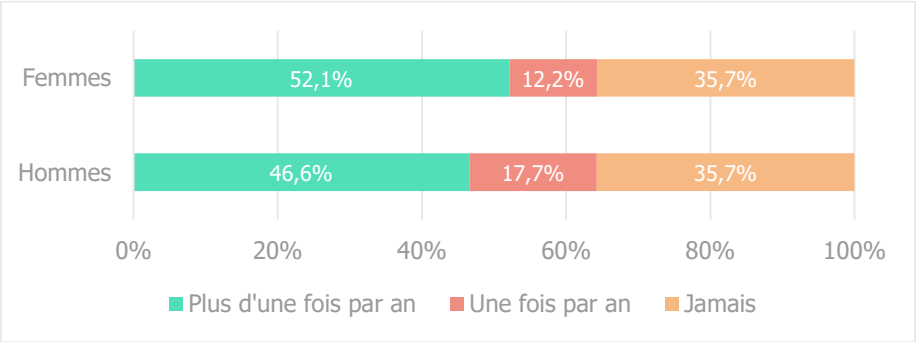


Figure 15. Agressions physiques - Prévalences hommes et femmes (N= 1 711).

4.2.3 Intimidations et menaces

Les autres formes d'agression et de violence sondées concernent les menaces et les intimidations. Les phénomènes couverts sont les menaces, les menaces à l'encontre de membres de la famille, la mise sous pression, le chantage, le harcèlement, les poursuites, et la diffusion de textes ou d'images indésirables sur les réseaux sociaux.

- Presque deux tiers des répondants (61,2%) ont indiqué avoir été menacés au cours des douze derniers mois : 2,5% quotidiennement, 8,9% hebdomadairement, 10,3% mensuellement, 10,6% une fois tous les trois mois, 12,6% une fois tous les six mois et 16,3% une fois au cours de l'année écoulée. 38,8% n'ont fait l'objet d'aucune menace au cours des 12 derniers mois.
- Un peu moins de la moitié des répondants (47,8%) ont été mis sous pression au cours des 12 derniers mois : 5,8% quotidiennement, 10,4% hebdomadairement, 10% mensuellement, 7,2% une fois tous les trois mois, 6,6% une fois tous les 6 mois et 7,8% une fois au cours de l'année écoulée.
- 22,3% ont fait face à des menaces proférées à l'encontre de membres de leur famille, pour 7,5% des répondants, cela s'est produit une fois au cours de l'année écoulée, pour 4,8% deux fois et pour 3,4% quatre fois.
- Le chantage concerne 13,2% des répondants. La prévalence la plus élevée est observée pour 3,3% des répondants, qui rapportent y avoir été confrontés une fois au cours de l'année écoulée.
- Le harcèlement est rencontré par 15,3% des répondants, dont 1,8% y a été confronté une fois par semaine, 2,5% une fois par mois, et 5,7% une fois au cours des 12 derniers mois.
- La poursuite concerne 11,6% des répondants, dont 6,8% y ont été confrontés une fois au cours de l'année écoulée, 1,1% une fois par semaine, 1,3% tous les trois mois et 1,6% tous les six mois.

La diffusion de textes ou d'images indésirables sur les réseaux sociaux a également été rapportée : respectivement 15,9% et 16,7% des répondants ont indiqué en avoir été la cible. Les résultats sont fort similaires entre la diffusion d'images ou de textes indésirables :

- 0,4% respectivement au quotidien ;
- 1,3% et 1,2% respectivement de manière hebdomadaire ;
- 2,2% et 2,5% respectivement une fois par mois ;
- 3,0% et 2,2% respectivement une fois tous les trois mois ;
- 3,3% et 3,0% respectivement une fois tous les six mois ;
- Et 6,4% et 6,6% respectivement une fois par an.

Tableau 5. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces & Intimidations – Résultats (N=1 711)

Menaces & intimidations					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Mettre sous pression	26,2%	7,2%	6,6%	7,8%	52,3%
Menacer	21,7%	10,6%	12,6%	16,3%	38,8%
Menacer des membres de la famille	6,6%	3,4%	4,8%	7,5%	77,7%
Faire chanter quelqu'un	5,4%	2,0%	2,5%	3,3%	86,8%
Harceler	5,1%	2,3%	2,2%	5,7%	84,7%
Diffuser un texte indésirable sur les réseaux sociaux	4,1%	2,2%	3,0%	6,6%	84,1%
Diffuser des images indésirables sur les réseaux sociaux	3,9%	3,0%	3,3%	6,4%	83,3%
Poursuivre	1,9%	1,3%	1,6%	6,8%	88,4%

4.2.4 Intimidations sexuelles

L'enquête a également sondé les formes d'intimidations sexuelles dont peuvent être victimes les travailleurs de la fonction publique et du secteur médical et de soins. Les formes d'intimidations sexuelles questionnées sont :

- Les commentaires ou regards lubriques
- Se faire siffler
- Les attouchements
- Les agressions sexuelles
- Le viol

La forme d'intimidation sexuelle la plus fréquente concerne les regards/commentaires lubriques : 31,8% des répondants y ont été confrontés. Pour 1,1% cela arrive une fois par jour, 3,8% cela arrive une fois par semaine, 5,9% une fois par mois, 7,1% une fois tous les trois mois.

Ensuite, 13,7% des répondants rapportent avoir été victimes d'attouchements, dont 4,9% une fois au cours de l'année écoulée, 3,7% deux fois, et 2,3% une fois tous les trois mois. Pour 1,6% des répondants, c'est une fois par mois, 0,8% une fois par semaine et 0,4% une fois par jour.

Les sifflements constituent la troisième forme d'intimidation sexuelle : 11,3% y ont été confrontés, dont 1,6% une fois tous les trois mois, 2,9% une fois tous les six mois et 4% une fois au cours des 12 derniers mois.

Les agressions sexuelles concernant 1,1% des répondants avec une prévalence de 0,8% des répondants qui en ont été victimes une fois au cours de l'année écoulée. Et 0,4% des répondants a été victime de viol au

cours de l'année. En d'autres mots, six répondants ont été victimes d'un viol au cours de l'année écoulée, et ce pendant l'exercice de leur fonction.

Des différences statistiquement significatives (p<0,001) sont observées entre les répondants masculins et les répondantes féminines : 55,2% des femmes ont vécu cette forme de violence au cours de l'année écoulée, dont 43,4% plus d'une fois par an. Tandis que pour les répondants masculins, le taux de personne rapportant des intimidations sexuelles est de 18% (au moins une fois au cours de l'année écoulée).

Tableau 6. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=1 711)

Intimidations sexuelles					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Siffler	2,9%	1,6%	2,9%	4,0%	88,7%
Commentaires ou regards lubriques	10,8%	7,1%	7,4%	6,5%	68,2%
Attouchement	2,8%	2,3%	3,7%	4,9%	86,3%
Agression sexuelle	0,2%	0,1%	0,1%	0,8%	98,9%
Viol	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	99,6%

4.2.5 Discriminations

Près de 20% des répondants ont été confrontés à une forme de discrimination. Les formes de discriminations sondées concernent les discriminations liées :

- Au genre ;
- À la couleur de peau ;
- À l'âge ;
- À la ou aux croyances ;
- À l'orientation sexuelle.

La discrimination liée au genre est la discrimination la plus fréquente : 19,4% des répondants y ont été confrontés une ou plusieurs fois au cours de l'année écoulée. 0,8% en est victime quotidiennement, 2,9% hebdomadairement, 4,1% respectivement mensuellement et une fois tous les trois mois, 3,7% respectivement deux fois et une fois au cours des 12 derniers mois.

Ensuite, ce sont les discriminations basées sur la couleur de peau qui présentent la plus haute prévalence : 18,9% y ont été confrontés une à plusieurs fois au cours de l'année écoulée, avec plus précisément 8,5% d'une fois par jour (1,1%) à une fois par mois (5,0%). La discrimination liée à l'âge est la troisième forme de discrimination la plus fréquemment rapportée : 18,5% des répondants en ont été victimes une fois ou plusieurs fois au cours de l'année écoulée, dont 3,7% une fois par mois et une fois tous les trois mois respectivement, 4,1% une fois tous les six mois et 4,3% une fois sur l'année écoulée.

86,3% des répondants ont indiqué ne pas avoir été confrontés à des discriminations liées à la ou aux croyances. Toutefois, 1,3% y a été confronté une fois par semaine au cours de l'année écoulée, 3,4% une fois par mois, et de 2,5% à 3,1% une fois tous les trois mois à une fois par an. Les discriminations liées à l'orientation sexuelle sont les moins rapportées : 6,5% des répondants en ont été victimes.

En termes de différences entre les femmes et les hommes, 49,8% des répondantes féminines ont été victimes au moins une fois au cours de l'année écoulée d'une forme de discrimination ; pour 39,9% cela s'est produit plus d'une fois sur l'année. Pour les répondants masculins, 24,2% y ont été confrontés plus d'une fois sur l'année, tandis que 69% cela ne s'est jamais produit. Ces différences sont statistiquement significatives (p<0,001).

Entre les Régions, des différences significatives sont également observées. C'est dans la Région de Bruxelles-Capitale que les discriminations sont les plus fréquemment rapportées : 59,7% ont vécu au moins une fois au cours de l'année écoulée une forme de discrimination, dont 50,3% plusieurs fois sur l'année.

Tableau 7. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=1 711)

Discriminations basées sur…					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
La couleur de peau	8,5%	3,7%	3,3%	3,4%	81,1%
La/les croyance(s)	5,6%	2,5%	2,6%	3,1%	86,3%
Le genre	7,8%	4,1%	3,7%	3,7%	80,6%
L'âge	6,5%	3,7%	4,1%	4,3%	81,5%
L'orientation sexuelle	2,7%	1,2%	0,8%	1,8%	93,5%

4.2.6 Les « autres » formes d'agression rapportées et vue d'ensemble

Dans le cadre de leurs fonctions, 10% des répondants (n=172) ont rapporté avoir été victimes d'une autre forme d'agression ou de violence que celles reprises dans le questionnaire. Parmi ces faits, ont été rapportés des actes de violence et d'agression dont les répondants sont les victimes directes et d'autres dont ils sont les victimes collatérales.

Pour les profils « médical », les faits suivants ont été rapportés (liste non-exhaustive) :

- Jet de pot d'urine au visage ;
- Insultes au téléphone ;
- Violence verbale et/ou physique du patient ou de la famille du patient ;
- Intimidation du patient ou de la famille du patient ;
- Tentative de morsure ;
- Tentative de meurtre (« J'ai assisté à une tentative de meurtre. Un patient a poignardé avec des ciseaux de sang-froid au cou du médecin. (…) »[13]) ;
- Faits de harcèlements moral/psychologique de la part des supérieurs hiérarchiques ou de collègues ;
- Faits de harcèlements sexuels de la part des supérieurs hiérarchiques (« je te mets tout ce que tu veux dans la bouche … de la part du médecin-chef du service »[14] ; « coller une **** sur la fenêtre de mon bureau »[15] …) ;
- Agressivité de la part de médecin et de la hiérarchie ;
- Mise sous pression de la part de la hiérarchie ;

[13] Propos indiqués par un répondant à la question « autre ».
[14] *Ibidem.*
[15] *Ibidem.*

- Faits de discrimination ou remarques sur le physique ;
- Remise en question de soins prodigués ;
- Faits de dénigrement ;
- …

Pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT », 9% (N= 70) ont rapporté des faits d'agression et de violence autres que ceux repris dans le questionnaire. Les faits suivants ont été rapportés (liste non-exhaustive) :

- Jet de cocktail Molotov ou de feux d'artifice ;
- Jet et crachats de sang d'un patient VIH ;
- Faits d'agression dans la circulation (tels des tentatives de renverser un pompier, refus d'obtempérer à la suite d'une fermeture de voirie ou refus de laisser la priorité sur la route) ;
- Menace avec arme (notamment avec couteau) ;
- Dégâts matériels ;
- Diffamation, délation, courriel d'intimidation … de tiers ou de la hiérarchie ;
- Discrimination de la langue parlée ;
- Violences physiques de la part de supérieur hiérarchique ou de collègue (et absence de poursuite ou de mesures de la part du commandement) ;
- Prises de vidéo lors de prises en charge accompagnées de menaces ou représailles en cas « d'erreur » ;
- Impolitesse et manque de respect ;
- Insultes racistes ;
- …

La Figure 16 représente une vue d'ensemble de toutes les formes d'agressions et leur prévalence « au moins une fois au cours de l'année écoulée ».

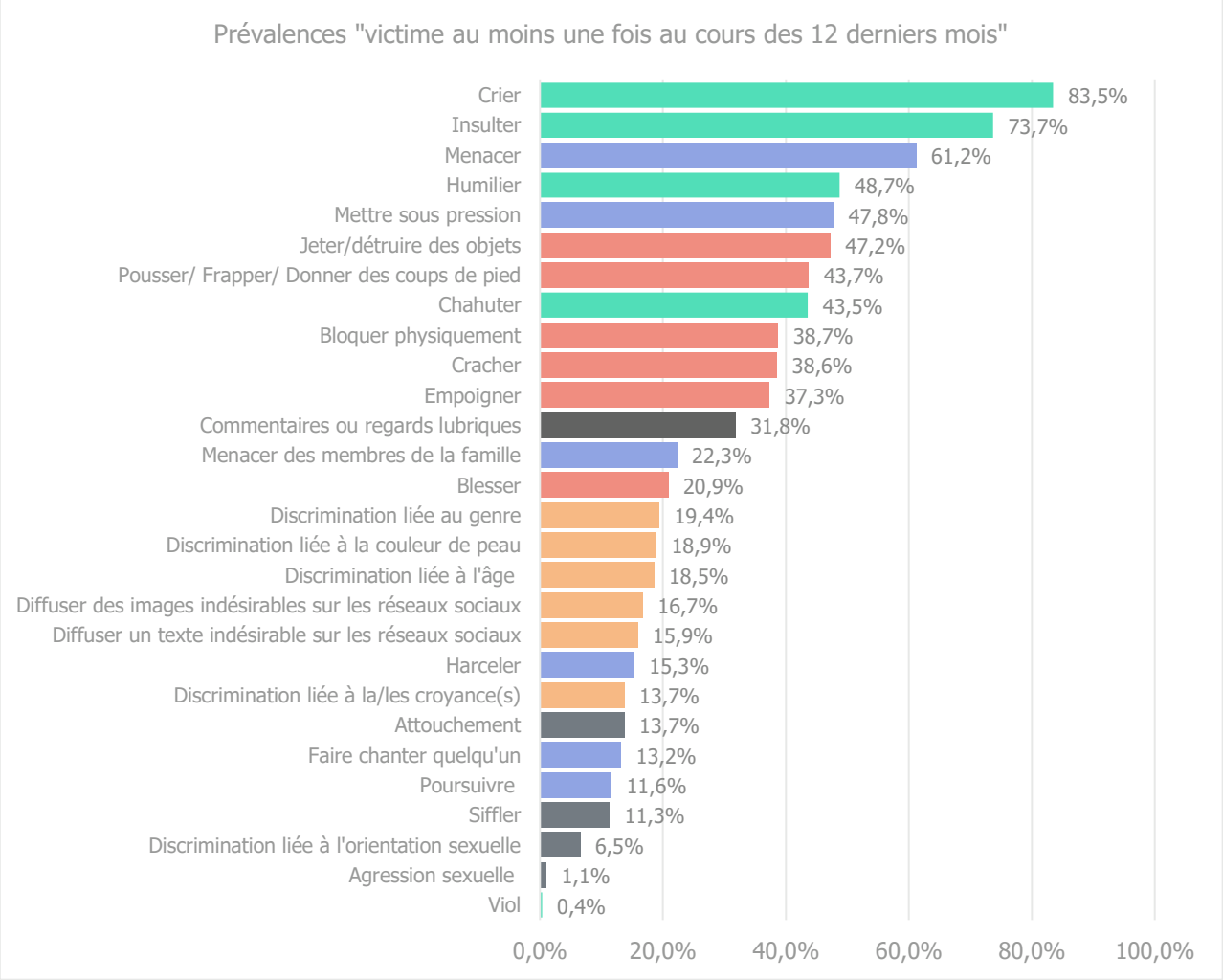


Figure 16. Prévalences de l'ensemble des formes d'agression/violence, une fois à plusieurs fois au cours de l'année écoulé (N= 1 543).

4.2.7 Les violences et agressions – Variables additionnelles

4.2.7.1 Prévalences globales par région

Tel que présenté ci-dessus, des différences sont observées entre les trois Régions. Pour faciliter les présentations des résultats, nous ne rapportons ci-après que les prévalences pour les répondants ayant répondu « jamais, « une fois par an » et « plus d'une fois par an » (qui correspondent à la somme des réponses « d'une fois tous les six mois à « une fois par semaine »).

- Agressions verbales
  - Les agressions verbales sont les plus fréquentes à Bruxelles-Capitale (86.9%), suivies de la Wallonie (76.3%) et de la Flandre (75.7%).
  - Le pourcentage de personnes déclarant n'avoir jamais subi d'agressions verbales est le plus élevé en Flandre (13.7%), suivi de la Wallonie (11.1%), et le plus bas à Bruxelles-Capitale (6.2%).
- Agressions physiques
  - De plus fortes disparités sont observées entre la Wallonie, d'un côté, et Bruxelles-Capitale et la Flandre, de l'autre côté. Une plus forte proportion des répondants flamands et bruxellois (54,3% et 54,8%, respectivement) a indiqué avoir été confrontée à ce type de violence plus d'une fois par an au cours des 12 derniers mois, comparativement aux répondants wallons. Ces différences sont statistiquement significatives entre les Régions ($p= <0.001$).
  - La Wallonie a le taux le plus élevé de personnes déclarant ne jamais avoir subi d'agressions physiques (40.3%), tandis que ce taux est plus bas à Bruxelles (26.9%) et Flandre (35.2%).
- Intimidations et menaces
  - Bruxelles-Capitale (72.1%) affiche le pourcentage le plus élevé de personnes ayant subi des intimidations et menaces "plus d'une fois par an", contre 57.4% en Wallonie et 55.1% en Flandre.
  - La proportion de personnes déclarant ne jamais avoir été intimidées est la plus élevée en Flandre (33.3%), suivie de la Wallonie (25.1%), et la plus basse à Bruxelles-Capitale (14.8%).
- Agressions sexuelles
  - Les agressions sexuelles sont les plus fréquemment signalées à Bruxelles-Capitale (32.4%), suivies de la Flandre (31.9%), et la Wallonie (20.3%).
  - La Wallonie présente le pourcentage le plus élevé de personnes déclarant n'avoir jamais été victimes d'agressions sexuelles (72.6%), comparé à la Flandre (60.8%) et Bruxelles-Capitale (58.3%).
- Discriminations
  - Les discriminations "plus d'une fois par an" sont signalées de manière significative à Bruxelles-Capitale (50.3%), comparée à la Flandre (29.7%) et la Wallonie (25.5%).
  - La Wallonie et la Flandre ont un taux similaire de personnes déclarant n'avoir jamais été victimes de discrimination (65.0% et 64.5% respectivement), tandis que ce chiffre est plus faible à Bruxelles (40.3%).

Bruxelles-Capitale enregistre généralement des taux plus élevés de violences verbales, physiques, intimidations et discriminations par rapport aux autres régions. La Wallonie semble être la région où les agressions sont moins fréquentes dans plusieurs catégories, notamment les agressions sexuelles et physiques. La Flandre affiche des niveaux intermédiaires, bien que le taux de déclarations de discriminations soit plus faible qu'à Bruxelles.

Tableau 8. Prévalences et répartition régionale des violences et agressions (N= 1 711).

		Flandre (N= 775)	Bruxelles-Capitale (N= 290)	Wallonie (N= 646)
Agressions verbales	Plus d'une fois par an	75,7%	86,9%	76,3%
	Une fois par an	10,6%	6,9%	12,5%
	Jamais	13,7%	6,2%	11,1%
Agressions physiques	Plus d'une fois par an	54,3%	54,8%	40,6%
	Une fois par an	10,5%	18,3%	19,2%
	Jamais	35,2%	26,9%	40,3%
Intimidations et menaces	Plus d'une fois par an	55,1%	72,1%	57,4%
	Une fois par an	11,6%	13,1%	17,5%
	Jamais	33,3%	14,8%	25,1%
Agressions sexuelles	Plus d'une fois par an	31,9%	32,4%	20,3%
	Une fois par an	7,4%	9,3%	7,1%
	Jamais	60,8%	58,3%	72,6%
Discriminations	Plus d'une fois par an	29,7%	50,3%	25,5%
	Une fois par an	5,8%	9,3%	9,4%
	Jamais	64,5%	40,3%	65,0%

4.2.7.2 Prévalences globales par année d'ancienneté

Des différences significatives sont observées en fonction du nombre d'années d'ancienneté des répondants, et ce pour les cinq formes de violence et d'agression. Toutefois, les tendances observées ne sont pas tout à fait les mêmes par type de violence/agression :

- Les agressions verbales apparaissent comme la forme de violence la plus répandue, toutes tranches d'ancienneté confondues. Les taux les plus élevés sont observés chez les répondants ayant entre 5 et moins de 10 ans d'ancienneté (93,8%) et 10 à moins de 15 ans (92,3%). Ces taux suggèrent que les personnes ayant quelques années d'expérience sont plus exposées à ce type de violence. En revanche, les taux sont légèrement plus faibles chez les répondants avec moins d'années d'ancienneté (84,0% pour les moins de 5 ans) et les plus expérimentés (85,7% pour plus de 20 ans).
- En ce qui concerne les agressions physiques, la tendance est similaire, avec un pic de prévalence chez les personnes ayant entre 5 et moins de 10 ans d'ancienneté (77,3%), avant une baisse progressive au fil des années. Les professionnels ayant plus de 20 ans d'ancienneté semblent relativement moins exposés (58,1%).
- Les menaces et intimidations suivent une courbe comparable. La tranche des 10 à moins de 15 ans affiche le taux le plus élevé (80,1%), alors que les répondants plus expérimentés (plus de 20 ans) rapportent un taux plus faible (69,1%) (<0.01).
- Pour les intimidations sexuelles, une nette baisse est observée avec l'ancienneté, passant de 45,9% chez les moins de 5 ans à 26,4% chez les plus de 20 ans (<0.001). Cette évolution pourrait indiquer une plus grande vulnérabilité des personnes en début de carrière face à ce type de comportement.
- Enfin, les discriminations montrent une dynamique similaire : elles touchent davantage les répondants ayant entre 5 et 10 ans d'ancienneté (50,4%) et tendent à diminuer chez les plus anciens, atteignant 26,4% chez ceux ayant plus de 20 ans d'expérience.

Ces résultats par ancienneté suggèrent qu'à partir de 10 à 15 ans d'ancienneté, l'exposition aux différentes formes de violence tend à diminuer. Il convient d'indiquer que les « plus de 20 ans » constituent 38,8% de l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 9. Prévalences et répartition des violences et agressions par années d'ancienneté – « au moins une fois sur l'année écoulée » et nombre total de répondants (N = 1 711).

Années d'ancienneté	Agressions verbales	Agressions physiques	Menaces et intimidations	Intimidations sexuelles	Discriminations	N total =
Moins de 5 ans	84,0%	61,2%	70,2%	**45,9%**	**45,9%**	268
De 5 à moins de 10 ans	**93,8%**	**77,3%**	**77,7%**	**46,9%**	**50,4%**	260
De 10 à moins de 15 ans	**92,3%**	**71,3%**	**80,1%**	38,1%	41,6%	286
De 15 à moins de 20 ans	**91,5%**	62,4%	**73,1%**	31,2%	35,0%	234
Plus de 20 ans	85,7%	58,1%	69,1%	26,4%	26,4%	663

4.3 Prévalence pour les profils « Pompiers-ambulanciers-PIT »

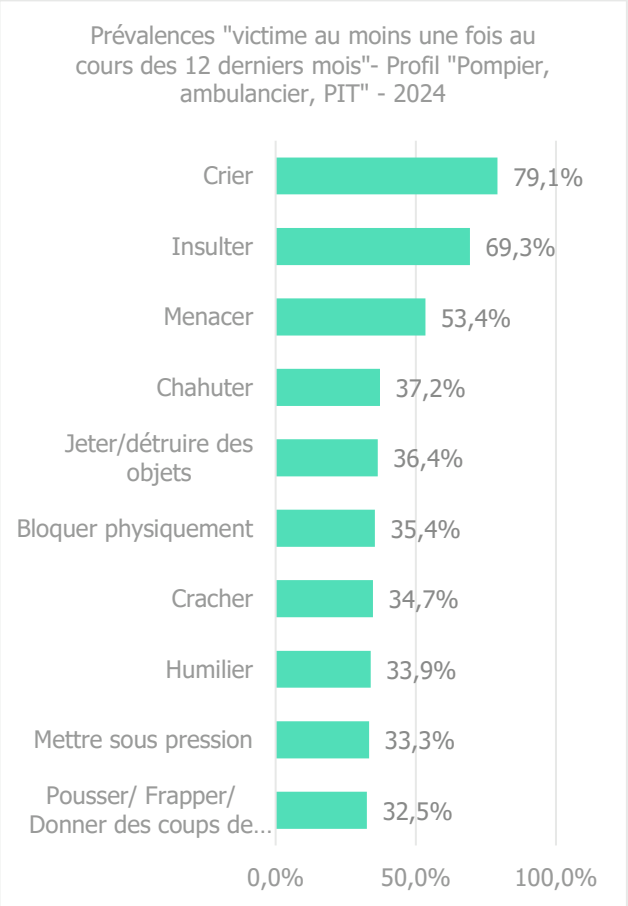
La violence verbale, les menaces et la violence physique sont les formes de violence et agression le plus souvent rapportées par les répondants « pompiers[16] ». Plus de trois quarts des répondants ont indiqué s'être fait crier dessus au cours des 12 derniers mois. Se faire insulter (79,3%) est la deuxième forme de violence la plus fréquemment rapportée, suivie par les menaces (53,4%) et se faire chahuter (37,2%).

A titre indicatif, les trois premières formes de violences le plus souvent rapportées en 2021 sont similaires à celles de 2024, toutefois, les prévalences de 2021 sont relativement plus élevées. Ainsi, en 2021, 82,7% des répondants ont rapporté avoir été au moins une fois été confrontés à des cris, 73,8% à des insultes et 54,3% à des menaces. Être bloqué physiquement arrivait en quatrième position avec 50,5% des répondants.

Les prévalences des différentes formes de violence collectées en 2024 sont détaillées ci-après pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT ».

[16] Par facilité de lecture et de rédaction, dans cette section, le terme « pompier » désigne les répondants ayant indiqué occuper une fonction de pompier, d'ambulancier ou de PIT.

Prévalences 2024 (N= 723)



Prévalences 2021 (N= 836)

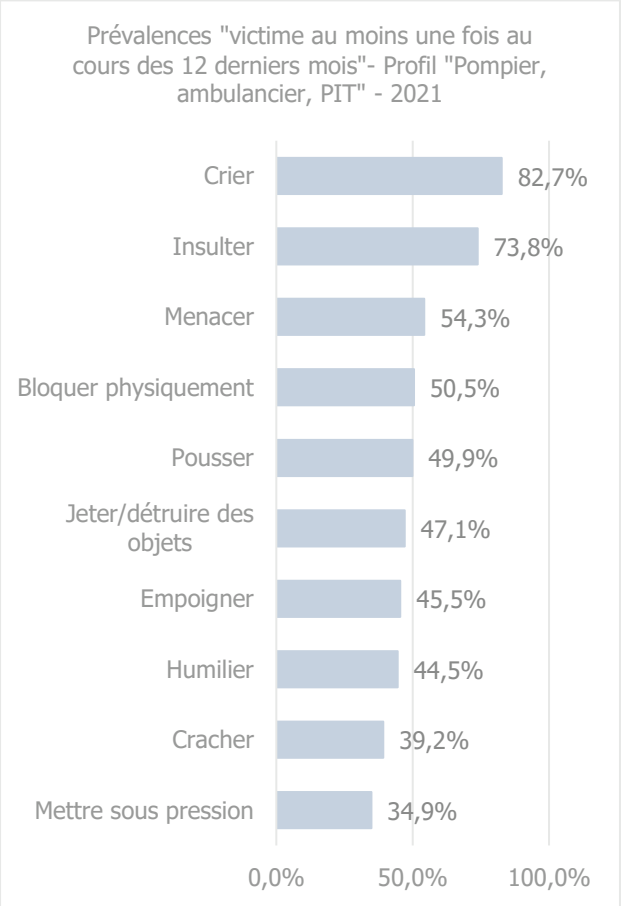


Figure 17. Prévalences des formes de violence les plus fréquemment rapportées en 2024 et en 2021 (source : Verwee et al. (2022)).

4.3.1 Agressions/violences verbales – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT »

Au cours des 12 derniers mois, les formes d'agression verbale – crier, humilier, chahuter et insulter - se sont manifestées le plus souvent et de la manière la plus fréquente parmi les répondants « pompier ». En moyenne, 54,9% des répondants ont été victimes d'une forme d'agression verbale au cours des douze derniers mois.

Plus précisément, 79,1% ont indiqué s'être fait crier dessus au moins une fois au cours de l'année écoulée. Pour 34,9% d'entre eux, cela se produit quotidiennement (3,6%), hebdomadairement (10,9%) et mensuellement (20,3%). Les insultes sont la deuxième forme d'agressivité/de violence verbale rapportée : 69,3% des répondants ont indiqué avoir été insultés au moins 1 fois au cours de l'année écoulée. Pour 10% cette violence se vit toutes les semaines et pour 16,6% c'est tous les mois.

Le fait d'être chahuté, comme les provocations ou bousculades verbales, constitue la troisième forme d'agression verbale la plus fréquemment rapportée : plus d'un tiers des répondants y ont été confrontés au cours des douze derniers mois. Près de 10% déclarent en être victimes une fois par mois.

L'humiliation verbale concerne également un tiers des répondants. Parmi eux, 1% la subit quotidiennement, 3,6% chaque semaine, et 5,9% une fois par mois.

Pour toutes ces formes de violence verbale, à l'exception du chahut, les proportions de répondants exposées étaient plus élevées lors de la collecte de données de 2021 (Verwee et al., 2022) :

- 83% des répondants qui ont été exposés à des cris au cours de l'année écoulée (contre 79,1% en 2024) ;

- 74% à des insultes (contre 69,3% en 2024) ;
- 45% à des humiliations verbales (contre 33,9% en 2024).

Pour le chahut, le taux était plus faible en 2021, 31% contre 37,2% en 2024.

Tableau 10. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=723)

Agressions verbales					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Crier	34,9%	13,4%	15,5%	15,4%	20,9%
Humilier	10,5%	6,4%	7,5%	9,5%	66,1%
Chahuter	15,8%	6,5%	6,8%	8,2%	62,8%
Insulter	29,3%	12,0%	12,6%	15,4%	30,7%

4.3.2 Agressions physiques – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT »

En moyenne, moins d'un tiers des répondants a été confronté à une forme de violence physique. Lorsque ces actes se produisent, il semble que ce soit le plus souvent à une ou deux reprises, tous les six mois, ou une fois par an au cours de l'année écoulée.

La forme d'agression physique la plus souvent rapportée est celle relative au jet ou à la destruction d'objet : un tiers de répondants y ont été confronté (36,4%), dont 6,1% des répondants sont victimes de ces faits d'une fois par semaine à une fois par mois (0,4% de manière quotidienne, 1,4% de manière hebdomadaire et 4,3% de manière mensuelle). Pour la majorité des répondants, ces faits se sont passés une fois au cours des 12 derniers mois (16,6%) ou une fois tous les six mois (8,3%).

« Bloquer physiquement » et « Pousser/Frapper/Donner des coups de pied » sont les deux formes de violences physiques qui viennent compléter le trio de tête. Ce sont 35,4% des répondants des services d'urgence qui rapportent avoir été bloquer physiquement au moins une fois au cours de l'année écoulée, dont 5,9% d'une fois par jour (0,6%) à une fois par mois (2,4%). En outre, 32,5% rapportent avoir reçu des coups de pieds ou avoir été poussé au moins une fois au cours de l'année, pour 4,7% cela se passe au moins une fois par mois.

Les trois dernières formes de violence physique les moins courantes sont :

- Les « crachats » : 17% des répondants y ont été confrontés au moins une fois au cours des 12 derniers mois, 6,1% une fois tous les trois mois ;
- « Empoigner » : 72,2% ont indiqué ne pas avoir été victimes d'empoignade au cours des 12 derniers mois mais pour 2,1% cela se produit hebdomadairement et pour 2,9% mensuellement.
- Les blessures constituent la forme d'agression/violence physique la moins courante, 87,6% n'y ont pas été confrontés au cours des 12 derniers mois. Toutefois, 8,4% des répondants en ont été victimes au moins une fois au cours de l'année écoulée et 1,9% deux fois au cours de l'année.

Les prévalences de la collecte de données de 2024 sont relativement plus basses que celles collectées en 2021 et les formes les plus fréquentes sont ventilées différemment. Lors de cette première collecte, la moitié des répondants ont été victimes de blocage physique, de poussades et de coups, 47% ont été victimes de jet/destruction d'objet et 46% ont été victimes d'empoignades.

Tableau 11. « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de… » - Agressions physiques – Résultats (N=723)

Agressions physiques					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Cracher	5,8%	6,1%	5,8%	17,0%	65,3%
Empoigner	5,1%	5,1%	5,8%	11,8%	72,2%
Blesser	0,8%	1,2%	1,9%	8,4%	87,6%
Bloquer physiquement	5,9%	6,1%	7,9%	15,5%	64,6%
Jeter/détruire des objets	6,1%	5,4%	8,3%	16,6%	63,6%
Pousser/ Frapper/ Donner des coups de pied	7,1%	4,6%	6,5%	14,4%	67,5%

4.3.3 Intimidations et menaces – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT »

Plus de la moitié des pompiers (53,4%) déclarent avoir été menacés au cours des douze derniers mois. Pour près de 5% d'entre eux, ces menaces surviennent chaque semaine, pour 7,7% une fois par mois, et pour presque 10%, une fois tous les trois mois. La deuxième forme de violence rapportée est la mise sous pression : un tiers des répondants y a été confronté au cours de l'année écoulée. Si 9,3% l'ont subie une fois sur l'année écoulée, pour 12,7%, cette forme de violence est survenue plus fréquemment (de manière quotidienne à mensuelle).

Pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT », la diffusion d'images indésirables sur les réseaux sociaux constitue la troisième forme de menace la plus fréquemment rapportée. Près de 20% des répondants y ont été confrontés au moins une fois au cours des douze derniers mois. Cette menace survient le plus souvent à une fréquence allant d'une fois tous les trois mois (4,3%) à une fois par an (6,4%), tandis que 5% déclarent y être exposés entre une fois par semaine (0,6%) et une fois par mois (2,5%).

S'agissant de la diffusion de textes indésirables, 16,2% des profils « pompiers » rapportent en avoir été victimes au cours de la même période. La fréquence la plus élevée est observée pour une occurrence annuelle (7,3%), tandis que 2,4% déclarent en être victimes une fois par mois, et 3,2% une fois tous les six mois.

Parmi les autres menaces évaluées, les prévalences observées sont les suivantes :

- 18,7% ont fait face à des menaces proférées à l'encontre de membres de leur famille, pour 7,6% des répondants, cela s'est produit une seule fois au cours de l'année écoulée, pour 3,5% deux fois sur l'année, pour 2,6 une fois tous les trois mois ;
- La poursuite concerne 11,2% des répondants, dont 8% y ont été confrontés une seule fois au cours de l'année écoulée ;
- 10,1% des profils pompier ont rapporté avoir été victimes de harcèlement au moins une fois au cours de l'année écoulée ;
- 93,2% des profils pompier n'ont pas été confrontés à du chantage. Toutefois, 6,8% l'ont été au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Ces résultats sont cohérents avec les données collectées en 2021, avec quelques variations au niveau des prévalences. Par exemple, en 2021, une plus forte proportion de pompiers-ambulanciers-PIT avait été victimes

de diffusion de contenus indésirables sur les réseaux sociaux (24,2% pour la diffusion d'images indésirables et 21,5% pour la diffusion de texte indésirables). Et plus de répondants en 2024 ont été victimes de chantage, comparativement à 2021 (90,1% n'ont pas été victimes).

Tableau 12. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces et Intimidations – Résultats (N=723)

Menaces & intimidations					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Menacer	13,4%	9,3%	11,9%	18,8%	46,6%
Menacer des membres de la famille	5,0%	2,6%	3,5%	7,6%	81,3%
Harceler	2,9%	1,5%	1,7%	4,0%	89,9%
Poursuivre	1,0%	1,2%	1,0%	8,0%	88,8%
Faire chanter quelqu'un	1,4%	0,7%	1,5%	3,2%	93,2%
Mettre sous pression	12,7%	6,1%	5,3%	9,3%	66,7%
Diffuser des images indésirables sur les réseaux sociaux	5,0%	4,3%	4,1%	6,4%	80,2%
Diffuser un texte indésirable sur les réseaux sociaux	3,7%	1,9%	3,2%	7,3%	83,8%

4.3.4 Intimidations sexuelles – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT »

Les intimidations sexuelles sont moins fréquentes chez les profils « pompiers » que les agressions verbales ou physiques. Néanmoins, 14,4% d'entre eux déclarent avoir été exposés à des commentaires ou regards lubriques au moins une fois au cours des douze derniers mois. En moyenne, 4,6% rapportent y être confrontés à une fréquence allant d'une fois par semaine à une fois par mois, tandis que 3,7% indiquent en avoir fait l'expérience deux fois au cours de l'année écoulée.

Les autres formes d'intimidation sexuelle les plus fréquentes concernent les « sifflements » - 7,9% des profils pompier l'ont vécu au moins une fois au cours des 12 derniers mois - et les « attouchements », vécus par 6,8% de ces profils, dont 2,1% deux fois sur les douze derniers mois.

Comme en 2021, ces formes d'agression sont les moins fréquentes en 2024. Les différences les plus notables entre les deux études sont qu'il y a eu plus de victimes de « sifflement » lors de la présente collecte de données (6,3% en 2021), et moins de répondants ont été rapportés avoir été la cible de commentaires/regards lubriques et d'attouchements (16,3% et 0,7%, respectivement, en 2021).

Tableau 13. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=723)

Intimidations sexuelles					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Siffler	2,4%	1,0%	1,5%	3,0%	92,1%
Commentaires ou regards lubriques	4,6%	2,1%	3,7%	4,0%	85,6%
Attouchement	0,8%	0,8%	2,1%	3,0%	93,2%
Agression sexuelle	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	99,9%
Viol	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

4.3.5 Discriminations – Profils « Pompiers, ambulanciers, PIT »

Les discriminations basées sur la couleur de la peau sont la forme de discrimination la plus fréquemment rapportée : 14,9% l'ont vécu au moins une fois au cours de l'année écoulée. Pour environ 3% des répondants pompiers, cette discrimination est vécue une fois tous les trois à six mois. La deuxième forme de discrimination la plus fréquente concerne l'âge (12,4%). Ensuite arrive la discrimination liée aux croyances (10,4%), celle liée au genre (8,9%) et cella liée à l'orientation sexuelle (5,4%).

Comme en 2021, les discriminations basées sur la couleur de la peau et l'âge sont les deux formes de discriminations les plus fréquemment rapportées en 2024. Les prévalences rapportées en 2024 sont cohérentes avec les prévalences de 2021.

Tableau 14. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=723)

Discriminations basées sur…					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Le genre	3,5%	1,2%	2,4%	1,8%	91,1%
La couleur de peau	5,1%	2,8%	3,0%	4,0%	85,1%
La/les croyance(s)	4,4%	2,1%	1,9%	1,9%	89,6%
L'âge	3,2%	1,7%	3,3%	4,3%	87,6%
L'orientation sexuelle	1,9%	1,1%	0,6%	1,8%	94,6%

4.4 Prévalence pour les profils « médical, paramédical, soignant »

4.4.1 Agressions/violences verbales – Profils « Médical »

Les cris et les insultes sont les formes de violences verbales auxquelles les professionnels de la santé sont le plus confrontés. Plus de la moitié des répondants ont rapporté se faire crier dessus d'une fois par jour à une fois par mois (plus précisément, pour 11,9% cela se passe chaque jour, pour 23,5% c'est chaque semaine et pour 19%, c'est chaque mois). Seulement 12,4% des répondants n'ont pas été confrontés à des cris au cours de l'année écoulée.

Les insultes sont la deuxième forme de violence verbale la plus fréquente : 77,5% des répondants avec un profil médical se sont fait insulter au cours des 12 derniers mois. Pour 19,2% d'entre eux, cela se passe chaque semaine et pour 9%, c'est tous les jours.

Les humiliations verbales sont vécues par presque 60% des travailleurs du secteur médical, 14,7% y sont confrontés une fois par mois et 10,3% une fois par semaine. Se faire chahuter est vécu par 49,5% des répondants au profil médical, dont pour la plus forte proportion, cela se passe chaque mois (10%).

Tableau 15. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions verbales – Résultats (N=910)

Agressions verbales					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Crier	54.4%	13.4%	10.3%	9.5%	12.4%
Humilier	27.8%	10.2%	10.4%	10.7%	40.9%
Chahuter	26.6%	8.5%	6.9%	7.5%	50.5%
Insulter	46.3%	11.0%	10.3%	9.9%	22.5%

4.4.2 Agressions/violences physiques – Profils « Médical »

En moyenne, 45,4% des travailleurs du secteur des soins de santé sont confrontés à des formes de violence physique. La plus fréquemment rapportée est le jet ou la destruction d'objets : 57,3% des répondants du secteur médical en ont été victimes au moins une fois au cours de l'année écoulée. Pour 8,6%, ces actes se produisent chaque semaine, pour 11,2% chaque mois, et pour 12,6% une fois tous les trois mois.

Les poussées et les coups de pied constituent la deuxième forme de violence physique la plus couramment rapportée, avec 54,3% des répondants déclarant en avoir été victimes. Parmi eux, 9,1% subissent ces actes chaque semaine, 10,5% chaque mois, et 12,1% tous les trois mois.

Les empoignades sont mentionnées par près de la moitié des répondants (46,4%), dont 10,5% rapportent y être confrontés tous les mois. Suivent les crachats avec 43,4%, dont à nouveau près de 10% mensuellement. Le fait d'être physiquement bloqué est rapporté par 42,4% des répondants, et 9,1% rapportent l'avoir vécu deux fois sur l'année écoulée.

Enfin, 28,5% des répondants déclarent avoir été blessés au cours de l'année écoulée, tandis que 71,5% ne rapportent aucune blessure. Concernant la fréquence des blessures, près de 5% des répondants en subissent une ou plusieurs tous les trois mois, presque 6% tous les six mois, et 12,3% au moins une fois par an.

Tableau 16. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" - Agressions physiques – Résultats (N=910)

Agressions physiques					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Cracher	14,9%	8,4%	9,0%	11,1%	56,6%
Empoigner	19,2%	7,9%	8,6%	10,7%	53,6%
Blesser	5,5%	4,7%	5,9%	12,3%	71,5%
Bloquer physiquement	13,8%	8,0%	9,1%	11,4%	57,6%
Jeter/détruire des objets	21,9%	12,6%	10,5%	12,2%	42,7%
Pousser/ Frapper/ Donner des coups de pied	21,4%	12,1%	10,3%	10,4%	45,7%

Tableau 17. Pour chacune d'entre elles, pouvez-vous indiquer si vous y avez été confronté dans le cadre de l'exercice de votre profession les 12 derniers mois, et le cas échéant, à quelle fréquence ? – Violence physique

4.4.3 Intimidations et menaces – Profils « Médical »

Le fait d'avoir été menacé au cours des 12 derniers mois est rapporté par plus de deux tiers de profils « médical » et les menaces sont récurrentes pour une partie des répondants : 12% en sont victimes chaque semaine, une proportion équivalente chaque mois, et encore 12% tous les trois mois. La mise sous pression représente la deuxième forme de menace la plus fréquemment rapportée par les professionnels de santé : plus de la moitié des répondants (58,8%) y ont été confrontés au moins une fois au cours des 12 derniers mois, dont 14,4% chaque semaine et 13,5% chaque mois.

Les autres formes de menaces et d'intimidations rapportée représentent de plus faibles prévalences, ainsi :

- Un quart des répondants (25,8%) ont indiqué avoir reçu des menaces à l'encontre des membres de leur famille au cours des douze mois écoulés. Ce type de menace étant le plus souvent rencontré une fois tous les trois mois pour 4,3%, une fois tous les six mois pour 6,2% et une fois par an pour 7,7% des répondants.
- Presque 20% des répondants ont été harcelés au cours de l'année écoulée. Ce comportement indésirable est vécu de manière récurrente : 3% en sont victimes chaque mois, et également presque 3% avec une fréquence allant de tous les trois mois et un peu moins de 3% tous les six mois.
- Le chantage concerne 18,4% des répondants. La prévalence la plus élevée est de 3,4% des répondants qui ont été confrontés à cette forme de violence une fois au cours de l'année.
- La diffusion de texte indésirable ou d'image indésirable sur les réseaux sociaux est rapportée par une faible proportion de répondants au profil médical. En moyenne, 85% des répondants ne sont pas victimes de ce type de comportement. Toutefois, en moyenne, 6% des répondants y ont été confrontées une fois sur l'année écoulée.
- La large proportion des répondants ne sont pas confrontés à des actes de poursuite (88,1%). Toutefois, près de 12% des répondants en ont été victimes au moins une fois sur les 12 derniers mois.

Tableau 18. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Menaces et intimidations – Résultats (N=910)

Menaces & intimidations					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Menacer	27,7%	11,9%	13,3%	14,6%	32,5%
Menacer des membres de la famille	7,7%	4,3%	6,2%	7,7%	74,2%
Harceler	6,7%	2,9%	2,6%	7,1%	80,7%
Poursuivre	2,7%	1,5%	2,1%	5,5%	88,1%
Faire chanter quelqu'un	8,6%	3,2%	3,2%	3,4%	81,6%
Mettre sous pression	36,6%	8,2%	7,5%	6,5%	41,2%
Diffuser des images indésirables sur les réseaux sociaux	3,1%	2,2%	2,7%	6,4%	85,6%
Diffuser un texte indésirable sur les réseaux sociaux	4,2%	2,5%	3,0%	5,9%	84,4%

4.4.4 Intimidations sexuelles – Profils « Médical »

Les intimidations et agressions sexuelles évaluées au cours de l'enquête montrent que ces formes de violence sont une réalité pour les répondants travaillant dans le secteur médical et de soins. En moyenne, 16,3 % des répondants déclarent y avoir été confrontés au cours de l'année écoulée.

Plus en détail, 45,3 % des répondants rapportent être fréquemment exposés à des commentaires ou regards à connotation sexuelle. Parmi eux :

- 5,4 % en subissent chaque semaine,
- 8,8 % chaque mois,
- et 10,5 % indiquent que cela survient tous les trois à six mois.

Par ailleurs, 20 % des répondants déclarent avoir été victimes d'attouchements, dont près de 5 % à une fréquence de tous les six mois. En ce qui concerne les sifflements, 14,1 % indiquent y avoir été confrontés au cours de l'année écoulée, dont 2,2% une fois par mois.

Les agressions sexuelles proprement dites restent plus rares : 98,1 % des répondants n'en ont pas été victimes, ce qui signifie que 1,9 % l'ont été. Concrètement, cela correspond à :

- 13 personnes ayant subi une agression sexuelle une fois dans l'année,
- et 2 personnes déclarant en être victimes chaque mois.

Le viol est la forme d'agression sexuelle le moins fréquemment rapporté. Toutefois, six personnes ont rapporté avoir été victimes d'un viol au cours de l'année écoulée[17].

Tableau 19. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Intimidations sexuelles – Résultats (N=910)

Intimidations sexuelles					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Siffler	3,1%	2,3%	3,8%	4,8%	85,9%
Commentaires ou regards lubriques	15,5%	10,5%	10,5%	8,7%	54,7%
Attouchement	4,3%	3,4%	4,9%	6,8%	80,5%
Agression sexuelle	0,3%	0,0%	0,1%	1,4%	98,1%
Viol	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	99,3%

4.4.5 Discriminations – Profils « Médical »

26,5% des répondants du secteur médical ont indiqué avoir été confrontés à de la discrimination liée au genre au moins une fois au cours de l'année écoulée. Pour 4,2% d'entre eux, cette discrimination est vécue toutes les semaines, pour 5,6%, c'est tous les mois, et 6% vivent cela tous les trois mois. A titre informatif, ce groupe de répondants est constitué à 75,2% de répondants s'étant identifiés comme « femmes ».

L'autre forme de discrimination la plus récurrente est celle liée à l'âge : 23,4% l'ont vécu au cours de l'année (0,9% quotidiennement, 3% hebdomadairement, 5,3% mensuellement). Ensuite, 22,4% des répondants ont fait l'objet de remarques déplaisantes ou de comportements déplacés concernant leur couleur de peau (1,5% quotidiennement, 3% hebdomadairement, 6,6% mensuellement, 4,5% une fois tous les trois mois, 3,5% une fois tous les six mois et 3,3% une fois par an).

Des pourcentages plus faibles ont été observés au niveau de la discrimination concernant la croyance : 16,5% en ont été victimes une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois. Et enfin, 7,8% des répondants ont indiqué qu'ils avaient fait l'objet de remarques déplaisantes ou de comportements déplacés concernant leur orientation sexuelle.

[17] En Belgique, le viol est une infraction passible d'une peine de six mois à 10 ans d'emprisonnement. Pour plus d'informations : https://justice.belgium.be/fr/themes/securite_et_criminalite/infractions_sexuelles#tab-top--5

Tableau 20. "Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de…" – Discriminations – Résultats (N=910)

Discriminations basées sur…					
	D'une fois par jour à une fois par mois	Une fois tous les trois mois	Une fois tous les six mois	Une fois par an	Jamais
Le genre	10,7%	6,0%	4,8%	4,9%	73,5%
La couleur de peau	11,1%	4,5%	3,5%	3,3%	77,6%
La/les croyance(s)	6,5%	2,7%	3,1%	4,2%	83,5%
L'âge	9,1%	5,2%	4,9%	4,2%	76,6%
L'orientation sexuelle	3,5%	1,3%	1,1%	1,9%	92,2%

4.5 Le fait le plus marquant

Parmi l'ensemble des faits de violence recensés, les répondants ont été invités à désigner celui qu'ils ont jugé le plus marquant, s'ils avaient été victimes de violence ou d'agressivité au cours des 12 derniers mois. Pour plus d'un cinquième d'entre eux, ce sont les cris (26,8%) qui ressortent comme l'événement le plus marquant. Viennent ensuite les insultes (10,6%), les poussades et coups de pied (9,3%), ainsi que les empoignades (5,8%). Les menaces (8,7%) et les humiliations (5,5%) complètent ce classement, se plaçant respectivement en quatrième et sixième position.

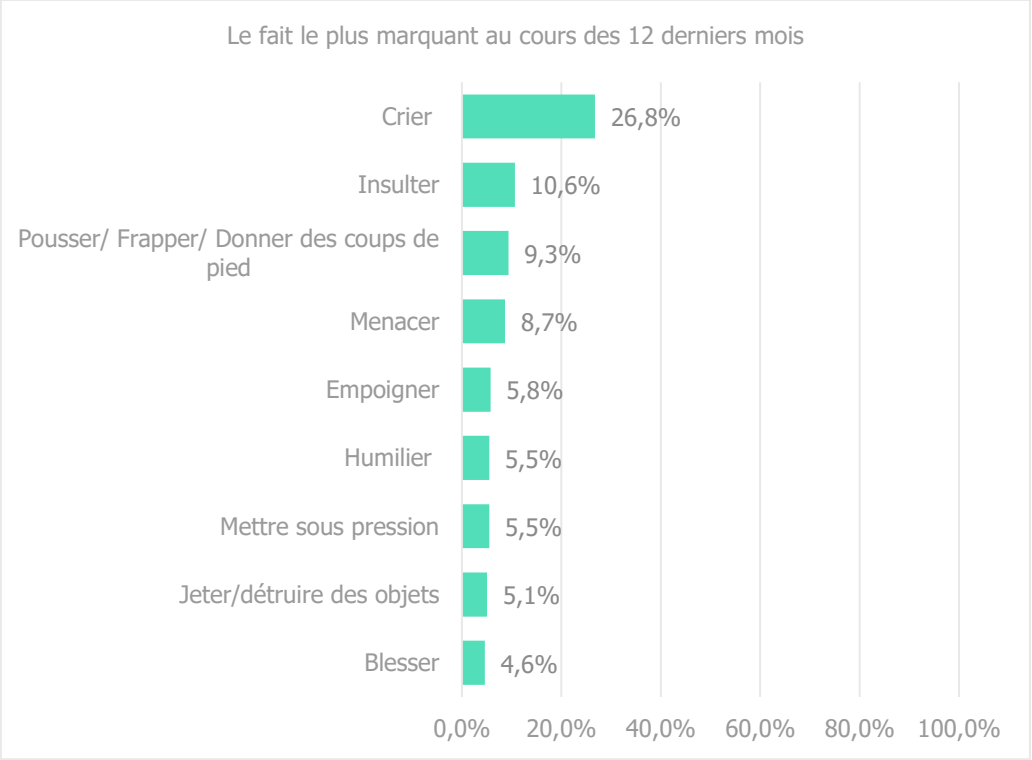


Figure 18. Faits les plus marquants au cours des 12 derniers mois. (N= 1 476).

4.5.1 Le fait le plus marquant pour les profils « Pompier-ambulanciers-PIT » et les profils « médical »

Pour les profils « Pompiers-ambulanciers-PIT », la violence verbale reste, en 2024, la forme d'agression la plus marquante au cours des 12 derniers mois : 27,5% des répondants « pompier » ont identifié les cris comme l'événement le plus marquant, tandis que 15% ont cité les insultes. Les coups et les menaces suivent, avec respectivement 9,1% et 8,1% des répondants. En comparaison, lors de l'enquête de 2021, les cris et les coups (pousser/frapper/donner des coups de pied) étaient les deux faits les plus marquants, chacun désigné par 14% des répondants. D'autres formes d'agressions physiques suivaient, telles que l'empoignement (9%), le jet ou la destruction d'objets (8%) et l'entrave physique (5%). À l'époque, seulement 6% des répondants avaient mentionné les insultes comme fait le plus marquant, et 7% les menaces.

Ces résultats indiquent qu'en 2024, la violence verbale, notamment les cris et les insultes, est perçue comme plus marquante qu'en 2021, tandis que l'impact relatif des agressions physiques semble légèrement diminuer, bien qu'elles restent significatives.

Les agressions verbales constituent également les agressions les plus marquantes pour les profils « médical, paramédical, soignant » : 27,5% indiquent que les cris sont le fait le plus marquant. Ensuite, ce sont les coups (9,4%) et les menaces (8,9%). Les insultes sont pour 8,1% des répondants « médical » le fait le plus marquant.

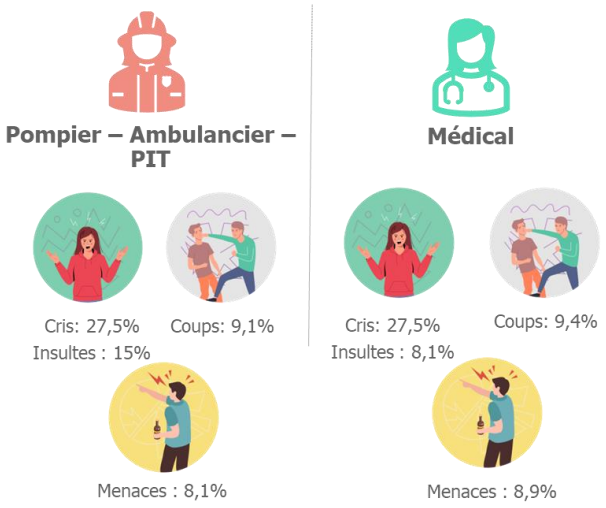


Figure 19. Faits les plus marquants - Profils "pompiers-ambulanciers-PIT" (N= 580) et Profils "Médical" (N= 830).

4.6 Profils des agresseurs

C'est en partant du fait le plus marquant que le contexte de l'agression, le lieu de l'agression et le profil de l'agresseur ont été abordés. Il s'agissait de déterminer les caractéristiques de la personne qui a manifesté l'agressivité ou la violence. Les résultats ci-après sont les données relatives aux questions « Pour le fait le plus marquant, … :

- Qui était la personne qui vous a agressé ?
- Quel âge avait cette personne ?
- Cette personne était-elle sous l'influence d'alcool, de drogues ou de médicaments ?
- De quel sexe était cette personne ?
- Où a eu lieu l'agression ?

4.6.1 Profils des auteurs d'agression et de violence

4.6.1.1 Qui sont les auteurs de violence ou d'agression ?

Dans 55,9% des cas, l'agresseur est le patient ou le client de la personne agressée ou de son service. Ensuite, dans 19,1%, il s'agit d'un proche du patient/client. Pour 9,1% des répondants, l'agresseur est un collègue, et pour 7,9% il s'agit d'une personne sur place. Pour 5,9% des cas, l'agresseur est un dirigeant et 2,8% des répondants ont indiqué « autre ». Parmi les 1711 répondants, 315 n'ont pas indiqué le profil de leur agresseur.

Dans la catégorie « autre », les informations suivantes ont été rapportées (N= 39 répondants) :

- Médecin
- Adjoint
- Visiteur
- Collègue et patient
- Hiérarchie (notamment, N+2)
- Inconnu (dans la rue, sur le chemin pour le travail)
- Patient et famille
- Etc.

34 des profils « autre » ont pu être répartis dans les catégories existantes (*médecin* dans la catégorie *collègue*, *patient* dans la catégorie *patients*, etc.) faisant ainsi varier les taux comme suit :

- Patients/clients : 56,3%
- Proche du patients/clients : 19,1%
- Collègues : 10,5%
- Personnes présentes sur place : 8,3%
- Dirigeants : 5,4%
- Autre : 0,4%

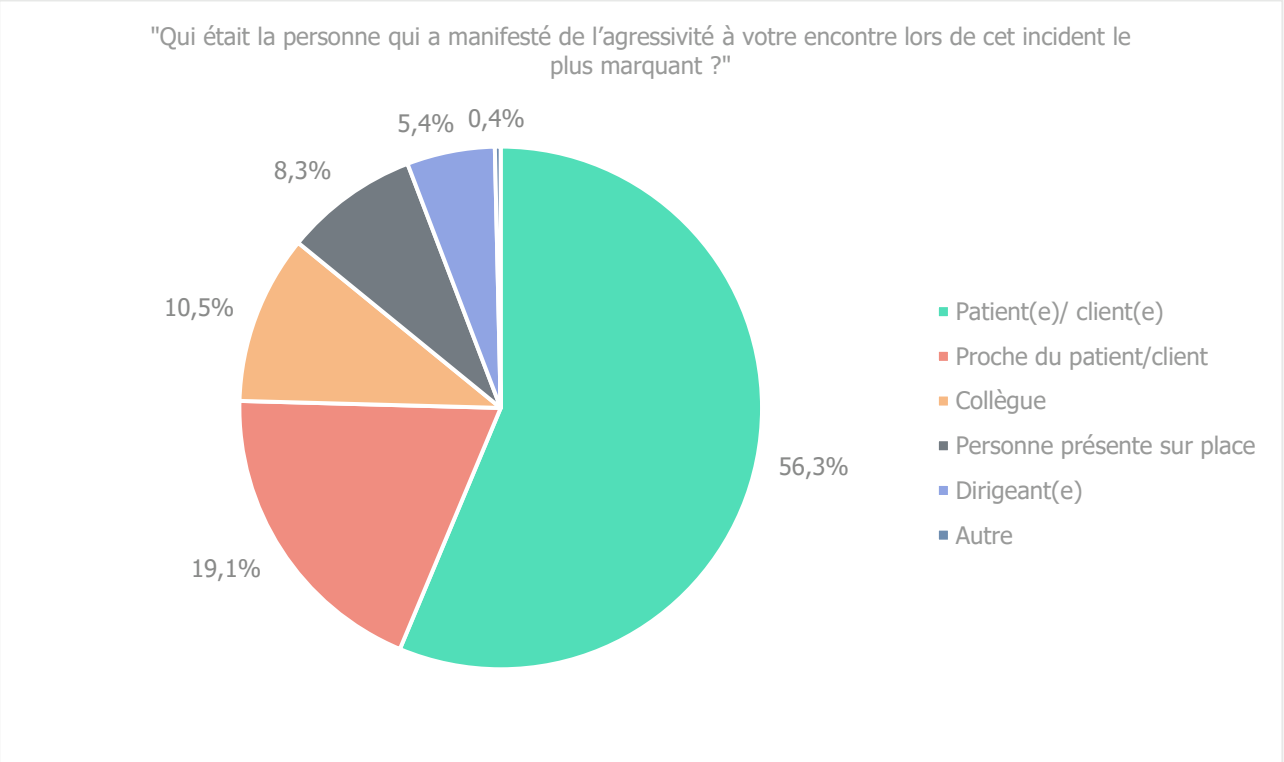


Figure 20. Qui était la personne qui a manifesté de l'agressivité à votre encontre lors de cet incident le plus marquant ? (N= 1396).

Pour le fait le plus marquant, l'agresseur est un homme pour 79,2% des répondants (tout profil confondu), et une femme pour 17,2% des répondants, tandis que 3% des répondants ignorent le genre de leur agresseur (et 0,3 ont rapporté « x »).

Concernant le genre de l'agresseur, les répondants masculins font face à une plus grande proportion d'agresseurs masculins (85,1% contre 73% pour les répondantes – victimes - féminines). À l'inverse, les femmes sont plus fréquemment confrontées à des agresseurs féminins (23,5%, contre 11,3% pour les répondants – victimes - masculins). Des différences apparaissent également dans le profil des agresseurs : chez les répondantes féminines, les auteurs des agressions sont principalement des patients ou clients (59,8%), suivis des proches de ces derniers (19,8%) et des collègues (10,2%). Du côté des hommes, les patients ou clients restent les principaux agresseurs (52,1%), suivis des proches (18,5%), mais la troisième catégorie la plus fréquente concerne les « personnes présentes sur place » (13,6%). Ces différences peuvent s'expliquer par la proportionnalité des répondants féminins et des répondants masculins entre les deux

secteurs sondés. Enfin, les dirigeants sont cités comme agresseurs par 3,7% des répondantes féminines contre 2% des répondants masculins.

Des spécificités apparaissent en fonction des secteurs d'activité des répondants, tant en ce qui concerne le profil des agresseurs que leur genre.

- Secteur médical : les violences sont majoritairement perpétrées par les patients eux-mêmes :
  - 64 % des agresseurs sont des patients,
  - 21,1 % sont des proches de patients,
  - 7,8 % sont des collègues.
    En ce qui concerne le genre des agresseurs, 79,4 % sont des hommes, contre 21,4 % de femmes.
- Secteur des secours (pompiers, ambulanciers, PIT) : le profil des agresseurs est ici plus diversifié. Bien que les patients restent les plus fréquemment cités, leur part est moins importante que dans le secteur médical :
  - 45,3 % sont des patients,
  - 17 % des proches de patients,
  - 19 % des personnes présentes sur place (passants, témoins…),
  - 9,9 % des collègues.
  - 85,4 % des agresseurs sont des hommes, contre 11,1 % de femmes.

Ces résultats confirment les tendances observées dans les données collectées en 2021, bien que des variations soient notées : à cette époque, 59,7 % des agresseurs étaient des patients/clients, 17 % des proches, 15 % des personnes présentes sur les lieux, et 5,8 % des collègues. Le pourcentage d'agresseurs masculins était alors de 83,2 %.

- Pour les répondants ayant sélectionné « autres » comme fonction (voir section 4.1.5 du rapport) :
  - Les patients représentent 45,9 % des agresseurs,
  - Les collègues constituent la deuxième catégorie la plus fréquemment citée, avec 19,7 %.

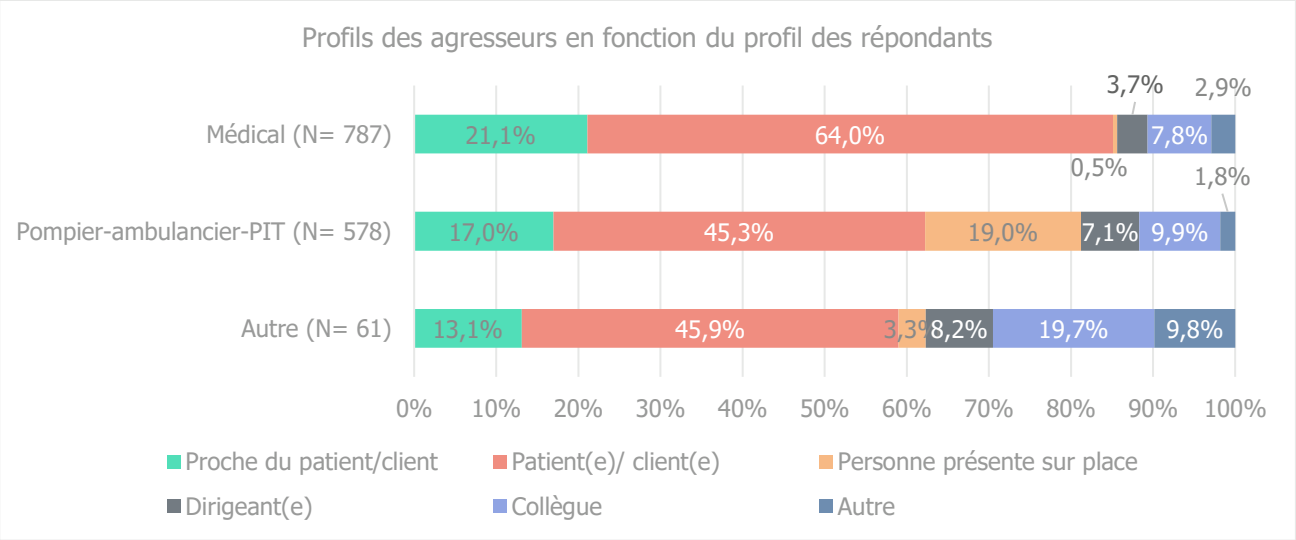


Figure 21. Profils des agresseurs en fonction du profil des répondants.

Concernant l'âge des agresseurs, il existe indéniablement un biais dans la catégorisation qui a pu être faite par les répondants. Sans connaître l'âge le patient/client/collègue/dirigeant (par exemple, sans avoir connaissance de sa date de naissance, ce qui est éventuellement possible par le biais du dossier médical), il paraît évident que l'estimation de l'âge de l'agresseur est somme toute approximative (et que faire la différence entre 40 et 41 ans est relativement impossible). Toutefois, les répondants ont été invités à indiquer l'âge de leur agresseur à travers une catégorisation par groupe d'âge ou à indiquer s'ils ne savaient pas.

Pour le fait le plus marquant la tranche d'âge des 31 à 40 ans est la plus représentée : 26,5% des répondants ont indiqué que leur agresseur appartenait à cette tranche d'âge, suivie de celle des 41 à 50 ans (20,6%), celle des 18 à 30 ans (19,6%) et celle des 51 à 60 ans. Les tranche d'âge les mois représentées sont celles des plus de 70 ans (6,1%, des 61 à 70 ans (5,5% et des moins de 18 ans (3,2%). Et 4.4% des répondants ont indiqué ne pas savoir à quelle tranche d'âge appartenait leur agresseur.

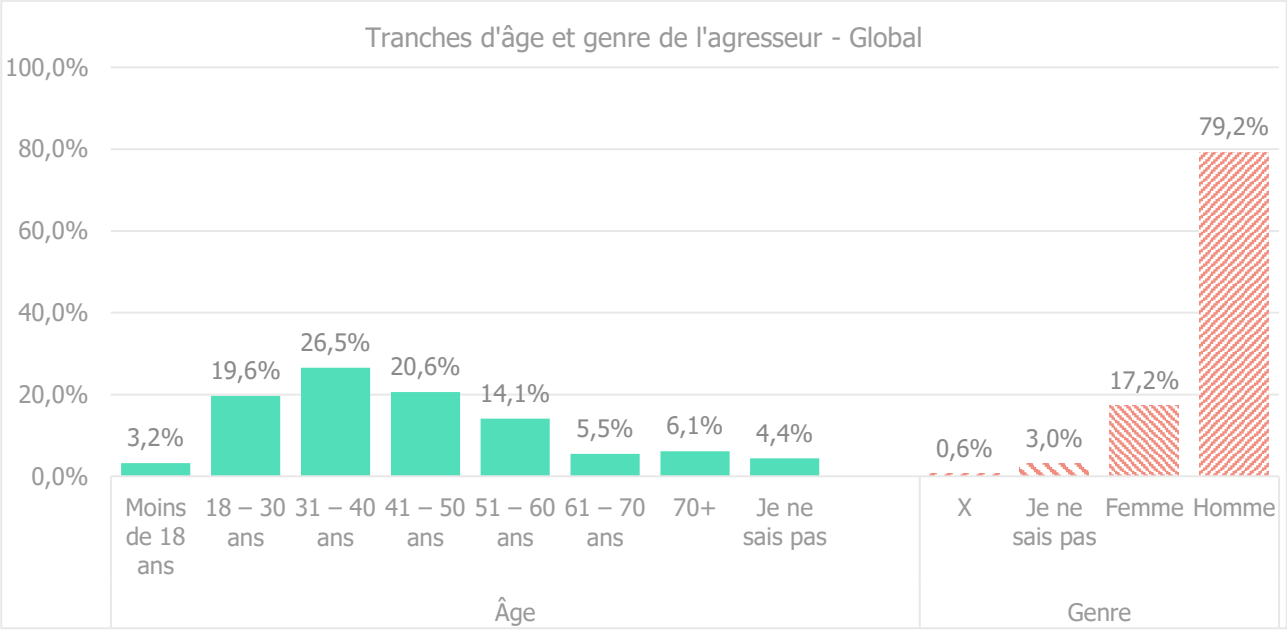


Figure 22. Tranches d'âge et genre de l'agresseur - Global (N= 1 396)

Une disparité apparaît entre les répondants masculins et féminins quant à l'âge des agresseurs. Les répondants masculins sont plus fréquemment confrontés à des agresseurs plus jeunes, avec une majorité située entre 31 et 40 ans (28,4%), suivie de la tranche des 18 à 30 ans (25,8%), puis de celle des 41 à 50 ans (20,9%). À l'inverse, les répondantes féminines signalent davantage d'agresseurs plus âgés : 24,5% ont entre 31 et 40 ans, 20,1% entre 41 et 50 ans, 16,4% entre 51 et 60 ans, et 10,3% plus de 70 ans. Ces écarts sont statistiquement significatifs (p<0,001).

Tableau 21. Répartition des tranches d'âges des agresseurs entre les répondants masculins et féminins (N= 1396).

Tranche d'âges de l'agresseur	Répondants masculins	Répondantes féminines
Moins de 18 ans	2.1%	4.4%
18 – 30 ans	25.8%	13.1%
31 – 40 ans	28.4%	24.5%
41 – 50 ans	20.9%	20.1%
51 – 60 ans	12.0%	16.4%
61 – 70 ans	3.1%	8.1%
70+	2.1%	10.3%
« Je ne sais pas »	5,7%	3,0%

La répartition des tranches d'âge entre les profils « pompier, ambulancier, PIT » et les profil « médical » reflète la répartition entre les répondants masculins et féminins, ces dernières étant plus largement représentées dans l'échantillon du secteur médical, et les hommes étant plus largement représentés dans les profils des pompiers.

Tableau 22. Répartition des tranches d'âges des agresseurs entre les profils « pompier » (N = 548) et « médical » (N = 787).

	Pompier	Médical
Moins de 18 ans	1.6%	4.4%
18 – 30 ans	25.7%	16.0%
31 – 40 ans	26.8%	24.9%
41 – 50 ans	23.7%	18.8%
51 – 60 ans	12.8%	14.9%
61 – 70 ans	2.7%	7.5%
70+	0.2%	10.5%
« je ne sais pas »	6.4%	2.9%

4.6.1.2 Les auteurs étaient-ils sous l'influence de substances ?

Les répondants ont indiqué qu'un tiers des personnes ayant manifesté de l'agressivité était probablement sous l'influence de l'alcool (26,5%). Pour un peu moins de 20% des répondants, l'agresseur était probablement sous l'emprise de drogues (19,4%), et pour 57,2% cela n'était pas le cas. Pour 13%, l'agresseur avait probablement pris des médicaments, alors que 33,5% ne savaient pas si l'agresseur était sous l'influence.

Des différences significatives sont observées entre les répondants masculins et les répondantes féminines.

- Les répondants masculins ont plus souvent rapporté (39,2%) que leur agresseur était sous l'influence d'alcool que les répondantes féminines (13%) ;
- Le même constat est dressé pour la drogue : 28,2% des répondants masculins ont indiqué que l'agresseur était sous l'influence de drogues contre 10,4% pour les répondantes féminines ;
- Les prévalences sont similaires pour les médicaments.

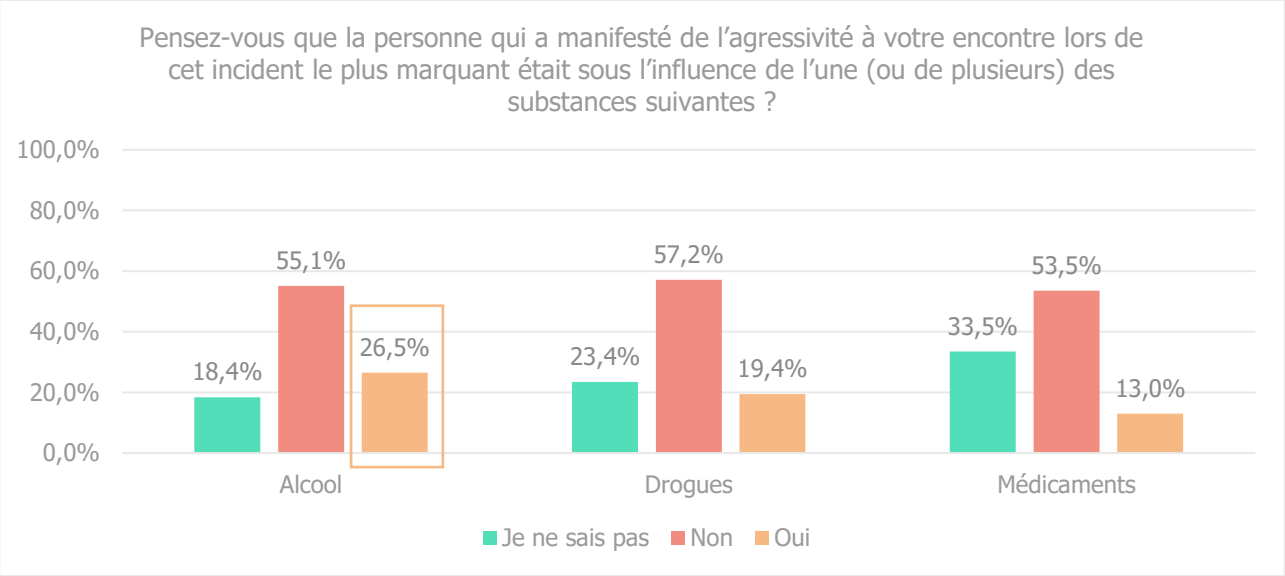


Figure 23. "Pensez-vous que la personne qui a manifesté de l'agressivité à votre encontre lors de cet incident le plus marquant était sous l'influence de l'une (ou de plusieurs) des substances suivantes ?" (N= 1 396).

Des différences significatives sont observées entre les répondants du secteur « médical » et les répondants du secteur « pompiers-ambulanciers-PIT », et les trois Régions. 45,2% des répondants « pompier » ont rapporté que l'agresseur était sous l'influence d'alcool (en 2021, c'était 51,9%), contre 14,2% pour les répondants « médical ». En Wallonie et en Flandre, 30,2% et 26,1% des répondants indiquent que leur agresseur était sous l'influence d'alcool, contre 18,8% à Bruxelles-Capitale, et les différences entre la région capitale est les deux autres régions sont significatives ($p<0,05$ à $p<0,001$).

Tableau 23. Spécificités pour les auteurs suspectés d'être sous l'influence de l'alcool.

Catégorie	Pourcentage (%)	Remarques
Pompiers-ambulanciers-PIT (N= 548)	45,2%	En baisse par rapport à 2021 (51,9%)
Médical (N= 787)	14,2%	
Wallonie (N= 646)	30,2%	$p < 0,001$ avec Bruxelles
Flandre (N= 775)	26,1%	$p < 0,05$ avec Bruxelles
Bruxelles-Capitale (N= 290)	18,8%	Significativement plus bas que Wallonie et Flandre

Les agresseurs sous l'influence de drogues ou de médicaments sont également plus fréquemment rapportés par les profils « pompiers-ambulanciers-PIT » (28,2% et 15,1%, respectivement) que par les profils « médical » (13,7% et 12,3%, respectivement). Comparés aux résultats de 2021, les taux d'auteurs suspectés d'être sous l'influences de drogues ou de médicaments sont plus bas en 2024.

Tableau 24. Spécificités pour les auteurs suspectés d'être sous l'influence de drogues ou de médicaments.

Secteur	Sous l'influence de drogues (%)	Sous l'influence de médicaments (%)	Significativité	Remarques
Pompiers-ambulanciers-PIT (N= 548)	28,2%	15,1%	p < 0,001	En baisse par rapport à 2021 pour les deux substances (32,9% et 22,8%, respectivement)
Médical (N= 787)	13,7%	12,3%	p < 0,001	

4.6.2 Lieu de l'agression la plus marquante

Les agressions les plus marquantes se déroulent majoritairement dans un bâtiment de service public (84,2%), lorsque les observations sont faites au niveau global, pour tous les profils confondus. Toutefois, les observations plus spécifiques par profil montrent que pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT », ces agressions se déroulent majoritairement (60%) sur le lieu où se trouvait le patient/client (à l'extérieur du bâtiment) (en 2021, c'étaient le cas pour la moitié des répondants). Le deuxième lieu le plus fréquemment rapporté est le bâtiment public (21,4%).

Tandis que pour les profils « médical », le bâtiment public est majoritairement le lieu où se déroulent le plus fréquemment les agressions (58,1%) tandis qu'arrive en deuxième position le lieu où se trouvait le patient/client (29,5%). Pour rappel, les personnes correspondant au profil « médical » sont des répondants qui occupent une fonction « médicale, paramédicale, soignant » dans un hôpital ou une clinique.

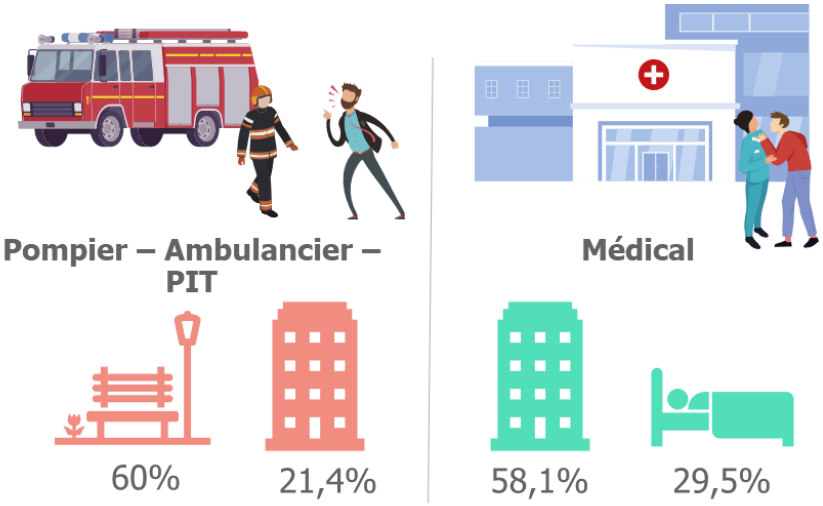


Figure 24. Les lieux de l'agression la plus marquante - Profils "Pompier" (N= 547) vs profils "Médical" (N= 787).

4.7 Conséquences, aide et procédures

Lorsqu'un acte de violence ou un incident survient, il est essentiel que les victimes et les témoins sachent quelles démarches entreprendre pour le signaler. Le signalement joue un rôle clé dans l'activation des mesures de soutien et d'accompagnement. Savoir à qui s'adresser et comment signaler une agression ou un acte de violence permet non seulement aux victimes et témoins de se sentir soutenus, mais aussi d'affirmer clairement que ces comportements sont inacceptables et n'ont pas leur place dans le milieu professionnel.

75,6% des répondants ont indiqué connaître la procédure d'urgence (comme appeler à l'aide), si une situation menace de se transformer en agressivité. Cette proportion est de 72,8% pour les profils « pompiers-ambulanciers-PIT » et de 77,9% pour les profils « médical ». Les proportions de répondants ayant connaissance de ces procédures fluctuent entre les trois Régions : 67,7% en Wallonie, 82% en Flandre et 76,7% pour les répondants de Bruxelles-Capitale.

4.7.1 Conséquences des faits sur la personne

Les agressions et violences engendrent des conséquences significatives pour les victimes (et les éventuels témoins) de ces actes et pour leur employeur. La littérature a largement documenté ces effets mettant en lumière d'une part, les effets sur les individus, allant des effets psychologiques (stress, anxiété, dépression, chronique, perte de confiance en soi, …) aux effets physiques (troubles cardiovasculaires, troubles digestifs, troubles du sommeil, douleurs chroniques …), et d'autre part, les effets sociaux (absences pour cause de maladie, perte de revenus, …), organisationnels (absentéisme, pertes financières, atteinte à l'image, baisse de productivité…) et sociétaux (coûts de santé publique, renforcement des inégalités, détérioration du climat social…) (voir notamment Di Martino, Hoel, Cooper, 2003 ; Poilpot-Rocaboy, 2010). Dans le cadre de cette enquête, les conséquences sociales et individuelles en termes d'incapacités de travail et d'effets psychologiques ont été évaluées.

4.7.1.1 Incapacités de travail

Dans 91,5% des cas, l'agression ou l'acte de violence n'a pas conduit à une incapacité de travail. Ce qui se traduit donc par 8,5% des répondants (n= 104) qui ont déclaré avoir été en incapacité de travail à la suite de l'incident, et la répartition est similaire entre les profils de répondants. Toutefois, les durées d'incapacité de travail varient d'un profil à l'autre :

- Pour les pompiers - Sur les 41 répondants concernés :
    - 34,1 % (14 personnes) ont été absents une semaine,
    - 19,5 % (8 personnes) deux semaines,
    - Cinq personnes ont été absentes plus de trois mois,
    - Deux personnes ont déclaré une incapacité de durée indéterminée.
- Pour le personnel médical : Sur les 59 personnes concernées :
    - 19 % (11 personnes) ont été absentes une semaine,
    - Les autres durées sont plus variées :
        - 12,1 % ont été absentes un mois,
        - 12,1 % également deux mois,
        - Une personne a signalé une incapacité de durée indéterminée.

4.7.1.2 Conséquences individuelles

En termes de conséquences individuelles, les répondants ont été invités à déclarer dans quelle mesure ils avaient subi des effets au cours des 12 derniers mois. Deux tiers des répondants déclarent ressentir ou avoir ressenti du stress et des tensions à la suite de l'incident, la plus forte proportion de répondants est observée dans le secteur médical (77,8%). Les fréquences montrent que 17,9% des répondants ressentent ces effets plusieurs fois par an, 14% de manière hebdomadaire, et pour 15,1% ces effets sont ressentis au quotidien.

« Ressentir moins de satisfaction au travail » et « mal dormir » sont les deuxièmes effets les plus fréquemment rapportés. La moitié des répondants les ont rapportés, avec à nouveau une plus forte proportion du côté du secteur médical. Ces effets sont ressentis plusieurs fois par an par 12,5% et 12,2% des répondants. Un tiers des répondants ont également indiqué envisager de changer de travail, avec 42,3% des répondants sur secteur médical, et ce sont les répondants bruxellois qui ont le plus souvent rapporté cet effet (47,2%, contre 29,8% pour les Flamands et 38,1% pour les Wallons), et les différences entre les Régions sont significatives ($p<0,001$ entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles-Capitale, $p<0,05$ entre la Wallonie et Bruxelles-Capitale).

Des différences significatives ($p<0,001$) sont observées entre les répondants masculins et les répondantes féminines pour les facteurs individuels relatifs au stress, à la satisfaction au travail, au sommeil, au rendement au travail et au changement de travail. Les répondantes féminines rapportent plus fréquemment que les hommes ressentir ces effets, de plusieurs fois à une fois par an. A noter que concernant le stress et les tensions, 36,6% des femmes répondantes rapportent ressentir ces effets quotidiennement à hebdomadairement (contre 22,3% pour les hommes). Les effets sur le sommeil sont également ressentis par 25,2% des répondantes de manière hebdomadaire à quotidienne (contre 16,1% pour les hommes).

Tableau 25. « Dans quelle mesure avez-vous subi des effets au cours des 12 derniers mois ? » - Global et par profil

	« Dans quelle mesure avez-vous subi des effets au cours des 12 derniers mois ?		
	Total (N= 1 221)[18]	Pompier (N= 485)	Médical (N= 679)
Stress, tension	**67,9%**	**53,4%**	**77,8%**
Retirer moins/ne plus avoir de satisfaction au travail	**50,9%**	**39,0%**	**58,6%**
Mal dormir	**50,9%**	**37,5%**	**52,7%**
Moins bon rendement au travail	35,7%	26,8%	41,0%
Moins bon rendement à la maison	34,0%	27,4%	38,2%
Envisager de changer de travail	36,1%	25,8%	**42,3%**
Conséquences physiques	20,8%	15,5%	24,0%
Déclaré malade	12,1%	9,1%	13,0%

4.7.2 Comportement d'évitement et sentiment que la violence/l'agression a été surmontée

Les comportements d'évitement après une violence ou une agression sur le lieu de travail sont des stratégies adoptées par la victime pour minimiser son exposition à des situations perçues comme menaçantes. Ces comportements d'évitement peuvent être, consciemment comme inconsciemment, entrepris par les victimes. Ces comportements peuvent prendre différentes formes comme un évitement physique (diminution de la présence sur le lieu de travail, absentéisme, retards fréquents, évitement de certains espaces (comme éviter de passer devant le bureau de l'agresseur), modification des trajets), un évitement social (isolement des collègues ou des supérieurs, réduction des interactions pour éviter des confrontations potentielles, refus de participer aux réunions ou aux événements d'équipe), un évitement émotionnel et cognitif (comme éviter de penser ou de parler de l'événement, de l'hypervigilance, méfiance excessive vis-à-vis des autres) et enfin, des évitements par la modification du travail (demande de changement d'équipe ou de service, diminution de l'engagement professionnel (désinvestissement), recherche d'un autre emploi pour quitter l'environnement anxiogène).

Au cours de cette enquête, les répondants ont été invités à mentionner s'ils adoptaient des comportements d'évitement à la suite de l'incident. Une deuxième affirmation portait sur le sentiment que la violence avait été surmontée. Les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord (échelle de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord) avec les affirmations suivantes :

- À la suite de cet incident, j'évite parfois les situations à risque par crainte d'autres situations de violence et d'agression.
- J'ai le sentiment que j'ai digéré cet incident le plus marquant.

Ont été comptabilisés dans les résultats suivants les répondants ayant indiqué « d'accord » ou « tout à fait d'accord » aux propositions. Ainsi, à la question de savoir si le répondant adoptait parfois un comportement d'évitement à la suite de l'incident : près de 50% des répondants ne sont pas d'accord et ont indiqué qu'ils n'adoptaient pas un tel comportement. 14,7% ne sont ni d'accord ni pas d'accord avec cette affirmation et un peu moins d'un tiers (32,8%) ont indiqué qu'ils évitent parfois les situations à risque. 2,8% ont indiqué « pas d'application ».

Entre les différents profils, les répondants ayant été catégorisés « autres » (voir section 4.1.5) ont rapporté plus fréquemment que les deux autres profils être d'accord avec la première affirmation (42,1%, contre 25,4% pour les « pompier » et 37,3% pour les « médical). Cette différence est significative entre les profils « autres » et les « pompiers » ($p<0,05$) et les « pompiers et les « médical » ($p<0,001$).

A la seconde affirmation, 68,8% des répondants étaient d'accord (37,9% tout à fait d'accord et 30,9% d'accord), ce qui implique que plus de 15% des répondants n'avaient pas le sentiment d'avoir digéré l'incident. Entre les profils de répondants, les proportions restent les mêmes (70,8% des répondants « pompier » sont

[18] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ». Le profil « autre » est décrit à la section 4.1.5.

d'accord pour 68% des profils « médical »). La part des répondants indiquant être « ni pas d'accord, ni d'accord » est respectivement de 9,5% et 14,7%.

Une différence significative est observée entre les répondants masculins et féminins pour les deux affirmations. Une plus forte proportion de femmes indique être d'accord avec l'affirmation relative à l'évitement de situations à risque (39,7% pour les femmes contre 26,7% pour les hommes). Concernant la seconde affirmation, les proportions s'inversent, 72,9% des hommes sont d'accord avec l'affirmation, contre 64,3% des femmes. Au niveau des régions, c'est à Bruxelles-Capitale que les répondants rapportent plus fréquemment éviter les situations à risque (49% sont d'accord avec l'affirmation, contre 36,6% en Wallonie et 22,8% en Flandre).

Tableau 26. Comportements d'évitement et sentiment que la violence a été surmontée (Global, hommes et femmes : N= 1 215, Pompier : N= 483, Médical : N= 675, Wallonie : N= 466, Flandre : N= 533 et Bruxelles-Capitale : N= 216).[19]

Profils	Pas du tout d'accord à pas d'accord	Ni pas d'accord, ni d'accord	D'accord à tout à fait d'accord
À la suite de cet incident, j'évite parfois les situations à risque par crainte d'autres situations de violence et d'agression.			
Global[20]	49,7%	14,7%	32,8%
Pompier	55,3%	14,9%	25,5%
Médical	46,5%	14,4%	37,3%
Hommes	54,9%	15,1%	26,7%
Femmes	43,9%	14,1%	39,7%
Flandre	62,2%	12,7%	22,8%
Bruxelles-Capitale	33,7%	15,7%	49,0%
Wallonie	42,7%	16,3%	36,6%
J'ai le sentiment que j'ai digéré cet incident le plus marquant.			
Global	15,1%	12,8%	68,8%
Pompier	14,9%	9,5%	70,8%
Médical	15,3%	14,7%	68,0%
Hommes	12,9%	9,7%	72,9%
Femmes	17,6%	16,2%	64,3%
Flandre	7,9%	9,6%	79,9%
Bruxelles-Capitale	21,3%	19,0%	56,0%
Wallonie	20,6%	13,5%	62,0%

4.7.3 Soutien et Aide

A la suite de l'acte de violence ou d'agression le plus marquant, les personnes ou ressources auxquelles les répondant font appel divergent fondamentalement en fonction des profils des répondants. Au niveau de l'approche globale, un peu plus de la moitié des répondants ont fait appel à un collègue après les faits (52,3%), moins d'un tiers (31,5%) n'a sollicité l'aide de personne et un peu plus d'un quart des répondants, 28,6%, a sollicité l'aide d'un dirigeant et 20,8% ont été impliqués dans un débriefing sur la situation après l'incident.

Pour les autres propositions soumises dans le questionnaire, des pourcentages plus faibles ont été enregistrés :

- « soutien psychologique rattaché à mon organisation (personne de confiance, team psychosocial, team stress …) : 8%
- « mon médecin traitant ou spécialiste » :7,8%
- « un soutien psychologique non rattaché à mon organisation » : 6,2%
- « autre » : 6%
- et « un médecin du travail » : 3,9%.

[19] Ne sont pas repris dans le tableau, les personnes ayant indiqué « ne s'applique pas ».
[20] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ».

Dans la catégorie « autre », les répondants avaient la possibilité de compléter leur réponse et les informations reprises mentionnaient le partenaire, les proches, la famille… Ont également été mentionnés les avocats et la police, ou encore « rien ».

Tableau 27. "Après l'incident, j'ai fait appel à : (Plusieurs réponses possibles)" – Global et par profil

Après l'incident, j'ai fait appel à : (plusieurs réponses possibles)	**Global** (N= 1 219)[21]	**"Pompiers-ambulanciers-PIT"** (N= 485)	**"Médical"** (N= 677)
Un débriefing sur la situation	**20,8%**	**15,1%**	**25,1%**
Un médecin du travail	3,9%	3,9%	3,5%
Mon médecin traitant ou spécialiste	7,8%	7,6%	7,7%
Un soutien psychologique rattaché à mon organisation (personne de confiance, équipe psychosocial, team stress…)	8,0%	8,0%	7,5%
Mon(mes) collègue(s)	**52,3%**	**39,4%**	**61,5%**
Mon dirigeant	**28,6%**	**19,0%**	**34,7%**
Un soutien psychologique non rattaché à mon organisation	6,2%	5,8%	6,5%
Un centre d'aide aux victimes, centre d'aide sociale générale	0,4%	0,4%	0,4%
Personne	**31,5%**	**43,9%**	**23,9%**
Autre	6,0%	6,2%	5.9%

Au niveau des profils des répondants, des différences sont clairement observées. Ainsi, pour les profils « médical », les personnes auxquelles les répondants font le plus souvent appel sont le(s) collègue(s) (61,5%) et le dirigeant (34,7%), ensuite. Arrive en troisième position, le debriefing de la situation (25,1%). Le fait de ne faire appel à personne est toutefois rapporté par plus d'un répondant sur cinq.

Chez les « pompiers », une part significative des répondants, 43,9%, ont indiqué qu'ils ne faisaient appel à « personne ». Cela signifie que presque la moitié des répondants n'ont pas partagé leur vécu de l'incident le plus marquant des 12 derniers moi. Arrivent ensuite le(s) collègue(s) (39,4%) et le dirigeant (19%). Lors de la collecte de données de 2021, ce sont 26% des répondants qui avaient indiqué ne faire appel à personne et il s'agissait de répondants appartenant principalement au profil « pompiers-ambulanciers-PIT » (Verwee et al., 2022). Les résultats de 2024 montrent donc une forte hausse

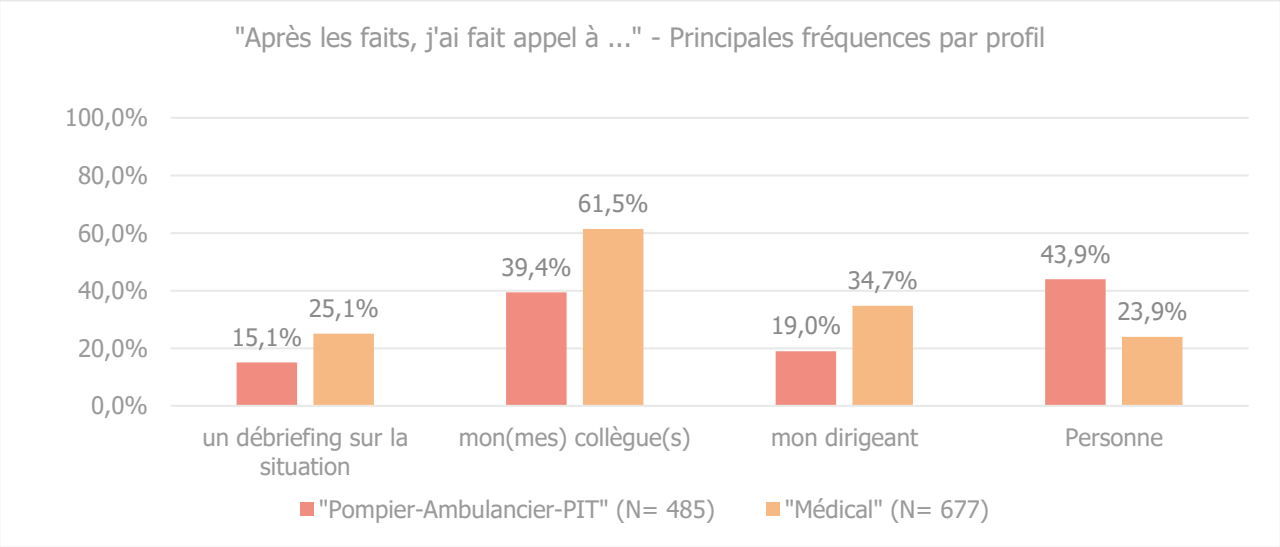


Figure 25. « Après l'incident le plus grave, avez-vous cherché de l'aide sous la forme de… » - Profils Pompier et Médical.

Après un incident, les prestataires de service ou de soins peuvent également être amenés à faire appel à une assistance sur le lieu de l'incident, que cela soit une aide policière, une aide des services de sécurité ou encore

[21] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ».

l'aide d'un collègue. Dans le cadre de l'incident le plus marquant, les répondants du secteur médical ont majoritairement déclaré faire appel à une assistance de la part de collègues présents sur place (57,5%), et ensuite aux services de sécurité internes à l'hôpital/à la clinique (30,7%). Pour les répondants des services de secours et d'urgence, plus d'un tiers d'entre eux ont indiqué avoir fait appel à l'assistance de la police sur le lieu de l'incident (35,5%) et un peu plus d'un cinquième ont demandé l'assistance de collègues sur place (22,1%).

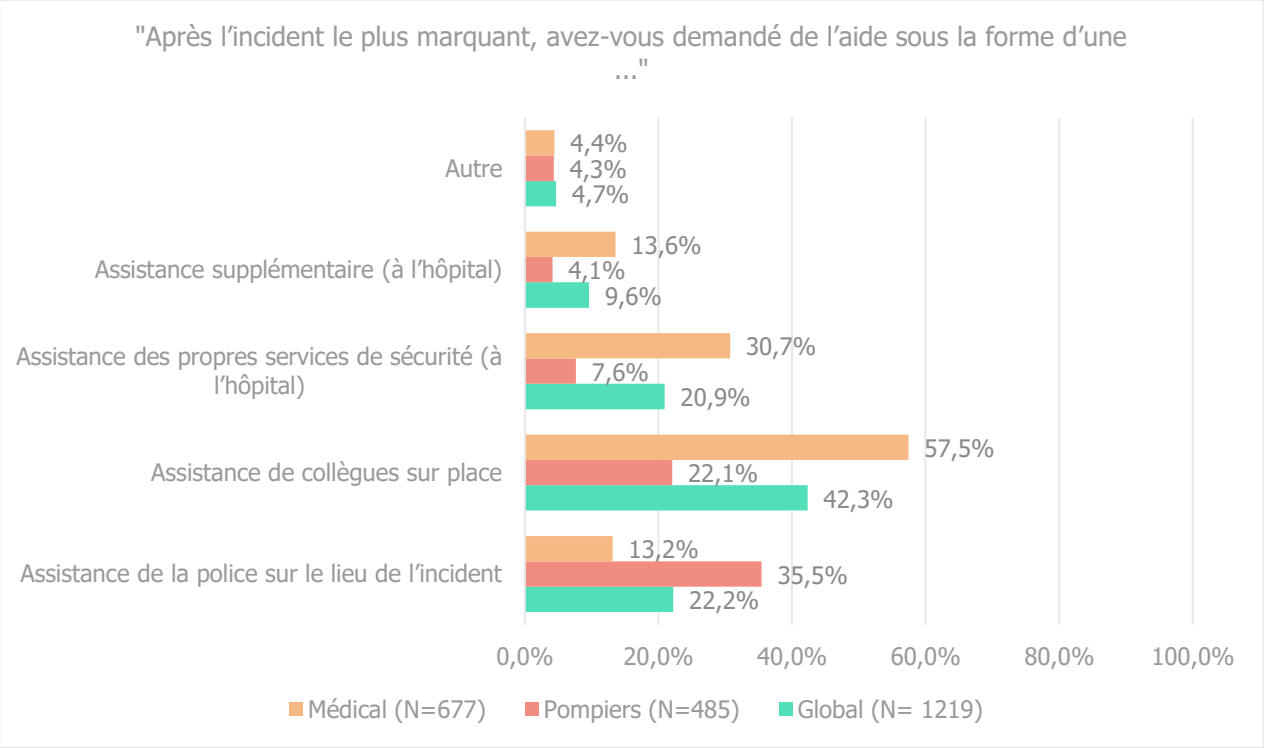


Figure 26. "Après l'incident le plus marquant, avez-vous demandé de l'aide sous la forme d'une…" – Vue d'ensemble[22] et par profil.

4.7.4 Plaintes et suites

Le signalement de ces incidents est une condition essentielle à leur visibilité. Ces signalements peuvent être faits au sein de l'organisation, comme auprès d'un responsable et/ou au sein d'un registre, et aussi en dehors de l'organisation, par exemple auprès de la police. Ces signalements ne sont pas exclusifs et différentes formes de signalement peuvent être activées par les victimes.

Sur l'ensemble de l'échantillon ayant répondu à ces questions (N= 1 385), un peu plus d'un tiers des répondants a rapporté les faits à leur responsable/dirigeant (35%), la même proportion l'a fait au sein de l'organisation (32,6%) et un répondant sur sept a porté plainte à la police (cela correspond à 202 répondants). Les répondants avaient la possibilité de donner plusieurs réponses. Certains ont donc pu faire un signalement auprès du responsable et dans un registre. Près de la moitié des répondants n'ont pas donné de suites à l'incident le plus marquant (49,4%) et 7,7% ont indiqué « autre ».

Les professionnels du secteur médical rapportent en plus fortes proportions au dirigeant et au sein de l'organisation (40,4% et 37,9%, respectivement) que les profils « pompiers-ambulanciers-PIT » (26,1% et 24,6% respectivement), alors que plus de la moitié de ces derniers rapportent ne pas donner de suites à l'incident (contre 45,4% des répondants « médical »). Une différence significative est observée entre les répondants masculins et les féminins concernant les plaintes à la police : 19,9% des répondants masculins ont porté plainte contre 9% des répondantes féminines.

Plusieurs raisons pouvaient être sélectionnées pour expliquer pourquoi une plainte a été déposée à la police. Les principales raisons indiquées par les 202 répondants qui ont porté plainte, sont :

- 57,7% ont indiqué « Je trouve l'affaire suffisamment sérieuse »
- 52,7% que « De tels actes devraient être évités à l'avenir »

[22] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ».

- 44,2% que « Je pense que le coupable doit être puni/attrapé »
- Et 26,9% que « Je ne considère pas que cela fasse partie du travail ».

Entre les pompiers et les profils médicaux, les raisons évoquées divergent :

- Lorsque les pompiers (106 répondants) dénoncent des faits à la police, c'est avant tout parce qu'ils jugent la situation suffisamment grave (58,1 %) et estiment que l'auteur doit être sanctionné (47,6 %). Le souci de prévention future (éviter que les faits se répètent) est la troisième raisons évoquées (49,5 %). Le fait que ces actes ne fassent pas partie du boulot n'est évoquées que par un quart des pompiers répondants. En 2021, la prévention était la première raison invoquée, suivi par le fait que l'auteur doit être sanctionné. La troisième raison était similaire pour les pompiers répondants en 2021 (Verwee et al., 2022)
- Les professionnels du médical (89 répondants) dénoncent principalement les faits pour éviter que les faits ne se reproduisent (53,9 %), suivis de près par la gravité perçue de l'affaire (56,2 %). Leur démarche est également guidée par les dommages subis (20,2 %, bien plus que les pompiers).

Tableau 28. Les cinq principales raisons pour avoir été déposé plainte à la police - Résultats globaux et par profil.

Vous avez dénoncé les faits à la police. Quels étaient les principales raisons ? (Maximum trois raisons)	**Global** (N= 202)[23]	**Pompier** (N= 106)	**Médical** (N= 89)
j'estimais que l'affaire était suffisamment grave	**57,7%**	**58,1%**	**56,2%**
de tels faits doivent être évités à l'avenir	**52,7%**	**49,5%**	**53,9%**
j'estimais que l'auteur/autrice devait être arrêté(e)/sanctionné(e)	**44,3%**	**47,6%**	**38,2%**
je ne considérais pas ça comme faisant partie du boulot	26,9%	25,7%	28,1%
il y a eu des dommages	14,9%	11,4%	20,2%
mon collègue m'y a encouragé(e)	4,5%	4,8%	4,5%
l'organisation m'a encouragé(e) à le faire	4,5%	2,9%	6,7%
je souhaitais une attestation pour l'assurance	3,5%	1,9%	5,6%
j'exigeais une indemnisation	3,5%	4,8%	1,1%
je savais qui était l'auteur	3,5%	1,9%	5,6%
la procédure était très accessible	2,0%	1,9%	2,2%
Autre	10,5%	10,5%	11,2%
le dirigeant m'a encouragé(e) à le faire	5,5%	5,7%	5,6%
j'avais peur de l'auteur	5,5%	1,0%	10,1%
je voulais simplement en faire part sans plus	5,0%	4,8%	4,5%

Pour les répondants n'ayant pas fait de déclaration à la police, la raison la plus citée est que l'affaire n'était pas jugée suffisamment grave (32,8%), suivie par la perception que cela fait partie du métier (24,6%) et la conviction que l'auteur ne serait pas sanctionné (24,6%). Les différences entre les professionnels du secteur médical et ceux du secteur des pompiers montrent que :

- Les pompiers sont plus nombreux à estimer que l'auteur ne serait pas arrêté ou sanctionné (33,2% contre 18,8% dans le secteur médical) et à penser que la dénonciation ne servirait à rien (23% contre 18%).
- En revanche, les professionnels du secteur médical sont plus enclins à considérer que cela fait partie de leur travail (27,9% contre 20,4% pour les pompiers) et sont plus nombreux à ne pas connaître suffisamment bien la procédure (8% contre 5%).

[23] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ».

Tableau 29. Principales raisons pour ne pas avoir dénoncé les faits à la police - Prévalences globales, les profils pompiers-ambulanciers-PIT et les profils médicaux

Vous n'avez pas dénoncé ces faits à la police. Quelles étaient les raisons principales ? (Maximum trois raisons)	Global (N= 930)[24]	Pompier (N= 373)	Médical (N= 520)
j'estimais que l'affaire n'était pas suffisamment grave	**32,8%**	**32,2%**	**33,7%**
il y a eu peu de dégâts/il n'y a pas eu de dégâts	**27,7%**	**25,7%**	**29,4%**
je considérais que ça faisait partie du boulot	24,6%	20,4%	27,9%
l'auteur ne serait de toute façon pas arrêté/sanctionné	24,6%	33,2%	18,9%
l'on ne ferait rien de cette dénonciation, de toute façon	20,2%	23,1%	18,1%
l'on ne pouvait rien faire avec ce qu'il s'était passé	18,0%	16,6%	18,9%
l'organisation ne l'encourageait pas à le faire	8,9%	7,5%	9,6%
je ne connaissais pas suffisamment bien la procédure	6,8%	5,1%	8,1%
le dirigeant ne l'encourageait pas à le faire	5,1%	3,8%	5,6%
je connaissais l'auteur	3,0%	2,9%	2,9%
j'avais peur de l'auteur	2,7%	2,4%	3,1%
j'avais honte	0,6%	0,5%	0,4%
j'estimais que c'était ma faute	0,4%	0,5%	0,4%

Enfin, d'autres raisons, bien que moins fréquentes, sont également évoquées, comme la peur de l'auteur (2,6%), la honte (0,6%) ou encore la croyance que l'incident était de leur propre faute (0,4%). L'absence de dégâts matériels est également un facteur influent, cité par 27,7% des répondants.

4.7.5 Perception sur la violence et l'agressivité

Au cours de l'enquête, les répondants ont été invités à exprimer leurs perceptions par rapport à une série d'affirmations relatives à la manière dont la violence a évolué. Les répondants devaient indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord avec ces affirmations, ou pas (une échelle de 1 – pas d'accord à 3 – d'accord. Les affirmations étaient les suivantes :

- Je suis actuellement préoccupé(e) par les agressions et la violence dans l'exercice de mon travail.
- J'ai l'impression qu'il y a plus d'agressivité dans mon travail depuis le début de la crise Corona.
- J'ai l'impression qu'il y a plus d'agressivité dans mon travail depuis ces cinq dernières années.

Un peu moins de la moitié des répondants (48,7%) sont actuellement préoccupés par les agressions et violences dans l'exercice de leur travail, et ce sont particulièrement les profils « médical » qui ont rapporté ces inquiétudes (52,2%).

Ce sont 40,2% des répondants qui indiquent être d'accord (voire tout à fait d'accord) avec l'affirmation relative au coronavirus, et ce sont à nouveau les profils « médical » qui présentent une plus haute proportion (46,8%) de répondants étant d'accord avec l'affirmation. A l'inverse, une plus forte proportion de profils « pompier » indiquent ne pas être d'accord avec l'affirmation (33,9%). Pour l'ensemble des profils, 36,4% ne sont ni d'accord ni pas d'accord.

Concernant l'évolution au cours des cinq dernières années, plus de deux tiers (66,8%) des répondants sont ont le sentiment qu'il y a plus d'actes d'agression dans leur secteur professionnel. Entre les deux types de profils, les proportions sont similaires, avec 64,2% des répondants « pompier » qui ont indiqué être d'accord avec l'affirmation et 69% des profils « médical ».

[24] L'échantillon « total » comprend les répondants des profils "pompiers", « médical » et « autres ».

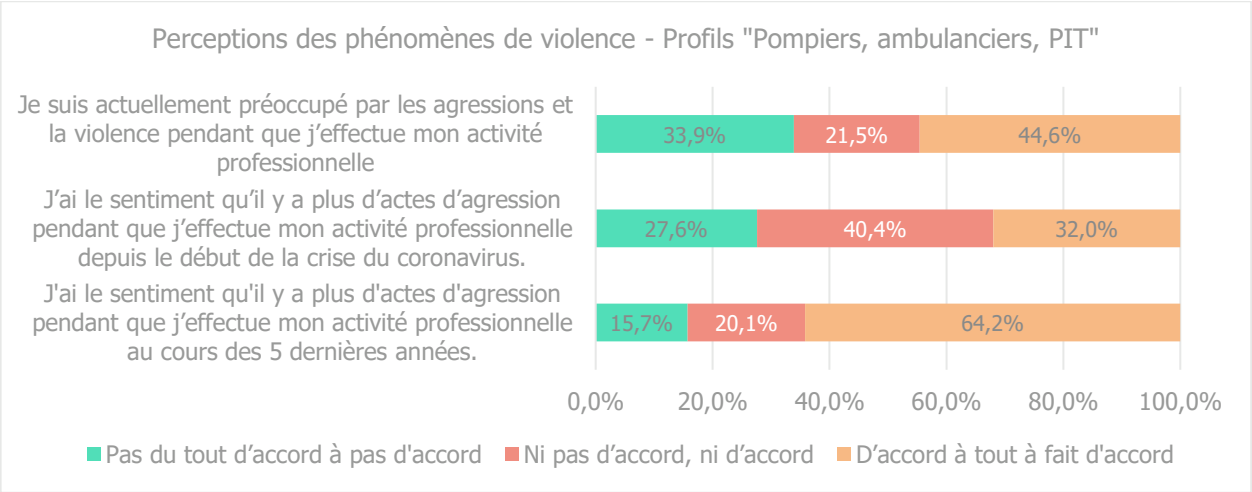


Figure 27. Perceptions des phénomènes de violence - Profils "Pompiers, ambulanciers, PIT" (N= 572).

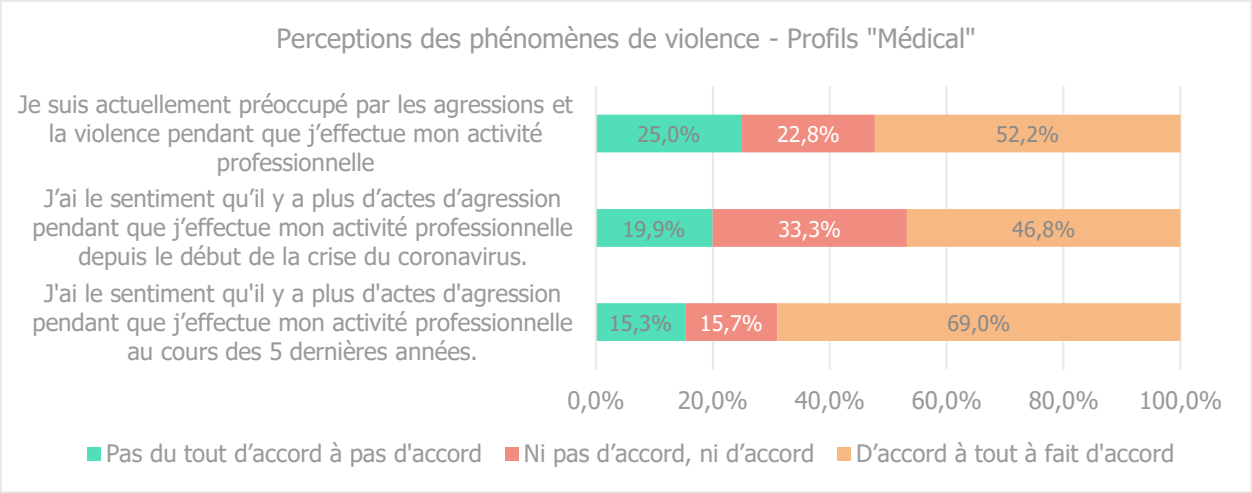


Figure 28. Perceptions des phénomènes de violence - Profils "Médical" (N= 712).

4.7.6 Formations, moyens et procédures d'urgence

4.7.6.1 Formations et moyens

Les répondants ont été interrogés sur leurs perceptions au sujet d'affirmations relatives à l'offre de formations, aux moyens mis à leur disposition et aux contacts internes disponibles lors d'incidents et d'actes de violence. Ce sont 42,4% des répondants qui indiquent ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle l'offre de formations continues contre l'agressivité était suffisante. Du côté des pompiers, ambulanciers, PIT, ce sont 44,6% des répondants qui ont indiqué leur désaccord, et pour les répondants du secteur médical, ce sont 40,2%.

Les avis concernant la formation « gérer l'agressivité » sont plus équitablement répartis : 36,4% des répondants ont indiqué que la formation les aide à gérer les situations agressives, tandis que 26,8% n'étaient pas d'accord, et 36,7% n'avaient pas d'avis explicite sur la question et ont indiqué être « ni d'accord, ni pas d'accord ». Les répondants d'accord avec cette affirmation sont plus nombreux dans le secteur médical (40,1%) que du côté des pompiers, ambulanciers, PIT (31,4%).

Concernant les moyens mis à la disposition du personnel pour garantir leur sécurité, une majorité de répondants (44,6%) indique ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle ces moyens sont suffisants. Un peu moins de 30% n'ont pas d'avis explicite et un quart des répondants sont d'accord avec cette affirmation. Les répondants du secteur des secours sont plus largement en défaveur de cette affirmation : 48,4% d'entre eux indiquent qu'ils ne sont pas d'accord et estiment, dès lors, que les moyens à disposition sont insuffisants. Et ce sont 42,1% des répondants du secteur médical qui marquent également leur désaccord avec cette affirmation.

La dernière affirmation portait sur la nécessité de disposer d'un point de contact dédié aux situations d'agressivité au sein de l'organisation. Une majorité nette des répondants (72,1%) indique être « tout à fait d'accord ou d'accord » avec cette proposition. En comparaison, 21,2% se sont montrés neutres (« ni d'accord, ni pas d'accord »), tandis que seuls 6,7% estiment qu'un tel dispositif n'est pas souhaitable. L'analyse par profil met en évidence des différences notables : 75,1% des répondants issus du secteur médical approuvent l'idée, contre 66,4% parmi les profils « pompier – ambulancier – PIT ». De plus, le taux de désaccord est plus élevé chez ces derniers (9,1%), comparé à 5,1% dans le secteur médical. Les résultats des profils pompiers sont consistants avec l'étude de 2021.

Tableau 30. « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ? » – Global (N= 1 350).

	D'accord à tout à fait d'accord	Ni pas d'accord, ni d'accord	Pas du tout d'accord à pas d'accord
L'offre de formations complémentaires contre l'agressivité est suffisante	28,1%	29,6%	42,4%
La formation « gérer l'agressivité » m'aide à faire face aux situations agressives	36,4%	36,7%	26,8%
Les moyens mis à ma disposition suffisent à garantir ma sécurité	26,1%	29,3%	44,6%
Un point de contact en matière d'agressivité est souhaitable au sein de l'organisation	72,1%	21,2%	6,7%

Des différences statistiquement significatives (avec des valeurs de *p* comprises entre < 0,05 et < 0,001) sont observées entre les trois Régions pour ces différentes affirmations, en particulier entre la Flandre et Bruxelles-Capitale ainsi qu'entre la Flandre et la Wallonie :

- En Flandre, une plus grande proportion de répondants estime que l'offre de formation concernant l'agression est suffisante (34,4% contre 25,4% à Bruxelles et 21,8% en Wallonie). Par ailleurs, 50,2% des répondants travaillant en Wallonie ne sont pas d'accord avec cette affirmation, contre 44,7% à Bruxelles et 34,9% en Flandre.
- Concernant la deuxième affirmation (« La formation 'gérer l'agression' m'aide à faire face à des situations agressives »), c'est en Flandre que l'on est le plus d'accord (44,2%), contre 31,1% à Bruxelles et 29,5% en Wallonie.
- En ce qui concerne les moyens disponibles, ils sont surtout jugés insuffisants en Wallonie et à Bruxelles. En Wallonie, 51,3% des répondants ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle les moyens disponibles suffisent à garantir la sécurité, contre 49,5% à Bruxelles. En Flandre, ce pourcentage est de 37%, tandis que 32% des répondants flamands sont d'accord avec l'affirmation (contre 25% à Bruxelles et 19,4% en Wallonie).
- La plupart des répondants, quelle que soit leur région de travail, estiment qu'il est souhaitable qu'un point de contact pour les situations d'agression soit mis en place. Ce besoin est particulièrement exprimé en Flandre (75,9%) et à Bruxelles (73,6%).

4.7.6.2 Connaissances de procédures

Les répondants ont ensuite été invités à indiquer si les procédures d'urgence (telles que l'appel à l'aide) sont connues d'eux : 75,6% des personnes interrogées en avaient connaissance (dont 77,9% pour les profils « médical » et 72,8% pour les profils « pompier ») et environ un quart- ne les connaissait pas (24,3%). 65,4% considèrent cette procédure d'urgence comme suffisante, tandis que 34,5% ne la jugent pas suffisante.

Pour clôturer l'enquête, une série de questions d'ordre général sur le signalement des faits et les procédures ont été posées aux répondants. De cette évaluation, il ressort que 15,7% des répondants ne savent pas à qui s'adresser au sein de l'organisation pour obtenir du soutien en cas d'incident de violence, 6,8% n'ont

pasrépondu. A la question de savoir si la dénonciation des actes de violence et d'agression était encouragée sur le lieu de travail, 66% ont indiqué que c'était le cas et 21% ont répondu « non », 17,7% ne savaient pas ou n'ont pas répondu. 74,8% ont indiqué qu'il existe des procédures pour dénoncer les actes de violence et d'agression sur le lieu de travail tandis que 17,5% ont affirmé que ce n'était pas le cas. 17,7% ne savaient pas ou n'ont pas répondu. Quant à savoir s'ils avaient déjà eu recours à de telles procédures, 38,2% des répondants ont répondu par l'affirmative et 53,6% ont indiqué qu'ils ne l'avaient jamais fait et 8,2% ne savaient pas ou n'ont pas répondu.

Tableau 31. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - Global (N= 1 344).

	Sans réponse/ne sait pas	Non	Oui
Je sais à qui m'adresser au sein de l'organisation pour obtenir du soutien si je suis victime de violence ou d'agression.	6,8%	15,7%	77,5%
La dénonciation des actes de violence et d'agression est-elle encouragée chez vous au travail ?	13,0%	21,0%	66,0%
Existe-t-il chez vous au travail des procédures pour dénoncer des actes de violence et d'agression sur le lieu de travail ?	17,7%	7,5%	74,8%
Le cas échéant, avez-vous déjà recouru à ces procédures ?	8,2%	53,6%	38,2%

Au sein des profils « pompier – ambulancier – PIT », une très large majorité (79,6%) déclare savoir à qui s'adresser au sein de l'organisation pour obtenir du soutien en cas de violence ou d'agression. En revanche, 13,6% indiquent ne pas le savoir, tandis que 6,9% restent sans réponse ou incertains. En matière d'encouragement à la dénonciation, 66,2% estiment que leur organisation soutient ces démarches. Toutefois, un cinquième des répondants ne partagent pas cet avis (21%), et près de 13% ne se prononcent pas. S'agissant de l'existence de procédures formelles pour signaler les violences ou agressions, 70,1% des répondants affirment qu'il en existe dans leur structure. Cependant, près d'un répondant sur cinq (20,2%) déclare ne pas savoir si de telles procédures sont en place, et 9,7% estiment qu'il n'en existe pas. Enfin, le recours effectif à ces dispositifs reste relativement faible : seuls 26,2% des pompiers déclarent les avoir utilisés, tandis que 63,9% ne l'ont jamais fait. Près de 10% ne se prononcent pas à ce sujet.

Ces résultats montrent que si les relais internes et les procédures sont connues par une majorité, leur usage reste toutefois peu fréquent. Par ailleurs, une part significative de répondants semble incertaine quant à leur existence.

Tableau 32. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - "Pompiers, ambulanciers, PIT" (N= 568).

	Sans réponse/ne sait pas	Non	Oui
Je sais à qui m'adresser au sein de l'organisation pour obtenir du soutien si je suis victime de violence ou d'agression.	6,9%	13,6%	79,6%
La dénonciation des actes de violence et d'agression est-elle encouragée chez vous au travail ?	12,9%	21,0%	66,2%
Existe-t-il chez vous au travail des procédures pour dénoncer des actes de violence et d'agression sur le lieu de travail ?	20,2%	9,7%	70,1%
Le cas échéant, avez-vous déjà recouru à ces procédures ?	9,9%	63,9%	26,2%

Parmi les professionnels du secteur médical, les résultats sont forts comparables aux profils des profils "Pompiers, ambulanciers, PIT" : 75,5% des répondants déclarent savoir à qui s'adresser au sein de leur organisation pour obtenir du soutien en cas de violence ou d'agression. En revanche, 17,7% affirment ne pas le savoir, tandis que moins de 10% restent incertains ou sans réponse. Concernant l'encouragement à dénoncer ces actes, 66,2% estiment que leur organisation soutient cette démarche. Toutefois, environ un cinquième ne partagent pas cet avis, et 12,8% ne se prononcent pas. S'agissant de l'existence de procédures formelles, une large majorité (78,3%) indique que de telles procédures sont en place, bien que 15,9% déclarent ne pas en avoir connaissance. Enfin, lorsqu'on interroge les répondants sur le recours effectif à ces dispositifs, 46,9% déclarent les avoir utilisés, tandis qu'une proportion équivalente (46,2%) ne l'a jamais fait.

La majorité des professionnels du secteur médical semble connaître les dispositifs de soutien et de signalement et les organisations semblent soutenir la dénonciation de tels actes, bien que pour une part significative de ces répondants, ce soutien peut être absent.

Tableau 33. « (…) quelques questions d'ordre général sur la prise en charge de tels incidents sur le lieu de travail. » - Médical (N= 710).

	Sans réponse/ne sait pas	Non	Oui
Je sais à qui m'adresser au sein de l'organisation pour obtenir du soutien si je suis victime de violence ou d'agression.	6,8%	17,7%	75,5%
La dénonciation des actes de violence et d'agression est-elle encouragée chez vous au travail ?	12,8%	21,0%	66,2%
Existe-t-il chez vous au travail des procédures pour dénoncer des actes de violence et d'agression sur le lieu de travail ?	15,9%	5,8%	78,3%
Le cas échéant, avez-vous déjà recouru à ces procédures ?	6,9%	46,2%	46,9%

5 Discussions

Sur les 1 711 intervenants de première ligne ayant participé à cette enquête, 1 543 ont rapporté avoir été victimes d'au moins un acte de violence ou d'agression au cours de l'année écoulée. Il s'agit de 90% des répondants. La fréquence de ces actes met en lumière le climat de tension dans lequel ces travailleurs exercent leur profession, un climat susceptible de provoquer des effets en cascade aux conséquences humaines et organisationnelles profonde.

Pourtant ces résultats ne reflètent probablement qu'une partie de la réalité, une fraction même de ce qui est visible, comme l'a montré la revue de la littérature. Face à l'ampleur du phénomène, il devient essentiel de cartographier ces violences et de documenter les situations pour rendre visible ce qui reste trop souvent invisible, ou ce qui est encore considéré trop souvent comme « part of the job ». La présente étude entend participer à la reconnaissance scientifique de cette problématique et à une compréhension plus fine de son ampleur.

La présente étude a impliqué des intervenants de première ligne issus de deux secteurs : les services de secours et d'urgence, ainsi que les soins de santé (profils médicaux et paramédicaux en cliniques et hôpitaux). Avant d'analyser les données par profil et de les confronter aux résultats internationaux, il convient de proposer une lecture globale des violences rapportées dans les deux secteurs. Parmi celles-ci, les agressions verbales apparaissent comme les plus fréquentes : 83,5% des répondants déclarent avoir été confrontés à des **cris** au moins une fois au cours de l'année écoulée, dont 45,6% à une fréquence allant d'une fois par jour à une fois par mois. Par ailleurs, 73,7% des répondants rapportent avoir été **insultés** et pour un répondant sur sept, ces insultes surviennent chaque semaine.

Les violences physiques sont la seconde forme de violence la plus fréquemment rapportée, avec des prévalences observées plus élevée en Flandre et à Bruxelles-Capitale qu'en Wallonie. Parmi les agressions physiques : 47,2% rapportent avoir subi **un jet ou une destruction d'objet**, 43,7% des **poussades ou des coups de pied**, et environ un tiers ont été victimes **d'empoignades, de crachats ou de blocages physiques**. Les blessures physiques représentent la forme la moins fréquente. **Les femmes apparaissent comme plus exposées aux violences physiques que les hommes** : 52,1% des répondantes contre 46,6% des répondants masculins affirment en avoir subi plus d'une fois dans l'année. Nos résultats concernant cette différence entre les genres offrent une perspective différente de celle rapportée dans certaines études antérieures qui avaient mis en lumière que les hommes – notamment dans les services de soins d'urgence – sont plus exposés aux violences physiques que les femmes (voir notamment Boyle et al., 2007 ; De Jager, 2017). Il convient toutefois de rester prudent dans l'interprétation, les données sur le genre étant souvent influencées par des biais de déclaration et fortement dépendantes du contexte professionnel et du rôle exercé (Maguire et al., 2017 ; Taylor et al., 2016 ; Acquadro Maran et al., 2019).

Les intimidations et menaces constituent la troisième forme de violence la plus fréquente : près de deux tiers ont été **menacés** au cours de l'année écoulée, près de la moitié ont subi **des mises sous pression**, et 22,3% ont reçu **des menaces visant des membres de leur famille**. En outre, 16,3% des répondants rapportent avoir été exposés à **des cybermenaces**, telles que la diffusion de textes ou d'images indésirables sur les réseaux sociaux.

Les discriminations touchent en moyenne 15,4% des répondants. Les motifs les plus courants sont : le genre (19,4%), la couleur de peau (18,9%) et l'âge (18,5%). Enfin, concernant **les violences à caractère sexuel**, 31,8% des répondants déclarent avoir été exposés à **des commentaires ou regards à connotation sexuelle** (dont 5,8% mensuellement), et 13,7% rapportent avoir été victimes d'attouchements

En matière de répartition régionale, **Bruxelles-Capitale** présente globalement les taux les plus élevés de violences verbales, physiques, d'intimidations et de discriminations. À l'inverse, la Wallonie apparaît comme la région où ces actes sont les moins fréquents dans plusieurs catégories, notamment les violences physiques et sexuelles. La Flandre se situe à un niveau intermédiaire, bien que les discriminations y soient rapportées moins fréquemment qu'à Bruxelles. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, compte tenu des limites méthodologiques de l'étude – en particulier la taille variable des échantillons régionaux – et mériteraient d'être mis en relation avec des indicateurs contextuels comme les taux de criminalité ou les caractéristiques sociodémographiques locales. Ces résultats indiquent cependant la nécessité de déployer des dispositifs de prévention adaptés aux réalités régionales. À Bruxelles, où la violence est la plus marquée, cela pourrait passer

par un renforcement de la présence sécuritaire, la généralisation de formations spécifiques à la gestion de situations conflictuelles, en particulier avec certains profils de public, ainsi que la mise en place de dispositifs de soutien psychologique systématiques. Il est d'ailleurs significatif de constater que c'est également à Bruxelles que le taux d'insatisfaction au travail post-agression est le plus élevé, ce qui renforce la nécessité de mettre en place des mesures de soutien ciblées pour les professionnels confrontés à ces violences.

Une corrélation a également été mises en lumière entre l'exposition à la violence et l'ancienneté des répondants. Les résultats collectés par ancienneté suggèrent en effet qu'à partir de 10 à 15 ans d'ancienneté, l'exposition aux différentes formes de violence tend à diminuer. Cette tendance pourrait être liée à une évolution des fonctions exercées, à une meilleure gestion des situations difficiles acquise avec l'expérience, à un effet de sélection (le groupe « plus de 20 ans d'expérience » est le plus représenté), ou encore un effet de déclaration.

Des disparités significatives selon le genre des répondants se dégagent quant aux profils des auteurs d'agression et aux contextes dans lesquels ces violences surviennent. Les répondants masculins sont davantage exposés à des agresseurs jeunes (25,8% ont entre 18 et 30 ans et 28,4% entre 31 et 40 ans), de sexe masculins (85,1%), souvent sous l'influence de substances psychoactives (39,2% estimaient que l'agresseur était sous l'influence d'alcool) et issus de l'environnement immédiat de l'intervention (59,8% sont des patients et 19,8% sont des proches du patient). Ces profils correspondent aux caractéristiques des profils rapportés par les professionnels des services de secours et d'urgence (dont les répondants sont largement de sexes masculins). À l'inverse, les répondantes féminines rapportent plus fréquemment des agressions perpétrées par des individus plus âgés, par des femmes, ainsi que par des collègues ou des proches des patients, suggérant des dynamiques interactionnelles différenciées. Par ailleurs, bien que représentant une proportion marginale, les agressions impliquant des figures hiérarchiques sont plus fréquemment signalées par les femmes (3,7% contre 2%), ce qui interroge les relations de pouvoir et les conditions organisationnelles dans certains environnements de travail. Les répondants du secteur de soins de santé sont majoritairement des femmes.

5.1 Des soins sous pression : violences sur les brancards

Ce sont 910 répondants représentants le secteur des soins de santé (personnel médical et paramédical des hôpitaux et cliniques) qui ont participé à cette étude. Cet échantillon est constitué à 75,2% de femmes, avec une répartition équivalente entre francophones et néerlandophones, et 22,1% de répondants qui ont indiqué travailler dans les services d'urgence, suivi de 11,4% des répondants de l'hôpital de jour.

La revue documentaire avait mis en exergue que le secteur des soins de santé est particulièrement exposé aux actes de violences : à travers le monde, ce sont près de 62% des soignants qui sont confrontés à des actes de violence à leur encontre (Liu et al., 2019). Cette prévalence fait écho à d'autres études menées aux États-Unis, en Australie et en Europe, notamment en Belgique, où environ 80% des médecins déclarent avoir été victimes d'une forme d'agression ou de violence dans le cadre de leur fonction, en particulier dans la relation médecin-patient. Les résultats de la présente étude s'alignent avec les données européennes et internationales : la violence verbale est la forme de violence la plus fréquente au sein du secteur médical. En moyenne, ce sont 87,6% des répondants du secteur médical qui y sont confrontés à des cris, et 77,5% à des insultes. La moyenne de toutes les formes de violences verbales sondées est de ce sont 68,4%. Ces taux se rencontrent également dans d'autres pays (comme en Espagne - Sahebi et al., 2022 - et en France - Conseil national de l'Ordre des médecins, 2023), sans atteindre les proportions observées en Allemagne (jusqu'à 94% d'employés de soins de santé sont confrontés à de la violence verbale, voir à ce sujet Schablon et al., 2018 ; Vorderwülbecke et al., 2015).

La violence physique est la deuxième forme de violence la plus fréquemment rapportée dans la présente étude : 57,3 % des professionnels interrogés indiquent avoir été la cible de jets ou de destructions d'objets, et 54,3 % rapportent avoir subi des poussades ou des coups de pied, et 54,3 % rapportent avoir subi des poussades ou des coups de pied. Environ 10 % subissent ces formes d'agression physique chaque mois. Par ailleurs, les empoignades (46,4 %) et les crachats (43,4 %) sont également fréquemment signalés. Les proportions observées dans notre étude sont cohérentes avec celles observées ailleurs (notamment au niveau international - Liu et al., 2019 – et en Belgique – Ordre des médecins, 2023). Mais elles sont toutefois plus élevées que celles observées en Flandre (Stichting Innovatie & Arbeid, 2024), aux Etats-Unis (Gupta et al., 2023), en Espagne (Sahebi et al., 2022), et nettement plus faibles qu'en Allemagne (Schablon et al., 2018), ces différences pouvant notamment s'expliquer par les méthodologies utilisées et les périodes couvertes.

Plus de deux tiers de professionnels des soins de santé sont la cible de menaces (dont 12% y sont exposés chaque semaine). Les menaces visant des membres de la famille sont rapportées par 25,8 % des répondants. De telles prévalences ont également été observées en Allemagne ou en France (jusqu'à 73% de cas). Par ailleurs, presque deux tiers des répondants du secteur médical rapportent également être mis sous pression, et les prévalences les plus élevées sont observées de manière hebdomadaire et mensuelle. Or, la mise sous pression (notamment en termes de moyens et de ressources humaines) peut être un déclencheur de violence (Duesberg, 2022). Au sein des différentes formes de menaces, celles prenant place sur les réseaux sociaux n'avaient pas été abordées dans la revue de la littérature (l'ancienneté de certaines études pouvant partiellement expliqués cela, de même que le choix des formes de violence couvertes par les enquêtes), or ce sont près de 15% des professionnels de la santé qui ont indiqué avoir été victimes de diffusion d'image sou de textes indésirables sur les réseaux sociaux. Lors de futures enquêtes, ce type de violence sera donc à intégrer afin d'en évaluer l'évolution.

Largement documentées dans la littérature, les agressions et intimidations sexuelles apparaissent comme relativement moins fréquentes que d'autres formes de violence, mais elles représentent néanmoins des proportions comparables à celles rapportées dans d'autres pays — à l'exception notable de la France, où la littérature consultée mettent en lumière des prévalences sont significativement plus élevées. Dans notre étude, 16,4 % des professionnels de la santé ont déclaré avoir été victimes d'une agression ou d'une intimidation sexuelle au cours de l'année écoulée. Il est en outre crucial de souligner que six personnes ont rapporté avoir été victimes de viol dans le cadre de leur travail, au cours des 12 derniers mois. Ces chiffres mettent en évidence l'urgence de développer des campagnes de prévention spécifiquement dédiées aux violences sexuelles et sexistes, ainsi que de renforcer les dispositifs de soutien aux victimes, notamment en ce qui concerne les procédures de signalement et de dépôt de plainte.

En matière de discriminations, en moyenne 20% des professionnels des soins de santé ont indiqué avoir été confrontés à une forme de discrimination. Celle lié au genre est la plus fortement prévalente : jusqu'à 26,5% des répondants. Les discriminations dont peuvent être victimes les professionnels du secteur médical n'est, à notre connaissance, que relativement peu abordé dans la littérature comme une forme de violence (alors que la littérature scientifique et grise traite relativement bien de la discrimination à l'accès aux soins de santé, voir à ce sujet, pour ne citer que ceux-ci : Unia[25], L'agence européenne des droits fondamentaux[26]).

Qui sont les auteurs de ces violences ? Dans plus de deux tiers des cas, ce sont les patients eux-mêmes, suivi par leurs proches. Dans plus de 75% des cas, il s'agit d'un homme. Comparativement à ce qui est mis en lumière pour les profils « pompier, ambulancier, PIT », dans le cas des répondants du secteur médical, relativement peu d'auteurs ont été identifiés comme étant sous l'influence de substances. Toutefois, notre questionnaire ne comportait pas certains facteurs identifiés dans la littérature comme autant de risques de violence — notamment la détresse émotionnelle ou psychologique et la souffrance physique (Chappell & Di Martino, 2006 ; Drew, 2023 ; Murray et al., 2019). À l'avenir, ces caractéristiques du patient devraient être intégrées comme variables dans les mesures de violence. Par ailleurs, les caractéristiques des auteurs d'agression sont des indicateurs clés pour cibler les campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention (tant au niveau des victimes que des auteurs).

Ces agressions se déroulent majoritairement dans le bâtiment public (hôpital) et dans le lieu où se trouve le patient, c'est-à-dire potentiellement la chambre ou la salle de soins/consultation. Ces résultats mettent en lumière que les professionnels de première ligne de soins de santé sont exposés à des risques d'agression et de violence dans l'exercice même de leurs fonctions et sur le lieu même de l'exercice de ces fonctions et que la configuration des lieux et la nature des interactions peuvent potentiellement favoriser l'émergence de comportements agressifs ou violents. La proximité entre les intervenants et les patients dans les environnements de soins nécessitent d'implémenter des mesures de prévention ciblées dans ces espaces à risques.

Outre d'éveiller un questionnement sur l'ampleur du phénomène, ces résultats amènent à s'interroger sur les conséquences de ces actes sur ceux qui nous soignent et, plus globalement, sur l'organisation des soins de santé : près de 80% des professionnels de la santé répondants ont indiqué ressentir du stress, plus de la moitié est moins satisfaite au travail et indique avoir des troubles du sommeil, et 40% envisagent de changer d'emploi. Par ailleurs, 6,5% des répondants ont été en incapacité de travail à la suite du fait le plus marquant (dont un répondant pour une période indéterminée). Le secteur des soins de santé, déjà fragilisé par des ressources limitées, s'expose à une pénurie de personnel sans précédent, susceptible de compromettre la qualité et la pérennité des soins. Cette situation appelle des mesures rapides, structurelles et organisationnelles

[25] https://www.unia.be/fr/actua/racisme-pratiques-medecine
[26] https://fra.europa.eu/sites/default/files/factsheet-inequalities-discrimination-healthcare_fr.pdf

(comme en témoignent les études menées en France sur les VSS), tant pour prévenir les violences que pour soutenir les soignants dans leur quotidien professionnel (et in fine, soutenir les patients).

5.2 Service d'urgence sous pression : la violence lors des interventions d'urgence

En première ligne lors des situations d'urgence et de secours, les pompiers, les secouristes, et plus largement les services d'intervention médicale et de secours, se retrouvent exposés à des actes de violence et d'agression alors même qu'ils exercent leurs fonctions. Ces dernières années, les actualités relayées par les médias et les rapports institutionnels ont mis en évidence une augmentation notable de ces agressions à l'encontre des agents des services publics. Des études à portée internationale confirment l'ampleur du phénomène : 65 % des professionnels des services médicaux d'urgence ont été victimes de violences (Maguire et al., 2018), et dans certains pays, cette prévalence dépasse les 70 % (Boyle et al., 2007 ; Bigham et al., 2014).

Les résultats de notre étude révèlent certaines évolutions dans les formes de violence subies par les professionnels des services d'urgence, en comparaison avec les données collectées en 2021 par Verwee et al. (2022). Tout d'abord, en ce qui concerne l'échantillon : 723 répondants issus des services de secours ont participé à l'enquête menée en 2024, contre 836 en 2021. Une répartition linguistique quasi équitable a été assurée dans cette édition, alors que l'échantillon de 2021 était majoritairement composé de répondants néerlandophones. Il est à noter toutefois qu'en 2024, la participation féminine a diminué (10,2 % contre 17 % en 2021).

Concernant les faits rapportés, la forme de violence la plus fréquemment mentionnée par les pompiers et secouristes est la violence verbale, en particulier les cris et les insultes. Les coups et les menaces suivent, mais avec des prévalences nettement moindres. L'analyse des différentes formes de violence révèle une variabilité importante dans leur fréquence. La littérature souligne également que la violence verbale constitue la forme de violence la plus courante dans le milieu professionnel des services d'urgence, certaines études rapportant des taux supérieurs à 70 % (Wang et al., 2019 ; Boyle et al., 2017 ; Bigham et al., 2014). Cette tendance est confirmée par notre enquête : au cours de l'année écoulée, près de 80 % des répondants déclarent avoir été victimes de cris, et près de 70 % ont été la cible d'insultes. Ces résultats sont cohérents avec ceux de 2021, bien que les prévalences aient alors été légèrement plus élevées. La fréquence et la répétition des agressions verbales interpellent par ailleurs sur les effets à court et long terme sur les victimes, notamment en matière de conséquences psychologiques (Chappell et Di Martino, 2006 ; DSP, 2011).

Bien que moins fréquentes que les agressions verbales, les agressions physiques sont également une réalité des travailleurs des services d'urgence : 36,4 % des répondants sont la cible de jets ou de destructions d'objets concernent, 35,4% de blocages physiques 35,4 %, 34,7% de crachat et 32,5% de coups de pied ou poussades. Par ailleurs, 12,4 % déclarent avoir été blessés. Bien que les taux relevés en 2024 soient légèrement inférieurs à ceux de 2021, ils restent globalement alignés avec les données issues d'autres contextes nationaux, notamment en Australie (Boyle et al., 2007), au Canada (Bigham et al., 2014) et aux Pays-Bas (Drew, 2023).

Les menaces sont également un phénomène récurrent dans les services d'urgence et de secours : plus de la moitié des répondants y ont été confrontés au cours des douze mois derniers mois. Parmi les formes d'intimidation, la mise sous pression apparaît également comme une réalité fréquente, concernant environ un tiers des répondants. Les cybermenaces qui étaient rapportées par plus de 20% de répondants en 2021 diminuent à près de 18% dans cette édition.

Les agressions et intimidations à caractère sexuel, bien que moins fréquentes, restent significatives : environ un répondant sur sept déclare avoir subi des commentaires ou regards à connotation sexuelle, et près d'un sur treize a été victime de sifflements. En 2021, 10 % des répondants déclaraient avoir subi des attouchements ; cette proportion est passée à 6,8 % en 2024. Ces chiffres restent globalement cohérents avec les prévalences rapportées dans la littérature.

Enfin, bien que relativement peu traitée dans les publications scientifiques, la question de la discrimination mérite une attention particulière. Celle-ci peut relever à la fois de la violence interne au service ou de comportements externes. Environ un répondant sur sept rapporte des discriminations liées à la couleur de

peau, 12 % en lien avec l'âge, et 10 % en lien avec les croyances. La discrimination liée au genre est rapportée par un peu moins de 9 % des répondants. Ces proportions sont similaires à celles observées en 2021.

Et qui sont les auteurs de ces actes de violence ? De manière consistante avec ce qui avait été documenté en 2021, les auteurs sont majoritairement des patients de sexe masculin, âgés entre 18 et 50 ans. Ont également été identifiés comme auteurs des violences les personnes présentes sur les lieux de l'intervention, ainsi que les proches du patient. Par ailleurs, dans près d'un cas sur deux, l'auteur du fait le plus marquant était soupçonné d'être sous l'influence de l'alcool — une prévalence en légère baisse par rapport à celle rapportée en 2021.

Les agressions surviennent majoritairement sur le lieu d'intervention, en pleine exécution des missions des pompiers et secouristes, ce qui complexifie leur gestion et accentue la vulnérabilité des intervenants. Au niveau de la prévention, cela pose un triple défi : la nécessité de développer des stratégies de désescalade et de protection adaptées à des contextes imprévisibles et souvent instables ; la mise en place de dispositifs de formation et de soutien pour les intervenants, afin de renforcer leur capacité à anticiper, signaler et se protéger face à ces situations ; et enfin, cela implique une excellente coordination avec les autres services (police, hôpitaux, services sociaux) pour garantir une réponse cohérente et sécurisée face à des publics parfois en grande détresse ou sous l'influence.

Les conséquences de ces actes de violence et d'agression sont à la fois individuelles et organisationnelles : plus de la moitié des pompiers et secouristes indiquent se sentir stressés ou sous tension, quatre sur dix rapportent une diminution de leur satisfaction au travail, et plus d'un tiers déclarent souffrir de troubles du sommeil. À l'échelle organisationnelle, ces effets ne sont pas sans impact : cinq personnes ont été absentes pendant plus de trois mois et deux ont déclaré une incapacité de travail de durée indéterminée. Ces absences prolongées, combinées à un mal-être généralisé, peuvent fragiliser le fonctionnement des zones de secours et compromettent la continuité des interventions (notamment en matière de ressources humaines que de qualité des réponses apportées en situation d'urgence).

5.3 Les (personnes) ressources et le soutien

Les actes de violence et d'agression ne sont pas sans conséquence sur les victimes, certaines formes d'agression pouvant entraîner jusqu'à des formes de traumatismes psychiques (Zhang et al., 2020). La littérature documente que les conséquences peuvent varier en fonction du type de violence, ainsi que de la fréquence et de la répétition. Ainsi, il ressort que les agressions verbales peuvent avoir des effets négatifs plus profonds et plus graves que d'autres violences, cela pouvant en partie s'expliquer par la fréquence et répétition de ce type d'agression (Brough, 2005 ; Chappell & Di Martino, 2006 ; Schablon et al., 2018). Or, ces sont les violences verbales qui sont les plus fréquemment rapportés par les répondants de l'étude. Il apparaît dès lors essentiel d'apporter des réponses structurées de prévention, de soutien et d'accompagnement.

Les conséquences des violences peuvent également se développer sur le long terme par des comportements d'évitement : un pompier sur trois a indiqué éviter parfois les situations à risque par crainte d'autres situations de violence et d'agression ; pour les professionnels du secteur médical, ce sont environ quatre personnes sur dix. Les proportions pour les pompiers sont plus élevées que celles observées en 2021 (22%). Il s'agit d'un indicateur significatif : de plus en plus de pompiers adoptent ce type de comportement d'évitement, et le secteur des soins de santé tend à vivre cela également.

A la suite d'un acte de violence, les personnes auxquelles les répondants vont faire appel se différencient en fonction des profils des répondants. Pour les professionnels du secteur médical, les collègues semblent jouer un rôle crucial à la suite de ce type d'incident (deux tiers des répondants l'ont indiqué). C'est ensuite le dirigeant qui sera le plus fréquemment sollicité (par un tiers des répondants). Pour une proportion un peu plus faible, il apparaît qu'un debriefing de la situation est mis en place. Toutefois, il est pertinent de constater que plus d'**un cinquième** des répondants du secteur **médical** (23,9%) ne font appel à **personne** après un incident violent.

Pour les **pompiers-ambulanciers-PIT**, c'est un isolement qui est constaté : **43,9% des pompiers** déclarent ne faire appel à **personne** après un incident. Cela suggère, comme cela avait été indiqué en 2023 par le commandant de la zone de secours d'Anvers (Blue Talks, 2023), qu'il y a une sous-déclaration des incidents et qu'une culture ou habitude de « this is part of the job » semble effectivement s'installer au sein des services de secours. La constance de la situation entre 2021 et 2024 semble confirmer cette tendance.

Ces résultats sont à mettre en perspective des ressentis des répondants : plus de deux tiers d'entre eux, à la fois des services des secours et du secteur de la santé, indiquent avoir le sentiment qu'il y a plus d'actes d'agression dans l'exercice de leurs fonctions, et la crise du COVID-19 semble avoir contribué à l'intensification de ces phénomènes, particulièrement dans le secteur médical. Cela implique dès lors qu'outre la prévention en vue d'identifier les violences, de former à la désescalade de situation de tension, il est également impératif de renforcer une culture de prévention et de soutien. La police et la justice ont aussi un rôle à jouer : soutenir la dénonciation de faits et appliquer des sanctions effectives car la principale raison qui amène les répondants à ne pas dénoncer les faits est : « la conviction que l'auteur ne serait pas sanctionné ».

5.4 Les limites

Comme dans toute démarche méthodologique, certains choix ont dû être faits, impliquant nécessairement des biais et des limites. Qu'il s'agisse de la sélection des formes de violence et d'agression couvertes, des canaux et de la périodicité de diffusion de l'enquête, ou encore des options de réponse proposées, chacun de ces éléments a pu influencer les résultats. Ainsi, cette étude peut également ne pas couvrir certaines formes de violence indirecte ou directe dont les travailleurs de première ligne peuvent être victimes. De même, certaines caractéristiques des auteurs, comme un état de détresse psychologique ou une crise émotionnelle aiguë, n'ont pas été incluses dans l'enquête. Celles-ci pourraient néanmoins contribuer à un profilage plus fin des auteurs

Enfin, il faut être conscient du fait que les victimes peuvent s'être senties plus attirées par ce sujet et avoir répondu plus souvent à ce questionnaire que les non-victimes.

6 Prévention et accompagnements – des pistes de réflexion

La gravité des actes de violence et d'agression subis par le personnel de secours et le personnel soignant se trouve exacerbée par leur fréquence croissante et leur caractère répétitif, générant un phénomène cumulatif aux répercussions multiples. Laisser la violence s'installer dans les hôpitaux, les cliniques, les services d'urgence, c'est risquer de mettre en péril la qualité des soins et la sécurité des secours. La précédente édition de cette enquête avait initié les considérations critiques en établissant que « Chaque acte de violence est un acte de trop et chaque conséquence d'un acte de violence est également une de trop. » (Verwee et al., 2022). Les risques de l'acte de trop sont réels et bien que les autorités publiques en aient une certaine conscience (en témoigne la dernière campagne « Not funny – Rien de drôle » du SPF intérieur, lancée entre 2023 et 2024), les résultats présentés indiquent que la marche est encore longue pour que cessent les actes de violence à l'encontre de celles et ceux qui nous soignent, nous sauvent, nous aident.

Déjà en 2022, l'étude menée auprès des travailleurs des services de secours et d'urgence avait documenté (1) l'inadéquation ou l'inexistence des formations en gestion de l'agressivité, empêchant les travailleurs de développer les compétences nécessaires pour faire face efficacement aux situations agressives ; (2) le manque de ressources et de procédures pour protéger le personnel en cas d'incident violent. ; et (3) les ressources limitées en termes de soutien post-incident. La présente étude confirme ces constats et les enrichit avec des données spécifiques au secteur médical, où les besoins en formation, en ressources et en dispositifs de protection apparaissent tout aussi préoccupants.

A la suite de ces résultats, nous dressons un certain nombre de recommandations et d'actions. Celles-ci s'appuient sur les trois niveaux de la prévention. Cette approche en trois phases permet la construction d'un programme de prévention couvrant à la fois la préparation et l'anticipation, la réduction des risques, et enfin, la restauration. Ces trois niveaux de la prévention peuvent être décrits brièvement comme suit :

(1) Le niveau primaire vise à prévenir l'émergence des comportements violents en agissant sur les causes et par des mesures de sensibilisation. Il s'agit des interventions proactives par nature qui visent à empêcher l'apparition d'effets ou de phénomènes préjudiciables (OIT, 2024) ;
(2) Le niveau secondaire détecte et met en œuvre des actions rapides pour limiter l'escalade de la violence et leurs effets néfastes ;
(3) Le niveau tertiaire est de nature réparatrice et vise à réduire les conséquences négatives (OIT, 2024), notamment par l'accompagnement des victimes et des auteurs après un acte violent.

Ces trois niveaux peuvent être abordés sous la forme d'un cycle (à l'instar du cycle du risque appliqué en gestion de crise[27]) dont la boucle continue vise à une amélioration permanente de la gestion des risques en se basant sur l'identification et l'analyse des risques, la préparation et la réparation.

À l'instar de ce qui est préconisé par l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) dans le manuel *« Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers »*, nous recommandons un plan d'action en cinq étapes pour la mise en œuvre d'un programme de prévention : (1) l'engagement du management et la participation des travailleurs ; (2) l'analyse du site et l'identification des risques ; (3) la prévention et le contrôle des risques ; (4) la formation à la sécurité et à la santé ; et (5) la tenue de registres et l'évaluation du programme (OSHA, 2016).

Par ailleurs, les résultats de notre étude permettent de compléter cette approche structurée en identifiant cinq axes transversaux qui enrichissent et contextualisent la démarche dans notre champ spécifique :

- La reconnaissance explicite de l'existence des violences et de leurs diverses formes ;
- Les mesures de soutien et de sécurisation mises à disposition ;
- La communication, la sensibilisation et l'information ;
- La réintégration des personnes affectées et le renforcement de la résilience individuelle et collective ;
- Les poursuites et les sanctions.

Ces axes constituent des leviers complémentaires pour inscrire durablement la prévention des violences dans une politique institutionnelle cohérente et adaptée aux réalités du terrain.

[27] Voir à ce sujet le site du Centre National de Crise : https://centredecrise.be/fr/que-font-les-autorites/le-cycle-du-risque

(1) Définir, identifier et reconnaître la violence au travail

Comprendre un phénomène passe d'abord par sa désignation et la définition de ses limites. Identifier ce qui relève de l'agression, du harcèlement ou de la discrimination –qu'il s'agisse d'actes internes à l'équipe ou au service, ou perpétrés par des tiers –permet de reconnaître leur existence et de mieux les prévenir. Cette clarification est essentielle pour lever toute ambiguïté et favoriser une prise de conscience collective.

Comprendre et nommer ces comportements répréhensibles permet aux collaborateurs et aux dirigeants de les identifier dès les premiers signes, facilitant ainsi la mise en place de mesures adaptées ou leur signalement. En précisant leurs différentes formes, il devient possible d'instaurer des protocoles efficaces de prévention, d'intervention et de soutien aux victimes. Car la clé pour atténuer les risques liés à la violence sur le lieu de travail est de comprendre et de reconnaître les signes avant-coureurs, ces signes pouvant se manifester de différentes manières, d'où l'importance d'une vigilance accrue pour les observer et les interpréter correctement (Muñoz, 2023).

Par ailleurs, cette reconnaissance sensibilise l'ensemble des acteurs, renforçant une culture de respect et de protection au sein des équipes et vis-à-vis des intervenants extérieurs. Dans la pratique, la politique d'entreprise et la reconnaissance par les dirigeants de la violence jouent un rôle clé dans la prévention de la violence sur le lieu de travail.

(2) Analyser, enregistrer, monitorer et évaluer

Les analyses de risque doivent impérativement impliquer les travailleurs (et les services de support, tels que les dispatcheurs et les services administratifs) car ils possèdent une connaissance approfondie des métiers, de leurs tâches et des lieux et situations d'intervention. En première ligne face aux actes de violence, ils jouent un rôle clé dans l'identification des schémas de risque tels que les zones géographiques sensibles, les horaires critiques ou encore les situations propices aux agressions (par exemple, certains examens médicaux).

Une analyse efficace repose sur la consultation des équipes via des enquêtes, des études approfondies des tâches par métier et une évaluation détaillée des lieux d'intervention ou de soins, conformément aux recommandations de l'OSHA (2016). Il est également essentiel d'intégrer les patients et visiteurs dans cette démarche car leur retour peut aider à identifier les situations générant de la frustration ou de l'insécurité, contribuant ainsi à améliorer les pratiques et à construire un environnement de soins plus sûr pour tous. Car ce que les professionnels des soins de santé ou de secours ne considèrent pas comme de la violence, peut l'être pour les patients (comme attendre sans savoir quand notre tour passera ou ne pas être informé des gestes qui sont posés pour soigner/sauver).

Les données sont à l'analyse de la violence ce que les symptômes sont au diagnostic médical : elles permettent de mesurer l'ampleur du phénomène, d'en comprendre l'évolution et d'évaluer l'efficacité des actions mises en place. Or, les données sont ce qui fait le plus souvent défaut lorsque l'on parle de violence. Elles sont inhérentes à son identification, son suivi et son évaluation.

La collecte de données ne peut se faire sans des procédures de signalement et un soutien à ce que ces signalements soient effectués (afin que cela ne fasse « plus partie du travail »). La tenue de registres collectant tous les actes de violence, qu'ils soient le fait de tiers ou de collègues, permet de suivre l'évolution des actes de violence comme leur nature, leurs fréquences, leurs auteurs et les professions touchées. Ces registres peuvent aider les employeurs et autorités à évaluer l'ampleur du problème, à identifier d'éventuelles tendances ou motifs dans certains lieux, postes ou hôpitaux, à analyser l'efficacité des mesures de prévention, à déterminer les besoins en formation et à élaborer des solutions pour un programme efficace (OSHA, 2016). Le signalement et la dénonciation doivent être encouragés tant au niveau de l'organisation qu'au niveau de la police. Ce n'est que lorsqu'un rapport de police est établi que des mesures légales peuvent être prises.

Et enfin, les données et leurs analyses doivent être rendues publiques. Cela afin que les autorités compétentes et les institutions puissent y adresser des mesures adéquates et basées sur les « preuves ». Pour enrichir ces données, il est évident que les victimes (et les témoins) doivent être soutenues et encouragées à rapporter/signaler les faits. Le signalement et la dénonciation doivent être facilité et rendu possible via des canaux accessibles (voir point 6 ci-après).

(3) Prévenir, sécuriser et contrôler

La prévention est également essentielle. Elle doit être mise en œuvre avant que les premiers signes (sensibilisation, information…) et aussi dès les premiers signes. Un repérage précoce de la violence limitera

son escalade et ses effets négatifs. Ce repérage s'accompagnera de mesures de protection comme des dispositifs d'alerte et de signalement pour encourager les victimes à ne pas rester seules (potentiellement face à une situation de danger). Il ne faut également pas oublier que la prévention se fait également après l'incident de violence, par l'accompagnement, le soutien, le suivi et la sanction.

La prévention passe par la mise en place de programmes de coordination des ressources. Ce fut par exemple le cas en Irlande où le "National Ambulance Service" a mis en place en 2012 une "politique de soutien aux employés" visant à maîtriser la violence et l'agression envers ses travailleurs. Par le biais du personnel de contrôle des ambulances (dispatchers), différentes actions étaient mises en œuvre pour identifier les zones à risque et anticiper l'envoi de personnel. Ces actions étaient par exemple :

- Une bonne communication sur les appels d'urgence reçus qui indiquent une possible violence sur les lieux ;
- La fourniture d'informations sur les zones géographiques ou les personnes à risque ;
- L'identification des appels signalant des cas de violence domestique comme étant très risqués, avec interdiction d'intervenir en solo ;
- L'évitement, dans la mesure du possible, de l'envoi d'ambulanciers en mode stand-by dans des zones à haut risque ;
- L'information du responsable ou superviseur compétent lorsqu'il existe (ou pourrait exister) un risque de violence sur place.

Pour le personnel de secours et d'urgence, ces mesures appliquées en Irlande peuvent être complétées d'autres mesures préventives. A l'instar de ce qui était rapporté par l'OIT (2022) pour les véhicules de transport public, nous pouvons reprendre ci-après, à titre indicatif :

- Installation de caméras de sécurité pour enregistrer les activités à l'extérieur (et à l'intérieur) du véhicule (installation qui devra s'accompagner d'une communication claire et visible) ;
- Installation de système embarqué d'alarme/d'alerte pour permettre d'appeler à l'aide en cas d'incident
- Installation de dispositifs de suivi des véhicules pour localiser les véhicules et le personnel ;
- Installation de système de verrouillage du véhicule ;
- Installation de dispositifs d'éclairage autour du véhicule afin d'éclairer la scène de secours ;
- …

De nombreux représentants des services d'urgence témoignent aujourd'hui de grandes difficultés à exercer leur métier sereinement, en raison de conditions de travail de plus en plus tendues. Face à cette escalade de la violence, plusieurs initiatives ont vu le jour : la Loi du 21 février 2024 autorisant l'installation de caméras embarquées dans les ambulances, diverses campagnes de sensibilisation, ainsi qu'un renforcement des sanctions à l'encontre des auteurs d'agressions contre le personnel soignant et de secours.

Les *bodycams* (ou caméras individuelles, corporelles, ou portées) suscitent également un intérêt croissant, notamment dans les corps de police (Seron, 2024), où elles sont envisagées comme un outil de protection, de désescalade, et de régulation des comportements (Goyvaerts, Maesschalck, & Seron, 2021). Le principe sous-jacent est que le fait d'enregistrer les interactions dissuade les comportements inappropriés de part et d'autre, et améliore globalement les relations en instaurant une forme de responsabilisation mutuelle (Gerressu et al., 2023). Toutefois, les effets observés dans les services de police sont contrastés : certaines études relèvent une absence d'effet, voire des effets d'escalade de la violence (Goyvaerts et al., 2021). Un avantage reconnu reste toutefois la capacité de documenter les interventions, d'enrichir les procès-verbaux, et de renforcer les preuves (par exemple lors de scènes de crime ou perquisitions).

Chez les intervenants de première ligne (pompiers, secouristes, ambulanciers), le port de bodycams est aussi discuté, notamment pour les interventions à risque. Une étude pilote de Gerressu et al. (2023), menée en Angleterre auprès d'ambulanciers et de managers, met en lumière plusieurs effets. Les effets positifs incluent : la collecte de preuves en cas d'agression (utiles pour les poursuites), la protection contre les fausses accusations, et une auto-régulation comportementale des ambulanciers en situation tendue. Néanmoins, des limites sont rapportées : scepticisme quant à l'effet dissuasif, risque d'exacerbation de la violence, inconfort physique, et charge administrative accrue (formation, activation, rapports à remplir). Gerressu et al. (2023) soulignent aussi l'absence de preuves robustes quant à la réduction effective des agressions. Les évaluations disponibles restent souvent méthodologiquement limitées ou reposent sur des données internes (Gerressu et al., 2023 ; Seron, 2024).

Dans le secteur des soins de santé, l'analyse des risques permettra d'identifier les services ou zones où le risque de violence peut être plus fort. Cette analyse devra s'accompagner de mesures préventives, que cela soit par l'installation de matériel et de techniques de sécurisation (caméras de surveillance – sans interférer

avec le secret médical, interphones, bouton rouge d'alerte, par exemple dans les salles d'examens/consultation, des portes de sortie protégées par badge …), ainsi que de procédures (numéro d'urgence/d'alerte interne, système de drapeaux …).

(4) Former à la prévention et à la gestion de la violence

Près de 40% des répondants à l'enquête ont indiqué avoir envisagé de changer de travail après l'incident le plus marquant. Cette proportion est particulièrement élevée chez les professionnels de la santé (42,3%), et plus faible parmi le personnel des services de secours (25,8%). Ces chiffres sont des indicateurs clés : ils montrent qu'il est essentiel de mettre en place des mesures non seulement pour réduire la violence, mais aussi pour apprendre à y faire face. Ces actions doivent être adaptées et appliquées à l'ensemble des fonctions professionnelles concernées, qu'elles soient directement ou indirectement impliquées dans la gestion de la violence. Dans les services de secours, cela signifie par exemple que les pompiers professionnels comme les pompiers volontaires et les ambulanciers doivent pouvoir accéder à ces outils. De même, dans le secteur médical, tous les intervenants en contact avec le public doivent bénéficier d'un accès équitable à ces dispositifs.

La formation et l'information doivent être mises en œuvre dès l'entrée en service des travailleurs des services d'urgence et de soins, et se poursuivre tout au long de leur carrière. La formation continue joue un rôle essentiel dans la réduction des risques de violence contre le personnel des services d'incendie et des urgences médicales (EMS) (LEXIPOL, 2024). Cette formation se doit de toucher aux différents aspects de la violence, de la prévention, à la réintégration, en passant par la gestion (désescalade), tout en incluant la communication. Les cibles de ces formations continues sont à la fois les collaborateurs et la hiérarchie (managers, superviseurs, directeurs) et elles doivent contenir des composantes permettant de :

- Informer sur la violence, ses causes, ses conséquences et participer à une culture du risque ;
- Reconnaître les signes de violence : « The key to mitigating risks associated with workplace violence is understanding and recognizing the early warning signs" (Muñoz, 2023);
- Gérer les conflits ou situations par la désescalade et gestion des profils hostiles ;
- Sécuriser les lieux et les parties prenantes ;
- Soutenir le signalement d'incident notamment en informant sur les procédures de signalements ainsi que sur la politique interne en matière de violence (les mesures disciplinaires ou sanctions encourues, entre autres) ;
- Soutenir ou accompagner les victimes : dans les deux secteurs analysés, les collègues ressortent comme étant des acteurs clés de ce soutien, suivis des dirigeants. Il est donc essentiel de les former.

En matière de connaissance des facteurs de risque liés à la violence, les données scientifiques et officielles — qu'elles proviennent de sources internes ou externes à l'organisation — constituent une base essentielle pour dresser un état des lieux précis. Ces informations permettront aux différents intervenants impliqués dans les actions de formation d'identifier de manière rigoureuse les facteurs de risque (tels que les caractéristiques du public, la consommation de substances, ou encore des contextes environnementaux spécifiques). Elles favoriseront également l'intégration de ces paramètres dans la conception et l'adaptation des contenus pédagogiques, afin de renforcer la pertinence et l'efficacité des formations proposées.

Des composantes d'auto-défense (*self defense*) pourraient même être envisagées pour les situations impliquant de la violence physique, notamment pour savoir comment s'échapper d'une situation violente (O'Meara, Maguire, O'neill, 2019). Le manuel du OSHA (2016) insiste par ailleurs sur l'importance de former les superviseurs et managers à l'identification des situations à risque afin d'assurer que les collaborateurs ne soient pas placés dans des situations qui mettent leur sécurité en danger.

Pourquoi une formation continue ? D'une part, c'est l'occasion de répéter des actions et des procédures (s'appuyant sur la méthode des *drills*) afin d'intégrer des automatismes. En outre, régulièrement exercer et discuter, les exercices permettent également d'identifier les menaces et les nouvelles formes de violence, celles-ci évoluant avec la société. Selon le LEXIPOL, la conscience de la situation, la gestion des incidents et les techniques de désescalade sont des éléments clés dans le cadre de formations de lutte contre la violence. Tous ces facteurs peuvent contribuer à réduire la violence contre les pompiers, le personnel EMS et de soins rendant ainsi l'intervention d'urgence plus sûre pour tous.

Pour les personnes en contact avec des tiers, comme dans les hôpitaux et les cliniques, il est important d'intégrer des activités de prévention de la violence et du harcèlement aux opérations quotidiennes, notamment par la vérification du matériel de prévention (verrouillage de portes, accès par badge, caméra de surveillance) (OIT, 2022) et de l'application de mesures préventives.

L'une des dernières composantes est la communication. Former les intervenants, c'est également leur apprendre à communiquer sur les actes qu'ils posent lors des soins ou d'intervention, ainsi que sur leurs missions. D'une part, il y a les actes. Lors d'une situation de stress intense, tels que peuvent le vivre des personnes en détresse, ou d'inquiétude sur sa santé, comme peuvent le vivre des patients, il est primordial de comprendre ce qu'il se passe. La plupart des quidams n'est pas confrontée régulièrement au monde hospitalier ou de secours/d'urgence et ne sait dès lors pas nécessairement à quoi s'attendre, ou n'en comprend les codes. Par ailleurs, ces situations peuvent être particulièrement intimidantes pour les patients et leurs proches.

D'autre part, il y a les missions des acteurs des urgences et des soins de santé. Verwee et al (2022) et Bergman et al. (2013) établissaient que les auteurs de violences ne savent pas toujours en quoi consiste la mission de la fonction publique et comment elle fonctionne. En suède, un amalgame a par ailleurs été constaté auprès de certains citoyens qui assimilent les pompiers aux policiers (Scandella, 2012). Ce constat peut s'élargir aux professionnels de la santé. Et les attentes à l'égard des professionnels de ces deux secteurs sont nombreuses : « Une personne qui appelle un service d'urgence doit savoir quelles questions lui sont posées par ledit service afin de garantir un traitement adéquat. Cela peut se faire, par exemple, en informant la population. Les personnes qui appellent un service d'urgence s'attendent parfois à ce que celui-ci ne traite pas le patient sur place mais l'emmène directement à l'hôpital. Il est judicieux d'informer correctement son interlocuteur. ». A juste titre, les auteurs mentionnent également le rôle « des personnes impliquées et des personnes sur place, qui doivent être conscientes de leur rôle dans le processus d'assistance. Parfois, ils peuvent gêner les secouristes, ou ces derniers peuvent les trouver intimidants s'ils s'approchent d'eux ». Elles n'ont pas conscience de ce rôle dans le processus de soins par leur présence physique et verbale. En raison de leur implication, de leur curiosité, de leur désir de sensation et/ou d'autres raisons, elles peuvent, souvent inconsciemment, gêner l'assistance fournie », ce qui peut entraîner des conflits entre les personnes sur place et les secouristes (Bergman, Valk en de Vries, 2013 in Verwee et al., 2022).

(5) Engager et responsabiliser les employeurs, les collaborateurs … et les tiers

En matière de violence au travail, l'OIT déclare que « [l]es hauts dirigeants d'une entreprise qui tolère la violence et le harcèlement doivent assumer la responsabilité au premier chef d'en transformer la culture, et le succès des efforts déployés en ce sens serait le reflet de la volonté de ces hauts dirigeants d'aborder de manière proactive et sensible les comportements négatifs. » (OIT, 2022). Un engagement fort, visible et actif des employeurs et des dirigeants (et par conséquent, des autorités compétentes dans le cas qui nous occupe) sont les préalables essentiels pour une lutte efficace contre la violence. Cet engagement doit être à deux niveaux :

a) L'engagement visible et concret par la déclaration de politique interne qui reconnaît la violence au travail comme un enjeu de sécurité et de santé, ainsi que la mise en œuvre de politique cohérente de prévention de la violence qui participera à la culture d'entreprise ;
b) L'engagement par la reconnaissance des victimes. Si la hiérarchie ou les dirigeants ne reconnaissent pas les victimes en tant que telles, celles-ci subissent une nouvelle forme de victimisation. Cette reconnaissance implique d'admettre l'existence de la violence, d'encourager son signalement (notamment en mettant à disposition les moyens pour signaler les faits), de garantir une écoute attentive et de mettre en place des actions concrètes. Dans notre étude, tant les répondants du secteur médical que des services de secours ont souligné des lacunes à cet égard (seul un tiers des répondants a rapporté les faits à sa hiérarchie, et cette proportion est encore plus élevée pour les services de secours, et près de la moitié n'a pas donné suite à l'incident).

Dans cet engagement organisationnel, l'alignement et le soutien des ressources humaines et de la cellule prévention seront également essentiels. Ces acteurs devront à la fois veiller à la communication de la politique interne, à son application, ainsi qu'à la mise à disposition des outils facilitant et encourageant le signalement. Ces outils peuvent à la fois être du contenu informatif et formatif, des formulaires en ligne, les personnes de confiance, ou encore des « bonnes pratiques » relatives par exemple aux réactions à adopter face à ces comportements inadéquats[28].

L'implication des collaborateurs est le deuxième préalable à une politique de prévention. Cette implication se fait par la prise en compte de leurs retours et de leurs expériences dans l'élaboration de programme de prévention, l'adaptation ou l'aménagement des infrastructures, l'identification des tâches ou zones à risque…

[28] À titre d'exemple, le site internet « Défenseurs des Droits » a une page dédiée au harcèlement sexuel au travail, couvrant à a fois les clés pour reconnaître cette forme d'agression et en identifiant trois actions-clés à entreprendre : https://information.defenseurdesdroits.fr/unefemmesurcing/

(OSHA, 2016). Cette implication est également accomplie par l'engagement à se former et à respecter la politique interne en matière de lutte contre la violence, ainsi qu'à signaler les actes de violence dont ils peuvent être témoins ou victimes, que cela soit le fait de tiers ou d'autres collaborateurs, et à ne pas minimiser (ou se moquer) les faits.

Les tiers (patients, visiteurs, fournisseurs, etc.) doivent également être tenus responsables de leurs comportements et des conséquences liées à ceux-ci. Cet engagement est essentiel pour renforcer la lutte contre la violence. Pour ce faire, il est crucial de les informer clairement sur ce qui est ou n'est pas autorisé à l'égard des agents du service public et des professionnels de la santé.

Les établissements de soins, tels que les hôpitaux et les cliniques, sont des lieux clés à la diffusion de cette politique interne auprès des tiers et des collaborateurs. Une communication efficace peut passer par des campagnes d'affichage stratégiques dans les chambres, les salles d'attente, les ascenseurs, et même sur les portes des toilettes, ainsi que sur les écrans se trouvant dans les espaces communs et dans la documentation remise aux patients et à leur famille (il serait, par exemple, envisageable de faire signer un formulaire « d'engagement mutuel au respect »). Ces actions doivent s'inscrire dans une politique de tolérance zéro face à toute forme de violence. Pour la violence interne, c'est-à-dire entre collaborateurs, il est essentiel que les procédures et personnes de confiance/conseillers en prévention (via un QR code, par exemple) soient renseignées.

Pour les professionnels des services d'urgence et de secours, la communication à l'engagement des citoyens devra se faire en dehors des « murs » de la caserne ou de l'hôpital car la violence survient majoritairement sur les lieux d'intervention, où la communication directe est plus difficile. Dans ce contexte, il est essentiel que des campagnes de sensibilisation soient relayées à un niveau national et local (comme la campagne « Not funny – Rien de drôle » du SPF intérieur, ou encore la campagne britannique et australienne « Zero Tolerence – No excuse for Abuse » qui mobilisent les témoignages du personnel de secours victime de violence[29]) via les médias, les réseaux sociaux, les autorités policières et communales, et des actions de prévention ciblées. L'objectif est de responsabiliser l'ensemble de la population et d'assurer un soutien institutionnel clair aux professionnels exposés à ces risques.

(6) Signaler, soutenir et réhabiliter

L'agressivité et la violence sont des réactions possibles et involontaires à une situation de stress ou d'anxiété. La violence servira alors d'exutoire aux frustrations. Même si l'intention n'est généralement pas de s'en prendre personnellement aux secouristes ou aux soignants, cela en est toutefois le résultat. Quoi qu'il en soit, les secouristes et le personnel médical doivent faire face à ces incidents et reprendre le travail. Les premières actions qui seront posées après un incident entraîneront indéniablement des conséquences sur l'équilibre émotionnel, psychique et physique du (des) travailleurs.

Dans une approche de réhabilitation, l'une des premières étapes consiste à encourager le signalement des faits. Cette démarche poursuit quatre objectifs essentiels :

- Reconnaître le statut de victime, en validant la réalité vécue par la personne concernée ;
- Lutter contre l'impunité, en permettant d'identifier les actes et de responsabiliser les auteurs ;
- Mettre en place un accompagnement adapté, en fonction des besoins exprimés ;
- Construire une culture de prévention, en rendant visibles les situations de violence et en renforçant les capacités d'anticipation et de réaction des structures.

Le signalement doit pouvoir se faire de manière anonyme, et aussi bien par des outils en ligne ou par des courriers déposés dans une boite aux lettres (sécurisée) ou auprès d'une personne. Lors d'un signalement, des procédures doivent directement être entreprises : notifications à la direction, conseiller prévention et personnes-ressources, activation des dispositifs de soutien (débriefing, soutien psychologique…) et mises en place de mesures de protection éventuelles.

La deuxième étape consiste en la mise en place de dispositifs d'écoute et de soutien (cellules d'alerte, lignes d'écoute, psychologues, personnes de confiance, dirigeants/superviseurs …), indispensable à la suite d'incident de violence. Une majorité des répondants des services de secours ont indiqué ne rapporter à « personne » la violence dont ils sont victimes. Il est dès lors nécessaire de mobiliser les dispositifs et les acteurs. A nouveau, les superviseurs et dirigeants jouent un rôle clé dans l'activation de ces dispositifs de soutien, par exemple lorsqu'ils sont témoins de situations de violence lors d'intervention ou qu'ils sont témoins de signes

[29] Plus d'informations : https://www.nwas.nhs.uk/get-involved/campaigns/stop-abuse/

annonciateurs de violence. Ces dispositifs d'écoute et la mobilisation des acteurs clés sont également de puissants signaux envoyés aux collaborateurs leur indiquant qu'ils ne sont pas « seuls » face à la situation et que ces actes sont pris au sérieux (pour rappel, un tiers des répondants ont indiqué rapporter les faits à leur direction ou au sein de l'organisation

Pour assurer une prise en charge efficace des travailleurs confrontés à des incidents violents, il est essentiel de mettre en place un programme complet de soutien médical et psychologique, incluant des séances de débriefing et un accès aux soins adaptés au trauma (OSHA, 2016). Dans la pratique, cela se concrétise par une diffusion de liste de personnes de contact (conseillers en prévention, personnes de confiance, permanence de psychologue ou d'assistance psychologique …), une participation active de la hiérarchie et la consolidation de réseaux avec des acteurs institutionnels tels que la justice et la police, ainsi qu'entre représentants des fonctions publiques et privées – l'initiative de la Commission Agression[30] rassemblant 18 secteurs publics et privés est un pas dans ce sens.

Ces dispositifs doivent idéalement être combinés à des services de médiation et de gestion de conflits (avant que la situation ne dégénère) et un renforcement des dispositifs d'alerte et de signalement pour encourager les victimes et témoins à parler (numéros d'urgence, plateformes de signalement en ligne).

Les collaborateurs victimes de violence doivent également bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien supplémentaire sur les points suivants :

- Réaction et soutien de la direction face aux incidents de violence ou d'abus ;
- Réparation en cas de dommages aux biens personnels/professionnels ;
- Appui aux démarches juridiques ;
- Mise à disposition et appui à des soutiens psychologiques et médicaux ;
- Mise à disposition d'un programme de réintégration après un congé maladie à la suite d'un accident de travail ;
- …

(7) Communiquer, informer et sensibiliser

Figure 29. Affiche de la campagne de sensibilisation organisée par la Protection Civile en 2023 ©

Déjà abordées plus haut, la communication, l'information et la sensibilisation ne sont pas de simples outils d'accompagnement : ce sont les piliers d'une véritable stratégie de prévention. Pour être efficaces, ces actions doivent s'activer à tous les niveaux de l'organisation et rayonner au-delà, vers l'ensemble de ses interlocuteurs : aux victimes potentielles et aux auteurs potentiels.

• A l'échelle de la **société**, le message clé de campagnes de sensibilisation est que la violence est non tolérée, quelle qu'elle soit et quelle que soit la situation où elle se déroule. En s'appuyant sur des données empiriques, telles que collectées par cette étude, il sera possible d'orienter ces campagnes auprès de public cible.

• Pour **les futurs professionnels**, il est essentiel d'anticiper. Les informer dès leur formation sur les risques psychosociaux et les réalités du terrain, c'est les préparer. Être pompier, c'est parfois affronter la détresse, l'agressivité ou des situations extrêmes. Travailler dans la santé, c'est évoluer dans un environnement exigeant, émotionnellement et physiquement. Ces métiers sont aussi faits d'exposition, de tensions, et de violence (notamment interne). L'information sera accompagnée de sensibilisation visant à la reconnaissance des formes d'agression et violence, et aux outils disponibles au sein de l'organisation pour prévenir et rétablir.

[30] Pour plus d'informations sur les acteurs impliqués : https://www.agressiecommissie.com/

- **Pour les employés en poste**, la sensibilisation doit être continue. Elle rappelle leurs droits, les outils à leur disposition et les réflexes à adopter pour se protéger et protéger les autres, les acteurs ressources auxquels faire appel, et l'ensemble des procédures à leur disposition pour signaler les faits et être appuyé/soutenu. En outre, les messages de prévention doivent également se focaliser sur les groupes à risque et s'articuler autour des formes de violence les plus fréquentes. Il conviendra, par exemple, de construire une communication structurée adressée aux femmes et autour des violences verbales et sexuelles.
- **Pour les dirigeants**, la communication sur la violence doit se traduire par une posture claire : tolérance zéro, engagement fort, actions concrètes. Leur rôle est décisif pour instaurer une culture de sécurité et de soutien. Ils sont les exemples et les porte-voix de leurs collaborateurs.
- **Pour la population**, l'enjeu est de déconstruire certaines perceptions : les professionnels de l'urgence et de la santé ne sont pas des exutoires émotionnels. Informer le public, c'est aussi instaurer un climat de respect mutuel, faire comprendre que tout acte de violence est inacceptable et qu'il entraînera des sanctions. La présente étude met en lumière les lieux où les agressions surviennent le plus fréquemment (lieux d'intervention, établissements hospitaliers…) ainsi que les profils des auteurs (personnes sous l'influence, âgées de 18 à 50 ans). Ces données permettent d'adresser des messages en fonction des profils plus exposés et des facteurs de risques

La prévention commence dès le premier mot, dès la première écoute. C'est une culture qui se construit, et chaque acteur a un rôle à jouer.

(8) Poursuites et Sanctions

Le signalement et du dépôt de plainte au sein des organisations sont essentiels, mais il ne peut y avoir de suites judiciaires à des faits de violence ou d'agression que si ceux-ci sont également signalés à la police et à la justice. D'après les données chiffrées présentées ci-dessus, seuls 14,5% des faits ont été rapportés à la police. Les principales raisons évoquées pour ne pas signaler les faits sont : « Je ne trouve pas l'incident assez grave », « cela fait partie du travail » et « l'auteur ne sera de toute façon pas sanctionné ». Il est essentiel que les familles, amis, collègues, supérieurs hiérarchiques et organisations encouragent autant que possible les victimes à porter plainte à la police.

Certaines organisations se constituent désormais partie civile ou prévoient le dépôt de plaintes anonymes (Blue Talks, 2023), ce qui est de plus en plus rendu possible pour les victimes. L'objectif est non seulement d'augmenter la volonté de porter plainte au niveau policier, mais aussi, de manière plus générale, de garantir une suite judiciaire aux actes de violence.

Dans le rapport de 2022, nous avions déjà abordé la question de la poursuite et de la sanction de l'auteur. Selon De Valkeneer, procureur du roi (Knack, 2020), le nombre de classements sans suite diminue. Ainsi, le taux de classement pour opportunité (par exemple, faible impact social, dommage limité, absence de précédents, circonstances accidentelles, jeune âge, attitude de la victime…) est passé de 55% en 2010 à 40% en 2019. Si l'on se penche plus spécifiquement sur les coups et blessures, outrages et rébellion, une baisse du taux de classement est observée pour les outrages et la rébellion. Cela montre, selon De Valkeneer, que le ministère public souhaite apporter une réponse ferme à ce type de faits. Pour les outrages, le taux est passé de 65% à moins de 50%, et pour la rébellion, de 55% à 40%. Pour les coups et blessures, en revanche, le taux de classement reste stable à 30%. Cette situation est toutefois critiquée : de nombreux décideurs politiques estiment que le taux de classement – principalement pour opportunité – des faits de violence envers ces professions reste particulièrement élevé (Knack, 2020).

La demande d'une politique de tolérance zéro envers les auteurs de violence est présente dans de nombreuses organisations représentant des fonctions publiques, et cette orientation est également inscrite dans l'Accord de gouvernement de 2025[31].

Dans plusieurs paragraphes, la violence et l'agression sont mentionnées :

- Réprobation sociale générale de la violence et de l'agression dans notre société et à l'encontre de certains groupes spécifiques ;
- À l'égard des services publics, les victimes doivent pouvoir bénéficier d'une assistance juridique gratuite et d'un accompagnement psychologique (p.71) ;

[31] « Accord de coalition 2025-2029 » : https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf

- Un cœur pour les soignants : « nous appliquons une tolérance zéro pour la violence » (p.111) ;
- « Respect pour ceux qui nous aident et nous protègent » (p.134) :
    - *Nous renforçons la politique de tolérance zéro afin qu'aucun acte de violence ou de menace contre les personnes exerçant une fonction publique – pompiers, policiers, enseignants, ambulanciers… – ne reste sans suite. Le classement sans suite pour opportunité devient impossible, même en l'absence d'incapacité de travail.*
    - *Il faut créer des points de contact centraux et des procédures au sein des services de sécurité opérationnels pour les victimes de violence. Ces points de contact doivent assurer un suivi proactif des victimes, établir des procédures et communications claires, et les diffuser dans l'organisation. Les membres des services de secours ou de police victimes d'agression ou de violence dans l'exercice de leur fonction doivent toujours pouvoir bénéficier d'une assistance juridique et psychologique gratuite, sauf si un juge a statué définitivement qu'il y a eu provocation de leur part. Les partenaires et membres de la famille directe des personnes tuées dans l'exercice de leur fonction doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement juridique, psychologique et d'une indemnisation financière (comme pour les victimes de terrorisme). Nous veillons aussi à simplifier l'accès aux assurances et aux remboursements médicaux pour les blessures liées au travail.*
    - *Nous garantissons l'anonymisation des données personnelles de ceux qui nous protègent et nous aident tout au long de la procédure judiciaire. Seul le code ou l'adresse postale de la zone de police ou d'aide, ou encore le numéro de registre national ou un autre identifiant unique (numéro BIS, numéro de passeport…) sera repris dans les documents judiciaires. Les autorités doivent toujours pouvoir identifier les personnes concernées.*
    - *Nous élargissons les possibilités légales d'utilisation des caméras. Cela permet à nos services de secours, aux transports publics (De Lijn, TEC, STIB) et aux accompagnateurs de trains sur les lignes à incidents fréquents, d'utiliser des bodycams ou caméras de surveillance, après une formation adéquate, dans un cadre juridique clair et dans le respect de la législation sur la vie privée.*
- Politique pénale : « Nous renforçons la politique de tolérance zéro afin qu'aucun acte de violence ou de menace contre les personnes exerçant une fonction publique – pompiers, policiers, enseignants, ambulanciers… – ne reste sans suite. Le classement sans suite pour opportunité devient impossible, même en l'absence d'incapacité de travail. » (p.149)

Il existe un fort plaidoyer en faveur d'une politique de tolérance zéro. L'objectif est de faire clairement comprendre à l'auteur d'un acte de violence ou d'agression que ce comportement est inacceptable dans notre société. Certains plaident en faveur de peines plus sévères. D'autres, cependant, ne réclament pas nécessairement une augmentation des peines maximales – car ils doutent de leur efficacité dissuasive – mais plutôt l'imposition d'une peine minimale rapide et efficace. Il s'agit de la politique dite « lik-op-stuk » (réponse immédiate et ferme).

En outre, la peine doit être proportionnelle aux faits. Pour les actes moins graves et les auteurs ayant montré une prise de conscience, une mesure éducative volontaire peut être imposée comme alternative. En revanche, une personne ayant causé une incapacité de travail à vie à une victime par un acte violent doit être sanctionnée de manière plus sévère. L'absence de sanctions crée un sentiment d'impunité. En effet, 24,6% des victimes ne portent pas plainte car elles pensent que l'auteur ne sera pas poursuivi. Pourtant, la poursuite et la sanction font partie de la reconnaissance du statut de victime et contribuent à sa réhabilitation et à sa réintégration. La communication publique des sanctions judiciaires aide également à renforcer la sensibilisation dans la société.

(9) La Commission Agression

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur l'importance de la **Commission sur l'agression**. Celle-ci a été créée il y a quelques années à la suite de la constatation d'une augmentation des violences verbales, physiques, comportements sexuels non désirés, intimidations et menaces dans notre société, en particulier à l'encontre des professions publiques telles que les pompiers, les ambulanciers, les soignants, les services de transport public, les administrations publiques, etc.

Plusieurs organisations[32] ont ressenti la nécessité d'aborder ces formes de violence de manière préventive, de les maintenir sous contrôle, d'échanger les bonnes pratiques et de formuler des recommandations politiques. La commission parle d'une seule voix face aux autorités.

Un **mémorandum** a été rédigé par cette commission. Il plaide pour l'institutionnalisation d'un **commissaire national à l'agression** en tant qu'organe politique chargé de cartographier tous les besoins liés à l'agression et à la violence envers les fonctions publiques, et de formuler des recommandations politiques durables.

De nombreux groupes de travail sont créés, souvent autour d'une discipline spécifique, partageant les mêmes préoccupations :

- Comment prévenir la violence ?
- Quelles données avons-nous ?
- Comment réagir en tant qu'organisation ?
- Que peut-on attendre de la police ? De la justice ?
- Quels outils (technologiques) peuvent être mobilisés ?

Ces questions ont été abordées à plusieurs reprises lors des réunions de la commission. Une structure permanente dirigée par un commissaire à l'agression s'impose. La violence transcende en effet de nombreuses compétences, rendant indispensable une structure ancrée dans l'Accord de gouvernement. Le projet de Commissariat national à l'agression s'inspire de l'exemple néerlandais de la Taskforce "Onze Hulpverleners Veilig" (Mémorandum Commission Agression 2024).

[32] Sont membres de la commission agression, les partenaires suivants : Netwerk Brandweer, VUB, FBAA, werkgroep agressie in de zorg, huisartsenpraktijk, BBHA-APBSA, Domus Medica, TEC, Bpost, Brussels Airport, Idewe, SNCB-NMBS, KI.K.W.V, ART – Ambuce Rescue-Team, Arxia, PSA Group, l'Union des Ambulanciers, et l'institut Vias. Plus d'informations sur : https://www.agressiecommissie.com

Références

Aarten, P., Hudepohl, M., Van Lakerveld, J., Matthys, J., & Buiskool, B. (2020). Agressie en geweld in het veiligheidsveld.

Acquadro Maran, D., Cortese, C. G., Pavanelli, P., Fornero, G., & Gianino, M. M. (2019). Gender differences in reporting workplace violence: A qualitative analysis of administrative records of violent episodes experienced by healthcare workers in a large public Italian hospital. *BMJ Open*, *9*(11). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031546

Benham, M., Tillotson, R.D., Davis, S.M., Hobbs, G.R. (2011). Violence in the emergency department: A national survey of emergency medicine residents and attending physicians. J. Emerg Med., 40 (5), 565-79.

Bergman, E., Valk, H. & de Vries, M. (2013). Agressie tegen publieke dienstverleners. Hilversum.

Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies, 52(1), 260–270. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011

Bigham, Blair & Jensen, Jan & Tavares, Walter & Drennan, Ian & Saleem, Humaira & Dainty, Katie & Munro, Glenn. (2014). Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors. 18. 10.3109/10903127.2014.912703.

Blue Talks (2023). Endiguer la violence pour continuer à prêter assistance… *Blue Minds : Agression contre les prestataires des services publics : « not part of our job »*. 16 novembre 2023, 2023/04 : 16-19.

Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J., & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. Emergency Medicine Journal, 24(11), 760–763. https://doi.org/10.1136/emj.2007.046789

Brough, P. (2005). Workplace violence experienced by paramedics: Relationships with social support, job satisfaction, and psychological strain. Australasian journal of disaster and trauma studies, 2005, ISSN: 1174-4707. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/29456191_Workplace_violence_experienced_by_paramedics_Relationships_with_social_support_job_satisfaction_and_psychological_strain

Budin, W. C., Brewer, C. S., Chao, Y., & Kovner, C. (2013). Verbal Abuse From Nurse Colleagues and Work Environment of Early Career Registered Nurses. Journal Of Nursing Scholarship, 45(3), 308–316. https://doi.org/10.1111/jnu.12033

Bureau of Justice Statistics, & Harrel, E. (2013). Workplace Violence Against Government Employees, 1994-2011. Geraadpleegd van https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/key_workplace/1052/

Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). Violence at work. In I. L. O.- Geneva (Ed.), Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987) (Third Edit, Vol. 12, Issue 5). https://doi.org/10.7748/ns.12.5.22.s38

Communiqué de Presse du 17 décembre 2024 au nom des secouristes du Limbourg : https://www.jessazh.be/documents/20123/72041328/20241217+-+PB-+Limburgse+hulpverleners+vragen+respect+.pdf/d2e8d6fb-fe0f-1042-adb1-1d144076efbe?t=1734435889936 consulté le 31 mars 2025

Conseil de l'Europe (n.d.). Qu'est-ce que la violence fondée sur le genre : https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence

Conseil National de l'Ordre des médecins (2023). Observatoire de la sécurité des médecins 2023 : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/observatoire-securite-medecins-2023#:~:text=Le%20Conseil%20national%20de%20l,de%20violence%20envers%20les%20m%C3%A9decins consulté le 29 avril 2025

Conseil National des Médecins (2024). Enquête sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-violences-sexistes-sexuelles-vss consulté le 21 mars 2025

Courcy, F., & Chamberland, L. (2004). Violence au travail : individus, relations et organisations à risque. Interactions, 8(1), 23-37.

De Jager, L. (2017). Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiënrelatie. Een cross-sectioneel onderzoek in België. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

De Jager, L., Deneyer, M., Buyl, R., Roelandt, S., Pacqueu, R., & Devroey, Di. (2019). Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium: Physician characteristics and aggression types. BMJ Open, 9(12). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025942

De Wree, E., Vermeulen, G. & Christiaens, J. (2006). "Aanpak op het juiste spoor: (strafbare) overlast door jongerengroepen in het kader van openbaar vervoer, Panopticon, 7-16.

Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Preventing violence and harassment in the workplace. In European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Euorpean F).

Distexhe, A. (2024). Violence contre les policiers, pompiers et ambulanciers, gardiens de la paix et gardiens de parcs en Région bruxelloise. Sentiment d'insécurité et victimation. Cahier N°5 de l'Observatoire. Safe.Brussels.

Duesberg, C. (2022). La gestion de la violence envers les professionnels de la santé dans les services de médecine aiguë. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain. Prom. : Hesbeen, Walter. http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:33630

Drew, P. E. (2023). Occupational violence against paramedics: Hostility, mitigation practices, and the insight of practice theory. Queensland University of Technology.

DSP. (2011). Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak. https://www.dsp-groep.nl/wp-content/uploads/11sfvpt2_onderzoeksrapport_Agressie_en_geweld_Publieke_Taak_DSP-groep.pdf

Equal Times (2024). Violence against healthcare workers is on the rise – what's behind this social ill?. 25 Novembre 2024 (consulté le 04 avril 2025).

Eslton, M. A. & Gabe, J. (2015). Violence in general practice: a gendered risk? Sociology of Health & Illness Vol. 38 No. 3 2016 ISSN 0141-9889, pp. 426–441. doi: 10.1111/1467-9566.12373

Garcia, A., Hacourt, B., & Bara, V. (2005). Harcèlement moral et sexuel. Stratégies d'adaptation et conséquences sur la santé des travailleurs et des travailleuses. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 7(3), 1-10.

Geldolf, M., Tijtgat, J., Dewulf, L., Haezeleer, M., Degryse, N., Pouliart, N., & Keygnaert, I. (2021). Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. BMC Medical Education, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12909-021-02531-z

Gerressu, M., Newman, M., & Bezemer, J. (2023). Implementing Body Worn Cameras to Reduce Violence Against Ambulance Crew. International Journal of Paramedicine, 4, 52–64. https://doi.org/10.56068/eicw3180

Goyvaerts, V., Maesschalck, J., & Seron, V. (2021). Mogelijkheden en uitdagingen bij het gebruik van de bodycam door de geïntegreerde politie. 1–209.

Gupta, I., Eid, S. M., Harris, C. M., Kauffman, R., Washburn, C., Singh, A., Gundareddy, V., & Kisuule, F. (2023). Prevalence of Workplace Violence and Effects of De-escalation Training Among Hospitalists: A pilot study. Journal Of Community Hospital Internal Medicine Perspectives., 13(3). https://doi.org/10.55729/2000-9666.1189

Hinsenkamp, M. (2013). Violence against healthcare workers. International Orthopaedics, 37(12), 2321–2322. https://doi.org/10.1007/s00264-013-2129-5

Hinsenkamp, M. (2014). SICOT Declaration of hyberabad on violence against healthcare workers. Int. Orthop. 38 (4), 685-7.

Home Office. (2017). Statistics on the number of incidents involving an attack on firefighters: England. In Home Office. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82cf53ed915d74e3403af7/incidents-involving-attack-on-firefighters-1617.pdf

CTIF - International Association of Fire and Rescue Services (2025). https://www.ctif.org/news/three-quarters-german-firefighters-experienced-violence-public-growing-problem-world-wide consulté le 17 mars 2025

ICRC. (2012). Violent incidents affecting healthcare: healthcare in danger. https://elearning.icrc.org/healthcareindanger/wp-content/uploads/2018/10/Violent-incidents-report.pdf

IDEWE. (2019, 7 maart). 1 Belgische werknemer op 9 ervaart agressie op het werk. https://www.idewe.be/-/1-belgische-werknemer-op-9-ervaart-agressie-op-het-werk

IDEWE. (2022). Nazorg na agressie-incidenten in de Zorg. https://www.idewe.be/-/zorg-onder-druk

International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International, & Di Martino, V. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. International Labour Office. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42617/9221134466.pdf?sequence=1

International Labour Organisation. (2021). Experiences of violence and harassment at work: A global first survey. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_863095.pdf

IPSOS (2023). Donner des ELLES à la santé. Vague 4. Mars 2023 https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-05/Donnez%20des%20Elles_Vague%204_rapport.pdf consulté le 27 mars 2025

Knack (2020). Politiechefs geen voorstander van hoge straffen voor geweld tegen politie. https://www.knack.be/nieuws/belgie/politiechefs-geen-voorstander-van-hogere-straffen-voor-geweld-tegenpolitie/article-news-1617969.html. [07/07/2020]

La Libre (23 janvier 2025). Le TEC déplore le nombre d'agressions sur son réseau, toujours en hausse https://www.lalibre.be/dernieres-depeches/2025/01/23/le-tec-deplore-le-nombre-dagressions-sur-son-reseau-toujours-en-hausse-JWOIONHYCFA4FCOW53S33YU6KI/ consulté le 17 mars 2025

Labour Research Department. (2005). Attacks on firefighters. https://www.fbu.org.uk/sites/default/files/publications/attackreport_lr.pdf

LEXIPOL (2024, 13 septembre). Violence Against Fire and EMS — Understanding and Mitigating Risks

Le Monde (8 octobre 2024). Violences envers les soignants : l'ordre des médecins pointe une hausse « inédite » des signalements https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/10/08/violences-envers-les-soignants-l-ordre-des-medecins-pointe-une-hausse-inedite-des-signalements_6346864_3224.html consulté le 21 mars 2025

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lǔ, K., Yan, S., Opoku, S., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational And Environmental Medicine, 76(12), 927–937. https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849

Lorion, R.P. (2001). Violence as a problem of health. In: Smelser, N.J., Wright, J. & Baltes, P.B. (Eds.) "International Encyoclopedia of the Social and Behavioral Sciences", Oxford, Elsevier, 16192-16196.

Lu, L., Dong, M., Lok, G. K., Feng, Y., Wang, G., Ng, C. H., Ungvári, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. Journal Of Advanced Nursing, 76(4), 980–990. https://doi.org/10.1111/jan.14296

Lumley, T. (2020). Survey: analysis of complex survey samples. (R package version 4.0). https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html

Maguire BJ, O'Neill BJ, O'Meara P, Browne M, Dealy MT. (2018). Preventing EMS Workplace Violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. Injury. 2018;49:1258-1265.

Maguire, B. (2018). Violence against ambulance personnel: a retrospective cohort study of national data from Safe Work Australia. Public Health Research & Practice, 28(1), 1. https://doi.org/10.17061/phrp28011805

Maguire, B. J., & O'Neill, B. J. (2017). Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. American Journal of Public Health, 107(11), 1770–1775. https://doi.org/10.2105/ajph.2017.303989

Maguire, B. J., & Smith, S. (2013). Injuries and Fatalities among Emergency Medical Technicians and Paramedics in the United States. Prehospital and Disaster Medicine, 28(04), 376–382. https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1048291119893388

Maguire, B. J., Browne, M., O'Neill, B. J., Dealy, M. T., Clare, D., & O'Meara, P. (2018). International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. Prehospital and Disaster Medicine, 33(5), 526–531. https://doi.org/10.1017/s1049023x18000870

Maguire, B. J., O'Meara, P., & O'Neill, B. J. (2019, 10 augustus). Protecting EMS personnel from assault. Geraadpleegd van https://www.jems.com/2019/10/08/protecting-ems-personnel-from-assault/

Memorandum agressiecommissie 2024. Stop agressie tegen publieke functies. Agressiecommissie vraagt een agressiecommissaris. Netwerk Brandweer & Vias institute.

Miedema, B., Hamilton, R., Lambert-Lanning, A., Tatemichi, S.R., Lemire, F, Manca, D. (2010). Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major or severe problem? Can Fam Physician, 56 (3).

Muñoz, G. (2023). Safe and Secure Addressing Workplace Violence. Institute of Homeland Security. Sam Houston State University, 3.

Murray, R. M., Davis, A. L., Shepler, L. J., Moore-Merrell, L., Troup, W. J., Allen, J. A., & Taylor, J. A. (2019). A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 29(4), 487–503. https://doi.org/10.1177/1048291119893388

NFPA Journal (2019, 02 janvier). The Toll of Violence : https://www.nfpa.org/news-blogs-and-articles/nfpa-journal/2019/01/02/the-toll-of-violence consulté le 29 avril 2025

NSW Ambulance. (2016). Occupational Violence Prevention Strategic Advisory Group Report. Geraadpleegd van http://zerotoleranceworldwide.com/wp-content/uploads/2017/02/Occupational-Violence-Prevention-Report-2016.pdf

OIT – Organisation Internationale du Travail (2024). Prévenir et combattre la violence et le harcèlement dans le monde du travail par des mesures de sécurité et de santé au travail. Première édition.

Poilpot-Rocaboy, G. (2010). Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique. Humanisme et Entreprise, n° 296(1), 9–24. https://doi.org/10.3917/hume.296.0009

R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. https://www.r-project.org/

Sahebi, A., Golitaleb, M., Moayedi, S., Torres, M., & Sheikhbardsiri, H. (2020). Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses. https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.895818/full

Scandella, F. (2012). firefighters: feeling the heat. https://www.etui.org/publications/guides/firefighters-feeling-the-heat

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., & Steinke, S. (2018). *Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany — A Survey*. 1–18. International Journal of Environmental Research and Public Health (15), 1274. https://doi.org/10.3390/ijerph15061274

Seron, V. (2024). L'utilisation de la Bodycam: peut-elle réduire l'agressivité envers la police et les prestataires de soins ? – L'agressuvité sous contrôle ? – Des solutions aux agressions internes et externes au travail. Congrès à l'oaccsion des 25 ans de Crime Control – Tervuren, 12 décembre 2024.

Steenhout, I. (2024). Persbericht: VUB-onderzoek: toenemende agressie en onderwaardering bedreigen veiligheid van leerkrachten. Online: https://www.vub.be/nl/nieuws/vub-onderzoek-toenemende-agressie-en-onderwaardering-bedrei

Stichting Innovatie & Arbeid (2024). Grensoverschrijdend gedrag op het werk – Werkbaarheidsmonitor 2023. Brussel: SERV – Stichting Innovatie & Arbeid. Disponible en ligne : https://www.serv.be/publicatie/grensoverschrijdend-gedrag-werk-2023

Stinckens, K. & De Mesmaeker, M. (2020). Geweld mag geen 'part of the job' zijn. *Blue Minds*, 1, pp. 9-13.

Suserud, Björn-Ove & Blomquist, Martin & Johansson, Ingela. (2002). Experiences of Threats and Violence in Swedish Ambulance Service. Accident and emergency nursing. 10. 127-35. 10.1054/aaen.2002.0361.

Taylor, J. A., Barnes, B., Davis, A., Wright, J., Widman, S., & LeVasseur, M. T. (2016). Expecting the unexpected: A mixed methods study of violence to EMS responders in an urban fire department. American Journal Of Industrial Medicine, 59(2), 150–163. https://doi.org/10.1002/ajim.22550

Tolhurst, H., Talbot, J., Bell, P., Baker, L., Gillian Murray, McMillan, J., & Sutton, A. (1999). After hours medical care and personel safety needs of rural general practioners. Geraadpleegd van https://www.ruralhealth.org.au/PAPERS/5_ahcare.pdf

U.S. Fire Administration. (2017). Mitigation of Occupational Violence to Firefighters and EMS Responders. Geraadpleegd van https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/mitigation_of_occupational_violence.pdf

Van Branteghem, J. M., Truyens, E., Van Altert, K., & Verwee, I. (2014). Wat flik je me nu? Een onderzoek naar geweld

Van der Burght, S. (2012). Geweld tegen veiligheidspersoneel in de uitoefening van hun beroep: een exploratieve kijk. In: Vynckier, G, De Haan, W., Adang, O. & Goosens, F. (eds) Cahiers Politiestudies "Geweld en politie", Antwerpen: Maklu, n° 23, pp. 117-140.

Verwee, I., Dormaels, A., & Vermeulen, C. (2022). Violence et agressivité à l'encontre des travailleurs exerçant une fonction publique. Bruxelles : Vias Institute.

Vorderwulbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians – a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int., 112 (10), 159-65.

Wang, P.-Y., Fang, P.-H., Wu, C.-L., Hsu, H.-C., & Lin, C.-H. (2019). Workplace Violence in Asian Emergency Medical Services: A Pilot Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(20), 3936. https://doi.org/10.3390/ijerph16203936

Ward, M. K., & Meade, A. W. (2023). Dealing with careless responding in survey data: Prevention, identification, and recommended best practices. Annual Review of Psychology, 74, 577-596. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-040422-045007

World Health Organization (2000). Joint Programme on Workplace Violence in the health sector. Retrieved from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/ [25/09/2020].eal

World Health Organization. (2002). World report on violence and health (Summary). Geraadpleegd van https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

Zhang, J., Zheng, J., Cai, Y., Zheng, K & Liu, X. (2020). Nurses' experiences and support needs following workplace violence : A qualitative systematic review. Journal of Clinical Nursing, September, 28-43. https://doi.org/10.1111/jocn.15492

Zou Al Guyna, L. (2018). Violences sexuelles au cours des études de médecine : Enquête de prévalence chez les externes d'Île-de-France. 1–88. Sciences de l'Homme et Société. Paris Diderot University, 2018.

Annexe I – Résultats globaux avec intervalles de confiance

Q15 Verbale agressie

Schreeuwen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A1"))
```

Table 1: Proportions Verbale agressie schreeuwen Q15.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A1
0.08416	0.07189	0.0983	0.006714	Dagelijks
0.18001	0.16250	0.1990	0.009291	Wekelijks
0.19229	0.17428	0.2117	0.009530	Maandelijks
0.13209	0.11684	0.1490	0.008188	Eenmaal per drie maanden
0.12507	0.11021	0.1416	0.008000	Eenmaal per zes maanden
0.12098	0.10635	0.1373	0.007886	Eenmaal per jaar
0.16540	0.14852	0.1838	0.008985	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Vernederen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A2"))
```

Table 2: Proportions Verbale agressie vernederen Q15.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A2
0.02104	0.01521	0.02904	0.003471	Dagelijks
0.07598	0.06433	0.08954	0.006408	Wekelijks
0.10754	0.09370	0.12314	0.007492	Maandelijks
0.08708	0.07461	0.10142	0.006818	Eenmaal per drie maanden
0.09351	0.08059	0.10827	0.007041	Eenmaal per zes maanden
0.10228	0.08878	0.11757	0.007328	Eenmaal per jaar
0.51257	0.48885	0.53623	0.012087	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Pesten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A3"))
```

Table 3: Proportions Verbale agressie pesten Q15.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A3
0.04851	0.03928	0.05978	0.005195	Dagelijks
0.06955	0.05841	0.08263	0.006152	Wekelijks
0.09702	0.08386	0.11199	0.007158	Maandelijks

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A3
0.07539	0.06379	0.08891	0.006385	Eenmaal per drie maanden
0.06780	0.05680	0.08074	0.006079	Eenmaal per zes maanden
0.07715	0.06541	0.09079	0.006453	Eenmaal per jaar
0.56458	0.54094	0.58794	0.011990	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Schelden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q15.A4"))
```

Table 4: Proportions Verbale agressie schelden Q15.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q15.A4
0.06546	0.05466	0.07821	0.005981	Dagelijks
0.15020	0.13403	0.16795	0.008640	Wekelijks
0.17358	0.15635	0.19229	0.009159	Maandelijks
0.11338	0.09919	0.12931	0.007667	Eenmaal per drie maanden
0.11163	0.09754	0.12746	0.007615	Eenmaal per zes maanden
0.12274	0.10800	0.13917	0.007935	Eenmaal per jaar
0.26300	0.24266	0.28441	0.010647	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q15.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q16 Fysieke agressie

Spugen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A1"))
```

Table 5: Proportions Fysieke agressie spugen Q16.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A1
0.00526	0.002737	0.01008	0.001749	Dagelijks
0.03214	0.024753	0.04165	0.004265	Wekelijks
0.07072	0.059484	0.08389	0.006199	Maandelijks
0.07130	0.060021	0.08452	0.006223	Eenmaal per drie maanden
0.07423	0.062711	0.08766	0.006339	Eenmaal per zes maanden
0.13209	0.116838	0.14899	0.008188	Eenmaal per jaar
0.61426	0.590932	0.63708	0.011771	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Vastgrijpen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A2"))
```

Table 6: Proportions Fysieke agressie vastgrijpen Q16.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A2
0.009936	0.006182	0.01593	0.002398	Dagelijks
0.047925	0.038752	0.05914	0.005166	Wekelijks
0.071303	0.060021	0.08452	0.006223	Maandelijks
0.064290	0.053591	0.07695	0.005931	Eenmaal per drie maanden
0.070719	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per zes maanden
0.109293	0.095349	0.12499	0.007545	Eenmaal per jaar
0.626534	0.603322	0.64918	0.011698	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

verwonden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A3"))
```

Table 7: Proportions Fysieke agressie verwonden Q16.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A3
0.001753	0.000565	0.005428	0.001012	Dagelijks
0.009936	0.006182	0.015931	0.002398	Wekelijks
0.021625	0.015702	0.029714	0.003517	Maandelijks
0.032145	0.024753	0.041650	0.004265	Eenmaal per drie maanden
0.040912	0.032483	0.051411	0.004790	Eenmaal per zes maanden
0.102279	0.088775	0.117572	0.007328	Eenmaal per jaar
0.791350	0.771422	0.809969	0.009826	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

fysiek hinderen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A4"))
```

Table 8: Proportions Fysieke agressie fysiek hinderen Q16.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A4
0.009351	0.005734	0.01522	0.002328	Dagelijks
0.040327	0.031964	0.05076	0.004757	Wekelijks
0.053770	0.044022	0.06553	0.005455	Maandelijks
0.070719	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per drie maanden
0.082992	0.070811	0.09705	0.006671	Eenmaal per zes maanden
0.130333	0.115179	0.14715	0.008142	Eenmaal per jaar
0.612507	0.589163	0.63535	0.011781	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Gooien_met_vernielen_van_voorwerpen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A5"))
```

Table 9: Proportions Fysieke agressie Gooien_met_vernielen_van_voorwerpen Q16.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A5
0.01286	0.008477	0.01946	0.002724	Dagelijks
0.05202	0.042437	0.06361	0.005370	Wekelijks
0.08358	0.071353	0.09768	0.006693	Maandelijks
0.09293	0.080043	0.10764	0.007021	Eenmaal per drie maanden
0.09234	0.079499	0.10702	0.007001	Eenmaal per zes maanden
0.13852	0.122929	0.15573	0.008354	Eenmaal per jaar
0.52776	0.504038	0.55136	0.012073	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Duwen_Slaan_Schoppen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q16.A6"))
```

Table 10: Proportions Fysieke agressie Duwen_Slaan_Schoppen Q16.A6

perc	ci_l	ci_u	se	Q16.A6
0.01169	0.00755	0.01806	0.002599	Dagelijks
0.05728	0.04720	0.06935	0.005619	Wekelijks
0.07890	0.06703	0.09267	0.006519	Maandelijks
0.08650	0.07406	0.10080	0.006798	Eenmaal per drie maanden
0.08416	0.07189	0.09830	0.006714	Eenmaal per zes maanden
0.11864	0.10414	0.13486	0.007820	Eenmaal per jaar
0.56283	0.53918	0.58620	0.011995	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q16.A6, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q17 Bedreiging/intimidatie

Bedreigen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A1"))
```

Table 11: Proportions Bedreigen/intimidatie Bedreigen Q17.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A1
0.02455	0.01818	0.03306	0.003742	Dagelijks
0.08884	0.07624	0.10329	0.006880	Wekelijks
0.10345	0.08987	0.11881	0.007365	Maandelijks
0.10637	0.09261	0.12190	0.007456	Eenmaal per drie maanden
0.12566	0.11076	0.14224	0.008016	Eenmaal per zes maanden
0.16306	0.14629	0.18135	0.008934	Eenmaal per jaar
0.38808	0.36523	0.41143	0.011784	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Bedreigen van gezinsleden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A2"))
```

Table 12: Proportions Bedreigen/intimidatie Bedreigen van gezinsleden Q17.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A2
0.006429	0.003562	0.01158	0.001933	Dagelijks
0.022209	0.016196	0.03039	0.003564	Wekelijks
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Maandelijks
0.033898	0.026288	0.04361	0.004376	Eenmaal per drie maanden
0.047925	0.038752	0.05914	0.005166	Eenmaal per zes maanden
0.074810	0.063249	0.08828	0.006362	Eenmaal per jaar
0.777323	0.756969	0.79643	0.010061	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Stalken

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A3"))
```

Table 13: Proportions Bedreigen/intimidatie Stalken Q17.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A3
0.007598	0.004414	0.01305	0.002100	Dagelijks
0.018703	0.013251	0.02634	0.003276	Wekelijks
0.024547	0.018185	0.03306	0.003742	Maandelijks
0.023378	0.017188	0.03173	0.003654	Eenmaal per drie maanden
0.021625	0.015702	0.02971	0.003517	Eenmaal per zes maanden
0.057276	0.047201	0.06935	0.005619	Eenmaal per jaar
0.846873	0.829002	0.86318	0.008708	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Achtervolgen

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A4"))
```

Table 14: Proportions Bedreigen/intimidatie Achtervolgen Q17.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A4
0.002338	0.0008768	0.006218	0.001168	Dagelijks
0.010520	0.0066348	0.016643	0.002467	Wekelijks
0.006429	0.0035617	0.011578	0.001933	Maandelijks
0.013442	0.0089450	0.020155	0.002785	Eenmaal per drie maanden
0.015780	0.0108393	0.022921	0.003014	Eenmaal per zes maanden
0.067797	0.0568019	0.080737	0.006079	Eenmaal per jaar
0.883694	0.8676039	0.898058	0.007753	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Chanteren

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A5"))
```

Table 15: Proportions Bedreigen/intimidatie Chanteren Q17.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A5
0.00526	0.002737	0.01008	0.001749	Dagelijks
0.01812	0.012765	0.02566	0.003225	Wekelijks
0.03039	0.023225	0.03968	0.004151	Maandelijks
0.01987	0.014227	0.02769	0.003375	Eenmaal per drie maanden
0.02513	0.018684	0.03373	0.003785	Eenmaal per zes maanden
0.03331	0.025776	0.04296	0.004340	Eenmaal per jaar
0.86791	0.851011	0.88316	0.008188	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Onder_druk_zetten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A6"))
```

Table 16: Proportions Bedreigen/intimidatie Onder_druk_zetten Q17.A6

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A6
0.05786	0.04773	0.06998	0.005646	Dagelijks
0.10403	0.09042	0.11943	0.007383	Wekelijks
0.09994	0.08659	0.11509	0.007253	Maandelijks
0.07189	0.06056	0.08514	0.006246	Eenmaal per drie maanden
0.06604	0.05520	0.07885	0.006006	Eenmaal per zes maanden
0.07773	0.06595	0.09142	0.006475	Eenmaal per jaar
0.52250	0.49878	0.54612	0.012079	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A6, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Ongewenst_beelden_verspreiden_op_sociale_media

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A7"))
```

Table 17: Proportions Bedreigen/intimidatie Ongewenst_beelden_verspreiden_op_sociale_media Q17.A7

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A7
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.013442	0.008945	0.020155	0.002785	Wekelijks
0.022209	0.016196	0.030386	0.003564	Maandelijks
0.030392	0.023225	0.039680	0.004151	Eenmaal per drie maanden
0.033314	0.025776	0.042959	0.004340	Eenmaal per zes maanden
0.064290	0.053591	0.076950	0.005931	Eenmaal per jaar
0.832846	0.814393	0.849803	0.009023	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A7, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Ongewenst_tekst_verspreiden_op_sociale_media

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q17.A8"))
```

Table 18: Proportions Bedreigen/intimidatie Ongewenst_tekst_verspreiden_op_sociale_media Q17.A8

perc	ci_l	ci_u	se	Q17.A8
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.012274	0.008012	0.018758	0.002663	Wekelijks
0.025132	0.018684	0.033727	0.003785	Maandelijks
0.022209	0.016196	0.030386	0.003564	Eenmaal per drie maanden
0.029807	0.022717	0.039022	0.004112	Eenmaal per zes maanden
0.066043	0.055195	0.078845	0.006006	Eenmaal per jaar
0.841029	0.822910	0.857615	0.008842	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q17.A8, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q18 Seksuele intimidatie

Nafluiten

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A1"))
```

Table 19: Proportions Seksuele intimidatie Nafluiten Q18.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A1
0.001169	0.000292	0.004668	0.0008263	Dagelijks
0.007013	0.003985	0.012315	0.0020181	Wekelijks
0.020456	0.014718	0.028367	0.0034231	Maandelijks
0.016365	0.011318	0.023608	0.0030681	Eenmaal per drie maanden
0.028638	0.021704	0.037703	0.0040333	Eenmaal per zes maanden
0.039743	0.031445	0.050117	0.0047242	Eenmaal per jaar
0.886616	0.870686	0.900807	0.0076674	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Seksueel_getinte_opmerkingen_of_blikken

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A2"))
```

Table 20: Proportions Seksuele intimidatie Seksueel_getinte_opmerkingen_of_blikken Q18.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A2
0.01110	0.007091	0.01735	0.002534	Dagelijks
0.03799	0.029892	0.04817	0.004623	Wekelijks
0.05903	0.048794	0.07125	0.005699	Maandelijks
0.07072	0.059484	0.08389	0.006199	Eenmaal per drie maanden
0.07364	0.062172	0.08703	0.006316	Eenmaal per zes maanden

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A2
0.06546	0.054661	0.07821	0.005981	Eenmaal per jaar
0.68206	0.659572	0.70372	0.011261	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Handtastelijkheden

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q18.A3"))
```

Table 21: Proportions Seksuele intimidatie Handtastelijkheden Q18.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q18.A3
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.008182	0.004849	0.013775	0.002178	Wekelijks
0.016365	0.011318	0.023608	0.003068	Maandelijks
0.023378	0.017188	0.031725	0.003654	Eenmaal per drie maanden
0.036821	0.028859	0.046872	0.004554	Eenmaal per zes maanden
0.049094	0.039803	0.060418	0.005225	Eenmaal per jaar
0.862653	0.845497	0.878179	0.008324	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Aanranding

Proportions are too low to be able to calculate confidence intervals. So I put here the proportions without confidence intervals.

```
as.data.frame(prop.table(table(Viol_data$Q18.A4, useNA = "ifany"))) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Table 22: Proportions Seksuele intimidatie Aanranding Q18.A4

Var1	Freq
Dagelijks	0.0000000
Wekelijks	0.0005845
Maandelijks	0.0011689
Eenmaal per drie maanden	0.0005845
Eenmaal per zes maanden	0.0005845
Eenmaal per jaar	0.0075979
Niet	0.9894798

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Verkrachting

Proportions are too low to be able to calculate confidence intervals. So I put here the proportions without confidence intervals.

```
as.data.frame(prop.table(table(Viol_data$Q18.A5, useNA = "ifany"))) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Table 23: Proportions Seksuele intimidatie Verkrachting Q18.A5

Var1	Freq
Dagelijks	0.000000
Wekelijks	0.000000

Var1	Freq
Maandelijks	0.000000
Eenmaal per drie maanden	0.000000
Eenmaal per zes maanden	0.000000
Eenmaal per jaar	0.003507
Niet	0.996493

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q18.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Q19 Discriminatie

Gender

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A1"))
```

Table 24: Proportions Discriminatie Gender Q19.A1

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A1
0.007598	0.004414	0.01305	0.002100	Dagelijks
0.028638	0.021704	0.03770	0.004033	Wekelijks
0.041496	0.033003	0.05206	0.004823	Maandelijks
0.041496	0.033003	0.05206	0.004823	Eenmaal per drie maanden
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per zes maanden
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per jaar
0.805961	0.786514	0.82403	0.009563	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A1, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Huidskleur

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A2"))
```

Table 25: Proportions Discriminatie Huidskleur Q19.A2

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A2
0.01052	0.006635	0.01664	0.002467	Dagelijks
0.02455	0.018185	0.03306	0.003742	Wekelijks
0.04968	0.040329	0.06106	0.005254	Maandelijks
0.03741	0.029375	0.04752	0.004589	Eenmaal per drie maanden
0.03273	0.025264	0.04230	0.004303	Eenmaal per zes maanden
0.03448	0.026801	0.04427	0.004412	Eenmaal per jaar
0.81064	0.791352	0.82853	0.009475	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A2, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Niet	**1387**

Geloof

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A3"))
```

Table 26: Proportions Discriminatie Geloof Q19.A3

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A3
0.008182	0.004849	0.01377	0.002178	Dagelijks
0.013442	0.008945	0.02016	0.002785	Wekelijks
0.034483	0.026801	0.04427	0.004412	Maandelijks
0.024547	0.018185	0.03306	0.003742	Eenmaal per drie maanden
0.025716	0.019185	0.03439	0.003828	Eenmaal per zes maanden
0.030976	0.023734	0.04034	0.004190	Eenmaal per jaar
0.862653	0.845497	0.87818	0.008324	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A3, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Leeftijd

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A4"))
```

Table 27: Proportions Discriminatie Leeftijd Q19.A4

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A4
0.005845	0.003146	0.01083	0.001843	Dagelijks
0.021625	0.015702	0.02971	0.003517	Wekelijks
0.037405	0.029375	0.04752	0.004589	Maandelijks
0.036821	0.028859	0.04687	0.004554	Eenmaal per drie maanden
0.040912	0.032483	0.05141	0.004790	Eenmaal per zes maanden
0.042665	0.034044	0.05335	0.004887	Eenmaal per jaar
0.814728	0.795589	0.83245	0.009395	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A4, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Seksuele_geaardheid

```
as.data.frame(survey_proportions_no_by(Viol_data, Viol_design, "Q19.A5"))
```

Table 28: Proportions Discriminatie Seksuele_geaardheid Q19.A5

perc	ci_l	ci_u	se	Q19.A5
0.003507	0.001575	0.007789	0.001430	Dagelijks
0.007013	0.003985	0.012315	0.002018	Wekelijks
0.016949	0.011799	0.024292	0.003122	Maandelijks
0.012274	0.008012	0.018758	0.002663	Eenmaal per drie maanden
0.008182	0.004849	0.013775	0.002178	Eenmaal per zes maanden
0.017534	0.012281	0.024975	0.003174	Eenmaal per jaar
0.934541	0.921786	0.945339	0.005981	Niet

```
as.data.frame(table(Viol_data$Q19.A5, useNA = "ifany")) %>% arrange(desc(row_number()))
```

Institut Vias.

Chaussée de Haecht 1405
1130 Bruxelles

+32 2 244 15 11

info@vias.be

www.vias.be