

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Violaine CHAVIGNIER

Née le 6 novembre 1982 à Tours

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2012

<p>PROFIL CLINIQUE DES VICTIMES DE HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL A PARTIR D'UNE ETUDE PORTANT SUR 33 CAS</p>
--

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le Docteur Carol JONAS

Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE

Monsieur le Docteur Jacques BAUGE

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques

LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire
M. BARON Christophe Immunologie
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire
M. BOISSINOT Eric Physiologie
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORTESE Samuele Pédiopsychiatrie
Mmes DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAudeau Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
M. HOARAU Cyrille Immunologie

Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

À Monsieur le Professeur GAILLARD,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président du jury de cette thèse,

Je vous remercie également pour la richesse de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur CAMUS,

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mes études médicales.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur Le Docteur Jonas,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail,

Je vous remercie pour vos conseils et vos encouragements tout au long de la direction de cette thèse,

Je vous remercie aussi pour vos enseignements durant mon semestre passé dans votre service.

Veillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur SENON,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'évaluer ce travail.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur BIOTTEAU-LACOSTE,

Je te remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail,

Je te remercie aussi pour ta disponibilité et tes conseils tout au long de ce travail.

Reçois ici le témoignage de ma sincère et amicale reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BAUGE,

Je vous remercie pour votre aide précieuse lors de l'initiation de cette étude,

Je vous remercie aussi pour vos conseils et vos encouragements.

Soyez assuré de mon profond respect.

Je tiens également à remercier les services de Santé au Travail ; l'AIMT 37 et le SIPST qui m'ont aidé à réaliser ce travail, en particulier les Docteurs Mailliez et De Russé.

Je remercie aussi l'équipe des Urgences psychiatriques ainsi que les internes qui m'ont aidé dans l'aboutissement de mon travail.

Je tiens aussi à remercier les différents services et équipes avec lesquels j'ai travaillé durant mon internat, tout particulièrement les équipes de Ronsard en psychiatrie D, de Véronèse en Psychiatrie A, l'unité B de la CPU, l'équipe du Centre Oreste, les Docteurs Legay et Cognet. Je remercie les Docteurs Chevrollier, Rabier, Le Fourn, Baudry, Defurne et Mme Brindel pour leur accueil et leur soutien.

A ma famille, mes parents, Marion, Benjamin, Diane, Victoire,

Merci de m'avoir soutenue (et supportée !) durant toutes ces années d'études et ces multiples examens, concours et autres mémoires.

A Gatien, notre étoile.

A ma grand-mère, Monette,

Merci pour ton affection de chaque instant, ta présence indéfectible.

A toutes mes amies, Cat, Sarah, Johanne, Lélia, Julie, Noémie, Camille, Marie, Emilie,

Merci pour tous ces bons moments partagés.

A Eddy,

Mon compagnon de tous ces instants.

A Bénédicte,

Merci pour tes encouragements, ton soutien, ta relecture attentive, et surtout pour ton amitié tout au long de ce travail.

A Mathieu,

Merci de ton aide tout au long de cette thèse, toujours spontanée et pertinente.

Aux internes de psychiatrie de Tours,

Merci pour tous ces moments partagés, en stage, lors des déjeuners à l'internat, ou autre séminaire ou congrès.

RESUME

But : L'objectif principal était d'établir le profil clinique des victimes de harcèlement moral au travail, sur le plan des dimensions de personnalité et des conséquences cliniques psychiatriques.

Matériel et méthodes : Cette étude transversale a été réalisée sur une population de 33 individus, recrutés avec la participation de deux services de Santé au Travail et des Urgences Psychiatriques du CHU de Tours. Les symptomatologies anxieuse et dépressive ont été évaluées (HAD) ainsi que la présence de PTSD (QSPT adapté à la situation de travail), les dimensions de personnalité (BFI-FR) et l'exposition aux actes de harcèlement moral au travail (NAQ-R).

Résultats : Les symptomatologies anxieuse et dépressive étaient fréquentes (63,6% et 36,4%). La prévalence de PTSD présent ou passé secondaire au processus de harcèlement moral au travail était de 81,8%. Le risque de survenue de PTSD augmentait avec la fréquence des actes de harcèlement et le caractère interpersonnel des actes. Les scores des cinq dimensions de personnalité étaient globalement élevés.

Discussion : Le facteur humain présent dans les actes de type interpersonnel et la fréquence des actes auraient donc valeur traumatique dans le processus de harcèlement moral. Dans la pratique, il semble alors important chez ces patients d'axer la prise en charge sur la recontextualisation et la recherche d'éléments post-traumatiques. Il serait intéressant d'étudier les éléments cliniques prédictifs (Burn-out, épisodes dissociatifs) de la survenue de PTSD dans cette population afin de le prévenir.

Mots -clés

- Harcèlement moral au travail
- Syndrome de stress post-traumatique
- Facteur humain
- Dimension de personnalité

Clinical profile of victims of workplace bullying from a study of 33 cases.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to establish clinical profile of victims of workplace bullying, in terms of personality dimensions and psychiatric clinical consequences.

Materials and Methods: This cross-sectionnal study recruited 33 individuals with the participation of two services Occupational Health and Emergency Psychiatric University Hospital Center of Tours. Anxious and depressive symptomatologies were assessed (HAD), PTSD presence (QSPT adapted to work situation), personality dimensions (BFI-FR) and exposure to acts of workplace bullying (NAQ-R).

Results: Anxious and depressive symptomatologies were significant (63.6% and 36.4%). The prevalence of current or past PTSD secondary to workplace bullying was 81.8%. The risk of developing PTSD increased with the frequency of bullying and person-related acts. The scores of the five personality dimensions were generally high.

Discussion: The human factor in person-related acts and frequency of acts would therefore have traumatic value in the process of bullying. In practice, it seems important to focus support on the recontextualization and to search post-traumatic elements with these patients. It would be interesting to study the clinical predictors (Burn-out, dissociative episodes) of PTSD occurrence in this population to prevent it.

Keywords

- Workplace bullying
- PostTraumatic Stress Disorder
- Human factor
- Personality dimensions

PROFIL CLINIQUE DES VICTIMES DE HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL A PARTIR D'UNE ETUDE PORTANT SUR 33 CAS

Table des matières

		Pages
	Remerciements	6
	Résumés	13
	Table des matières	15
	Introduction	17
I-	Le harcèlement moral ; mise au point bibliographique	18
1-	Définitions	18
	a) Santé mentale au travail	18
	b) Souffrance psychologique au travail	18
	c) Violence au travail	18
	d) Harcèlement moral au travail ; de multiples définitions	19
	e) Burn out	28
	f) Stress au travail et risques psychosociaux	29
2-	Epidémiologie	31
	a) Un phénomène mondial	31
	b) Etudes épidémiologiques sur la population française	32
3-	Conséquences	35
	a) Cliniques	35
	b) Socio-économiques	42
4-	Aspect juridique du harcèlement moral au travail	43
	a) Le droit à la dignité	43
	b) Reconnaissance juridique du harcèlement moral au travail	44
	c) Code de la Sécurité Sociale	47
	d) Le cas du harcèlement sexuel	50
5-	Différentes approches explicatives du harcèlement moral au travail	51
	a) Le pervers narcissique et la relation d'emprise de M-France Hirigoyen	51
	b) La triple origine : victime/ harceleur/ organisation de travail. L'approche organisationnelle	57
6-	Prévention	64
	a) Dispositions juridiques	64
	b) La voie informative	65

	c) Le voie informelle de la médiation et du soutien psychologique (Leclerc ; 2005)	66
	d) La voie formelle, administrative ou juridique	67
7-	Prise en charge des patients harcelés	68
	a) Prises en charge au niveau de l'entreprise	69
	b) Psychothérapie (Davezies ; 2008)	70
II-	Etude	71
1-	Objectifs de l'étude	71
2-	Matériels et méthode	72
	a) Population étudiée	72
	b) Echelles utilisées	73
	c) Procédure	78
	d) Traitement des données	79
3-	Résultats	81
	a) Description de l'échantillon	81
	b) Vécu de harcèlement moral au travail	86
	c) Pathologies psychiatriques observées	86
	d) Dimensions de personnalité	88
	e) Recherche de corrélations	91
4-	Discussion	92
	a) Commentaires sur nos résultats	92
	b) Psychopathologie observée lors de l'entretien	100
	c) Limites	101
	d) Apports pour la pratique et perspectives	102
	Conclusion	104
	Bibliographie	105
	Annexes	114

Introduction

Depuis plusieurs années les annonces médiatiques sont émaillées de faits divers heurtant : un employé de France Télécom s'immolant sur le parking de son lieu de travail, un autre se défenestrant suite à un entretien avec son supérieur... En parallèle, les termes de souffrance au travail, harcèlement moral sont devenus d'expression courante voire familière. Pourtant le harcèlement moral au travail n'en reste pas moins une problématique hétérogène, recouvrant tant des phénomènes d'emprise interindividuelle que des questions organisationnelles et sociétales. Ses conséquences néfastes sur la santé mentale sont indéniables et restent encore à préciser. Il est donc intéressant de tenter de déterminer un profil clinique des victimes sur le plan des manifestations psychiatriques et du profil de personnalité afin notamment de préciser les pistes de prévention et de prise en charge.

Dans une première partie, nous présenterons une revue de la littérature décrivant les définitions des termes concernés, les différents aspects du harcèlement moral, l'épidémiologie et la position juridique actuelle. Les connaissances actuelles sur le plan des conséquences cliniques psychiatriques mais aussi socio-économiques seront détaillées. Puis nous exposerons les deux approches explicatives principales du phénomène : la relation d'emprise dans le cadre de la perversion narcissique et l'approche à trois facteurs avec les interactions entre les aspects organisationnels au travail, les critères du harceleur et de la victime.

Dans une deuxième partie, nous présenterons notre étude en définissant nos objectifs et hypothèses de travail, le matériel et la méthode utilisées. Enfin nous décrirons et discuterons les résultats socio-démographiques, cliniques, psychopathologiques et leurs implications dans la pratique.

I- Le harcèlement moral au travail ; mise au point bibliographique

1) Définitions

a) Santé mentale au travail

La définition de la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé est: «un état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ».

Ainsi par l'accomplissement de ses capacités, le travail peut être opérateur pour la construction de la santé mentale de l'homme. Mais le travail comporte toujours aussi une dimension de peine, de stress voir de souffrance, au point de conduire parfois à une usure mentale et à la maladie.

b) Souffrance psychologique au travail

Philippe Davezies, enseignant chercheur en médecine et santé à Lyon, dit de la souffrance au travail qu' « elle se manifeste sous la forme d'une plainte extrêmement individualisée qui mêle anxiété, colère, sentiment d'isolement, vécu d'indignité. » (Davezies, 2008). « Cette souffrance se caractérise par un sentiment d'incompréhension. » La personne « exprime ses difficultés sur le mode du conflit interpersonnel », « son discours est très répétitif ».

c) Violence au travail

Le texte qui fait référence à la violence au travail du Bureau International du Travail le définit comme suit : « La violence au travail survient lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. » (BIT, 1986)

Le harcèlement moral est un processus de violences psychologiques et pourvoyeur de souffrance psychique voire physique.

d) Harcèlement moral au travail ; de multiples définitions

Deux origines sont retrouvées pour le terme « harceler ».

De l'ancien Français « harce » qui est un diminutif de « hart », qui signifiait une baguette, le mot « harceler » signifierait proprement « frapper d'une baguette ».

L'étymologie nous mène aussi sur le dérivé du mot « herser » avec le sens figuré de «tourmenter », comme la herse tourmente la terre. Quant à la herse et ses dents d'acier, c'est un emprunt à un mot d'une langue italique, « hirpus », qui désignait le loup.

En 1967, trois lignes suffisaient au premier Petit Robert pour définir le « harcèlement ». Quarante ans plus tard, dans le Petit Robert 2007, dix lignes s'imposent pour cerner une réalité en pleine inflation. On y retrouve la guerre de harcèlement et le tir de harcèlement, relevant de l'art militaire, mais les civils ont pris le relais avec deux nouveaux venus : le harcèlement sexuel et le harcèlement moral.

Dans la littérature scientifique, le harcèlement moral au travail est désigné sous différents termes. En anglais on parle de « mobbing » et de « bullying ». En français, les termes « harcèlement moral » ou « harcèlement psychologique » sont utilisés. « Harcèlement moral » est le terme reconnu dans la législation. Différents auteurs sont à l'origine de ces termes avec des définitions nuancées.

*** Première définition de Leymann en 1993 : Mobbing**

Le premier auteur à évoquer le harcèlement moral au travail fut Heinz Leymann, docteur en psychologie et psychosociologie suédois, sous le terme de « mobbing » en 1993, qui vient de l'anglais « to mob » : assaillir, attaquer, assiéger.

« Le mobbing est un enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles, exprimés et manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne. »

Il rédigea aussi une liste de 45 critères de mobbing au travail :

1. Le chef refuse à la personne harcelée la possibilité de s'exprimer.
2. Elle est constamment interrompue.
3. Les collègues l'empêchent de s'exprimer.
4. Les collègues hurlent, invectivent la personne harcelée.
5. Critique constante du travail effectué.
6. Critique constante de la vie privée.
7. Terreur par téléphone.
8. Menaces verbales.
9. Menaces écrites.
10. Refus de communiquer signifié par des regards et des gestes dépréciatifs.
11. Refus de communiquer signifié par des allusions mais sans indiquer de raison précise.
12. On n'adresse plus la parole à la personne harcelée.
13. On fait en sorte que la personne harcelée ne puisse plus entrer en dialogue.
14. La personne harcelée se fait assigner un lieu de travail éloigné de celui de ses collègues.
15. Les collègues de travail ont l'interdiction d'adresser la parole à la personne harcelée.
16. La personne harcelée est traitée comme si elle n'existait pas.
17. On dit du mal de la personne harcelée dans son dos.
18. On répand des rumeurs.
19. On ridiculise la personne harcelée.
20. On prétend qu'elle est un, une malade mentale.
21. On essaie de contraindre quelqu'un à aller voir un psychiatre.
22. On se moque d'une infirmité.
23. On imite la démarche, la voix ou les gestes de quelqu'un pour le ridiculiser.
24. On s'attaque aux convictions politiques ou religieuses de quelqu'un.
25. On se moque de la vie privée de quelqu'un.
26. On se moque de la nationalité de quelqu'un.

27. On contraint quelqu'un à exécuter un travail qui porte atteinte à sa dignité.
28. On note le travail de la personne harcelée de manière inéquitable et en des termes malveillants.
29. On met en doute le bien-fondé des décisions prises par la personne harcelée.
30. On invective quelqu'un ou on lui adresse des propos déshonorants.
31. Tentatives d'approche sexuelle ou offres verbales de relation sexuelles.
32. La personne harcelée ne se voit plus assigner de travail.
33. On lui ôte toute occupation au travail, de telle manière qu'elle ne puisse même plus donner de tâches à elle-même.
34. On lui donne à faire des travaux qui n'ont pas de sens.
35. On lui donne des travaux qui ignorent ses capacités réelles.
36. On lui donne constamment de nouvelles tâches à exécuter.
37. On lui fait faire des travaux qui la blessent dans son amour propre.
38. On lui fait faire des travaux exigeant des qualifications supérieures aux siennes afin de la discréditer.
39. On l'oblige à faire des travaux qui nuisent à sa santé.
40. Menaces de violences physiques.
41. Actes de violence légère à titre d'avertissement.
42. Sévices corporels.
43. On engendre des frais à payer par la personne harcelée pour lui nuire.
44. On cause des dégâts physiques au domicile ou sur le lieu de travail de la personne harcelée.
45. Agressions sexuelles.

Ces critères sont intégrés dans un questionnaire: le Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT), traduit en français (Niedhammer et al, 2006).

*** Définition de Marie-France Hirigoyen**

Marie-France Hirigoyen, psychiatre, fit connaître au grand public la notion de harcèlement moral. Elle le décrit d'abord dans les relations de couple puis le transposa au milieu du travail dans deux ouvrages. Elle l'a défini ainsi :

« Le harcèlement moral au travail se définit comme toute conduite abusive (geste, parole, comportement, attitude...) qui porte atteinte, par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat de travail. » (Hirigoyen, 2001)

Les axes principaux de sa description du harcèlement moral résident dans les critères de personnalité de la victime d'une part et du harceleur d'autre part.

M-F Hirigoyen considère que la victime possède une fragilité constitutionnelle ou contextuelle et décrit le harceleur comme « pervers narcissique ».

*** Bullying**

Un des termes les plus fréquemment utilisés dans la littérature scientifique actuellement est celui de bullying.

Étymologiquement, bully vient de l'allemand « boele » qui signifie amant, amoureux, usité au 16^{ème} siècle comme un terme d'affection au sujet du sexe opposé. Il est devenu plus tard une forme familière visant un ami de sexe masculin. Le sens actuel date de la fin du 17^e siècle, peut-être par l'influence de « bull » taureau en anglais, il signifie alors "brave", "fanfaron", "abuseur de faiblesse". Le verbe est ensuite attesté en 1710.

- Bullying scolaire

Le terme de « bullying » a d'abord été utilisé pour nommer le harcèlement moral à l'école. Le « school bullying » est un concept très connu du monde académique, mais encore relativement peu connu de la population générale en France. Comme pour le harcèlement au travail, ce phénomène a particulièrement été étudié dans les pays scandinaves. C'est Dan

Olweus, professeur de psychologie à l'université de Bergen en Norvège qui a forgé le concept de school bullying à la fin des années 70.

Il en a donné cette définition : « un élève est victime de school bullying lorsqu'il est exposé de façon répétée et à long terme, à des actions négatives de la part d'un ou plusieurs autres élèves [...]. Les actions négatives peuvent s'exprimer par des mots, par exemple par des menaces, railleries, taquineries et sobriquets. On parle aussi d'une action négative lorsque quelqu'un frappe, pousse, frappe du pied, pince ou retient quelqu'un d'autre, c'est à dire lorsqu'il y a contact physique. Les actions négatives peuvent également être perpétrées sans parole ni contact physique, comme dans le cas des grimaces, gestes obscènes ou refus d'accéder aux souhaits d'autrui".

La relation agresseur/victime est basée sur un déséquilibre de force et de domination. Souvent la victime est choisie en raison d'une faiblesse ou d'une différence physique (obésité, bégaiement, difficultés d'apprentissage). Garçons et filles sont victimes de façon égale.

Le type d'actions négatives change selon le genre de l'agresseur: les agressions verbales, les rumeurs, les intimidations sont plus le fait de filles tandis que les garçons ont plus souvent recours à des violences physiques et au racket.

Dan Olweus a mené une étude nationale en Norvège auprès de 140 000 élèves âgés de 8 à 16 ans. Environ 15% des élèves des écoles primaires et collèges de Norvège étaient concernés par des faits de harcèlement, c'est à dire un élève sur sept. Neuf pour cent pouvaient être considérés comme des victimes régulières et 7% comme des agresseurs. (Olweus, 1984).

Une étude finlandaise a montré une association modérée entre des antécédents de school bullying et le risque d'être victime de harcèlement moral au travail (Lahelma et al, 2011). Une autre étude, anglaise, n'a pas trouvé d'association. Ses auteurs ont émis l'hypothèse que l'existence d'antécédents de school bullying chez des personnes victimes de harcèlement moral au travail serait liée à des facteurs environnementaux et non personnels (Smith et al, 2003).

- « Work bullying »

Einarsen, professeur en Psychologie à l'université de Bergen, Norvège, a repris la définition de Leymann.

Il a insisté sur le critère de persistance de l'exposition sur une longue période, c'est-à-dire d'au moins six mois, ainsi que sur la fréquence des comportements subis.

De plus il a fait la distinction entre deux types de comportements :

- les actes de harcèlement de type interpersonnel (person-related bullying) ; avec des agissements comme des moqueries, des humiliations, des rumeurs, de l'isolement social.

- les actes de harcèlement lié au travail (work-related bullying); avec une surcharge ou au contraire une absence de travail, des tâches inférieures à celles prévues ou encore des critiques incessantes sur le travail fourni

-enfin, bien que la violence soit d'abord psychologique dans le harcèlement moral, il isole des actes d'intimidation d'ordre physique (physically intimidating bullying) qui peuvent aussi survenir, telles que des menaces physiques, des cris voire des actes d'agressivité physique.

Pour mesurer le harcèlement, on peut distinguer deux méthodes : une méthode subjective où on demande au travailleur, après lui avoir donné ou non une définition du phénomène, s'il se considère lui-même comme une victime de harcèlement moral au travail et une méthode objective où toute une série d'agissements négatifs est énumérée et où on demande à quelle fréquence le travailleur y est confronté.

Une échelle de mesure de l'exposition à des actes négatifs de type harcèlement moral a été développée et adaptée dans 24 pays, le Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) (Einarsen, Hoel, Notelaers, 2009). Cette échelle évalue avec 22 items les différents types d'agissements cités plus haut, ainsi qu'un item de perception par la victime du processus de harcèlement moral subi.

*** Différents types de harcèlement (Pezé, Soula, 2002)**

- Harcèlement individuel

Ce type de harcèlement réside en un processus cristallisé entre deux personnes. La description classique du harceleur est celle du pervers narcissique, popularisée par Hirigoyen. Les mécanismes pervers, la communication paradoxale (détaillées plus loin dans la partie 5) a) sur la perversion narcissique) sont employées pour semer la confusion et détruire la victime. Ce harcèlement peut se produire secondairement à la dégradation d'une situation conflictuelle ou suite à une modification du personnel (arrivée d'un nouveau responsable, nouvel employé, promotion...).

- Harcèlement institutionnel

Ce mécanisme réside en une stratégie de management/ gestion du personnel.

La précarisation du travail a altéré la mobilisation collective et a majoré des mécanismes de défenses tels que le silence, le chacun pour soi. Dans ce contexte, les nouvelles organisations du travail génèrent des objectifs de poste difficilement réalisables, des évaluations fréquentes et anxiogènes, pourvoyeuses d'épuisement professionnel et d'insatisfaction de la tâche accomplie.

Les objectifs de ces gestions du personnel tendent à l'uniformisation des pratiques de travail et des individus, en les mettant en concurrence afin d'augmenter la productivité.

- Harcèlement stratégique

Il peut être utilisé comme un moyen pour contourner les procédures légales de licenciement à des fins économiques. Ce type de harcèlement peut aussi être un mode opératoire pour rendre un collectif uniforme. Sont concernés le plus souvent, les salariés en surnombre dans les sociétés en difficulté ou en fusion, les salariés anciens trop coûteux et détenteurs de la mémoire de l'ancienne organisation de travail, les délégués du personnel et syndicaux. Les moyens sont improvisés dans les petites entreprises, et peuvent être systématisés dans les grandes entreprises jusqu'à l'embauche de personnel formé à des techniques de management particulières.

- Harcèlement transversal

Le sujet peut être harcelé par un ou des membres de son équipe de travail. Ce processus permet d'éviter la question de l'organisation du travail et de la mobilisation difficile de la hiérarchie, en expulsant sa souffrance collective sur un bouc émissaire.

- Harcèlement discriminatoire

Le harcèlement moral peut aussi être à visée discriminatoire. Ainsi dans une étude prospective d'un an chez plus de 3 000 nouveaux employés danois dans le domaine de la santé, les immigrants avaient un risque significativement plus élevé d'être exposés au harcèlement moral, ajusté sur d'éventuelles expériences antérieures de harcèlement moral (Hogh et al, 2011).

*** Définition juridique**

Du point de vue juridique le harcèlement moral au travail est défini ainsi dans le 1^{er} alinéa de l'article L.122-49 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002: « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. »

Cette définition est assez large et concerne essentiellement les effets du harcèlement moral plutôt que leurs causes.

Le harcèlement moral au sens juridique nécessite alors pour être reconnu la réunion de plusieurs conditions :

-des agissements ayant pour effet une dégradation des conditions de travail

-la répétition d'agissements : un fait unique ne caractérise par le harcèlement moral

-des agissements susceptibles de porter atteinte à ses droits et sa dignité, sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel

-la condition relative aux conséquences du harcèlement moral sera le plus souvent justifiée par des attestations médicales.

*** Description actuelle : le modèle organisationnel à trois facteurs**

Depuis quelques années la littérature en psychologie organisationnelle s'est intéressée à ce phénomène. L'aspect organisationnel a alors été reconnu comme facteur intégrant du processus de harcèlement moral au travail.

Des auteurs ont effectué une méta-analyse afin d'examiner les causes et les conséquences possibles du harcèlement au travail. Un modèle d'attribution fondé sur la réciprocité de lien entre le harcèlement, ses causes et ses conséquences, a alors été construit. Comme le montre la méta-analyse, les facteurs environnementaux aussi bien qu'individuels contribueraient au harcèlement (Bowling, Beehr, 2006).

L'hypothèse actuelle réside donc en une triple origine du harcèlement moral au travail :

- caractéristiques du harceleur
- caractéristiques de la victime
- organisation du travail

Cette approche se décentre de la relation duelle harceleur-victime en introduisant la problématique de l'organisation du travail dans le processus de harcèlement moral.

Pour Marie Pezé, docteur en psychologie à la consultation « Souffrance et travail » de l'hôpital Max-Fourestier de Nanterre, « le harcèlement moral au travail doit être mis en relation avec le mouvement d'accroissement des performances exigées des salariées, sous la pression de la concurrence et des taux de profits recherchés par les entreprises. » (Pezé, Soula, 2002).

Un des objectifs du harcèlement moral serait alors d'« améliorer la « conformité » du personnel aux exigences de l'entreprise. ». Le salarié doit alors partir ou « se mettre dans le rang ».

Elle insiste aussi sur le fait de se dégager de la tendance à la « psychologisation des rapports de travail » qui apparaît fortement, notamment dans les nouvelles méthodes de « coaching ». Cela a entre autre pour conséquence de protéger les dysfonctionnements de l'organisation de travail en ne les remettant pas en cause.

La psychodynamique du travail a pour objet l'étude des relations entre, d'une part, plaisir et souffrance au travail et, d'autre part, l'organisation du travail (Davezies, 1993).

e) Burn-out

Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome de stress spécifique, caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (Maslach, Jackson, 1986).

Cette définition est assortie d'un questionnaire des mêmes auteurs : le MBI (Maslach Burn-out Inventory).

Le burn-out menace particulièrement les personnes exerçant des activités professionnelles dans le secteur de l'aide à la personne, à fort engagement personnel. Il se manifeste par un ensemble de réactions consécutives à une situation de stress professionnel prolongé et un investissement personnel important dans le travail (Baugé, Pierrejean, 2010).

L'installation du syndrome de burn-out peut se découper en trois phases. (Davezies, 1992) Dans un premier temps, la personne ressent une baisse de la tolérance aux contrariétés, une irritabilité, une impulsivité accrue, une fatigue et des manifestations physiques telles que céphalées, troubles digestifs ou une sensibilité aux infections bénignes. Le sujet développe alors des attitudes défensives avec désinvestissement, retrait, rigidité, pseudo-activisme mais baisse de l'efficacité professionnelle. Puis le tableau marqué survient avec épuisement des capacités émotionnelles, perte de l'intérêt, perte de l'estime de soi-même voire au maximum éléments de dépersonnalisation et déréalisation, et passages à l'acte dissociatifs.

Le burn-out peut être une conséquence clinique du harcèlement moral au travail.

f) Stress au travail et risques psycho-sociaux

*** Définitions des termes** (Chouanière, 2009)

Le terme de « Risques PsychoSociaux » (RPS) désigne, pour l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao : « Les situations à risque de stress ou de violences externes (celles provenant de personnes extérieures à l'entreprise) ou internes (provenant de collègues). »

Un des RPS les plus fréquents consiste en la situation de stress au travail. L'agence de Bilbao définit ce risque comme suit : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise ».

Dans cette définition trois notions sont à distinguer

- les contraintes au travail ;
- l'état de tension ou état de stress généré par la perception d'un déséquilibre entre contraintes et ressources ;
- les conséquences ou effets du stress sur la santé des salariés et sur leur productivité.

*** Modèle de Karasek**

Dans les années 80, Karasek a développé aux Etats-Unis le modèle de tension au travail « job strain » (Karasek, 1979). D'après ce modèle la situation devient délétère pour la santé lors d'une exposition prolongée à la combinaison d'une forte demande psychologique (forte charge de travail..) et d'une faible latitude décisionnelle (faible marge de manœuvre et peu de possibilité d'utiliser et développer ses compétences).

Le soutien social vient moduler cette tension au travail comme un facteur protecteur.

*** Modèle de Siegrist**

Secondairement un autre modèle d'exposition psychosociale a été développé par Siegrist. Ce dernier met en balance, d'une part, les efforts consentis par les salariés (tels que pressions temporelles, responsabilités, exigences croissantes de travail...) et, d'autre part, les récompenses obtenues (gratifications financières, estime, perspectives de promotion, sécurité d'emploi...), afin de mesurer le déséquilibre « effort-récompense » (Siegrist et al. 2004).

*** Étude SUMER**

Pilotée par la Direction générale du travail et la Direction de l'animation de la recherche et des statistiques du ministère du Travail, l'enquête SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels (SUMER) a permis de dresser la carte des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé des salariés, dont les situations d'agressivité psychiques et physiques.

Le questionnaire a été rempli par des médecins du travail volontaires qui interrogeaient des salariés tirés au sort au cours de leur visite médicale périodique.

Ces agressions frappaient avec une fréquence inégale selon la profession (postiers, employés de banque, agents de sécurité ou professions de la santé sont particulièrement concernés), mais d'une manière générale, les agressions étaient plus fréquentes lorsque les contraintes organisationnelles étaient fortes.

Ainsi, 17 % des salariés déclaraient avoir été l'objet d'un comportement systématiquement hostile de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail. De tels comportements apparaissaient surtout lorsque les contraintes hiérarchiques étaient fortes et le rythme de travail intense. Les salariés victimes de ces comportements jugeaient plus fréquemment que les autres l'organisation du travail défectueuse et faisaient plus souvent état d'un manque de soutien de la part des collègues et de la hiérarchie. Enfin, ces situations difficiles constituaient un facteur de risque non négligeable pour leur santé psychique.

Quant au « job strain », défini par le modèle de Karasek comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, il concernait 23 % des salariés. Les femmes y étaient plus exposées (28 %) que les hommes (20 %), les ouvriers et les

employés davantage que les cadres et les professions intermédiaires. Par ailleurs, certaines contraintes physiques, les contraintes de rythme du travail et les tensions avec le public renforçaient le risque de « job strain ». Enfin, les salariés en situation de « job strain » se déclaraient en moins bonne santé que les autres et ce, d'autant plus que le soutien social au travail était insatisfaisant. L'étude Sumer a donc permis de valider le modèle de Karasek dans le cas des salariés français.

*** Le harcèlement moral en tant que RPS**

Le harcèlement moral au travail serait un facteur de stress puissant avec des conséquences similaires en termes de manifestations anxieuses et dépressives, ou même plus graves que les effets d'autres facteurs de stress fréquemment rencontrés au sein des organisations (Hauge et al, 2010).

2) Épidémiologie

a) Un phénomène mondial

Une étude américaine (Rospenda et al, 2009), qui a porté sur 2 151 travailleurs, a révélé une prévalence, sur les 12 derniers mois, de 60 % ayant subi une ou plusieurs expériences de harcèlement au travail.

Dans une étude norvégienne réalisée sur un large échantillon d'une population de travailleurs, 8,3% étaient occasionnellement victimes de comportements de type harcèlement moral au travail, 9,5% subissaient fréquemment (environ une fois par mois) ce type de comportement, et un total de 3,6% étaient considérés comme des victimes de harcèlement moral au travail de façon hebdomadaire (Notealers et al, 2011). Une étude danoise a trouvé des prévalences similaires, avec 8,3% d'actes de type harcèlement moral subis sur les 12 derniers mois par les travailleurs interrogés et 1,6% de personnes subissant ce type d'actes quotidiennement au moment de l'étude (Ortega et al, 2009).

La précision de la fréquence des actes subis est nécessaire pour donner une valeur à la prévalence obtenue, ainsi pour un harcèlement subi hebdomadairement, que l'on peut qualifier de fréquent, la prévalence trouvée dans les différentes études était en moyenne de 3% (Niedhammer et al, 2006).

Dans l'étude norvégienne, des facteurs de risque socio-démographiques ont été mis en évidence ; les employés âgés de 35 à 54 ans, les fonctionnaires, les ouvriers, ainsi que les employés qui travaillent dans les industries alimentaires et de la fabrication avaient un risque significativement plus élevé d'être victimes de harcèlement moral au travail. En revanche, les salariés âgés de moins de 25 ans, les employés ayant un contrat temporaire, les enseignants, les infirmières et les infirmières auxiliaires semblaient avoir un risque diminué de subir ce type d'agissements (Notealers et al, 2011).

Quant au genre, la prévalence de femmes soumises à des actes négatifs au travail était plus élevée que celle des hommes.

Chez les femmes, le risque d'être soumis à des actes négatifs de type harcèlement moral en milieu de travail était plus élevé dans la tranche d'âge 34-44 ans, chez les hommes le risque restait élevé, même après 55 ans d'âge (Campanini et al, 2006).

b) Études épidémiologiques sur la population française

En France, dans un sondage réalisé en 2000 par Ipsos sur un échantillon de 471 salariés représentatif de la population française, un salarié sur trois déclarait se sentir harcelé moralement, 37% des personnes interrogées avaient déjà vu un collègue se faire harceler, 12% s'étaient fait insulter, et 16% se retrouvaient en situation d'isolement.

*** Souffrance au travail**

Le département santé-travail (DST) de l'institut de veille sanitaire (InVS) met en place depuis des années des systèmes de surveillance épidémiologique pour évaluer l'impact des conditions de travail sur la santé.

Les modifications des pratiques de travail, avec la tertiarisation, les pressions de productivité grandissantes, semblent avoir des répercussions en termes de souffrance psychique sur la population salariale.

Une étude pilote a été menée en région Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes sur la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique sur les problèmes de santé mentale au travail : le programme Samotrace.

Lors de la visite périodique chez le médecin du travail, la santé mentale était évaluée via le Général Health Questionnaire et les facteurs psychosociaux au travail étaient analysés via le questionnaire de Siegrist. L'étude a porté sur la patientèle de 110 médecins du travail et 6 056 salariés de janvier 2006 à mars 2008.

Un mal-être était retrouvé chez 24,5% des hommes et 37,1% des femmes. L'exposition au déséquilibre effort-récompense et au surinvestissement était associée à un mal-être psychique. Chez les femmes plus particulièrement, l'exposition aux violences physiques et verbales était associée à ce type de mal-être. Chez les hommes, c'était le fait de travailler d'une manière qu'ils réprouvaient qui était plus souvent associée à un mal-être psychique (Cohidon, 2009).

*** Harcèlement moral au travail**

Une étude a été réalisée par l'INSERM en France dans la région Provence Alpes Cotes d'Azur (PACA) en 2004 sur l'exposition au harcèlement psychologique via le questionnaire de Leymann (le Leymann Inventory of Psychological Terror) (Niedhammer et al, 2009). L'étude a porté sur 7 694 salariés via la participation de 143 médecins du travail.

Une prévalence de 9% d'hommes et de 11% de femmes exposés au harcèlement moral sur au moins 12 mois a été trouvée. La fréquence était plus importante dans le secteur des emplois de service, et moins importante dans la catégorie des cadres.

*** Caractéristiques sociodémographiques du harcelé**

Claudia De Gasparo et Marie Pezé ont réalisé l'étude d'une cohorte clinique de 94 patients harcelés reçus à la consultation spécialisée « Souffrance et travail » de l'Hôpital Max Fourestier de Nanterre (De Gasparo, Grenier-Pezé, 2003).

Une sous-représentation des moins de 30 ans et une sur-représentation des plus de 45 ans était observée.

Les deux tiers de la cohorte étaient des femmes.

Les situations les plus récurrentes étaient celles de personnes mariées avec des enfants adolescents ou adultes. Puis la situation monoparentale était la plus fréquente pour 13 personnes.

Une majorité avait une qualification de niveau supérieur.

Les domaines d'activité les plus représentés des personnes provenant du secteur privé étaient les services puis les commerces.

Les salariés étaient dans la majorité des situations en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et à temps plein.

Plusieurs conditions spécifiques de travail sont rapportées de manière récurrente :

- Surcharge structurelle (de par l'organisation du travail)
- Surinvestissement de temps dans le travail
- Règne du « chacun pour soi » entre collègues
- Turn over important des collègues
- Lien affectif avec l'employeur

Plus localement, le service de santé au travail interentreprises de l'AIMT 37 a réalisé une étude sur le harcèlement moral au travail dans sa population consultante sur 31 cas en un an (Pain, 2003).

Les situations de genre, âge et de statut marital les plus fréquentes étaient identiques : des personnes mariées avec des enfants et une majorité de femmes, dans une tranche d'âge entre 40 et 49 ans.

La formation professionnelle la plus fréquente était l'apprentissage en CAP.

Au niveau des caractéristiques socio-professionnelles, la majorité était des employés dans des entreprises entre 10 et 49 personnes et une proportion importante travaillait dans des petits commerces.

Cependant ces résultats sont seulement indicatifs devant la faiblesse de l'échantillon.

On peut nuancer le résultat concernant la majorité de femmes des échantillons par les résultats de l'étude de Rotundo, Nguyen et Sackett en 2001, d'après laquelle les femmes seraient plus susceptibles de percevoir les expériences de harcèlement comme telles.

3) Conséquences

a) Cliniques

*** Troubles anxieux**

Une étude prospective a été réalisée sur 48 patients à Clermont-Ferrand exposés au harcèlement moral au travail. Les évaluations ont été réalisées à première consultation et à 12 mois à l'aide d'un entretien clinique standard, une échelle visuelle analogique de stress, le Hospital Anxiety and Depression (HAD). À la première consultation, 81% des patients présentaient des niveaux élevés de stress ressenti au travail et 83% un trouble anxieux. A 12 mois, le sentiment de stress au travail et les symptômes d'anxiété s'étaient améliorés. La moitié des patients n'étaient plus en situation de travail (Boisson et al, 2006).

Une autre étude réalisée en Norvège a cherché les conséquences cliniques en termes de trouble anxieux et dépression avec ajustement sur des RPS organisationnels. Le harcèlement moral était fortement associé à l'anxiété et à la dépression. Les associations avec la

satisfaction au travail, l'intention de quitter son poste et l'absentéisme étaient plus modestes. (Hauge et al, 2010).

*** Épisode dépressif**

Dans l'étude de l'INSERM portant sur la population salariale de la région PACA la prévalence de troubles dépressifs était de 25 % chez les hommes, 21% chez les femmes. Cette prévalence montait à 60% chez les exposés au harcèlement psychologique. Le fait d'être témoin augmentait aussi la fréquence de dépression, ce qui souligne l'importance de l'environnement de travail sur la santé mentale. Après ajustement sur les covariables, âge, état matrimonial, présence d'enfants, niveau d'éducation, l'exposition au harcèlement restait un facteur de risque de symptômes dépressifs pour les hommes et les femmes. La fréquence d'exposition augmentait le risque de symptômes dépressifs. Le risque était d'autant plus élevé chez les femmes exposées au harcèlement psychologique. Toutes ces associations ont été jugées hautement significative ($p < 0.001$). Le harcèlement moral au travail était donc un facteur de risque important pour les symptômes dépressifs chez les hommes et les femmes (Niedhammer et al. 2008).

Une autre étude a montré que le harcèlement moral fréquent au travail augmentait le risque d'épisode dépressif majeur chez les travailleurs de soins de sexe féminin. Inversement un épisode dépressif majeur ne prédisait pas le risque de harcèlement moral (Rugulies et al, 2012).

Dans l'étude prospective réalisée à Clermont-Ferrand, 52% présentaient une symptomatologie dépressive lors de la première évaluation ; à 12 mois, les symptômes de dépression restaient fortement présents, comparés aux symptômes anxieux qui avaient diminué (Boisson et al, 2006).

*** Syndrome de stress post-traumatique**

Heinz Leyman fut le premier en 1996 à évoquer la possible « réaction post-traumatique » à la suite d'un harcèlement moral (Leyman, 1996).

Marie-France Hirigoyen affirma clairement en 1998 dans son premier livre *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien* qui traitait du harcèlement moral au travail et dans les relations conjugales que certaines victimes développaient les symptômes du Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) décrit dans le DSM 4 TR (Hirigoyen, 1998).

Les classes de symptômes du PTSD d'après le DSM4TR (APA, 1994) sont :

-symptômes de reviviscence : souvenirs répétitifs et envahissants, rêves répétitifs...

-évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité général

-symptômes traduisant une activation neurovégétative : difficultés d'endormissement, irritabilité, hypervigilance, difficultés de concentration.

Dans sa définition le DSM4-TR mentionne aussi la survenue d'un ou de plusieurs « évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels l'intégrité physique du sujet ou celle d'autrui a pu être menacée. » (APA, 1994)

Ce type d'événements ne correspond pas aux situations de harcèlement moral. Cependant la notion de PTSD est en constante évolution et plusieurs auteurs s'accordent maintenant sur le fait que l'impression subjective que l'individu a de l'événement traumatique est plus décisive que la nature de l'événement lui-même.

Claire Bonafons a relevé les différentes études évoquant le lien entre PTSD et situation de harcèlement moral au travail entre 1996 et 2006. L'incidence de PTSD chez les victimes dans les différentes études était en moyenne de 63,5% avec un minimum de 43% et un maximum de 92% (Bonafons C. 2008).

En 1994, Scott and Tradling ont suggéré un critère additionnel : « les symptômes de PTSD peuvent résulter d'une accumulation de petits incidents lesquels, individuellement, ne sont pas menaçant sur le plan vital » (Scott, Tradling, 1994). Cela suggérait que le PTSD pourrait être secondaire à des périodes de stress prolongées notamment lorsque le facteur de « captivité » (l'individu a le sentiment de ne pas pouvoir échapper à la situation) est présent. Ces situations

se retrouvent notamment dans le harcèlement, les violences conjugales, les privations affectives précoces.

D'après Mikkelsen et Einarsen, le PTSD secondaire au harcèlement serait consécutif à la diminution des croyances des individus à leur sujet, aux autres et au monde telles que « Je suis une personne compétente » ou « les gens se soucient les uns des autres » (Mikkelsen, Einarsen, 2002). En effet le climat d'insécurité, les injonctions paradoxales semant le trouble, les dévalorisations minimiseraient voire modifieraient ces cognitions. Ces cognitions modifiées entraîneraient un sentiment de vulnérabilité secondaire associé aux signes d'anxiété relatifs au PTSD.

De plus il a été montré que le harcèlement moral au travail était une expérience à fort potentiel traumatisant pour les personnes exposées, quelles que soient les facultés de coping présentes chez le sujet (Nielsen, Matthiesen, Einarsen, 2008).

Enfin, dans une étude danoise sur 437 employés, d'éventuelles modifications physiologiques en lien avec l'exposition au harcèlement moral telles que le taux de cortisol ont été étudiées. Les concentrations de cortisol dans la salive étaient inférieures le matin chez les victimes de bullying par rapport aux témoins. Des études antérieures ont rapporté un taux de cortisol diminué au réveil pour les personnes atteintes du syndrome de stress post-traumatique et de fatigue chronique (Hansen et al. 2006).

*** Consommation d'alcool**

Dans une étude américaine, le harcèlement moral au travail majorait le risque de consommation pathologique d'alcool chez les hommes, alors que chez les femmes c'étaient les situations de stress au travail qui augmentaient les consommations d'alcool (Rospenda et al. 2008). Le harcèlement au travail et l'environnement de travail seraient des facteurs influençant la consommation d'alcool et l'abus (Marchand, 2008).

Cela répond au modèle théorique conceptualisant la consommation d'alcool et l'abus comme étant les produits du stress causé par les contraintes et les moyens mis en œuvre

simultanément par la personnalité de l'agent, les structures de la vie quotidienne, et les macro structures sociales.

*** Consommation de médicaments psychotropes**

L'étude réalisée par Niedhammer et al. auprès d'un large échantillon de population dans la région PACA a également étudié la consommation de psychotropes chez les personnes exposées au harcèlement moral au travail. Quarante et un pour cent des personnes exposées au moment de l'étude consommaient des médicaments psychotropes. L'association entre exposition au harcèlement moral au travail et consommation de psychotropes était évaluée significative et importante et était partiellement médiée par la santé physique et mentale. Cette association augmentait avec la fréquence d'exposition. Le fait d'être observateur de situations de harcèlement moral au travail était également associé à une consommation de psychotropes. (Niedhammer et al. 2011).

*** Manifestations somatiques**

Il semblerait que l'exposition fréquente à des comportements de harcèlement moral au travail serait liée à des niveaux accrus de problèmes de santé (Vie et al, 2011).

- Maladies cardio-vasculaires

Une étude a montré le lien entre des modèles de stress au travail et la survenue de maladies cardio-vasculaires (Bosma et al, 1998). Ainsi des récompenses injustes ou insuffisantes comparées aux efforts personnels et une faible latitude décisionnelle endommageraient le système cardiaque et augmenteraient la survenue de maladies cardio-vasculaires. Des capteurs enregistrant la fréquence cardiaque montraient une diminution de la réaction physiologique cardiaque aux situations de stress et à la maladie en conditions recrées lors de tests informatiques, ce qui à terme endommagerait le système cardiaque.

Une autre étude a recherché l'incidence de maladies cardio-vasculaires chez les victimes de bullying de façon prolongée : le risque de maladies cardio-vasculaires semblait majoré chez les victimes de bullying mais ce risque était contrôlé par le facteur surpoids (Kivimaki, Elovainio, Vahtera, 2000).

- Plaintes somatiques

Une étude norvégienne de 2002 a trouvé une association significative entre l'exposition au « bullying » et les plaintes somatiques de douleurs abdominales et de céphalées (Mikkelsen, Einarsen, 2002).

- Troubles du sommeil

L'étude réalisée par l'INSERM dans la région PACA a également étudié les troubles du sommeil sur les victimes de harcèlement moral au travail. Le fait de subir mais aussi d'être témoin de harcèlement en milieu de travail était fortement associé aux troubles du sommeil. Ce résultat persistait pour les expositions passées. L'association était atténuée après contrôle par la covariable de dépression, mais persistante (Niedhammer et al. 2009). Cependant il semblerait que l'association avec les troubles du sommeil soit aussi diminuée après contrôle par des facteurs tels que l'âge, l'obésité, les conditions de travail (Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E, 2011).

Les troubles du sommeil sont donc probablement plus consécutifs à d'éventuelles pathologies pouvant être induites par le harcèlement ou par des facteurs environnementaux, que directement liés à une exposition au harcèlement.

*** La cas particulier du suicide**

En avril 2011 un employé de France Télécom s'est suicidé sur le parking de son ancien lieu de travail en s'immolant par le feu. Entre 2008 et 2009, 33 employés de France Télécom s'étaient suicidés.

Un ingénieur de l'entreprise Renault du site de Guyancourt (Yvelines) s'est défenestré suite à un entretien avec un supérieur hiérarchique. La "faute inexcusable" de l'entreprise Renault a alors été confirmée le jeudi 19 mai 2011 par la cour d'appel de Versailles.

Les cas de suicides multiples dans certaines entreprises, avec un lien signifié à l'emploi (suicide sur le lieu de travail, lettre laissée accusant le travail du passage à l'acte), ont été à l'origine de la médiatisation importante de la souffrance au travail depuis quelques années.

Cependant la moyenne nationale de suicide chez les adultes est de 29 pour 100 000. Quant à la moyenne chez les chômeurs elle monte à plus de 50 pour 100 000. Ces chiffres relativisent le taux de 32 pour 100 000 chez France Télécom en 2009 (100 827 employés). Mais on a constaté aussi des moyennes bien plus basses dans d'autres grandes entreprises comme chez EDF par exemple, 17 pour 100 000.

La question souvent posée est alors : ce suicide est-il une conséquence des conditions de travail ? Dès lors que l'individu a incriminé son travail à l'origine de sa volonté suicidaire il faut reconnaître la souffrance au travail. Le suicide semble être une expression frappante de la souffrance au travail. L'individu passant à l'acte juge sa situation désespérée et ne trouve alors à ce moment plus que ce seul moyen d'expression.

L'individu évoque plus facilement les conflits interpersonnels à l'origine de sa souffrance mais la modification des organisations de travail en serait aussi à l'origine.

L'exemple est parlant dans les grandes entreprises, dans lesquelles les PDG ont la plupart du temps des formations purement technocratiques, et aucunement en sciences humaines, management ou en communication. Ainsi Didier Lombard, PDG de France télécom, déclara au sujet de la vague de suicides d'employés de l'entreprise « Il faut mettre un point d'arrêt à cette mode des suicides. ».

Sur le plan juridique, la responsabilité des employeurs est en cause. D'après le Code du travail, article L4121-1 ; « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. »

b) Socio-Economiques

*** Conséquences en termes d'arrêt de travail**

Une étude danoise sur plus de 9000 employés dans le secteur du soin s'est penchée sur les conséquences en termes d'arrêt maladie de l'exposition au harcèlement moral. Le risque d'arrêt maladie de longue durée était plus élevé pour ceux qui étaient fréquemment victimes d'actes de harcèlement moral (1,8%), même après ajustement sur des caractéristiques psychosociales ($p < 0.05$) (Ortega et al, 2011). Des résultats similaires ont été trouvés dans le secteur de soin finlandais (Kivimaki et al, 2000).

*** Conséquences en termes de roulement de personnel**

Peu d'études se sont intéressées aux conséquences socio-économiques et plus particulièrement sur le roulement de personnel secondaire au harcèlement moral au travail. Une étude danoise prospective sur 3 ans a recueilli auprès de jeunes diplômés dans le secteur du soin les intentions de quitter leur travail ainsi que leurs raisons. Les analyses de suivi ont montré une forte corrélation entre l'exposition au harcèlement moral et l'intention de quitter son lieu de travail. Le lien restait significatif après ajustement sur les facteurs tels que le soutien social faible et la mauvaise santé. Les trois raisons les plus fréquentes de la volonté de quitter son travail relevées étaient: le leadership médiocre, l'exposition à des comportements négatifs et les problèmes de santé (Hogh et al, 2011).

4) Aspect juridique du harcèlement moral au travail

a) Le droit à la dignité

*** Le principe général**

Dans son préambule, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 fait de la dignité humaine la base de tous les droits fondamentaux : « ... la reconnaissance de la dignité humaine inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde. » (ONU, 1948).

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de décembre 2000 reconnaît aussi la dignité humaine comme un droit principal : « La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée. » (Braibant, 2001).

Dans le droit français, le « principe de l'égalité de tous les humains » n'est adopté que le 29 juillet 1998 avec la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions inscrite au Code du travail.

*** La dignité au travail**

Le chapitre 5 du Code pénal promulgué le 11 mars 1994 est consacré aux atteintes à la dignité de la personne. Les articles 225-14 et 225-15 en particulier sanctionnent le fait de soumettre des personnes à des conditions de travail incompatible avec la dignité humaine.

Article 225-14 : « Le fait de soumettre une personne, en abusant de sa vulnérabilité ou de sa situation de dépendance, à des conditions de travail ou d'hébergement incompatibles avec la dignité humaine est puni par deux ans d'emprisonnement et de 500 000f d'amende. » En pratique cet article concerne des actes qui vont au-delà du harcèlement moral, mais il englobe tout de même l'ensemble des faits de cette nature.

b) Reconnaissance juridique du harcèlement moral au travail

*** Définition du harcèlement moral au travail par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002**

- Code du travail

En 2001, lors d'un colloque, le président de la République Jacques Chirac avait pris clairement position sur le sujet du harcèlement moral dans le monde du travail en affirmant : « Le travail qui devrait être pour chacun une source de fierté et un facteur d'identité est encore trop souvent dénaturé par des comportements d'exploitation, d'humiliation ou de harcèlement. Le mérite de notre société est sans doute d'être plus sensible à ces dérives qui passaient autrefois inaperçues. Mais son devoir est d'y remédier. ».

Le harcèlement moral est réprimandé par la loi française depuis l'introduction dans le Code du travail et dans le Code pénal de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Cinq nouveaux articles à ce sujet sont insérés dans le Code du travail, L. 1152-1 et suivants.

L. 1152-4 : « L'employeur prend toutes les dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral ».

Premier alinéa de l'article L.1152-1 : « Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. »

La loi interdit donc la répétition d'agissements.

Le type et la durée des agissements ne sont pas précisés, alors qu'ils rentrent nécessairement en jeu.

Cependant l'article L.1152-2 du Code du travail interdit toutes les décisions et mesures prises afin de mettre en œuvre le harcèlement moral ou sanctionner sa dénonciation Il peut s'agir indifféremment d'une sanction, d'un licenciement ou de toute mesure discriminatoire, directe ou indirecte, par exemple en matière de rémunération, formation, reclassement, affectation,

qualification, classification, promotion professionnelle, mutation ou renouvellement de contrat.

Les conflits au travail sont jugés au Conseil des Prud'hommes pour le secteur privé et au Tribunal Administratif pour le secteur public.

Claire Bonafons a analysé les arrêts de cours d'appel et de la Cour de cassation concernant le harcèlement moral publiés sur le site légifrance. Cent-huit arrêts ont alors été retrouvés dont 22 reconnaissent une situation de harcèlement moral (Bonafons, 2008).

Les magistrats semblaient retenir la conjonction de plusieurs faits répétés comme indice fort de harcèlement moral.

Le critère de répétition est donc le premier recherché par les juges.

Puis le type d'agissements et leur conjonction. Les faits emportant la conviction des juges étaient le plus souvent : les situations d'atteintes à la dignité dans 100% des cas, puis l'altération de la santé (50%), la compromission de l'avenir professionnel (45%), l'atteinte aux droits (25%).

Mais dans 70% des cas les juges ont aussi retenu des critères liés à l'apparition du harcèlement et les circonstances l'ayant permis.

La durée moyenne était de 34 mois, et la durée minimum de 6 mois.

Pour reconnaître ces situations des attestations médicales et des témoignages d'autres employés sont alors nécessaires.

- Code pénal

En ce qui concerne le Code pénal, les dispositions ont été adoptées pour palier le fait, qu'au départ, la loi ne prévoyait pas de mesures spécifiques pour la fonction publique. Il s'agissait donc de responsabiliser les agents.

Le harcèlement moral est considéré dans le Code pénal comme une atteinte à la personne humaine.

Les plaintes au pénal pour harcèlement moral restent rares.

- Statuts de la fonction publique

En ce qui concerne les administrations publiques, on a pu constater que la loi y était plus difficile à faire appliquer. D'une part, la lourdeur du système hiérarchique permet de masquer plus longtemps les procédés de harcèlement. D'autre part, les voies de recours au tribunal administratif sont lentes et difficiles à mettre en place (Bonafons, 2008).

- Sanctions

Enfin, des sanctions sont prévues, d'une part dans le code du travail et les statuts de la fonction publique, et d'autre part dans le code pénal. Dans le Code du travail, les peines peuvent être d'un an d'emprisonnement et/ou de 3 750 € d'amende. Les dirigeants sont pénalement responsables et peuvent être sanctionnés, non seulement si, ayant été prévenus d'une situation de harcèlement, ils n'ont pas réagi, mais également s'ils ne se sont pas donnés les moyens de prévenir la situation de harcèlement (cf. article L. 4121-1).

Pour la fonction publique, il est spécifié que tout agent, auteur d'un harcèlement moral, est désormais passible d'une sanction disciplinaire.

Dans le Code pénal, le législateur a considéré que lorsque le degré d'intensité du harcèlement était tel qu'il mettait en péril la dignité humaine ou l'intégrité de la victime, en particulier dans les cas de suicide ou de tentatives de suicide, une sanction d'une autre nature s'imposait. Dans ce cas, les sanctions visent le harceleur lui-même qui peut être condamné à une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende.

*** Assimilation partielle du harcèlement à la discrimination par la loi n°2008-496 du 27 mai 2008**

La loi n°2008-496 du 27 mai 2008, destinée à mettre en conformité le droit français avec d'autres directives européennes, assimile le harcèlement moral à la discrimination, directe ou indirecte, mais uniquement lorsqu'il est fondé sur l'appartenance à une ethnie, une religion, une orientation sexuelle, le sexe, l'âge ou le handicap.

La discrimination en droit français, définie à l'article L.1132-1 du Code du Travail, est entendue plus largement qu'en droit européen, puisqu'elle vise également les agissements fondés sur la situation de famille ou la grossesse, « les opinions politiques, les activités syndicales ou mutualistes, (...) l'apparence physique, le nom de famille ou (...) l'état de santé ».

Ainsi le harcèlement moral n'est pas assimilé à la discrimination lorsqu'il est mis en œuvre dans ces cas.

Cette réforme crée plusieurs définitions du harcèlement, ce qui n'est pas de nature à favoriser « l'intelligibilité du droit et l'accessibilité et la sécurité juridique ».

c) Code de la sécurité sociale

*** Reconnaissance en accident de travail**

L'article L.411-1 du Code de la sécurité sociale définit l'accident du travail comme « quelque en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

Le fait accidentel, localisable dans le temps, et le lien avec le travail caractérisent l'accident de travail.

Dans le harcèlement, l'action soudaine, accidentelle, est parfois difficilement identifiable. Mais des arrêts en jurisprudence ont permis des déclarations en accident du travail, apportant un bénéfice en nature et espèces mais également en termes de lien symbolique entre « l'accident » et le travail.

Un suicide sur le lieu de travail est reconnu comme un accident du travail.

*** La question de la reconnaissance en maladie professionnelle**

L'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale stipule qu'une « maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées au tableau. »

Contrairement à l'accident de travail et à l'accident de trajet, les maladies professionnelles ne font pas l'objet d'une définition légale générale. Ce sont des tableaux spécifiques qui définissent celles qui sont indemnisables et précisent, pour chaque type d'affection, les conditions à remplir (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste d'activités concernées).

Pour qu'une affection soit prise en charge, trois conditions doivent être réunies :

- la maladie doit figurer dans un des tableaux ;
- l'intéressé doit apporter la preuve de son exposition au risque ;
- la maladie doit avoir été constatée médicalement dans le délai prévu par les tableaux (le point de départ de celui-ci se situant à la fin de l'exposition au risque).

Lorsqu'une maladie ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, ou qu'elle n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. C'est un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C.R.R.M.P.), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre maladie et travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à la caisse primaire.

Le dossier, constitué par la caisse d'Assurance Maladie, doit comprendre notamment un avis motivé du médecin du travail de l'entreprise de la victime et un rapport de son employeur permettant d'apprécier les conditions d'exposition au risque professionnel. Peuvent ainsi être reconnues d'origine professionnelle :

- les maladies désignées dans un tableau de maladies professionnelles mais pour lesquelles une ou plusieurs conditions (tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux) ne sont pas remplies, lorsqu'il est établi qu'elles sont directement causées par le travail habituel de la victime ;

-les maladies non désignées dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elles sont essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime et qu'elles entraînent une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ou sont à l'origine de son décès.

Le terme de harcèlement moral est un terme juridique, les médecins ne doivent donc pas utiliser ce terme sur les certificats médicaux.

Il est possible de reconnaître une situation de souffrance au travail consécutive d'un harcèlement moral au travail comme maladie professionnelle si elle remplit les conditions ci-dessus.

Ainsi la dépression a été reconnue comme une maladie professionnelle par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Tours suite au suicide d'un cadre supérieur de la centrale nucléaire de Chinon en 2004. Cette décision a permis à la famille de poursuivre EdF pour "faute inexcusable de l'employeur".

Il en a été de même suite au suicide d'un directeur adjoint d'EDF-GDF aux services Franche-Comté Sud. Mais de telles reconnaissances restent rares actuellement.

Enfin, même en cas de reconnaissance du harcèlement moral au travail comme maladie professionnelle un salarié peut agir contre son employeur pour obtenir une réparation du préjudice découlant du harcèlement, si les dommages-intérêts sollicités ont pour objet de réparer le préjudice causé avant la prise en charge par la sécurité sociale, c'est-à-dire, le préjudice résultant des faits de harcèlement commis avant la déclaration de la maladie.

Autrement dit il ne s'agit pas d'obtenir une indemnisation de la maladie professionnelle mais du préjudice antérieur.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 15 novembre 2006, n° 05-41489 stipule « La législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles ne fait pas obstacle à l'attribution de dommages-intérêts au salarié en réparation du préjudice que lui a causé le harcèlement moral dont il a été victime antérieurement à la prise en charge de son affection par la sécurité sociale».

Après une partie conséquente sur l'aspect juridique du harcèlement moral au travail, on peut évoquer que la forte judiciarisation de cette question révèle l'impasse actuelle du dialogue social sur la question.

d) Le cas du harcèlement sexuel

Les premières lois réprimant le harcèlement sexuel sont parues en novembre 1992:

- la Loi n° 92-1179 du 2 novembre 1992 relative à l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail dans le code du travail.

- la loi n°92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme aux dispositions du code pénal relative à la répression des crimes et des délits contre les personnes stipule dans son article 222-33 que : "Le fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100000 d'amende".

Ces lois ont été abrogées le 4 mai 2012 par le Conseil Constitutionnel car jugées trop floues et vivement critiquées par les associations de victimes.

La nouvelle loi relative au harcèlement sexuel est parue au *Journal officiel* du 7 août 2012. Elle inscrit dans le Code pénal une nouvelle définition du harcèlement sexuel afin de prendre en compte le plus largement possible l'ensemble des situations et des sanctions alourdies.

La loi n° 2012-954 du 6 août 2012 sur le harcèlement sexuel rétablit l'article 222-33 abrogé avec une nouvelle définition beaucoup plus précise du harcèlement sexuel, dans le Code pénal et dans le Code du travail. Les situations pouvant entrer dans le champ du délit sont désormais plus nombreuses.

La loi alourdit par ailleurs les sanctions encourues et transpose ces sanctions au harcèlement moral. Les deux délits sont désormais punis d'une peine de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. La sanction du harcèlement sexuel est encore plus lourde (trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende) en cas de circonstances aggravantes.

La protection contre les discriminations liées au harcèlement sexuel est en outre élargie.

Par ailleurs, l'obligation de l'employeur de prévenir les risques liés au harcèlement sexuel est renforcée.

5) Différentes approches explicatives du harcèlement moral au travail

a) Le pervers narcissique et la relation d'emprise de Marie-France Hirigoyen

Le concept de pervers narcissique fut inventé dans les années 50 par le psychanalyste Paul-Claude Racamier (Racamier, 1987) en parallèle de ses travaux sur la psychose. Il l'a défini alors comme un « psychotique sans symptôme, déchargeant sa douleur et ses contradictions internes, qu'il refuse de voir, sur son entourage ». Par la suite Alberto Eiguer y a consacré une partie de ses écrits et en donne une définition assez parlante : « Les individus pervers narcissiques sont ceux qui, sous l'influence de leur soi grandiose, essaient de créer un lien avec un deuxième individu, en s'attaquant tout particulièrement à l'intégrité narcissique de l'autre afin de la désarmer(...) En même temps, ils cherchent, d'une certaine manière, à faire croire que le lien de dépendance de l'autre envers eux est irremplaçable et que c'est l'autre qui le sollicite » (Eiguer, 1996). Ce concept a été popularisé par Marie-France Hirigoyen, médecin psychiatre et psychanalyste, en l'illustrant par le harcèlement moral dans la vie professionnelle et personnelle, le pervers narcissique revêt alors pour elle le costume du harceleur.

*** Le pervers narcissique**

- Psychopathologie du pervers narcissique

La perversion existe lorsque l'on change le but ou l'objet normal d'une pulsion.

La perversion narcissique révèle un déni de l'altérité de l'autre dans son identité, sa personnalité, du fait d'angoisses plus archaïques (détresse originaire, angoisse d'abandon, de fusion, de séparation...)

Le pervers narcissique, souvent à l'instar de sa victime, souffre d'une faille narcissique, c'est-à-dire d'un manque de confiance en lui et en son image. Il n'a pas pu trouver de reflet suffisamment bon dans son enfance pour se construire. Pour compenser, il développe une image démesurée de lui-même. Il ressent alors le besoin de dévaloriser les autres afin de maintenir cette haute image de lui qu'il s'est construit (Bouchoux, 2009).

- Mécanismes de défense du pervers narcissiques

Comme nous l'avons vu, le pervers ne sait pas refouler ses pulsions dans son inconscient. Pour se protéger des tensions entraînées par ses pulsions, il emploie alors plusieurs mécanismes de défense :

- Le déni

Le déni est un mécanisme de protection du psychisme qui oblige au refus de la réalité. Il est différent du refoulement, c'est un mécanisme de défense névrotique, le refoulement permet de dénier le conflit mais celui-ci est repoussé dans l'inconscient. Dans le déni, le conflit est nié. Le pervers l'utilise pour nier la réalité de ses actes et ses responsabilités.

- Le clivage

Le pervers se coupe en deux. Le moi clivé permet le passage de la pulsion via une partie « malsaine », tout en conservant une partie « saine ».

- L'identification projective

L'identification est un mécanisme normal qui sert à l'expansion du moi de l'individu.

« L'identification projective est un fantasme dans lequel un sujet projette une partie de lui-même dans l'autre espérant se débarrasser de ses pulsions vécues comme indésirables, cherchant à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne. » (Ionescu S., Jacquet M.-M., Lhote C, 1997)

De par ce mécanisme, le pervers accuse sa victime de ses maux, et projette sa culpabilité sur elle, il peut alors donner l'illusion de quelqu'un qui va bien, voir même se mettre en position de victime.

Ces trois mécanismes liés permettront les passages à l'acte des pervers.

- Critères de personnalité du pervers narcissique

On peut relier la personnalité du pervers narcissique avec des critères de personnalité au sens catégoriel utilisé dans la caractérisation des personnalités pathologiques du DSM4-TR.

On peut noter des critères en commun avec le trouble de la personnalité de type antisociale, dépendant après du niveau de passage à l'acte :

-irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions

-absence de remords, indiqué par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou voler autrui ; chez le pervers narcissique la blessure infligée à autrui est le plus souvent morale.

On peut donner des critères communs entre le pervers narcissique et la personnalité paranoïaque :

-méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres ; chez le pervers narcissique souvent focalisée sur une personne, dont les intentions sont interprétées comme malveillantes

-discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins

-de plus on peut les rapprocher partageant l'un et l'autre l'hypertrophie du moi, la psychorigidité, non décrites dans le DSM4

On peut faire l'analogie avec la pathologie narcissique notamment d'après la définition d'Otto Kernberg en 1975« Les principales caractéristiques de ces personnalités narcissiques sont un sentiment de grandeur, un égocentrisme extrême, une absence totale d'empathie pour les autres, bien qu'ils soient avides d'obtenir admiration et approbation. Ces patients ressentent une envie très intense à l'égard de ceux qui semblent posséder les choses qu'ils n'ont pas ou qui simplement semblent tirer plaisir de leur vie.(...) Ils ignorent en particulier les sentiments de tristesse et de deuil ; cette incapacité à éprouver des réactions dépressives est un trait fondamental de leur personnalité. Lorsqu'on les abandonne ou qu'on les déçoit, ils peuvent se montrer apparemment déprimés, mais à un examen attentif, il s'agit de colère ou de ressentiment avec des désirs de revanche. »

Enfin en reprenant la description de la personnalité narcissique selon le DSM4, on note des critères communs :

- exploite l'autre dans les relations interpersonnelles (...)
- manque d'empathie(...)
- envie souvent les autres et croit que les autres l'envient
- fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains

Un parallèle est aussi à souligner avec la personnalité borderline, qui est aussi une pathologie du narcissisme. En effet les personnes atteintes de ce trouble présentent aussi une faille narcissique avec des angoisses d'abandon résultantes, elles utilisent aussi les mécanismes de déni et d'identification projective. Cependant il existe peu de critères en commun au niveau de sa définition dans le DSM4 :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires ; mais le pervers narcissique, lui, n'en a pas conscience.

*** La relation d'emprise**

- Choix de la victime

En général il choisit une victime dans la sphère privée ou professionnelle, selon certains critères, procède à une séduction narcissique puis à une emprise sur elle, afin de pouvoir ensuite projeter ses tensions sur elle et l'en culpabiliser. Il choisit souvent un compagnon en vue, une collègue compétente ; mais possédant une fragilité narcissique soit structurelle (manque de confiance en soi) ou conjoncturelle (nouvel emploi, nouvelle rencontre) ; ainsi en le dévalorisant il se renarcissise. En outre il expulse son chaos intérieur chez l'autre tout en le culpabilisant.

- Séduction narcissique

Il exerce d'abord une séduction perverse sur sa victime, appelée « décervelage » par Racamier. Il s'agit d'abord de la séduire puis de l'influencer pour la mettre sous son emprise. Le but est de déstabiliser la victime et de lui faire perdre confiance en elle. C'est une séduction particulière par laquelle le pervers cherche à fasciner. Puis il l'influence par la manipulation. Le principe est qu'il donne toujours peu et demande beaucoup, ainsi la victime est dans une quête perpétuelle vis-à-vis de lui, le lien de dépendance est créé, la « phase d'emprise », selon Hirigoyen, peut alors débuter.

- Lien de dépendance fort

Il ne doit pas permettre à sa victime de prendre du champ, le prix à payer serait qu'elle constate sa folie. De plus, pour que sa victime soit à sa merci, il doit créer un lien fort, ce qui lui permet d'instaurer une dépendance.

Dans la sphère professionnelle cela passe souvent par les moyens de communication.

- Isolement

Il doit aussi l'empêcher de fréquenter son entourage personnel ou professionnel, qui lui renverrait l'aspect anormal de sa relation. Il cherche alors à l'isoler. Dans la sphère

professionnelle cela peut passer par le biais des locaux, avec des changements de bureaux dans des endroits isolés.

- Dévalorisation de la victime

Il agit envers sa victime par intimidation, produisant perplexité, dévalorisation, culpabilisation. Notamment par le biais de la communication paradoxale.

*** Pathologie de l'agir par la parole**

D'après Racamier la perversion narcissique se traduit par une pathologie de la parole plutôt que de l'acte, car elle se situe dans un registre public (familial, social).

-Disqualifications

Les manœuvres semant la confusion dans l'esprit de l'autre relèvent d'un registre de disqualifications des sensations, des émotions et de la pensée de l'autre. Elles apparaissent volontiers par l'omission de qualification, la flatterie dans le but de contrôler, l'induction décrite par Eiguer : la victime se laisse abuser parce qu'elle se trouve dans une situation de faiblesse, de fragilité que le pervers narcissique perçoit.

Les disqualifications peuvent aussi être inadaptées au contexte, toucher à la vie privée.

-Communication paradoxale

Il y a peu de communication directe. Le langage est à base de sous-entendus, de communication non-verbale : soupirs, haussements d'épaules..., d'allusions déstabilisantes, de dérision ; exerçant alors un déni du reproche. La discussion est alors impossible.

La voix est sans tonalité affective, monocorde ; les propos sont agressifs mais dit sur un ton normal, ainsi l'autre cherche ce qu'il a dit ou fait de mal ou s'énerve seul et n'échappe alors pas à la culpabilité.

Il peut aussi utiliser un langage technique, dogmatique entraînant une incompréhension de la victime.

Il cherche aussi à ridiculiser sa victime devant les autres.

Enfin il peut employer des messages paradoxaux entraînant la confusion de sa victime, ils bloquent la communication ainsi que les actes, pensées, sentiments et la perception de la réalité de la victime.

Au final, tout ceci aboutit à l'affaiblissement et la perte de la réalité par la victime, le « décervelage » d'après Racamier.

Il est important de nuancer cette description. En effet il existe des situations dans lesquelles un harceleur est clairement identifié. On peut alors parfois retrouver à l'interrogatoire les éléments décrits ci-dessus signant les caractéristiques du pervers narcissique. Cependant ces situations ne semblent pas être les plus fréquentes. Bien souvent l'environnement de travail, avec ses changements organisationnels, entre en compte et le harceleur peut lui-même être victime de tensions importantes qu'il relaie alors à d'autres, sans pour autant avoir les caractères du pervers narcissique.

b) La triple origine : victime/ harceleur/ organisation de travail. L'approche organisationnelle.

*** Organisation de travail**

- Historique

. Organisation du travail

Le taylorisme a longtemps dominé l'organisation de la société industrielle du travail. Ses bases ont été fondées par un ingénieur américain Frederick Winslow Taylor (1856- 1915),

elles constituaient en une organisation scientifique du travail. Les employés avaient alors des prescriptions précises de travail. Cette organisation concernait une production de masse de produits standardisés pour des marchés de premier équipement, dans un contexte de découverte de la consommation par le grand public.

Actuellement, la situation est celle d'un marché de rééquipement visant des clients avertis, dans une situation de concurrence exacerbée (Davezies, 2004).

. Considération de la souffrance au travail

A la fin des années trente, le courant des Relations Humaines avait mis l'accent sur les dimensions relationnelles et affectives à l'origine des difficultés au travail sans remettre en cause l'organisation taylorienne du travail.

Dans les années soixante-dix, les préoccupations concernant les conditions et l'organisation du travail ont émergé et le taylorisme a été critiqué et revu.

Actuellement l'organisation du travail et le marché du travail ont fortement changé. Mais les réponses actuelles du management se trouvent dans les groupes de parole, cellules d'écoute et autre « numéro vert ». Ces réponses s'inscrivent donc dans une considération individuelle de la souffrance au travail et protègent l'organisation du travail. En effet, les ressources sont déjà présentes avec les collègues, la hiérarchie, les délégués du personnel, les services de santé au travail et les services sociaux. La mise en place d'autres dispositifs tels que ceux cités ci-dessus peut donc pallier l'absence de remise en question d'aspects organisationnels (Davezies, 2007).

- Environnement de travail

Les prédicteurs les plus importants de situations de harcèlement moral au travail consisteraient en des propriétés de l'environnement de travail ; tels qu'un climat social négatif, une communication sociale inefficace et une mauvaise organisation du travail. La plupart des auteurs ont souligné le rôle crucial des facteurs environnementaux dans le développement du harcèlement moral ; les caractéristiques individuelles des personnes

impliquées dans cette relation pathologique étaient généralement considérées comme des modificateurs du processus de harcèlement moral (Bowling, Beehr, 2006 ; Mościcka, Drabek, 2010).

De plus une étude a montré que des conditions pathogènes d'organisation du travail contribuaient de manière indépendante à l'expérience de la détresse psychologique (Marchand et al, 2005).

- Facteurs de risques organisationnels

. Intensification du travail

Les mesures de libéralisation émergentes depuis la fin des années 70 et l'exacerbation de la concurrence ont conduit à une course à la réduction des coûts et à l'accélération de la production. La pression accrue sur les gestionnaires est relayée aux travailleurs. Cette pression peut alors se cristalliser sur des conflits interpersonnels et créer des situations de conflits voire de harcèlement moral.

De plus, les performances demandées sont accrues en termes de profit de production et financier, et non en termes d'amélioration de qualité de travail.

Ainsi une enquête de l'INSEE a présenté que 40% des employés ressentaient un sentiment d'exploitation au travail. Ce sentiment était ressenti par 30% des cadres supérieurs (Chenu A, 2002).

Lors de notre étude, plusieurs personnes ont expliqué que leurs difficultés avaient débuté suite à des changements de directions avec des logiques d'objectifs qui devenaient alors envahissantes.

. Informatisation et développement des technologies

L'informatisation a permis d'enregistrer et de surveiller l'activité ou la non-activité des salariés. Cela a entraîné une individualisation des performances et un délitement des solidarités.

. Développement des systèmes d'évaluation individuelle

Les évaluations individuelles avec des objectifs chiffrés ont altéré le collectif (Dejours, 2003).

. Précarisation de l'emploi

Le contexte économique dans la majorité des pays industrialisés, avec le ralentissement économique, la montée du chômage, a entraîné une situation et un ressenti d'insécurité pour de nombreux employés.

Les travailleurs ont pu accepter alors de se plier à des conditions de travail difficiles voire précaires pour conserver leur travail. Ainsi certaines méthodes se sont développées comme le renouvellement de Contrat à Durée Déterminé au-delà des durées légales.

La précarisation de l'emploi a entraîné dans plusieurs secteurs professionnels une division des salariés en deux classes : les « permanents » et « les précaires ». (Leclerc, 2005) « Les précaires » étant représentés par les employés en sous-traitance, en intérim etc.

Cette division peut entraîner des conflits sur les modes de travail (Vézina, Dussault, 2005). « Les précaires » peuvent connaître des difficultés d'intégration et des attributions de tâches pénibles ou inférieures à leur qualification.

Ces différents facteurs ont entraîné une mise à mal du collectif de travail et de la solidarité entre les travailleurs et ont facilité la cristallisation de situations de harcèlement moral au travail. L'affaiblissement du facteur protecteur soutien social contribue aussi à majorer le ressenti de souffrance au travail des travailleurs.

. Faiblesse de l'autorité hiérarchique

L'autorité hiérarchique se positionne en retrait actuellement. On constate un courant d'autonomisation et de responsabilisation des salariés. Cela crée un pouvoir parallèle avec l'émergence de clans et de situations d'abus de pouvoir et de conflit au sein des équipes de travail sous tension. Ces situations sont le terreau du harcèlement moral au travail.

Cette position de la hiérarchie semble découler de l'incapacité croissante à prescrire le travail.

. Banalisation/ négation du harcèlement moral

Enfin lorsque des situations de harcèlement moral se concrétisent sur un lieu de travail, celle-ci sont souvent banalisées, voire niées. La direction reconnaît rarement la situation ou la réinterprète comme de simples maladresses.

La souffrance de la victime n'est alors pas reconnue.

*** La victime**

- Profil de personnalité

Une étude de Glaso et al. sur 72 victimes de harcèlement moral au travail a montré en 2007 que la majorité, environ les deux tiers, des victimes avait un profil de dimensions de personnalité dans les normes habituelles.

Cependant un tiers présentait des niveaux de névrosisme plus élevés et semblait être moins agréable, consciencieux et extraverti que les non-victimes. Un névrosisme élevé a également été trouvé dans d'autres études (Mościcka, Drabek, 2010 ; Brousse, 2008 ; Rodwell et al, 2011). Une étude de Mikkelsen et Einarsen a trouvé une association entre l'exposition à des comportements de harcèlement, l'augmentation des plaintes de souffrance psychique, de troubles psychosomatiques et un niveau élevé de névrosisme. Le névrosisme semblait être un facteur aggravant de la relation entre le harcèlement moral et la souffrance psychique consécutive. Bien que n'étant pas directement lié à l'exposition rapportée à des comportements

de harcèlement, le sentiment d'efficacité personnelle semblait agir comme un modérateur de la relation entre l'exposition à des actes de harcèlement et des plaintes de souffrance psychique (Mikkelsen, Einarsen, 2002).

Dans l'étude de Glaso et al. l'instabilité émotionnelle et l'introversion semblaient aussi être associées à l'exposition au harcèlement moral au travail.

Parmi les facteurs de risque individuels du harcèlement moral ont également été relevés : un faible niveau d'affirmation de soi, le manque de compétences sociales, l'inefficacité face à des situations difficiles, l'anxiété trait, l'hostilité et l'agressivité (Mościcka, Drabek, 2010).

Des caractéristiques plus catégorielles telles que des traits passifs-agressifs ont également été relevés dans une étude italienne, ceux-ci peuvent faciliter les réactions agressives (Girardi et al. 2007).

La personnalité semble être un facteur à ne pas négliger, notamment dans la prévention du harcèlement moral au travail, bien que les critères organisationnels soient des facteurs bien plus importants et à la source même des difficultés ressenties par les victimes (Glaso et al. 2007).

- Prévalence chez les plus de 45 ans, lien avec les changements organisationnels

Les études épidémiologiques ont montré une prévalence de l'exposition au harcèlement moral au travail majorée chez les personnes âgées de 45 ans. Ces personnes ont vécu de plein fouet les modifications organisationnelles, et donc les changements au quotidien de leur façon de travailler voire leur éthique. Ainsi un conseiller clientèle d'une banque a pu voir son poste se transformer en vente avec des objectifs, des mobilités régulières, des consignes de « ne pas s'attacher » au client. Un fonctionnaire chez France télécom avec une éthique de service public a pu être muté sur une plateforme téléphonique pour répondre aux gens mécontents.

- Rôle de la victimisation ?

Il semblerait que l'exposition persistante à des comportements de harcèlement moral en milieu de travail ait des effets nocifs considérables sur la santé de la cible indépendamment du fait

que l'expérience soit étiquetée comme du harcèlement par la victime (Vie, Glasø, Einarsen, 2011).

De plus dans l'étude accompagnant la validation du test NAQ-R, l'association entre l'exposition à des comportements de harcèlement moral au travail et le fait de s'étiqueter victime de harcèlement moral était significative (Einarsen, Hoel, Notelaers, 2009).

*** Le harceleur**

Peu d'études ont été réalisées sur les harceleurs et leurs caractéristiques, tant sur le plan sociodémographique que clinique. Dans les études existantes, les harceleurs étaient majoritairement des hommes, et appartenaient à la catégorie des managers ou supérieurs hiérarchiques (Zapf, Einarsen, 2003 ; Zapf et al, 2003). Ils avaient une estime de soi plus élevée mais aussi plus instable. Ils avaient des réactions plus agressives (Matthiesen , Einarsen, 2007) , ainsi qu'un manque de compétences sociales.

Pour ce qui est des dimensions de personnalité, les employés rapportaient significativement plus d'expositions à des actes de harcèlement moral au travail lorsque leurs patrons avaient des dimensions basse de caractère consciencieux et élevée de névrosisme (Mathisen et al, 2011).

Cependant le harceleur pouvait lui-même se sentir fréquemment harcelé (Aquino, Lamertz, 2004), suite aux attitudes négatives en réponse.

Finalement ce sera souvent la perception d'une organisation injuste qui entraînera et autorisera des actes négatifs.

La question organisationnelle reste donc la première question en amont du harcèlement moral et de ses conséquences. Sa forte judiciarisation nous montre hélas l'impasse du dialogue social actuelle à ce sujet. Elle reste pourtant primordiale. Pour le bien-être au travail, il faut d'abord pouvoir bien faire son travail.

6) Prévention

a) Dispositions juridiques

*** Accord interprofessionnel sur la prévention du stress en milieu professionnel**

Signé en 2008, cet Accord a reconnu l'existence de risques psycho-sociaux au travail et leurs conséquences en termes de stress et de santé mentale. Le deuxième plan santé-travail de 2010-2014 a entre autre pour objectif la prévention du stress en milieu professionnel.

*** Accord national interprofessionnel sur la prévention du harcèlement et des violences au travail**

Cet Accord, signé le 26 mars 2010, a imposé, aux entreprises de plus de 20 salariés, une prise en compte globale et effective de la prévention du harcèlement moral au travail, dans leur règlement intérieur. Il a permis de transposer en France l'accord européen du 15 décembre 2006.

*** Obligation de santé et de sécurité de l'employeur**

D'après l'article L4121-1 ; « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;
- 2° Des actions d'information et de formation ;
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

L'employeur doit aussi prendre « toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les agissements de harcèlement moral » article L. 1152-4, du Code du travail.

b) La voie informative

*** Formation des professionnels (domaine social et médical)**

La formation des professionnels est essentielle pour les managers, DRH, les éventuels référents : membres du CHSCT, délégués du personnel etc.

*** Informations de la population ciblée**

Les démarches de prévention sont donc obligatoires à mettre en place pour l'employeur.

Dans les entreprises de 20 employés et plus, les dispositions relatives à l'interdiction de toute pratique de harcèlement moral doivent figurer dans le règlement intérieur. Ces dispositions doivent être affichées sur le lieu de travail.

L'information peut consister aussi en la diffusion de documents définissant le harcèlement moral au travail, informant les membres du personnel de leurs droits, de leurs responsabilités, des lieux d'accueil et de traitement des plaintes, ainsi que l'engagement de l'employeur à le prévenir et le prohiber.

L'identification d'une personne ou d'un dispositif ressource est aussi nécessaire. Cela est plus aisé dans les grandes entreprises. Dans les entreprises de plus de 50 employés un CHSCT (Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail) est obligatoire. Ses membres peuvent en être les référents. Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un expert...), d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement.

Le référent peut également être le Directeur des Ressources Humaines (DRH), le délégué du personnel, un syndicat, s'il en existe.

La plupart du temps, ces plans de prévention incluent la rédaction d'une charte, un dispositif d'écoute informel, une procédure pour le règlement des cas laissant présumer l'existence d'un harcèlement, et la formation des salariés.

Les plans de prévention peuvent en outre être indiqués dans le Document Unique. Ce document est imposé depuis 2001 par le Code du travail et contient l'inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise. Article R. 230-1. « L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder (...) ».

Mais ce qui est possible dans de grandes entreprises ne l'est pas aussi facilement dans des petites entreprises familiales, et encore moins dans des grandes administrations publiques.

De toute façon, l'absence d'indications et de préconisations précises dans le texte de loi rend cette démarche longue et laborieuse.

Les activités d'information sont généralement combinées avec les mécanismes de traitement des plaintes se fondant sur deux procédures complémentaires : une procédure de médiation qui vise un règlement à l'amiable et une procédure d'enquête formelle qui s'inscrit dans une perspective administrative ou juridique.

c) La voie informelle de la médiation et du soutien psychologique (Leclerc, 2005)

Il est difficile pour les victimes d'interpeller directement leur agresseur ainsi que de se plaindre publiquement. L'intervention d'une tierce personne ou médiateur peut alors avoir sa place.

La médiation est un processus par lequel un tiers impartial réunit les parties concernées dans un conflit, en vue de les aider à cerner leurs intérêts et besoins respectifs, à mieux se faire comprendre et à s'entendre sur des solutions mutuellement acceptables.

Quelques conditions semblent nécessaires à l'accomplissement de ce processus :

- la médiation doit être un moyen facilement accessible, son but étant notamment d'éviter l'envenimement des situations de conflit
- le médiateur est choisi d'un commun accord entre les parties
- ce processus doit être strictement confidentiel, et réalisé par une personne requérant des compétences dans les relations d'aide et d'écoute
- enfin le médiateur doit pouvoir jouir d'une position d'indépendance vis-à-vis de l'entreprise

Cependant le risque de la médiation est de considérer, de par sa nature même, le harcèlement moral comme une seule conséquence de relation interpersonnelle dysfonctionnelle et donc de valider des problèmes d'organisation au travail au sein de l'entreprise. Il est donc préférable que ce lieu soit séparé des lieux organisationnels.

d) La voie formelle, administrative ou juridique

*** L'enquête administrative**

Le recours à l'enquête administrative constitue un mode plus formel de règlement de conflit. C'est une procédure officielle réalisée dans le but de vérifier ou de réunir des éléments de preuve, de comprendre les faits et de faire des recommandations à l'employeur. Elle est généralement menée par un comité d'éthique formé d'un président et d'assesseurs qui, dans un esprit de juste représentation, proviennent respectivement des catégories du personnel de la partie plaignante et de la partie mise en cause. Elle doit être réalisée par une instance indépendante.

L'efficacité d'une enquête repose sur une réaction appropriée de l'employeur lorsqu'un problème est porté à son attention, mais aussi sur l'application de mesures préventives, correctives, réparatrices ou disciplinaires si nécessaire. Lorsque des sanctions s'imposent, elles doivent être calibrées en fonction de la gravité de la situation (avertissement porté au dossier, suspension, mutation de la personne reconnue fautive, amendes, congédiement...).

*** La voie juridique**

La voie juridique a déjà été expliquée dans la partie 4.

Pratiquement, la question de la preuve est au sein de la problématique de harcèlement.

Le salarié peut produire des copies de notes de services, de lettres, de mails, des attestations de salariés, de clients. Il peut également tenir un journal comportant des dates et des descriptions précises des faits qu'il considère comme du harcèlement.

Compte tenu de la difficulté d'apporter des preuves, les juges ont prévu que le salarié ne soit tenu que d'établir « les faits qui permettent de faire présumer l'existence d'un harcèlement » article L.1154-1.

Lorsque les juges du fond (Conseil des Prud'hommes ou de la Cour d'appel) considèrent que les faits établis sont de nature à faire présumer l'existence d'un harcèlement ils examinent alors les éléments produits par l'employeur. Celui-ci peut éventuellement amener des éléments objectifs justifiant les mesures prises par une situation économique par exemple.

L'organisation syndicale représentative dans l'entreprise peut engager à la place de la victime et avec son accord écrit une action devant le conseil des prud'hommes. Elle peut aussi se porter partie civile devant le juge pénal.

En cas de sanctions juridiques, on peut observer une possibilité de réintégration, une annulation de sanctions administratives, la réparation d'un préjudice moral, des sanctions pénales (voir partie 4), une reconnaissance par la CPAM en maladie professionnelle ou en accident de travail ainsi que la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur (ce qui permet un déplafonnement de la rente en cas d'invalidité).

7) Prise en charge des patients harcelés

La première démarche à accomplir pour les victimes est de sortir de l'isolement et d'exprimer leurs difficultés, leurs émotions à leurs proches, au médecin du travail, voire au médecin généraliste plus ou moins au psychiatre selon les conséquences cliniques. Il est important que la victime puisse aussi faire état de ses difficultés au niveau de l'entreprise ; par le biais du

CHSCT s'il en existe et/ou aux délégués du personnel. L'inspecteur du travail peut être aussi un interlocuteur.

Par ailleurs, peu de structures sont prévues pour l'accueil des personnes en souffrance psychique liée au travail.

Il existe quelques consultations de souffrance au travail, une vingtaine sur toute la France dont une grande partie intriquée dans les consultations de pathologies professionnelles générales. Les associations constituées pour l'essentiel de bénévoles ont été submergées par la démesure de la demande et certaines ont dû mettre la clef sous la porte.

Il pourrait être utile de développer des cellules d'écoute à propos de la souffrance au travail indépendantes des entreprises ou bien des consultations spécialisées dans les centres de médecine du travail. Cela permettrait une écoute et une reconnaissance de la souffrance, et aussi d'identifier les cas qui relèvent vraiment du harcèlement et d'éviter ainsi les procédures abusives.

a) Prise en charge au niveau de l'entreprise

Il existe un dispositif, Psy France, de consultations psychologiques prises en charge par l'entreprise.

De plus, Au niveau de l'entreprise, le développement de temps dédiés où les salariés pourraient prendre la parole, faire état de leurs difficultés et faire des suggestions serait utile.

L'encadrement devrait alors être dans la possibilité d'être à l'écoute des difficultés et les traduire en termes de management.

b) Psychothérapie (Davezies, 2008)

L'individualisation du conflit est une approche qui reste courante. Elle consiste à aborder le problème sous l'angle unique du conflit interpersonnel et de focaliser sur les dimensions affectives.

L'assistance à l'élaboration par le moyen de la recontextualisation semble plus adaptée. Il est alors important d'aider la personne à localiser les différents événements en temps et en lieu, d'objectiver les conflits et leurs enjeux. Cela lui permet d'apaiser la souffrance et la culpabilité qui accompagne les difficultés. Elle peut ainsi se décentrer du conflit, reprendre sa vie quotidienne et réenvisager son avenir professionnel.

Au total, le harcèlement moral est un processus complexe. Il mêle les individualités, leurs caractéristiques, ainsi que toute l'organisation du travail qui les entoure. L'évolution sociétale avec les logiques de productivité mais aussi le contexte de crise économique favorisent la cristallisation de conflit de ce type. Les conséquences cliniques psychiatriques sont fréquentes et importantes, et donc à prendre en charge. De plus le harcèlement moral, bien que ne consistant pas à proprement parler en un événement traumatisant, semble favoriser fortement le développement de tableau de stress post-traumatique. Notre travail s'inscrit donc dans un objectif de description clinique mais aussi psychopathologique des victimes et des processus subis.

II- Etude

Dans cette partie, nous présentons l'étude qui a été menée à partir de deux associations de médecine du travail de Tours et des Urgences psychiatriques du CHU de Tours. L'étude est descriptive et rétrospective.

Nous exposons dans un premier temps les objectifs et hypothèses de l'étude, puis la méthode appliquée pour réaliser l'étude et enfin les analyses statistiques et résultats que nous discutons dans la dernière partie.

1) Objectifs de l'étude

Le principal objectif de l'étude était d'établir un profil clinique des victimes de souffrance au travail ayant subi une situation de harcèlement moral recrutées dans l'étude.

Nous avons cherché à évaluer les conséquences cliniques sur le plan de la symptomatologie anxieuse, dépressive, et d'un éventuel PTSD secondaire à la situation de harcèlement moral au travail.

Nous avons aussi cherché un lien entre les antécédents de multiplicité d'événements stressants et la survenue de manifestation clinique secondaire.

La recherche d'un PTSD était intéressante notamment par le caractère chronique de la situation déclenchante.

Nous avons cherché des liens entre le type de harcèlement subi (person-related ou interpersonnel, work-related ou lié au travail, cf échelle NAQ-R), sa fréquence et les conséquences cliniques.

Nous avons aussi cherché à évaluer un éventuel profil de personnalité résurgent chez les victimes de harcèlement moral au travail.

Il était aussi intéressant de rechercher une association entre des scores de dimensions de personnalité élevés ou bas et la fréquence des actes de harcèlement d'une part et le type de harcèlement d'autre part.

2) Matériels et méthode

a) Population étudiée

Les patients ont été recrutés via la participation des médecins du travail de deux associations tourangelles : l'AIMT 37 et le SIPST de Tours et des médecins des urgences psychiatriques.

Le recrutement a eu lieu sur une période de 8 mois, d'octobre 2011 à mai 2012.

Il leur a été demandé de recenser leurs patients qui, selon eux, étaient ou avaient été dans une problématique de souffrance au travail de type harcèlement moral au travail.

Le diagnostic de souffrance au travail faisait référence à la définition de Philippe Davezies : « La souffrance au travail se manifeste sous la forme d'une plainte extrêmement individualisée qui mêle anxiété, colère, sentiment d'isolement, vécu d'indignité. » « Cette souffrance se caractérise par un sentiment d'incompréhension. » La personne « exprime ses difficultés sur le mode du conflit interpersonnel. ».

Pour le harcèlement moral, on s'est référé à la définition de Leymann, retenue par les auteurs du Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) (Einarsen et al. 2009); l'échelle évaluant le harcèlement moral au travail utilisée dans l'étude: le harcèlement moral est « un enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles, exprimés et manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne ».

Les critères d'inclusion des patients étaient : patient âgé de 18 à 65 ans, vécu de harcèlement moral au travail durant au moins six mois, situation de harcèlement moral au travail datant de moins de deux ans.

On a recruté au total 33 patients répondant aux critères. Aucun patient n'a été exclu.

b) Echelles utilisées

Cinq questionnaires ont été utilisés (Annexe 1):

*** Un questionnaire sociodémographique adapté du Questionnaire Anamnésique Expérimental**

Un questionnaire sociodémographique a été adapté du questionnaire anamnésique expérimental de Guelfi J.D (Guelfi et al. 1999). Des questions sur la situation professionnelle au moment des difficultés au travail ont été ajoutées (ancienneté, nombre d'employés, classe, secteur) ainsi que sur les antécédents médicaux-chirurgicaux, psychiatriques personnels, la consommation de psychotropes et les antécédents psychiatriques familiaux. Un tableau a aussi été intégré recensant d'éventuels antécédents d'événements stressants ; au sens d'évènements de vie importants entraînant des mécanismes de réponses dont des émotions, positives ou négatives. Si ces évènements sont nombreux, ils peuvent prédisposer des états de stress post-traumatiques.

*** Une échelle validée de mesure des comportements négatifs de harcèlement moral sur le lieu de travail : la version française du Negative Acts Revised Questionnaire-Revised (NAQ-R)**

Le NAQ-R est un instrument conçu pour mesurer l'exposition aux comportements de harcèlement moral au travail (Einarsen et al, 2009).

Après une analyse des données basées sur un échantillon hétérogène de 5288 employés au Royaume-Uni, les résultats montrent que l'instrument en 22 points a une grande stabilité interne.

Il peut mesurer trois facteurs sous-jacents:

- le harcèlement lié au travail: item 1, 3, 14, 16, 18, 19, 21

- le harcèlement interpersonnel : item 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20

- les formes d'intimidation physique : item 8, 9, 22.

Le NAQ-R peut également être utilisé pour mesurer un seul facteur : l'exposition au harcèlement moral en général sur le lieu de travail.

La validité de critère a été explorée en rapportant les scores du NAQ-R à un item concernant la perception par le sujet d'être victime de harcèlement moral (item 23), en montrant des corrélations élevées à la fois sur la globalité du NAQ-R et sur les scores des trois facteurs.

Une étude récente de Notelaers et Einarsen (2012) a permis de définir des « Cutoff », c'est-à-dire des scores seuils définissant le fait d'être ou non victimes de harcèlement moral au travail. Ainsi, les sujets avec un score inférieur à 33 ne sont pas victimes de harcèlement moral, les sujets ayant un score compris entre 33 et 45 peuvent être considérés comme occasionnellement harcelés, et les sujets qui obtiennent un score supérieur à 45 peuvent être considérés comme des victimes de harcèlement moral fréquent en milieu de travail.

Ce test a été traduit et validé dans plusieurs pays dont la France, l'Italie, l'Espagne, le Japon. Il a été utilisé dans 40 pays différents.

Il est adapté à notre étude car il est court, compréhensible et adapté à l'auto-passation.

*** Une échelle de personnalité : le Big Five Inventory français (BFI-Fr)**

Pour rappel, la personnalité est définie comme le résultat, chez un sujet donné, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles. L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité, à savoir les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. L'unité fonctionnelle intégrative que constitue la personnalité présente deux autres caractéristiques : elle est à la fois stable et unique. L'étude des personnalités s'est surtout appuyée sur deux approches :

-l'approche dimensionnelle, qui consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de traits de personnalité (dimensions) plus ou moins marqués ;

-l'approche catégorielle, qui consiste à définir plusieurs types de personnalités pathologiques à l'aide de critères précis et à rechercher si un sujet donné présente ou non les critères d'un ou plusieurs types. Il existe actuellement dix troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM4.

Il est plus approprié de décrire une personnalité venant de la population générale par l'approche dimensionnelle.

L'unité la plus fréquemment utilisée pour mesurer les différences individuelles a été le trait. Un consensus semble se dégager actuellement autour du modèle du « Big Five », expression introduite par Goldberg, regroupant cinq facteurs de la personnalité. Les « Big Five » retrouvés à partir d'analyses factorielles peuvent se résumer en cinq facteurs répliquables connus sous le nom de OCEAN ou CANOE de la personnalité, moyen mnémotechnique pour E (Extraversion, Énergie, Enthousiasme) ; A (Agréabilité, Altruisme, Affection) ; C (Conscience, Contrôle, Contrainte) ; N (Émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité) ; O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit), ordre établi par les auteurs du BFI. La structure des « Big Five » regroupe à un haut niveau d'abstraction les points communs de la plupart des systèmes existant sur la description de la personnalité et met à disposition un modèle descriptif intégré pour des recherches sur la personnalité. Une échelle a été adaptée de ce modèle : le Big Five Inventory (John et al, 1991). Cette échelle a été traduite et validée en version française par Plaisant et al. en 2009 ; le Big Five Inventory français (BFI-Fr).

Le BFI-Fr est un auto-questionnaire structuré comprenant 45 items. Pour chaque item le sujet doit évaluer à quel point il approuve ou désapprouve l'affirmation énoncée dans l'item. Chaque item est ainsi coté de 1 (« désapprouve fortement ») à 5 (« approuve fortement »).

La cotation s'effectue par la moyenne des cotations aux items de chacune des cinq dimensions.

Dans la population recrutée dans l'étude de Plaisant et al. considérée comme représentative de la population générale (2499 étudiants), les femmes présentaient des scores plus élevés dans toutes les dimensions sauf l'extraversion.

Enfin dans une étude antérieure (Plaisant et al. 2005), les dimensions ont été recherchées chez des patients présentant des troubles anxieux, des épisodes dépressifs majeurs (EDM) et des troubles addictifs.

Dans les troubles anxieux le névrosisme était plus élevé que la moyenne, le caractère consciencieux et l'extraversion plus bas.

Les patients présentant une dépression majeure avaient des scores élevés de névrosisme et des scores abaissés de caractère consciencieux et plus modérément d'extraversion.

Enfin dans les troubles addictifs le névrosisme et l'ouverture d'esprit étaient plus élevés, l'agréabilité et le caractère consciencieux beaucoup plus bas.

Ces résultats concordaient avec des études antérieures.

*** Une échelle d'évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive : l'échelle d'anxiété-dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)**

L'échelle HAD (Hospital and Anxiety Depression Scale) de Zigmond et Snaith (1983) traduite par Lepine et al. (1985, 1986) a été intégrée. Cette échelle a été conçue initialement pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle a fait l'objet par la suite de travaux sur différentes populations cliniques.

Elle consiste en un auto-questionnaire structuré de 14 items comportant deux sous échelles, une évaluant l'anxiété, l'autre la dépression.

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 selon l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.

Pour les deux sous-échelles, des valeurs seuils ont été déterminées :

-un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas

-un score entre 8 et 10 = cas douteux ou possible

-un score supérieur ou égal à 11 = cas certain

Il faut rappeler que si cette échelle permet une évaluation dimensionnelle de la symptomatologie dépressive ou anxieuse, elle ne permet pas de faire un diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de trouble anxieux au sens DSM4-TR.

Ce choix a été fait car elle permet l'auto-passation et reste adaptée à des personnes non-hospitalisées et venant de la population générale. De plus elle est simple d'utilisation et regroupe l'évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, elle permet d'alléger le nombre de questionnaires pour les patients recrutés.

*** Une échelle d'évaluation du Stress Post Traumatique (QSPT) adaptée à la situation de travail**

Ce questionnaire de Watson et al. (1991) relève 17 symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique (PTSD en anglais). Nous avons utilisé la version française traduite par Brunet (1995), validée par Jehel et al.(1999) et adaptée à la situation de travail.

Ces symptômes recouvrent

-les symptômes de répétition : item 1 à 4

-les symptômes liés aux évitements en lien avec le ou les évènements : item 5 à 12

- les symptômes d'activation neuro-végétative (troubles du sommeil, de l'humeur, de la vigilance) : item 13 à 17

Les symptômes sont pris en compte s'ils durent au moins un mois, et on vérifie s'ils sont toujours présents au moment de la passation.

Par ailleurs il faut prendre en compte au moment de la passation l'existence d'une souffrance morale et la répercussion sur le fonctionnement quotidien.

Le questionnaire peut être utilisé pour évaluer chaque dimension ; une dimension est remplie si elle remplit un critère pour la première, trois critères pour la deuxième, deux critères pour la troisième.

L'utilisation globale de l'échelle fixe le seuil pathologique à 51 si l'on fait la somme des codes associés aux réponses. Pour qu'un symptôme soit considéré comme présent la réponse doit être au moins de 3, soit « parfois » ou plus à la réponse.

c) Procédure

*** Phase 1**

Les données ont été récoltées via l'utilisation des questionnaires évoqués ci-dessus.

Deux modes pratiques de recrutement des patients étaient définis :

- Une lettre de présentation du projet de thèse (Annexe 2) était transmise par le médecin aux patients concernés lors de ses consultations. Si le patient l'acceptait, ses coordonnées (adresse mail, numéro de téléphone) nous étaient transmises.
- Le médecin du travail contactait par téléphone ses patients. Il leur exposait rapidement l'objet de la thèse et leur demandait l'autorisation de nous transmettre leurs coordonnées.

Les patients ont été contactés par téléphone. L'étude leur a été présentée de façon synthétique, ainsi que ses objectifs et son mode de réalisation. Il a été précisé à chaque patient que son anonymat serait préservé, que les données seraient confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de l'étude. Nous demandions ensuite au patient s'il acceptait de participer à l'étude et de remplir les questionnaires, lors d'un entretien ou par envoi papier.

Nous avons obtenu les coordonnées de 41 patients. Trente-six ont pu être contactés. Trois ont refusé de participer à l'étude. Pour ces trois personnes la situation était trop récente et ils disaient ressentir encore trop d'émotions négatives pour pouvoir participer à l'étude.

*** Phase 2**

Après l'acceptation par contact téléphonique, trois voies ont été utilisées pour le recueil des données via le remplissage des questionnaires.

- l'entretien en face à face de préférence ; à l'hôpital pour 21 patients, au domicile du patient lorsque ceux-ci ne pouvaient pas se déplacer pour 4 patients
- l'entretien téléphonique ; à la demande de 2 patients, pour lesquels cette voie était plus confortable

- l'envoi des questionnaires par voie postale avec auto-passation à domicile, pour 6 patients.

Les entretiens en face à face ou téléphoniques duraient en moyenne 1h30min.

d) Traitement des données

*** Analyse descriptive**

L'étude réalisée sur un seul groupe de patients de 33 patients est descriptive et rétrospective.

- Les caractéristiques socio-démographiques ont été analysées par moyenne +/- écart-type ; minimum-maximum pour les valeurs quantitatives et par nombre et pourcentage, n ; (%), pour les valeurs qualitatives, et référencées dans le tableau 1.

- L'analyse est identique pour les caractéristiques socio-professionnelles et référencées dans le tableau 2.

- En ce qui concerne le questionnaire NAQ-R, les sous-scores des trois variables de type de harcèlement ont été relevés ; le harcèlement de type interpersonnel (NAQpr), le harcèlement dépendant du travail (NAQwr) et les formes d'intimidation physique (NAQpi). Le score total (NAQtotal) a permis de définir les victimes de harcèlement moral occasionnel ; score entre 33 et 45, et les victimes de harcèlement moral fréquent ; score supérieur à 45.

- Pour le questionnaire HAD, il existe deux sous scores ; le score rapporté aux symptômes d'anxiété (HADanx) et le score rapporté aux symptômes de dépression (HADdep). Nous avons aussi relevé un score total (HADtotal).

- Le QSPT nous a permis de coter trois sous scores : le syndrome de répétition (QSPTsr), les évitements (QSPTév), l'activation neuro-végétative (QSPTactneuro). Le score total (QSPTtotal) nous a permis de définir la présence actuelle ou l'antécédent de PTSD.

- Nous avons décrit les dimensions de personnalité quantitativement et qualitativement pour chaque patient en se référant aux résultats à l'échelle BFI-FR. Qualitativement, on s'est référé à la moyenne et aux 25ème et 75ème percentiles retrouvés pour chaque dimension dans l'étude de validation de l'échelle de Plaisant et al. de 2010. Une dimension est alors considérée

dans la norme générale lorsque sa moyenne se situe entre le 25ème et le 75ème percentile, élevée si égale ou supérieure au 75ème percentile et basse si égale ou inférieure au 25ème percentile.

Les cinq dimensions décrites sont l'Extraversion (E), l'Agréabilité (A), le caractère Consciencieux (C), le Névrosisme (N) et l'Ouverture d'esprit (O). A chaque dimension correspond un sous score au BFI-FR : BFI-Extra, BFI-Agrea, BFI-Cons, BFI-Nevros, BFI-Ouv.

*** Analyse statistique**

Dans un premier temps nous avons vérifié la normalité des répartitions des variables quantitatives à l'aide du test de Shapiro. C'est un test de normalité de série d'observations d'une variable quantitative, il est valable pour des tailles n d'échantillons relativement faibles (n compris entre 5 et 38). Il a été utilisé pour les scores des nombre d'antécédents d'évènements de vie et pour les scores totaux des questionnaires QSPT, BFI-FR, NAQ-R.

- Nous avons recherché un lien entre le QSPTtotal et le nombre d'évènements de vie avec un modèle de régression linéaire univariée.

- Nous avons recherché un lien entre le NAQtotal, les différents sous scores du NAQ (NAQpr, NAQwr, NAQpi) et les différents sous scores de personnalité au BFI (BFI-FR, BFI-Extra, BFI-Agrea, BFI-Cons, BFI-Nevros, BFI-Ouv) en ajustant sur l'âge avec des modèles de régression linéaire multivariée. Nous n'avons pas réalisé d'ajustement au sexe étant donné la taille de l'échantillon (33 patients) et la faible représentation d'hommes (9 ; 27,3%).

- Nous avons recherché un lien entre le QSPTtotal et les différents sous scores de NAQ (NAQpr, NAQwr, NAQpi) en ajustant sur le score à l'HAD (HAD total) avec des modèles de régression linéaire multivariée.

- Nous avons recherché un lien entre le score de dépression et d'anxiété à l'HAD (HADdep, HADanx) et les différents sous scores de NAQ en ajustant sur le QSPTtotal avec des modèles de régression linéaire multivariée.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel R 2.15.1 (R Development Core Team, 2011).

3) Résultats

a) Description de l'échantillon

* **Caractéristiques socio-démographiques**

Les données sont résumées dans le tableau 1 ci-après.

caractéristiques socio-démographiques	n=33
âge; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	41,7 +/- 10,6; 20-60
classe d'âge; n (%)	
25- 34 ans	8 (24,2%)
35- 49 ans	18 (54,6%)
50- 65 ans	7 (21,2%)
sexe; n (%)	
homme	9 (27,3%)
femme	24 (72,7%)
statut marital; n(%)	
marié	15 (45,4%)
en couple	5 (15,2%)
divorcé	5 (15,2%)
célibataire	8 (24,2%)
nombre d'enfant; (moyenne +/- écart-type, minimum, maximum)	1,48 +/- 1,28; 0-5
nombre d'enfant; n (%)	
pas d'enfant	11 (33,3%)
1 enfant	3 (9,1%)
2 enfants	13 (39,4%)
3 enfants et plus	6 (18,2%)

1) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

- L'âge moyen de la population était de 41.7 ans, l'étendue en âge de 20 ans à 60 ans et l'écart-type de 10,6 ans.
- La population recrutée présentait une majorité de femmes, 24 femmes (72,7%) pour 9 hommes (27,3%).
- Concernant le statut marital, la majorité était en situation de couple ; 15 étaient mariés (45,4%), 5 en concubinage (15,2%). Treize étaient célibataires ou divorcés (39,4%).
- Les sujets avaient en moyenne 1.5 enfant. Onze (33,3%) n'avaient pas d'enfant, 19 (57,6%) avaient deux enfants et plus.

*** Caractéristiques socio-professionnelles**

Les données sont résumées dans le tableau 2 ci-après.

- Pour ce qui est de la formation professionnelle, 14 (43,7%) ont fait des études supérieures, 2 (6,3%) une école technique. Donc 50% avaient un niveau supérieur au baccalauréat. Dix (31,3%) avaient le niveau baccalauréat.

Cinq (15,6%) avaient un apprentissage, 1 (3,1%) n'avait pas de formation.

- Concernant la catégorie professionnelle, on a rencontré une majorité d'employés ; 23 (69,6%), 9 (27,3%) cadres et 1 seul (3,1%) ouvrier.
- Au moment des difficultés, la quasi-totalité, 32 (96,9%), était en CDI. Un seul (3,1%) en CDD.
- Sur le plan de l'ancienneté, 16 (50%) étaient dans l'entreprise depuis plus de 10 ans, 5 (15,6%) depuis plus de 5 ans, 10 (31,3%) entre 1 an et 4 ans, et 1 seul (3,1%) depuis moins d'un an.
- Les situations de harcèlement moral se sont produites dans des entreprises de plus de 200 employés pour 9 (27,3%) personnes, entre 50 et 200 employés pour 13 (39,4%), entre 10 et 49 employés pour 5 (15,1%), et de moins de 10 employés pour 6 (18,2%).
- Pour ce qui est du secteur professionnel, 8 (24,3%) travaillaient dans le commerce, 6 (18,2%) dans la fonction publique, 4 (12,1%) dans le médico-social, 3 (9,1%) dans l'énergie,

2 (6,1%) dans le secteur bancaire, 2 (6,1%) dans l'industrie chimique ou pharmaceutique, 2 (6,1%) dans la maintenance/entretien, puis 1 (3%) pour chaque secteur suivant : télécommunications, industrie textile, automobile, BTP, communication, droit/justice.

- Enfin au moment de l'entretien, 11 (34,4%) travaillaient toujours, 14 (43,8%) étaient en arrêt maladie, 1 (3,1%) en invalidité, 3 (9,4%) en inaptitude, 2 (6,2%) au chômage, 1 (3,1%) à la retraite.

Pour les 14 personnes en arrêt maladie, la durée moyenne de l'arrêt était de 12,4 mois avec un écart-type de 13.7, un minimum de 0.25 et un maximum de 48 mois.

caractéristiques socio-professionnelles	n= 33
formation professionnelle; n (%)	
pas de formation	1; (3,1%)
apprentissage	5; (15,6%)
baccalauréat	10; (31,3%)
école technique/ IUT	2; (6,3%)
études supérieures	14; (43,7%)
catégorie professionnelle; n (%)	
ouvrier	1; (3%)
employé	23; (69,7%)
cadre	9; (27,3%)
type de contrat; n (%)	
CDI	32; (96,9%)
CDD	1; (3,1%)
ancienneté; n (%)	
moins d'un an	1; (3,1%)
entre 1 an et 4 ans	10; (31,3%)
entre 5 ans et 10 ans	5; (15,6%)
plus de 10 ans	16; (50%)
nombre d'employés; n (%)	
moins de 10 employés	6; (18,2%)
entre 10 et 49 employés	5; (15,1%)
entre 50 et 200 employés	13; (39,4%)
plus de 200 employés	9; (27,3%)
secteur professionnel; n (%)	
commerce	8; (24,3%)
fonction publique	6; (18,2%)
médico-social	4; (12,1%)
énergie	3; (9,1%)

banque	2; (6,1%)
industrie chimique/ pharmaceutique	2; (6,1%)
télécommunications	1; (3%)
industrie textile	1; (3%)
automobile	1; (3%)
BTP	1; (3%)
communication	1; (3%)
maintenance entretien	2; (6,1%)
droit justice	1; (3%)

2) Caractéristiques socio-professionnelles de l'échantillon

*** Anamnèse psychiatrique**

- Quatorze patients (42,4%) avaient un suivi psychiatrique au moment de l'étude
- Dix-neuf patients (57,6%) étaient sous traitement psychotrope au moment de l'étude :
 - . Un patient avait un anti-dépresseur, un thymorégulateur et un anxiolytique
 - . Un patient avait un anti-dépresseur, un anti-psychotique et un anxiolytique
 - . Sept avaient un anti-dépresseur associé à un anxiolytique
 - . Huit avaient un anti-dépresseur seul
 - . Deux avaient un anxiolytique seul
- Quatorze patients (42,4%) ne prenaient aucun traitement au moment de l'étude.
- Neuf patients (27,3%) ont déclaré des antécédents psychiatriques personnels antérieurs au vécu de harcèlement moral. Vingt-quatre patients, soit une majorité (72,7%), n'avaient pas d'antécédent psychiatrique.
- Sept patients (21,2%) avaient pour antécédent une tentative de suicide, dont l'un d'entre eux, à deux reprises.
- Six patients (18,2%) avaient des antécédents psychiatriques familiaux de type dépression, bipolarité ou suicides.

*** Evènements de vie stressants ; évènements traumatiques**

- En ce qui concerne les antécédents d'évènement stressants, on a constaté une répartition normale du nombre d'évènements au test de Shapiro, avec une moyenne de 5,56 +/- 3,11 ; minimum de 0 et maximum de 12.

- Sept sujets (21,9%) présentaient des antécédents d'évènements traumatiques, c'est-à-dire des « évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels l'intégrité physique du sujet ou celle d'autrui a pu être menacée. » (APA, 1994),

. Trois patients ont vécu des accidents de la voie publique (AVP) avec traumatisme crânien. Parmi ces 3 patients, un sujet est resté dans le coma plusieurs jours et a eu une arthrodèse C4.C5.C6., cinq ans avant les difficultés au travail. Un patient s'est fait renversé à l'âge de 15 mois avec fractures du rocher, d'une cheville et perte d'un œil. Une patiente a subi un AVP à l'âge de 16 ans avec fracture occipitale, spondylesthesis et arrachement d'un plexus brachial

. Une patiente a subi un AVP avec arrachement du plexus brachial il y a 12 ans

. Une patiente travaillant dans un établissement bancaire a vécu 8 braquages sur son lieu de travail

. Un patient a vécu un incendie 15 ans auparavant dans lequel deux personnes sont décédées. Il avait été évacué par les pompiers.

. Enfin un patient a vécu des traumatismes de guerre dans un pays d'Amérique du Sud, dont il est originaire

*** Antécédents médicaux et chirurgicaux**

- Trois patientes (9,1%) ont présenté des troubles somatiques sans étiologie organique trouvée après des explorations et consultations spécialisées. Ces troubles ont débuté dans les suites des difficultés au travail.

. Une patiente a constaté des algies diffuses et une majoration de ses crises migraineuses. En outre elle s'automédiquait par paracétamol. Elle a relaté une

surconsommation de paracétamol, en moyenne à 4g par jour, ce qui a occasionné une cytolysé hépatique. Elle décrivait « une sensation d'apaisement associée à la prise de paracétamol. »

. Une autre patiente décrivait des troubles du transit contemporains de la situation de harcèlement moral au travail, avec des examens somatiques normaux. Nous pouvons les qualifier de TFI, Troubles Fonctionnels Intestinaux.

. Enfin une patiente a décrit des épisodes d'hypotension artérielle et un amaigrissement.

- Trois patients (9,1%) présentaient des antécédents de hernie discale, dont un à deux reprises.
- Deux patients (6,1%) présentaient des antécédents de hernie hiatale, et un d'ulcère à *Helicobacter pylori*.
- Une patiente présentait une fibromyalgie.
- Treize patients ne présentaient aucun antécédent médico-chirurgical.

b) Vécu de harcèlement moral au travail

D'après leur score NAQtotal, sur les 33 patients recrutés, 2 (6,1%) étaient occasionnellement harcelés, 31 (93,9%) étaient victimes de harcèlement moral au travail fréquent.

c) Pathologies psychiatriques observées

Les données sont résumées dans le tableau 3 ci-après.

*** Echelle HAD**

- Symptomatologie anxieuse :

Vingt et un (63,6%) des 33 patients présentaient un état anxieux certain, avec un score supérieur à 10 sur la partie relative à l'anxiété dans l'échelle HAD.

Six (18,2%) présentaient un état anxieux douteux ou possible, avec un score entre 8 et 10.

Six (18,2%) ne présentaient pas d'état anxieux, score inférieur à 8.

- Symptomatologie dépressive :

Douze (36,4%) patients présentaient un état dépressif certain.

Dix (30,3%) présentaient un état dépressif possible.

Onze (33,3%) ne présentaient pas d'état dépressif.

*** Echelle QSPT**

- Syndrome de répétition :

Le syndrome de répétition des difficultés vécues au travail était présent chez tous les patients reçus.

- Syndrome d'évitement :

Le syndrome d'évitement était présent chez tous les patients reçus.

- Activation neurovégétative :

L'activation neurovégétative était présente chez 31 (93,9%) des patients.

- Syndrome de stress post-traumatique actuel :

Huit patients (24,2%) présentaient un syndrome de stress post-traumatique actuel, au moment de l'entretien

- *Antécédent d'état de stress post-traumatique :*

Dix-neuf patients (57,6%) ne présentaient pas de syndrome de stress post-traumatique au moment de l'entretien mais présentaient un antécédent de syndrome de stress post-traumatique secondaire au harcèlement moral au travail

pathologies cliniques psychiatriques au moment de l'entretien	n= 33
échelle HAD	
état anxieux ; n (%)	
état anxieux certain	21 (63,6%)
état anxieux possible	6 (18,2%)
pas d'état anxieux	6 (18,2%)
état dépressif ; n (%)	
état dépressif certain	12 (36,4%)
état dépressif possible	10 (30,3%)
pas d'état dépressif	11 (33,3%)
échelle QSPT	
syndrome de stress post-traumatique présent	19 (57,6%)
antécédent de stress post-traumatique	8 (24,2%)

3) Pathologies psychiatriques observées dans l'échantillon

d) Dimensions de personnalité

Nous décrivons ici les résultats des scores de personnalité d'après les 25^{ème} et 75^{ème} percentiles (25% et 75%) définis dans l'étude de Plaisant et al. (2009).

Les données sont résumées dans le tableau 4, ci-après.

*** Dimension E, d'extraversion**

Quatre patients (12,1%) présentaient un score E inférieur ou égal à 25%

Quatorze patients (42,4%) présentaient un score E supérieur ou égal à 75%.

Quinze patients (45,5%) avaient un score E dans les normes, entre 25% et 75%.

*** Dimension A, d'agréabilité**

Deux patients (6%) présentaient un score A inférieur ou égal à 25%

Dix-neuf patients (57,6%) présentaient un score A supérieur ou égal à 75%.

Douze patients (36,4%) avaient un score A dans les normes, entre 25% et 75%.

*** Dimension C, de Conscience**

Deux patients (6%) présentaient un score C inférieur ou égal à 25%

Vingt-cinq patients (75,8%) présentaient un score C supérieur ou égal à 75%.

Six patients (18,2%) avaient un score C dans les normes, entre 25% et 75%.

*** Dimension N, de névrosisme**

Sept patients (21,2%) présentaient un score N inférieur ou égal à 25%

Douze patients (36,4%) présentaient un score N supérieur ou égal à 75%.

Quatorze patients (42,4%) avaient un score N dans les normes, entre 25% et 75%.

*** Dimension O, d'ouverture**

Huit patients (24,2%) présentaient un score O inférieur ou égal à 25%

Douze patients (36,4%) présentaient un score O supérieur ou égal à 75%.

Treize patients (39,4%) avaient un score O dans les normes, entre 25% et 75%.

dimensions de personnalité	n= 33
dimension d'extraversion	
score d'extraversion; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	29,1 +/- 6,5; 14- 40
classe du score; n(%)	
score ≤ 25%	4; (12,1%)
25% < score < 75%	15; (45,5%)
score ≥ 75%	14; (42,4%)
dimension d'agréabilité	
score d'agréabilité; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	42,7 +/- 4,9; 29- 50
classe du score; n(%)	
score ≤ 25%	2; (6%)
25% < score < 75%	12; (36,4%)
score ≥ 75%	19; (57,6%)
dimension de conscience	
score de conscience; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	37,6 +/- 4,8; 25- 45
classe du score; n(%)	
score ≤ 25%	2; (6%)
25% < score < 75%	6; (18,2%)
score ≥ 75%	25; (75,8%)
dimension de névrosisme	
score de névrosisme; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	25 +/- 7,6; 9- 38
classe du score; n(%)	
score ≤ 25%	7; (21,2%)
25% < score < 75%	14; (42,4%)
score ≥ 75%	12; (36,4%)
dimension d'ouverture	
score d'ouverture; (moyenne +/- écart-type; minimum- maximum)	36,3 +/- 6,2; 22- 46
classe du score; n(%)	
score ≤ 25%	8; (24,2%)
25% < score < 75%	13; (39,4%)
score ≥ 75%	12; (36,4%)

4) Scores des dimensions de personnalité dans l'échantillon

e) Recherche de corrélations

- Nous n'avons pas trouvé de lien entre le nombre d'antécédents d'évènements de vie et la survenue de PTSD.

- Des liens entre les différents scores de NAQ et les dimensions de personnalité ajustés sur l'âge ont été recherchés.

Le score total du NAQ (NAQtotal) augmentait avec la diminution du score de névrosisme ($p=0,048$).

Le score NAQtotal augmentait avec l'augmentation du score d'agréabilité ($p=0,022$).

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le score de NAQ total et les dimensions d'ouverture, de conscience et d'extraversion.

Le score du NAQ relatif aux conditions de travail (NAQwr) augmentait avec la diminution du score de névrosisme ($p=0,007$).

Le score du NAQwr augmentait avec les scores d'ouverture ($p=0,001$), d'agréabilité ($p=0,013$), de conscience ($p=0,031$).

Nous n'avons pas trouvé de lien entre NAQwr et la dimension d'extraversion.

Nous n'avons trouvé aucun lien entre le score de NAQ relatif aux relations interpersonnelles (NAQpr) et les dimensions de personnalité.

Le score du NAQ relatif aux actes d'intimidation physique (NAQpi) augmentait avec la diminution du score du caractère consciencieux ($p=0,05$).

- Des liens entre le score total de QSPT et les différents scores de NAQ ajustés sur les scores HADanx et HADdép ont été recherchés.

Le score QSPTtotal augmentait avec le score de NAQtotal ($p=0,01$).

Le score QSPTtotal augmentait avec le score de NAQpr ($p=0,01$).

Le score QSPTtotal augmentait avec le score de NAQpi ($p=0,03$).

Nous n'avons pas trouvé de lien entre le score QSPTtotal et le score de NAQwr.

- Des liens entre les scores HADanx et HAD dép et les différents scores de NAQ ajustés sur le score QSPTtotal ont été recherchés.

Nous n'avons trouvé aucun lien entre les scores HADanx et HADdép et les différents scores de NAQ.

4) Discussion

L'objectif principal de cette étude a été de dessiner le profil clinique des victimes de harcèlement moral au travail.

La prévalence de PTSD dans l'échantillon était importante, malgré le fait qu'il n'y est pas eu d'évènement traumatisant au sens DSM4-TR. Cependant la recherche de corrélations a montré que plus les actes de harcèlement étaient fréquents et de type interpersonnel, plus le risque de survenue de PTSD augmentait.

Le profil de personnalité des patients a révélé des scores de dimensions de personnalité globalement élevés, surtout pour le caractère consciencieux et l'agréabilité. De plus la fréquence des actes de harcèlement liés au mode de travail augmentait avec les scores d'ouverture d'esprit, d'agréabilité et du caractère consciencieux, et avec la diminution du score de névrosisme.

a) Commentaires de nos résultats

*** Description de l'échantillon**

- Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles

- Le profil social et professionnel des individus de notre échantillon était celui de personnes intégrées socialement et dans leur entreprise.

La population était majoritairement féminine, de classe d'âge entre 35 et 49ans. Les patients étaient le plus souvent mariés et avaient au moins un enfant. Ces caractéristiques socio-démographiques correspondent à celles des études, tant internationales que françaises (Notealers et al, 2011 ; Ortega et al, 2009 ; Niedhammer et al, 2009 ; De Gasparo, Grenier-Pezé, 2003 ; Pain, 2003). Il est aussi important de comparer ces données à celles de la population active générale ; l'âge moyen de la population active en région Centre était de 39,5ans en 2010 et la répartition en sexe sur le territoire français était de 56,5% d'hommes et 46,7% de femmes (INSEE, 2012). L'âge moyen des individus de notre échantillon était un peu plus élevé que dans la population active générale, et les femmes y étaient largement surreprésentées.

Pour ce qui de la situation professionnelle, la quasi-totalité des répondants étaient en CDI au moment des difficultés et dans l'entreprise depuis au moins 5 ans.

La majorité avait un niveau de qualification au moins du niveau baccalauréat. Ce résultat est semblable à celui de l'étude sur la cohorte de la population reçue à la consultation souffrance au travail de Nanterre (Pezé, Soula, 2002). Par contre il diffère du niveau de formation le plus fréquent chez la population de harcelés recrutée à l'AIMT 37 qui était l'apprentissage (Pain, 2003).

- Dans les secteurs les plus représentés nous retrouvions les secteurs de service, d'aide à la personne et la fonction publique. Ce sont habituellement les secteurs les plus touchés par la souffrance au travail et notamment par le burn-out (Davezies, 1992). Ce résultat correspond aussi à ceux des études françaises sur le harcèlement moral (Niedhammer et al, 2009 ; De Gasparo, Grenier-Pezé, 2003).

Il faut nuancer nos résultats concernant la taille de l'entreprise et le secteur professionnel de provenance des victimes par un biais de sélection. En effet la patientèle des médecins du travail des associations se limite aux entreprises de moins de 500 employés.

- Enfin plus de la moitié des patients recrutés étaient en arrêt-maladie. Un seul était en arrêt pour une cause autre que les conséquences du harcèlement moral. De plus la durée moyenne d'arrêt était longue ; plus de 12 mois. D'une part cela coïncide avec les données de la littérature (Ortega et al, 2011 ; Kivimaki et al, 2000), c'est-à-dire que le risque d'arrêt maladie de longue durée augmentait avec la fréquence des actes de harcèlement moral. Cependant il faut nuancer ce résultat en évoquant un possible biais de recrutement, explicité dans le chapitre sur les limites (cf. p. 101). En effet les patients recrutés par le biais des urgences psychiatriques, avaient plus probablement des conséquences cliniques et donc des arrêts-maladie.

- Evènements stressants, évènements traumatiques

- Les personnes décrivant des antécédents d'évènements traumatiques n'avaient pas présenté de tableau de PTSD suite à ceux-ci (éléments recherchés lors des entretiens).

La personne ayant vécu des traumatismes de guerre avait un PTSD au moment de l'entretien secondaire à la situation de harcèlement moral. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les évènements antérieurs l'ont sensibilisé et que le tableau de PTSD s'est alors déclenché suite au harcèlement moral au travail. De plus cette personne était dans une relation duelle avec son harceleur, sans autre collègue. Le facteur protecteur de soutien social au travail était alors totalement absent, ce qui a probablement facilité la survenue du PTSD.

- Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le nombre d'évènements stressants et le développement d'un PTSD dans notre échantillon. La multiplicité d'antécédents d'évènements stressants n'a donc pas favorisé le développement de PTSD. Les PTSD détectés seraient donc secondaires à la situation de travail en particulier. Nous pouvons donc supposer que la situation de harcèlement moral au travail a valeur traumatique dans notre échantillon.

- Anamnèse psychiatrique

Plus de la moitié des patients étaient sous traitement psychotrope lors de l'étude, ce qui est supérieur à la prévalence trouvée dans une étude française récente (Niedhammer et al, 2009). Cela peut être expliqué par le biais de recrutement via les consultations des urgences

psychiatriques et la patientèle des psychiatres. La consommation de psychotropes était donc probablement surreprésentée. Ce biais de recrutement a pu également se refléter dans la représentation des antécédents psychiatriques de notre population.

*** Vécu de harcèlement moral au travail**

- Nous avons constaté que sur les 33 patients recrutés, aucun n'a été exclu et seulement 2 sur 33 étaient considérés comme victimes de harcèlement occasionnel d'après leur score NAQtotal. La grande majorité était considérée comme victimes de harcèlement moral fréquent. Nous pouvons expliquer ce résultat par le biais de sélection lié au recrutement par les médecins du travail. Ceux-ci nous ont probablement adressé leurs patients dans les situations de harcèlement moral les plus évidentes et donc avec des fréquences d'actes négatifs importantes.

- Le mode de début des situations de harcèlement moral se caractérisait de plusieurs façons :

. Les personnes relaient souvent une situation qui avait glissé. La prise de conscience de l'anormalité de la situation se faisait alors avec retard, souvent quand des conséquences cliniques commençaient à apparaître. Elles faisaient alors un effort de reconstruction de la succession des événements avec une recherche d'élément déclencheur. Les victimes s'attribuaient souvent l'évènement déclencheur, par exemple, pour l'une : une demande de congés d'été. Ce qui était alors source de culpabilité intense car beaucoup se disaient responsables de la situation ou pensaient qu'elles auraient pu l'éviter. Certaines personnes avaient pris du recul par rapport à cette situation et cette culpabilité. C'était le cas des personnes reçues plus à distance ou avec des conséquences cliniques moindres ou déjà disparues ou encore qui avaient eu un suivi psychologique ou psychiatrique.

. Sur un plan pratique, les situations de travail s'étaient souvent dégradées suite à des changements de Direction, de responsables, souvent dans le cadre de nouvelles logiques d'objectifs.

- La majorité des patients ont décrit des situations dégradées dans le cadre de changements organisationnels de leur entreprise. Ces changements entraînaient des tensions relayées dans les relations interpersonnelles. Ils se répercutaient aussi sur les modes de travail (surcharge de

travail, attributions de tâches inférieures aux compétences...). Par exemple, pour une patiente, les modifications de l'entreprise et de son mode de travail (passage du conseil à la vente) se sont fait ressentir suite à la cotation en bourse de l'entreprise. Ces patients se trouvaient alors dans une situation de harcèlement institutionnel ou transversal.

- Dans certaines situations, le harceleur était clairement identifié, et le harcèlement se déroulait sur un mode individuel. Le harceleur était rencontré à l'embauche de la victime ou dans le cadre de changements de direction.

Pour certains, nous avons trouvé à l'interrogatoire des éléments dans le mode de relation et dans les actes en faveur de caractères de pervers narcissique chez le harceleur.

Ainsi, au moins 4 patients semblaient avoir été victimes d'un tel individu. Ceux-ci rapportaient un début de relation sur le mode de la séduction. Ainsi, un patient reçu dans le cadre de l'étude, a évoqué le début de la relation avec son nouveau patron: « Au départ on avait des affinités, on s'entendait très bien » ; une autre a relaté des compliments sur son physique de la part de sa responsable.

Ensuite, le lien de dépendance passait souvent par des contacts incessants via les nouveaux moyens de communication. Un patient a décrit alors les nombreux mails, jusqu'à 30 par jour, et aussi durant les week-ends et congés.

Parfois, certains se sont trouvés isolés des autres employés. Une patiente a évoqué le moment où son bureau a été donné à une collègue, sans bureau de remplacement ; « Je me suis promenée pendant 6 mois avec mes affaires dans mon coffre. »

Quant à la communication paradoxale, elle passait souvent par des reproches sur le ton du sourire ou des reproches inadaptés au contexte ou déplacés. Ceux-ci semaient alors la confusion chez la victime qui avait alors des difficultés à répondre, à se défendre. Ainsi, à une personne qui tentait de relater ses difficultés au travail lors d'une réunion, son supérieur lui a répondu « Mais vous êtes sensible en ce moment, vous divorcez ? ».

- Dans deux situations, les personnes étaient victimes de harcèlement de la part de plusieurs individus, leurs collatéraux plus ou moins supérieurs, sans changement organisationnel retrouvé particulièrement. Pour ces deux personnes, le harcèlement avait une valeur discriminatoire.

- Pour une patiente, impliquée syndicalement, le harcèlement semblait institutionnel mais aussi stratégique, dans le but de la faire démissionner.

*** Pathologies psychiatriques observées**

- Dans notre étude, la présence de syndrome dépressif était inférieure à celle de l'étude menée dans la région PACA (Niedhammer, 2008). Il faut rappeler que 3 patients avaient refusé de participer à l'étude. L'évocation de leurs difficultés était encore trop douloureuse selon leurs dires. Ces patients présentaient peut-être un syndrome dépressif.

De plus, le questionnaire HAD cote le syndrome dépressif présent. Certains patients ont été reçus à distance des difficultés au travail, notamment en raison de la recherche de PTSD. Le tableau dépressif a pu exister puis disparaître de par son évolution naturelle ou sous traitement (17 patients sous antidépresseur).

- La prévalence de trouble anxieux dans notre échantillon était élevée et d'un ordre de grandeur équivalent à celle trouvée antérieurement dans un échantillon de population française harcelée (Boisson et, 2006). Cet ordre de grandeur était aussi celui du PTSD. Les nombreux symptômes de la sphère anxieuse du PTSD peuvent expliquer cette similitude.

- Plus de 80% des patients recrutés présentaient ou ont présenté un PTSD secondaire à la situation de harcèlement moral au travail. Les prévalences dans les études antérieures étaient très étendues, jusqu'à 90% (Bonafons, 2008). Ces fréquences sont donc très importantes alors qu'il n'existe pas d'évènement traumatisant déclenchant, au sens DSM4-TR.

Une association significative a été trouvée entre le score total de NAQ et le score de QSPT ($p= 0,01$). C'est-à-dire que plus les actes de harcèlement moral au travail étaient fréquents, plus le risque de survenue de PTSD semblait important chez la victime.

La fréquence des actes semble donc majorer le potentiel traumatique de l'exposition au harcèlement moral au travail.

De plus, une association a été retrouvée entre le score NAQ de harcèlement au travail de type interpersonnel et le score QSPT. Cette association n'a pas été retrouvée avec le score NAQ de harcèlement lié aux conditions de travail.

Nous pouvons donc dire que le fait de subir fréquemment des actes de harcèlement moral de type interpersonnel majore le risque de développer un PTSD.

Nous pouvons émettre deux hypothèses :

. Le facteur humain présent dans le harcèlement moral de type interpersonnel majore le risque de survenue de PTSD

. Le manque de facteur protecteur soutien social présent dans le harcèlement de type interpersonnel facilite la survenue de PTSD

Ainsi, ce serait le facteur humain, par sa présence comme facteur de risque dans le harcèlement interpersonnel et son absence comme facteur protecteur dans le manque de soutien social, qui serait à l'origine du développement de PTSD, et donc à potentiel traumatique.

Cette hypothèse a déjà été vérifiée sur des populations victimes d'évènement traumatisant au sens DSM4-TR. Les victimes avaient plus de risque de développer un PTSD lorsque le facteur humain intervenait dans l'évènement (viol, meurtre etc...) (Lim et al, 2012).

*** Dimensions de personnalité**

- Nous constatons que les scores des cinq dimensions de personnalité étaient globalement élevés dans l'échantillon en comparaison à l'échantillon de population générale dans l'étude de validation de l'échelle (Plaisant et al, 2010).

- Cela n'est pas en accord avec la littérature. En effet, un névrosisme élevé était trouvé dans différentes études (Glaso et al, 2007 ; Mościcka, Drabek, 2010 ; Brousse, 2008 ; Rodwell et al, 2011). Ici il était élevé avec 36,4% des patients ayant un score supérieur au 75^{ème} percentile. Mais c'était la dimension la moins marquée, avec l'ouverture d'esprit, en comparaison aux autres dimensions. De plus dans l'étude de validation de Plaisant et al., les femmes présentaient des scores plus élevés dans toutes les dimensions sauf l'extraversion, et notre échantillon avait une représentation largement féminine. Le score de névrosisme n'était donc pas particulièrement élevé dans notre étude.

- Dans l'étude de Mościcka et Drabek de 2010, un tiers présentait des niveaux de névrosisme plus élevés et semblait être aussi moins agréables, consciencieux et extravertis que les non-victimes. Ici, ces dernières dimensions étaient marquées. Nous pouvons à nouveau nuancer ce résultat par la nature de notre échantillon représenté par 2/3 de femmes. Cependant dans plusieurs études, les personnes présentant des troubles anxieux avaient des scores de caractère consciencieux et d'extraversion faibles. Dans notre étude, 75,8% des patients avaient des scores de caractère consciencieux supérieurs au 75^{ème} percentile alors que la prévalence de trouble anxieux était élevée, le caractère consciencieux était donc particulièrement marqué dans notre population de victimes de harcèlement moral au travail.

De plus une association significative a été trouvée entre le score du caractère consciencieux et l'augmentation du score NAQwr ($p= 0,031$). C'est-à-dire que plus le caractère consciencieux était développé, plus la fréquence des actes de harcèlement relatifs au mode de travail étaient élevée.

Nous pouvons émettre deux hypothèses :

. Les personnes ayant un caractère consciencieux développé sont plus sensibles à des modifications de modes de travail et à des conditions de travail difficiles. La perception des changements peut être plus aigüe chez elles et plus perturbante. Elles peuvent aussi être plus sensibles aux critiques et reproches concernant leur façon de travailler, car celles-ci visent alors directement leurs valeurs personnelles.

. De plus, ces personnes peuvent être plus fréquemment la cible de ce type de harcèlement. En effet, leur perfectionnisme et leur goût du travail bien fait ne cadre plus forcément avec le court-termisme et les logiques de rapidité de production explicitées plus haut.

- L'agréabilité était aussi marquée dans l'échantillon. Une association significative a été trouvée entre le score d'agréabilité et l'augmentation du score de NAQtotal ($p= 0,022$) et NAQwr ($p= 0,013$). C'est-à-dire que plus le score d'agréabilité était élevé, plus les personnes étaient victimes de harcèlement moral général et lié aux conditions de travail.

Nous pouvons faire un lien avec les changements organisationnels. La mise à mal du soutien social peut entraîner des perturbations chez les personnes dont la dimension d'agréabilité et d'altruisme est élevée. Elles doivent adapter leur manière de travailler de façon plus

individuelle et sont susceptibles d'en souffrir. Elles peuvent aussi être plus souvent ciblées par les actes de harcèlement.

- Enfin, les dimensions d'ouverture d'esprit, d'extraversion et de névrosisme étaient marquées dans l'échantillon mais de façon moindre que pour les dimensions citées précédemment. Nous avons trouvé un lien entre le score d'ouverture d'esprit élevé et le score du NAQwr ($p=0,0014$). Plus la dimension d'ouverture d'esprit était marquée, plus les actes de harcèlement moral liés aux conditions de travail étaient fréquents. Une association significative a été trouvée entre un score bas de névrosisme et l'augmentation du score NAQtotal ($p=0,048$) et NAQwr ($p=0,007$). C'est-à-dire que les personnes ayant une dimension de névrosisme peu marquée subissaient plus d'actes de harcèlement moral et plus particulièrement liés au mode de travail.

Ces derniers résultats peuvent coïncider avec l'objectif d'uniformisme et d'individualisme présent dans le harcèlement institutionnel.

- Aucune association significative n'a été trouvée entre les dimensions de personnalité et le score d'actes négatifs de type interpersonnel, NAQpr. C'est-à-dire que nous n'avons pas trouvé de lien entre les dimensions de personnalité et le harcèlement moral de type interpersonnel. Cette conclusion argumente le fait que le harcèlement moral serait plus secondaire à des facteurs environnementaux qu'à des facteurs personnels liés aux victimes comme dans l'étude de Smith et al. en 2003, sur les antécédents de school bullying chez les harcelés au travail.

b) Psychopathologie observée lors des entretiens

Outre les manifestations cliniques évaluées par les échelles, nous avons pu constater certains éléments cliniques lors des entretiens.

Tout d'abord l'échelle QSPT a été ajoutée après avoir débuté la série d'entretiens. En effet les personnes reçues avaient des propos semblables à ceux que l'on peut entendre chez les traumatisés par des événements à facteur humain « Je voudrais qu'il soit mort », « Il m'a détruite. ». Ces personnes rapportaient aussi clairement des éléments cliniques du syndrome de répétition.

Plusieurs individus ont aussi décrit des épisodes assimilables à un burn-out, épisodes qui étaient souvent succédés par un arrêt-maladie d'au moins un mois. Des éléments dissociatifs ont été relatés par ces patients « J'étais folle, je ne savais plus ce que je faisais. » « J'ai pris ma voiture sans savoir où j'allais, je n'étais plus moi-même. ». Deux patients ont réalisé des passages à l'acte suicidaire lors d'épisodes d'allure dissociatifs.

Enfin, les personnes qui étaient peu à distance des difficultés ressentaient souvent une forte culpabilité avec une auto-attribution des événements. Pour les personnes qui étaient en arrêt depuis plusieurs mois ou en invalidité ou inaptitude, l'impression d'un avenir professionnel bouché persistait souvent.

Ces éléments sont en faveur d'une prise en charge axée sur la décentration, avec une recontextualisation des événements afin de favoriser une mise à distance et une réouverture vers l'avenir, notamment professionnel.

c) Limites

*** Biais de sélection**

Une première limite de cette étude apparaît dans le recrutement des patients.

D'une part, parce qu'une partie de l'échantillon a été recrutée via les consultations des urgences psychiatriques et dans la patientèle de médecins psychiatres. Ces patients présentaient donc d'emblée des manifestations psychiatriques. Ils avaient aussi une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents psychiatriques et une consommation de médicaments psychotropes.

D'autre part, par le recrutement via les médecins du travail qui ont pu sélectionner les victimes de harcèlement moral pour lesquelles la situation de harcèlement était la plus évidente. Ainsi les scores au NAQ étaient globalement élevés. De plus, la patientèle des médecins du travail des associations se limite aux entreprises de moins de 500 employés. Au-delà les entreprises doivent embaucher leur propre médecin du travail. Les caractéristiques socio-professionnelles

de notre échantillon, en ce qui concerne la taille de l'entreprise et le secteur, ont donc été biaisées.

*** Faiblesse de l'échantillon**

Une autre limite réside dans la faiblesse de l'échantillon, qui était supérieure à 30 patients mais ne s'étendait qu'à 33.

De plus la répartition en genre était inégale. La proportion d'hommes était de moins d'1/3. Cette répartition associée au faible échantillon a empêché un ajustement au sexe dans l'analyse statistique.

d) Apports pour la pratique et perspectives

- Dans notre échantillon la dimension de caractère consciencieux était particulièrement marquée, puis la dimension d'agréabilité mais de façon moindre. La dimension de névrosisme n'était pas particulièrement marquée comparée aux autres dimensions, contrairement aux études antérieures.

De plus, le harcèlement moral peut consister en des modes organisationnels et de travail particuliers. Il semble dans notre étude que les personnes ayant des dimensions de caractère consciencieux, d'agréabilité, d'ouverture d'esprit marquées et de névrosisme faible subissaient des actes de harcèlement de ce type de manière plus fréquente, probablement par objectif d'uniformisme.

Les personnes possédant ce type de profil de personnalité peuvent donc présenter d'avantage de difficultés d'adaptation à ces méthodes. Il faudra alors être d'autant plus vigilant et rechercher d'éventuelles conséquences cliniques au cours du suivi de ces patients.

- La prévalence élevée de PTSD secondaire à l'exposition au harcèlement moral au travail implique d'insister dans la pratique sur la recherche d'éléments post-traumatiques mais aussi de les prendre en charge. Le lien avec des actes d'un type précis, interpersonnel, nécessite une recontextualisation des événements et de leur déroulement avec le patient afin de mettre à jour

ces éléments mais aussi pour l'aider à les mettre à distance et à apaiser les sentiments de culpabilité et de souffrance associés.

- Enfin il est important de prévenir la survenue de ce type de conséquence. Même si le PTSD est fréquent dans cette population, il n'en reste pas moins atypique, notamment dans la nature des éléments déclencheurs. Il serait donc important de rechercher dans cette population, au moyen d'une étude comparative à court et moyen/long terme, des éléments cliniques prédictifs tels que le Burn-out et les épisodes dissociatifs, notamment avec l'échelle MBI (Maslach, Jackson, 1986).

Conclusion

Le harcèlement moral au travail est un processus bien particulier dans le domaine de la souffrance au travail. Notre étude a permis de préciser les conséquences cliniques qu'il favorise et de dessiner un profil de personnalité qui semble être plus souvent la cible d'actes de harcèlement. La vigilance est donc de mise dans le suivi de ces personnes. La recherche d'éléments post-traumatiques doit aussi être appuyée. Enfin, dans le but d'apaiser la souffrance certaine de ces victimes, une prise en charge ciblée sur le décentrage et la recontextualisation semble appropriée. D'autres études ultérieures sur ce type de population seraient utiles pour déterminer d'éventuels éléments cliniques prédictifs de la survenue de PTSD et évaluer les méthodes de prise en charge.

Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress. Bilbaõ: European Agency for Safety and Health at Work. 2002, 127 p.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV). Washington, DC : American Psychiatric Association. 1994.

Aquino K., Douglas S., Martinko M.J. Overt anger in response to victimization: attributional style and organizational norms as moderators, *J Occup Health Psychol.* 2004, 9, 2,152-64.

Aquino K., Lamertz K. A relational model of workplace victimization : social roles and patterns of victimization in dyadic relationship. *J Appl Psychol.* 2004, 89, 1023-1034.

Baugé J., Pierrejean D. Mal-vivre au travail. Stress, harcèlement, mondialisation. Editions Paulo-Ramand. Nantes. 2010.

Boisson C. et al. Étude descriptive d'une population de salariés consultant pour faits de harcèlement moral au travail. *Société française de Médecine du Travail.* 2006, 67, 3, 535.

Bonafons C. Précision de la définition du harcèlement moral au travail. *L'Encéphale.* 2008, 34, 419-426.

Bonafons C. Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France. *Int Arch Environ Health.* 2009, 82, 663-668.

Bosma H., Peter R., Siegrist J., Marmot M. Two alternatives job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am J of Public Health.* 1998, 88, 1, 68-74.

Bouchoux J.-C. Les pervers narcissiques. Edition Broché, Paris. 2009.

Bowling N., Beehr T. Workplace harassment from the victim's perspective: a theoretical model and meta-analysis. *J Appl Psychol.* 2006, 91, 5, 998-1012.

- Braibant G. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Seuil. 2001.
- Brousse G. et al. "Psychopathological Features of a Patient Population of Targets of Workplace Bullying." *Occupational Medicine (Oxford, England)*. 2008, 58, 2, 122–128.
- Brunet A. Évaluation de la version française auto-administrée du PTSD-I. Communication orale in Conférence Européenne sur le Stress Traumatique Paris. 1995.
- Bureau International du Travail. Les facteurs psychosociaux au travail : nature, incidence et prévention. *Série Sécurité, hygiène et médecine du travail*. 1986, 56.
- Campanini P., Punzi S., Carissimi E., Gilioli R. Gender Differences in Workplace Bullying. *La Medicina Del Lavoro*. 2006, 97, 5, 699–706.
- Chiaroni J., Chiaroni P. Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail en région PACA . Un profil type du salarié harcelé? *Arch Mal Prof*. 2001, 62, 2, 96-107.
- Chouanière D. Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ? *BEH*. 2009, 25, 261- 264.
- Code du Travail, legifrance.gouv.fr
- Code Pénal, legifrance.gouv.fr
- Code de Sécurité Sociale, legifrance.gouv.fr
- Cohidon C. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *BEH*. 2009, 25, 265- 269.
- Cohidon C., Imbernon E. Santé mentale et travail de la connaissance à la surveillance. *BEH*. 2009, 25, 259- 261.
- Davezies P. Élément de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*. 1993, 116.
- Davezies P. L'épuisement professionnel : le Burn out. *Santé et travail*. 1992, 3, 45.

Davezies P. Les impasses du harcèlement moral. *Travailler*. 2004, 11, 83- 90.

Davezies P. Souffrance au travail: le risque organisationnel. Conférence Journées médicales du CISME sur le risque organisationnel, les Actes. 2004.

Davezies P. Souffrance au travail : comprendre avant d'agir. *Santé et travail*. 2008, 68.

Debout M. Le harcèlement moral au travail, Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du 11 avril 2001. 2001.

De Gasparo C., Grenier-Pezé M. Etude d'une cohorte de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. *Documents pour le Médecin du Travail*. INRS. 2003, 95.

Dejours C. Travail, usure mentale. France, Editions du Seuil. 1998.

Dejours C. L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation. Broché, Paris. 2003.

Eiguer A. Le pervers narcissique et son complice. Paris, Dunod. 1996.

Einarsen S., Hoel H., Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: validity, factor structure and psychometrics properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work and Stress*. 2009, 23, 1, 24-44.

Équipe Sumer. Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, Paris, France. 2009.

Girardi P. et al. Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence and victims*. 2007, 22, 2, 172-188.

Glasø L., Matthiesen S.B., Nielsen M.B., Einarsen S. Do Targets of Workplace Bullying Portray a General Victim Personality Profile? *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007, 48, 313-319.

Guelfi J.D. Questionnaire anamnésique expérimental in Guelfi et al. L'évaluation standardisée en psychiatrie. Boulogne. Edition Médicale Pierre Fabre.1999, 1, 159-69.

Hauge LJ., Skogstad A., Einarsen S. The Relative Impact of Workplace Bullying as a Social Stressor at Work. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010.12.

Hepworth W., Towler A. The effects of individual differences and charismatic leadership on workplace aggression. *J Occ Health Psychol*. 2004, 9, 2, 176-185.

Herscovis M.S. et al. Predicting workplace aggression: a meta-analysis. *J Appl Psychol*. 2008, 92, 1, 228-38.

Hirigoyen M.F. Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. France, Editions Syros, 1998.

Hirigoyen M.F. Malaise dans le travail. Harcèlement moral, démêler le vrai du faux, Editions Syros, 2001.

Hogh A., Hoel H., Carneiro IG. Bullying and Employee Turnover Among Healthcare Workers: a Three-wave Prospective Study. *Journal of Nursing Management*. 2011, 19, 6, 742–751.

Hogh A., Gomes Carneiro I., Giver H., Rugulies R. “Are Immigrants in the Nursing Industry at Increased Risk of Bullying at Work? A One-year Follow-up Study.” *Scandinavian Journal of Psychology*. 2011,52, 1, 49–56.

Ionescu S., Jacquet M.M, Lhote C. Les mécanismes de défense. Paris. Nathan. 1997.

INRS. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral, *Documents pour le médecin du travail*. 2002, 90.

INSEE. Population active et taux d'activité selon la nationalité, le sexe et l'âge en 2010. 2012, insee.fr

Jehel L., Duchet C., Paterniti S., Louville P. Construction et étude de validité d'un autoquestionnaire de l'état de stress post-traumatique issu du PTSD-Interview : le QSPT. *Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale*. 1999, 24, 203–205

John O.P., Donahue E.M., Kente R.L. The Big Five Inventory- Version 4a and 54. Berkeley, University of California, Institute of Personality and Social Research. 1991.

Karasek R.A. Job demands, job decision latitude and mental strain : implications for job redesign. *Amin Sci Quart.* 1979, 24, 285- 308.

Kernberg O. La personnalité narcissique. Broché, Paris. 1997.

Kivimäki, M, M Elovainio, and J Vahtera. Workplace Bullying and Sickness Absence in Hospital Staff. *Occupational and Environmental Medicine.* 2000, 57, 10, 656–660.

Kivimäki M., Virtanen M., Vartia M., Elovainio M., Vahtera J., Keltikangas-Järvinen L. Workplace Bullying and the Risk of Cardiovascular Disease and Depression. *Occupational and Environmental Medicine.* 2003, 60, 10, 779–783.

Lallukka T., Rahkonen O., Lahelma E. “Workplace Bullying and Subsequent Sleep Problems- -the Helsinki Health Study.” *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.* 2011, 37, 3, 204–212.

Leclerc C. Intervenir contre le harcèlement au travail : soigner et sévir ne suffisent pas. *Pistes.* 2005, 7, 3.

Lepine J.P., Godchau M., Brun P., Lempérière T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales Médico Psychologiques.* 1985, 143, 175-189.

Leyman H. Mobbing. La persécution au travail. Editions du Seuil, 1996.

Lim B.H., Adams L.A., Lilly M.M. Self-worth as a mediator between attachment and posttraumatic stress in interpersonal trauma. *J Interpers Violence.* 2012, 27, 10, 2039-2061.

Marchand A., Demers A., Durand P. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Médecine.* 2005, 61, 1, 1-14.

Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*. 2008, 8, 333-45.

Maslach C., Jackson S.E. MBI : Maslach Burnout Inventory : Manual Research Edition. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press. 1986.

Mathisen GE., Einarsen E., Mykletun R. The relationship between supervisor personality, supervisor's perceived stress and workplace bullying. *Journal of Business Ethics*. 2011, 99, 637- 651.

Matthiesen S B, Einarsen S. Perpetrators and Targets of Bullying at Work: Role Stress and Individual Differences. *Violence and Victims*. 2007, 22, 6, 735–753.

Mikkelsen E., Einarsen S. Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *Eur J Work Organ Psychol*. 2002, 11, 1, 87-111.

Mikkelsen G.E., Einarsen S. Relationships between Exposure to Bullying at Work and Psychological and Psychosomatic Health Complaints: The Role of State Negative Affectivity and Generalized Self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2002, 43, 5, 397–405.

Mościcka A, Drabek M. Individual and Environmental Antecedents of Mobbing. *Medycyna Pracy*. 2010, 61, 4, 467–477.

Niedhammer I. et al. La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le “Leymann Inventory of Psychological Terror”. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2006, 54, 245-262.

Niedhammer I., David S., Degloanni S. Violence psychologique au travail et santé mentale: résultats d'une enquête transversal en population salariée en région PACA, France. *BEH*. 2009, 25, 271- 275.

Niedhammer I., David S., Degioanni S., Drummond A., Philip P., Acquarone D., Aicardi F., et al. Workplace Bullying and Sleep Disturbances: Findings from a Large Scale Cross-sectional Survey in the French Working Population. *Sleep*. 2009, 32, 9, 1211–1219.

Niedhammer I., David S., Degioanni S., Drummond A., Philip P., Acquarone D., Aicardi F., et al. "Workplace Bullying and Psychotropic Drug Use: The Mediating Role of Physical and Mental Health Status." *The Annals of Occupational Hygiene*. 2011, 5, 2, 152–163.

Niedhammer I., David S., Degioanni S. Association Between Workplace Bullying and Depressive Symptoms in the French Working Population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006, 61, 2, 251–259.

Notelaers G., Vermunt J.K., Baillien E., Einarsen S., De Witte H. Exploring Risk Groups Workplace Bullying with Categorical Data. *Industrial Health*. 2011, 49, 1, 73–88.

Notelaers G., Einarsen S. The world turns at 33 and 45: Defining simple cutoff scores for the Negative Acts Questionnaire–Revised in a representative sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2012.

Olweus D. Aggressors and their victims: Bullying at school. In N. Frude & H. Gault (Eds.), *Disruptive behavior disorders in schools*. New York: Wiley. 1984.

Olewus D. Bullying at school: knowledge base and an effective intervention program. *Annals New York Academy of Sciences*. 2006, 794, 265- 276.

O’Leary-Kelly A.M., Griffin R.W., Glew D.J. Organization-motivated aggression: A research framework, *Academy of Management Review*. 1996, 21, 1, 225-53.

Organisation des Nations Unies. Déclaration universelle des Droits de l’homme. Résolution de l’Assemblée générale. 1948.

Ortega A., Høgh A., Hyld Pejtersen J.H., Fèveile H., Olsen O. Prevalence of Workplace Bullying and Risk Groups: a Representative Population Study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2009, 82, 3, 417–426.

Ortega A, Christensen KB., Høgh A., Rugulies R., Borg V. "One-year Prospective Study on the Effect of Workplace Bullying on Long-term Sickness Absence." *Journal of Nursing Management*. 2011, 19, 6, 752–759.

Pain F. Harcèlement moral : Etude dans un service interentreprises. Mémoire. 2003.

Pezé M., Soula M. C. Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral. *Documents pour le Médecin du Travail*. 2002, 90, 137-145.

Plaisant O., Guertault J., Courtois R., Réveillère C., Mendelsohn G.A., John O.P. Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr. *Annales Méd-Psy*. 2010, 168, 7, 481- 486.

Plaisant O., Courtois R., Réveillère C., Mendelsohn G.A., John O.P. Validation par analyse factorielle du Big five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Méd-Psy*. 2010, 168, 97- 106.

Plaisant O., Srivastava S., Mendelsohn G.A., Debray Q., John O. Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon Clinique français. *Annales Méd-Psy*. 2005, 163, 161- 167.

Poilpot-Rocaboy G. Harcèlement moral dans le travail : Analyse du concept et rôle de la Gestion des Ressources Humaines. *Encyclopédie des Ressources Humaines*. 2001.

R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. 2011.

Racamier P.C. La perversion narcissique. *Gruppo*. 1987, 3.

Rodwell J., Demir D., Parris M., Steane P., Noblet A. “The Impact of Bullying on Health Care Administration Staff: Reduced Commitment Beyond the Influences of Negative Affectivity.” *Health Care Management Review*. 2012, 7, 4, 329-338.

Rospenda K. et al. Workplace harassment, stress, and drinking behaviour over time: Gender differences in a national sample. *Addict Behavior*. 2008, 33, 964-67.

Rospenda K., Richman J., Shannon C. Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace, *J Inter Viol*. 2009, 24, 5, 819-843.

Rotundo M., Nguyen D.H., Sackett P.R. A meta-analytic review of gender differences in perception of sexual harassment. *J Appl Psychol*. 2001, 86, 5, 914- 922.

Rugulies R., Madsen I.E.H., Hjarsbech P.U., Høgh A., Vilhelm B., Carneiro I.G., Aust B. Bullying at Work and Onset of a Major Depressive Episode Among Danish Female Eldercare Workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2012, 38, 3, 218–227.

Scott M.J., Trudling S.G. PTSD without the trauma. *Br J Clin Psychol*. 1994, 33, 71-74.

Siegrist J., Starke D, Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I., Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004, 58, 1483-99.

Smith PK, Singer M, Hoel H, Cooper CL, Victimization in the school and the workplace: are there any links? *Br J Psychol*. 2003, 94, 2, 175-88.

Vézina M., Dussault J. Au-delà de la relation “bourreau-victime” dans l’analyse d’une situation de harcèlement psychologique au travail. *Pistes*. 2005, 7, 3.

Vie L., Løkke T., Glasø L., Einarsen S. Health Outcomes and Self-labeling as a Victim of Workplace Bullying. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011, 70, 1, 37–43

Watson C.G., Juba M.P., Manifold V., Kucala T., P.E.D. Anderson P.E.D. The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM III based Technique. *Journal of Clinical Psychology*. 1991, 47, 3, 179–188

Zapf D., Einarsen S. Individual antecedents of bullying. In, Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, Bullying and emotional abuse in the workplace. London, Taylor and Francis. 2003, 166-184.

Zapf D. et al. Empirical findings on bullying in the workplace. In, Einarsen S., Hoel H., Zapf D., Cooper C.L. Bullying and emotional abuse in the workplace. London, Taylor and Francis. 2003, 103-126.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital and Anxiety Depression Scale. *Acta Psychiatrica*. 1983, 67, 361-370.

ANNEXES :

Annexe 1

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

NOM:

Prénom:

Age :

1. Sexe

Masculin	
Féminin	
Sans réponse	

2. Etat civil actuel

Célibataire	
Marié	
Concubinage	
Veuf	
Séparé/ divorcé	
Sans réponse	

3. Nombre d'enfants

0	
1	
2	
3	
4 et plus	
Sans réponse	

4. Scolarité: niveau maximal atteint

Aucune	
Primaire	
Spécialisée (dont classes de transition)	
Collège	
Lycée	
Supérieure	
Sans réponse	

5. Formation professionnelle

Aucune	
Apprentissage	
Ecole technique ou IUT	
Ecole supérieure ou université	
Autre	
Sans réponse	

6. Interruption ou absence d'activité actuellement

Sans objet (activité en cours)	
Maladie psychiatrique	
Maladie physique	
Invalidité	
Chômage	
Retraite	
Charges familiales/ grossesse	
Service militaire	
Etudes	
Autres	
Sans réponse	

Si vous n'êtes plus en activité, depuis combien de temps?

années

mois

7. Taille de l'entreprise

2 à 9 employés	
10 à 29 employés	
30 à 49 employés	
50 à 199 employés	
200 à 499 employés	
500 à 1 999 employés	
2 000 employés et plus	
Sans réponse	

8. Type de contrat de travail

C.D.D.	
C.D.I.	
Autre	
Sans réponse	

9. Ancienneté dans l'entreprise, en années

Inférieure à 1	
1 à 2	
2 à 5	
5 à 10	

Plus de 10	
Sans réponse	

10. Catégorie socioprofessionnelle

Ouvrier	
Employé	
Profession intermédiaire	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	
Artisan	
Commerçant	
Chef d'entreprise	
Agriculteur exploitant	
Retraité	
Sans réponse	

11. Secteur professionnel

Agriculture	
Armée, sécurité	
Artisanat	
Audiovisuel, spectacle	
Audit, gestion	
Automobile	
Banque, assurance	
BTP, architecture	
Commerce, distribution	
Communication (marketing, publicité)	
Construction navale, ferroviaire, aéronautique	
Droit, justice	
Electronique	
Energie	
Enseignement	
Environnement	
Fonction publique	
Industrie alimentaire	
Industrie chimique et pharmaceutique	
Informatique, télécommunications	
Hôtellerie, restauration	
Logistique, transport	
Maintenance, entretien	
Mécanique	
Médical, paramédical	
Mode, industrie textile	
Recherche	
Social, socio-éducatif	

Sports, loisirs	
Tourisme	
Autre	
Sans réponse	

12. Evènements marquant de votre existence

	0 / 5 ans	6 / 15 ans	16 / 25 ans	26 / 45 ans	46 / 60 ans	61 ans et +
entre l'âge de :						
Mort du père						
Mort de la mère						
Séparation d'avec les parents de plus d'un an						
Placement de plus d'un an ou adoption						
Obligations militaires						
Mariage						
Séparation/ divorce						
Mort du partenaire						
Nouvelle union						
Naissance des enfants						
Mariage d'un enfant						
Arrêt de la scolarité						
Interruption de la formation professionnelle						
Arrêt de la formation professionnelle						
Changement d'emploi						
Perte d'emploi						
Promotion professionnelle						
Rétrogradation professionnelle						
Incarcération						
Déménagement						
Transplantation						
Tentative de suicide						
Autres, précisez lesquels :						

13. Antécédents médicaux-chirurgicaux personnels :
14. Antécédents psychiatriques :
Détailler les consommations de psychotropes éventuelles :
15. Antécédents psychiatriques familiaux :

QUESTIONNAIRE 1

Les comportements suivants sont souvent vus comme des exemples de comportements négatifs sur le lieu de travail. Durant les six derniers mois, combien de fois avez-vous été exposé à de tels comportements ?

Veuillez cocher le nombre qui correspond le mieux à votre vécu au cours des six derniers mois		Jamais	Parfois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Quotidiennement
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
NAQ1	Quelqu'un garde des informations ce qui affecte votre travail.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ2	On vous humilie ou ridiculise par rapport à votre travail.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ3	On vous confie des tâches inférieures à vos compétences.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ4	On vous retire la responsabilité d'activités clés et on les remplace par des activités banales ou désagréables.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ5	On répand des rumeurs à votre sujet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ6	Vous êtes ignoré, exclu, mis à l'écart.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ7	On vous insulte ou on fait des remarques offensantes quant à votre personne (ex. tenue vestimentaire, origine sociale), vos attitudes ou votre vie privée.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ8	On crie après vous ou vous êtes la cible de colère.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ9	On vous intimide en vous montrant du doigt, on envahit votre espace personnel, on vous pousse ou bloque le passage.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ10	On vous conseille que vous devriez quitter votre emploi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

NAQ11	On vous rappelle constamment vos erreurs.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ12	On vous ignore ou on agit de manière hostile à votre approche.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ13	On critique sans cesse votre travail ou vos efforts.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ14	On ignore vos opinions ou vos points de vue.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ15	Les gens avec qui vous ne vous entendez pas vous font des farces.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ16	On vous confie des tâches avec objectifs et des délais irraisonnables ou impossibles.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ17	On dit des choses sans fondement contre vous.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ18	On surveille excessivement votre travail.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ19	On fait pression sur vous pour que vous ne réclamiez pas des prestations auxquelles vous avez droit. (par ex. congés maladie, vacances, frais de transport)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ20	Vous êtes l'objet de moqueries excessives.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ21	Vous êtes exposé à une surcharge de travail ingérable.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
NAQ22	On vous menace de violences ou on vous agresse physiquement.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

NAQ23 Avez-vous été mobbé au travail ?

Nous définissons le mobbing comme une situation où une ou plusieurs personnes se perçoit être la cible d'actes négatifs de la part d'une ou plusieurs autres personnes sur une longue période de temps et avoir des difficultés à se défendre contre ces personnes. Un incident unique n'est pas considéré comme du mobbing.

En vous référant à la définition mentionnée plus haut, **avez-vous été la cible de mobbing au travail durant les 6 derniers mois ?**

- Non 1
- Oui, mais rarement 2
- Oui, parfois 3
- Oui, plusieurs fois par semaine 4
- Oui, presque tous les jours 5

QUESTIONNAIRE 2

Vous allez trouver un certain nombre de qualificatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous. Pour chaque affirmation cochez la case indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation.

	Désapprouve fortement	Désapprouve un peu	N'approuve ni ne désapprouve	Approuve un peu	Approuve fortement
	1	2	3	4	5

Je me vois comme quelqu'un qui

- 1. ___ est bavard.
- 2. ___ a tendance à critiquer les autres.
- 3. ___ travaille consciencieusement.
- 4. ___ est déprimé, cafardeux.
- 5. ___ est créatif, plein d'idées originales.
- 6. ___ est réservé.
- 7. ___ est serviable et n'est pas égoïste avec les autres.
- 8. ___ peut être parfois négligent.
- 9. ___ est "relaxé", détendu, gère bien les stress.
- 10. ___ s'intéresse à de nombreux sujets.
- 11. ___ est plein d'énergie.
- 12. ___ commence facilement à se disputer avec les autres.

13. ___ est fiable dans son travail.
14. ___ peut être angoissé.
15. ___ est ingénieux, une grosse tête.
16. ___ communique beaucoup d'enthousiasme.
17. ___ est indulgent de nature.
18. ___ a tendance à être désorganisé.
19. ___ se tourmente beaucoup.
20. ___ a une grande imagination.
21. ___ a tendance à être silencieux.
22. ___ fait généralement confiance aux autres.
23. ___ a tendance à être paresseux.
24. ___ est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé.
Je me vois comme quelqu'un qui
25. ___ est inventif.
26. ___ a une forte personnalité, s'exprime avec assurance.
27. ___ est parfois dédaigneux, méprisant.
28. ___ persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie.
29. ___ peut être lunatique, d'humeur changeante.
30. ___ apprécie les activités artistiques et esthétiques.
31. ___ est quelquefois timide, inhibé.
32. ___ est prévenant et gentil avec presque tout le monde.
33. ___ est efficace dans son travail.
34. ___ reste calme dans les situations angoissantes.
35. ___ préfère un travail simple et routinier.
36. ___ est sociable, extraverti.
37. ___ est parfois impoli avec les autres.
38. ___ fait des projets et les poursuit.
39. ___ est facilement anxieux.

40. ___ aime réfléchir et jouer avec des idées.
41. ___ est peu intéressé par tout ce qui est artistique.
42. ___ aime coopérer avec les autres.
43. ___ est facilement distrait.
44. ___ a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature.
45. ___ cherche des histoires aux autres.

QUESTIONNAIRE 3

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendu, énervé

- La plupart du temps**
- Souvent**
- De temps en temps**
- Jamais**

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant**
- Pas autant**
- Un peu seulement**
- Presque plus**

3. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement**
- Oui, mais ce n'est pas trop grave**
- Un peu, mais cela ne m'importe pas**
- Pas du tout**

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé**
- Plus autant qu'avant**
- Vraiment moins qu'avant**
- Plus du tout**

5. Je me fais du souci

- Très souvent**
- Assez souvent**
- Occasionnellement**
- Très occasionnellement**

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais**
- Rarement**
- Assez souvent**
- La plupart du temps**

7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

- Oui, quoiqu'il arrive**
- Oui, en général**
- Rarement**
- Jamais**

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours**
- Très souvent**
- Parfois**
- Jamais**

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais**
- Parfois**
- Assez souvent**
- Très souvent**

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout

Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais

Il se peut que je n'y fasse plus autant attention

J'y prête autant attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas

Un peu

Pas tellement

Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant

Un peu moins qu'avant

Bien moins qu'avant

Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent

Assez souvent

Pas très souvent

Jamais

14. Je peux prendre plaisir à la lecture d'un bon livre ou à regarder un bon programme radio ou télé

Souvent

Parfois

Rarement

Très rarement

QUESTIONNAIRE 4

Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre vécu au cours des quatre dernières semaines

	Jamais	Très rarement	Parfois	Régulièrement	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Est-ce que des souvenirs dérangeants à propos de vos problèmes au travail se sont imposés à votre esprit par moments?							
2. Avez-vous déjà fait, de façon répétée, des rêves déplaisants à propos de vos problèmes au travail?							
3. Avez-vous déjà senti que ou agi comme si ces problèmes au travail se produisaient de nouveau (flash-back, hallucinations, illusions, impression de revivre l'évènement, voire en état d'ivresse ou au réveil)?							
4. Est-ce que les choses qui vous ont rappelé vos problèmes au travail vous ont beaucoup dérangé?							
5. Avez-vous fait des efforts pour éviter de penser à vos problèmes au travail ou aux sentiments que vous y associez?							
6. Vous est-il déjà arrivé d'éviter des activités ou des situations qui vous rappelaient vos problèmes au travail?							
7. Avez-vous remarqué que vous ne pouviez vous rappeler d'aspects importants de vos problèmes au travail?							
8. Avez-vous perdu beaucoup de votre intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant vos problèmes au travail?							
9. Vous-êtes vous senti(e) par moment plus détaché(e) émotionnellement des autres que vous ne l'étiez avant vos problèmes au travail?							
10. Y a-t-il eu des moments où vous avez senti que vous n'exprimiez pas vos émotions autant ou aussi librement que vous ne le faisiez avant?							
11. Y a-t-il eu des périodes depuis vos problèmes au travail où il vous a semblé que votre avenir était ruiné, comme ne pas pouvoir faire carrière, avoir une famille heureuse, ou vivre une longue vie satisfaisante?							
12. Avez-vous eu par moments plus de difficultés à vous endormir d'un sommeil ininterrompu que vous n'en aviez avant vos problèmes au travail?							
13. Avez-vous par moments été plus irritable ou colérique que vous ne l'étiez avant vos problèmes au travail?							
14. Y a-t-il eu des périodes depuis vos problèmes au travail où vous avez eu plus de difficultés à vous concentrer qu'auparavant?							

15. Y a-t-il eu des moments depuis vos problèmes au travail où vous étiez plus alerte, plus vigilant(e), ou particulièrement conscient(e) des bruits menaçants ou autres stimuli?						
16. Y a-t-il eu des moments depuis vos problèmes au travail où des bruits, des mouvements ou des touchers vous ont fait sursauter plus que vous ne l'auriez fait auparavant?						
17. Est-ce que les choses qui vous ont rappelé vos problèmes au travail vous ont donné des sueurs, vous ont tendu, rendu votre respiration difficile, vous ont fait trembler ou vous ont fait fortement réagir physiquement?						
		Oui		Non		
Depuis vos problèmes au travail, avez-vous eu ces problèmes plusieurs fois par semaine pendant au moins un mois?		1		2		
Avez-vous eu ces problèmes plusieurs fois par semaine pendant les quatre dernières semaines?		1		2		

Annexe 2

Madame, Monsieur,

Je suis interne en psychiatrie au CHRU de Tours. Je prépare actuellement ma thèse de doctorat en médecine sur le thème de la Souffrance au Travail.

Dans ce cadre, je réalise une étude sur les conséquences cliniques observées chez les victimes de Souffrance au Travail. L'objectif est notamment de pouvoir améliorer leur prise en charge.

Les patients concernés par la problématique sont recrutés avec l'accord des services de Santé au Travail de Tours.

Si vous acceptez de participer à cette étude, votre médecin du travail me transmettra vos coordonnées (mail, numéro de téléphone).

Je vous contacterai alors pour vous faire passer un questionnaire, soit par envoi papier, soit lors d'un entretien.

Toutes les données vous concernant seront confidentielles. Le secret médical sera respecté et les données seront analysées en respectant l'anonymat.

Je suis à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Violaine Chavignier

violainechavignier@hotmail.fr

Interne en psychiatrie, CHRU de Tours

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

CHAVIGNIER Violaine

Thèse n°

129 pages – 4 tableaux – 2 annexes

Résumé :

But : L'objectif principal était d'établir le profil clinique des victimes de harcèlement moral au travail, sur le plan des dimensions de personnalité et des conséquences cliniques psychiatriques.

Matériel et méthodes : L'étude a été réalisée sur une population de 33 individus, recrutés avec la participation de deux services de Santé au Travail et des Urgences Psychiatriques du CHU de Tours. Les symptomatologies anxieuse et dépressive ont été évaluées (HAD) ainsi que la présence de PTSD (QSPT adapté à la situation de travail), les dimensions de personnalité (BFI-FR) et l'exposition aux actes de harcèlement moral au travail (NAQ-R).

Résultats : Les symptomatologies anxieuse et dépressive étaient fréquentes (63,6% et 36,4%). La prévalence de PTSD présent ou passé secondaire au processus de harcèlement moral au travail était de 81,8%. Le risque de survenue de PTSD augmentait avec la fréquence des actes de harcèlement et le caractère interpersonnel des actes. Les scores des cinq dimensions de personnalité étaient globalement élevés.

Discussion : Le facteur humain présent dans les actes de type interpersonnel et la fréquence des actes auraient donc valeur traumatique dans le processus de harcèlement moral. Dans la pratique, il semble alors important chez ces patients d'axer la prise en charge sur la recontextualisation et la recherche d'éléments post-traumatiques. Il serait intéressant d'étudier les éléments cliniques prédictifs (Burn-out, épisodes dissociatifs) de la survenue de PTSD dans cette population afin de le prévenir.

Mots -clés

- Harcèlement moral au travail
- Syndrome de stress post-traumatique
- Facteur humain
- Dimension de personnalité

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours

Membres : Monsieur le Professeur Vincent Camus, Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, CHS Henri Laborit, Poitiers

Monsieur le Docteur Carol JONAS, Psychiatrie A, CHU Trousseau, Tours

Monsieur le Docteur Jacques BAUGE, AIMT 37, Tours

Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE, Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours

Date de la soutenance : 18 octobre 2012