

Rôle des dimensions formelles et informelles du soutien social positif versus négatif sur les conséquences de la violence physique au travail

Role of formal and informal dimensions of positive versus negative social support among consequences of physical violence in the workplace

Dodeler Virginie*, Tarquinio Cyril** & Houbre Barbara**

* Université de Rennes 2 - Laboratoire CRPCC / LAUREPS
Place du Recteur Henri Le Moal - 35043 RENNES
virginie.dodeler@uhb.fr

** Université Paul Verlaine de Metz, Unité de recherche APEMAC EA 4360
Approches Psychologiques et Epidémiologiques des Maladies Chroniques
Equipe Psychologie de la Santé - Ile du Saulcy - 57035 METZ

Résumé

L'objectif de cette recherche est d'étudier auprès de victimes de violence au travail les effets des différentes formes de soutien social formel (personnel encadrant de l'entreprise) versus informel (entourage personnel : famille, amis), selon qu'ils sont perçus comme positifs vs négatifs, sur l'état de stress post-traumatique (*IES-R*), la dépression (*CES-D*) et l'anxiété (*STAI-Y*). Il apparaît qu'un soutien informel positif atténue les conséquences psychologiques de la violence. En revanche, le soutien social formel, qu'il soit positif ou négatif, semble amplifier les conséquences pour les victimes. Nous observons ces effets immédiatement après l'agression, et ils semblent perdurer 6 mois après.

Abstract

This research aims to study the effects of different types of formal social support (context of the enterprise) among victims of workplace violence, depending on whether it is perceived as positive or negative, versus informal and perceived as positive and negative (family, friendship) on the state of post-traumatic stress (*IES-R*), depression (*CES-D*) and anxiety (*STAI-Y*). It appears that positive informal support limits the psychological consequences of violence. However, positive or formal support seems to amplify the consequences for the victims. These results are observed immediately after the aggression and 6 months later.

Mots clés : Soutien social formel, soutien social informel, violence au travail, stress posttraumatique

Keywords : Formal social support, informal social support, workplace violence, posttraumatic stress disorder

1. Introduction

En 1998, le Bureau International du Travail (BIT) a réalisé le premier rapport mondial sur la violence au travail, soulignant non seulement un manque de statistiques officielles sur ce sujet, mais également que la France fait partie des quatre pays (avec l'Argentine, le Canada et l'Angleterre) où la fréquence des agressions et des cas de harcèlement sexuel sur le lieu de travail est la plus élevée. En Europe, l'International Crime (Victim) Survey réalisée en 1996 a révélé que 4% des travailleurs (soit 6 millions de personnes) avaient été victimes de violences physiques sur leur lieu de travail au cours de l'année précédente, et que 8% (soit 12 millions) avaient subi des intimidations ou des brimades. Selon cette étude, la France est le pays européen dans lequel les salariés sont le plus souvent victimes de violences sur leur lieu de travail : 11,2% des hommes et 8,9% des femmes ont déclaré avoir été agressés au cours de l'année précédente. Plus récemment, la troisième enquête européenne sur les conditions de travail (Paoli & Merllié, 2001) a indiqué qu'en 2000, 4% des travailleurs européens avaient été victimes de violences externes sur leur lieu de travail, et 2% de violences internes. Cette même étude révèle qu'en France, 10% des salariés ont été confrontés à des intimidations.

Cette violence a bien entendu des effets sur la santé psychologique des salariés. Des troubles paniques et/ou dépressifs peuvent ainsi apparaître (Kulka & al., 1990 ; Wykes & Whittington, 1998), de la même manière que les sentiments de culpabilité (Winstanley & Whittington, 2002), de dévalorisation, de dépréciation, de honte et d'indignité, peuvent même conduire les victimes à des gestes suicidaires (Lafont & Bordier, 1988). Les conséquences psychologiques de cette violence au travail ont le plus souvent été étudiées à travers le concept d'état de stress posttraumatique (Foa & Rothbaum, 2000; Foa & al., 2000), qui dans le domaine professionnel touche 1% à 18% des salariés victimes de ces violences (Flannery, 1996 ; Warshaw & Messite, 1996). L'émergence de ce trouble d'état de stress posttraumatique dépend d'une multitude de paramètres liés à l'histoire du sujet (traumatismes antérieurs), à la nature ou à la sévérité de l'événement, au genre, à l'âge ou encore au soutien social dont la victime peut ou non bénéficier (Brewin & al., 2000). S'il est difficile d'intervenir sur le genre ou l'âge, il est en revanche possible d'agir sur le soutien social, afin d'atténuer le développement ou les manifestations de ce syndrome posttraumatique et des troubles qui lui sont souvent associés. On peut définir le soutien social comme un ensemble d'actions et de relations sociales qui offrent aide ou attachement et sont perçues comme bienveillantes, porteuses d'un sentiment d'affection et d'une volonté de prendre soin de l'autre (Cobb, 1976 ; Hobfoll & Stephens, 1990). Ainsi, l'environnement social, dans sa capacité à soutenir les victimes, joue un rôle considérable pour amortir les conséquences psychologiques des événements traumatiques (Stephens & al., 1997 ; Yap & Devilly, 2004). En fait, la notion de soutien social a été introduite en psychologie pour désigner l'entourage social d'une victime ou d'un malade, entendu non seulement dans ses caractéristiques objectives, mais également

dans la façon dont les individus le perçoivent. Des études (Dressler & Bindon, 2000 ; Nyamathi & al., 2000 ; Seeman, 2001) ont montré qu'une personne peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse si elle bénéficie d'un soutien social. À l'inverse, un faible soutien social semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant (Bolger & Amarel, 2007). Yap & Devilly (2004) suggèrent que le soutien social perçu est une construction endogène, dynamique qui permet de modérer la détresse des victimes et de réduire les manifestations symptomatiques de l'état de stress posttraumatique (Joseph & al., 1993).

Les liens entre soutien social et santé psychologique ont donné lieu à différentes conceptualisations théoriques (Cohen & Wills, 1985 ; Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Guay & al., 2002 ; Caron & Guay, 2005). Certaines études s'attachent à souligner les effets positifs du soutien social sur la santé psychologique (*main effects model*) ainsi que son rôle de modérateur face aux conséquences négatives d'une situation stressante (*stress buffer model*). D'autres cherchent plutôt à étudier les effets néfastes d'un soutien social insuffisant ou inefficace face à une situation stressante (*social support deterioration model*). De nombreuses études, réalisées sur différentes populations et avec des cadres méthodologiques variés, ont ainsi montré que le manque de soutien social était significativement lié à la sévérité des symptômes de stress posttraumatique et pouvait être considéré comme leur principal prédicteur (Guay & al., 2006). Deux récentes méta-analyses (Brewin & al., 2000; Ozer & al., 2003) portant sur 77 et 68 études indiquent que le manque de soutien social positif est un des facteurs de risque le plus prédictif de la survenue de cet état de stress posttraumatique. Le soutien social jouerait un rôle dans le développement et la persistance des symptômes de stress posttraumatique (Guay & al., 2006 ; Murphy, 1988 ; Schnuur & al., 2004).

On peut néanmoins considérer le soutien social comme un concept composé de multiples facettes qui ne peut se réduire à la seule dichotomie dominante dans la littérature entre d'une part, un soutien social forcément positif et bienveillant, prédictif d'une adaptation optimale pour les victimes qui en bénéficient (Engdahl & al., 1997; Keppel-Benson & al., 2002) et d'autre part, l'absence de toute forme de soutien social, qui laisserait les victimes dans la solitude, livrées à elles-mêmes dans leur lutte face à la souffrance qu'engendre le psychotraumatisme. Une telle approche ne tient pas compte des effets préjudiciables des réactions négatives de l'environnement social, qui ne peuvent être confondues avec l'absence d'un soutien social positif (Davis & al., 1991 ; Ullman, 1996b). La plupart du temps dans la littérature, faire des reproches à une victime par exemple, n'est pas vu comme une conduite négative, mais plutôt comme un manque de soutien ou un déficit de soutien social positif. A cet égard, Ullman (1996a, 1996b) a proposé de déclinier le concept de soutien social à travers trois composantes que sont le soutien positif, le soutien négatif et l'absence de soutien social. Le soutien social positif implique plusieurs types de conduites qui vont de l'aide informationnelle à l'aide émotionnelle en passant par une réaction d'espoir dans l'avenir, d'écoute

ou encore d'empathie. Cette forme de soutien social a pour effet de réduire significativement la portée des symptômes psychotraumatiques (Ullman, 1999 ; Ullman & Filipas, 2001a, 2001b ; Zoellner & al., 1999). En ce qui concerne le soutien social négatif, ce dernier inclut des conduites comme le blâme, l'incrédulité, la culpabilisation ou la prise de contrôle quant aux choix et aux décisions de la victime. Ces réactions de soutien négatif montrent de nombreux liens avec un maintien de la symptomatologie psychotraumatique, une persistance des états psychologiques négatifs et une réduction des capacités d'adaptation des victimes (Pruitt & Zoellner, 2007 ; Ullman, 1996a, 1996b). Dans une étude prospective concernant des femmes victimes d'agressions sexuelles et non-sexuelles, Zoellner & al. (1999) ont par exemple constaté que les conflits interpersonnels étaient, sur le long terme, prédictifs d'une sévérité des symptômes d'état de stress posttraumatique plus importante que l'absence de conflit. Enfin, l'absence de soutien social se caractérise par l'absence de réaction (donc ni positive, ni négative) vis-à-vis de la victime. Cette dernière est envisagée en toute indifférence, sa situation est banalisée par le fait même qu'on ne tienne pas compte de ce qui a pu lui arriver. Le traitement que l'environnement social lui réserve est de nature identique à celui qui était le sien avant l'événement traumatique (Ullman, 1996b). Tout se passe comme si rien ne s'était passé et que la situation traumatique vécue par la victime ne méritait pas de prise en compte particulière. Pour Ullman (1996a, 1999) ces différentes formes de soutien social peuvent à leur tour se décliner selon deux modalités selon qu'elles sont informelles ou formelles. Un soutien social informel impliquerait les membres de la famille, les amis, les conjoints ou tous les êtres aimés et proches de la victime. Ils sont considérés comme une ressource informelle car l'expression de ce soutien social ne dépend d'aucun cadre institutionnel ou organisationnel. Le soutien est à priori mobilisable pour le sujet qui en a besoin. Ces aides informelles sont disponibles, choisies et fréquemment en contact avec la victime. Quant au soutien social formel, il renvoie aux ressources institutionnelles et formalisées. Il s'agit par exemple du personnel d'encadrement ou des collègues. Lorsqu'un événement susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale d'un salarié a lieu en contexte professionnel, les entreprises peuvent se mobiliser pour soutenir le salarié victime. La nature du lien social qui s'établit alors est formelle en ce sens qu'elle résulte d'un mode de relation déterminé par la situation et non par la volonté du sujet, qui se trouve confronté à des aidants qu'il peut ne pas connaître et vis-à-vis desquels il peut n'avoir aucune affinité ou nourrir des sentiments négatifs ou de méfiance. Cette aide, qui peut partir d'un bon sentiment, est d'une certaine manière imposée au salarié victime.

Trois typologies d'attitudes de soutien (positif, négatif et sans soutien) valables pour le soutien social formel et informel ont été proposées par différents auteurs (Campbell & al., 2001 ; Ullman, 1996a, 1996b ; Ullman & Filipas, 2001a, 2001b). Constituées chacune de sept composantes (cf. Tableau 1), elles permettent de déterminer comment une victime se sent ou non soutenue

par son environnement professionnel ou personnel à partir de critères d'évaluation facilement opérationnels.

Tableau 1 : Composantes et typologies des attitudes dans l'expression du soutien social (Campbell & al., 2001 ; Ullman, 1996a,b ; Ullman & Filipas, 2001a,b).

Composantes	Typologie des attitudes		
	Soutien social positif	Soutien social négatif	Sans soutien social
1. Reconnaissance de la situation de victime	Reconnaître la situation de la victime, ce qui lui est arrivé, ce qu'elle a vécu	Nier la situation de la victime, ce qui lui est arrivé et ce qu'elle a vécu	Banaliser la situation de la victime, ce qui lui est arrivé, ce qu'elle a vécu
2. Description du vécu	Encourager la victime à raconter ce qu'elle a vécu	Décourager la victime à raconter ce qu'elle a vécu	Discuter avec la victime de choses extérieures aux événements
3. Culpabilisation/ Stigmatisation	Eviter de culpabiliser et stigmatiser la victime	Culpabiliser et stigmatiser la victime, la mettre en cause	Culpabiliser et stigmatiser un tiers sans porter attention au vécu de la victime et à sa situation
4. Confiance	Etablir un lien de confiance avec la victime	Trahir le lien de confiance établi avec la victime	Eviter toute attitude liée à l'établissement d'un lien de confiance
5. Soutien émotionnel	Manifester un soutien émotionnel sécurisant	Se révéler émotionnellement insécurisant et anxiogène	Ne pas prendre en compte les émotions de la victime
6. Ecoute	Ecouter la victime activement	Ne tenir aucun compte de ce que dit la victime	Ne pas être à l'écoute de la victime
7. Aide	Apporter une aide tangible à la victime	Manifester du dédain ou de la déconsidération à la victime	Etre indifférent à la situation de la victime

L'objectif de cette recherche sera lors d'une première phase d'étudier les effets des différentes formes de soutien social formel versus informel sur les conséquences psychologiques (anxiété, dépression et état de stress post-traumatique) d'agressions sur le lieu de travail. Dans une seconde phase, il s'agira de voir comment, six mois après l'agression ces différentes formes de soutien social vont ou non moduler ces mêmes conséquences psychologiques.

2. Hypothèses

Nous pensons que les formes de soutien social formel vs informel n'auront pas la même incidence pour les salariés victimes de violence sur leur lieu de travail. Comme l'ont montré de nombreuses études (Golding & al., 1989 ; Popiel & Susskind, 1985), les supports sociaux formels, provenant de l'encadrement professionnel, sont le plus souvent pourvoyeurs de conseils, ou d'informations à l'endroit des victimes. En revanche, le soutien social informel, provenant de l'entourage proche (famille ou amis hors cadre professionnel), semble plutôt apporter des supports émotionnels (Herbert & Dunkel-Schetter, 1992). C'est le soutien social formel qui est le plus souvent négativement vécu par les victimes, vraisemblablement lié au fait que la distance affective est plus importante et que les cadres des entreprises ne sont pas toujours à même de gérer la souffrance de ces salariés victimes (Ullman, 1996b).

Ainsi, lors de la phase initiale consécutive aux violences, nous pensons (hypothèse 1) que le fait de percevoir le soutien social formel comme négatif conduira à des scores plus importants de stress posttraumatique, dépression et anxiété que lorsqu'il est perçu positivement. Nous nous attendons également (hypothèse 2) à ce qu'une perception positive du soutien informel contribue à réduire les conséquences psychologiques de la violence subie et conduise à des scores de dépression, d'anxiété et de stress posttraumatique significativement moins élevés que lorsque le soutien social informel est perçu comme négatif.

Après six mois, nous pensons (hypothèse 3) que les effets obtenus lors de la première phase vont se maintenir et qu'un soutien social négatif formel ou informel ne pourra que contribuer au maintien dans le temps des symptômes posttraumatiques, dépressifs et anxieux élevés, comparativement aux participants disposant d'un soutien social positif, formel ou informel.

3. Méthodologie

Cette étude s'est déroulée en deux phases avec l'accord des différentes entreprises¹ dont l'une des problématiques majeures était la violence externe dont étaient victimes leurs employés.

3.1. Participants

La première phase de cette étude a porté sur cent neuf sujets (79 hommes et 30 femmes), tous salariés de la grande distribution et de la distribution de proximité, localisés dans toute la France. Les participants provenaient de 39 magasins différents, tous de services différents et étaient sous

¹ Cette étude résulte d'une convention d'intervention, formation et ingénierie contractualisée avec différentes entreprises sur la problématique de la santé au travail. Cette convention comporte un volet recherche qui nous permet de manière concomitante à nos interventions d'inclure des salariés dans des protocoles de recherche.

la responsabilité de cadres différents. Tous ont été victimes sur leur lieu de travail d'une agression physique externe, c'est-à-dire provenant des usagers du magasin et non de leurs collègues ou supérieurs. Bien que sans conséquence physique, elles ont néanmoins conduit à un arrêt de travail.

Lors de la seconde phase, nous avons pris un premier contact téléphonique avec les 109 victimes six mois après la première rencontre. Parmi eux, 65 ont répondu favorablement à notre demande de participation.

Les caractéristiques de l'échantillon à t1 et t2 sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon à t1 et t2.

Variables	Salariés victimes d'agression t1 (n=109)	Salariés victimes d'agression t2 (n=65)
Âge (en années)	m=37.7 (s=7.18) [23 ; 54]	m=37.7 (s=6.74) [26 ; 54]
Sexe	Hommes : 72.5% (79/109) Femmes : 27.5% (30/109)	Hommes : 72.3% (47/65) Femmes : 27.7% (18/65)
Nationalité	Française : 100% (109/109)	Française : 100% (65/65)
Etat civil	Célibataire : 22.9% (25/109) Marié : 61.5% (67/109) Concubinage : 11% (12/109) Divorcé : 4.6% (5/109)	Célibataire : 21.5% (14/65) Marié : 64.6% (42/65) Concubinage : 12.3% (8/65) Divorcé : 1.5% (1/65)
Niveau d'étude	BEPC : 32.1% (35/109) CAP/BEP : 28.4% (31/109) BAC : 30.3% (33/109) Bac+ : 9.2% (10/109)	BEPC : 35.4% (23/65) CAP/BEP : 24.6% (16/65) BAC : 32.3% (21/65) Bac+ : 7.7% (5/65)
Ancienneté (en années)	m=11.7 (s=5.24) [3 ; 23]	m=1.94 (s=0.6) [1 ; 4]
Statut	Employés : 100% (109/109)	Employés : 100% (65/65)

3.2. Matériel et procédure

Lors de la première phase, nous avons rencontré individuellement tous les salariés victimes de violence. La période d'inclusion des participants de cette étude, qui a démarré en janvier 2002, fut de 5 années. Les salariés faisaient l'objet d'un entretien individuel dans les 10 jours (m=7,8, σ =4.7) suivant leur agression, dont le but était d'une part de leur expliquer la finalité de notre travail de recherche et d'autre part de recueillir leur accord pour les inclure dans l'étude. A la suite de cela ils étaient soumis à deux tâches distinctes.

3.2.1. Première tâche : évaluation du soutien social perçu des victimes

L'objectif était d'identifier les différentes formes de soutien social formel versus informel, ainsi que la typologie des attitudes de soutien (positif ou négatif). Pour ce faire chacun des participants était soumis à un entretien

structuré (d'une durée de 45 minutes en moyenne). Les sept composantes (Campbell & al., 2001 ; Ullman, 1996a, 1996b ; Ullman & Filipas, 2001a, 2001b) présentées dans le tableau 1 ont été opérationnalisées sous forme de questions dans le cadre d'un entretien directif. Il s'agissait de savoir comment, depuis l'agression, les victimes s'étaient ou non senties soutenues par leur environnement social selon qu'il s'agissait de l'encadrement professionnel pour le soutien social formel et de la famille ou des amis pour le soutien social informel. Chaque sujet obtenait donc 4 scores compris entre 0 et 7, un pour chacune des catégories de soutien : formel positif et négatif, informel positif et négatif.

3.2.2. Seconde tâche : évaluation des variables cliniques

En plus de la fiche signalétique visant à obtenir les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, état civil, niveau d'études, ...), tous les participants devaient à la suite de l'entretien répondre à trois échelles distinctes : l'IES-R, la CES-D et la STAI-Y état.

L'échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IES-R), créée par Weiss & Marmar (1996) à partir de l'Impact Event Scale d'Horowitz (1979) et validée en France par Brunet & al. (2003), mesure la présence d'un stress traumatique lié à des événements violents. La version initiale de l'échelle d'Horowitz comprenait deux dimensions : les conduites d'évitement et d'intrusion associées à la symptomatologie traumatique. Weiss & Marmar (1996) ont ajouté une troisième dimension : l'hyperactivité neurovégétative. Vingt-deux items évaluent l'intensité de chaque symptôme au cours de la dernière semaine, de 0 « pas du tout » à 4 « extrêmement ». Cette échelle est très largement utilisée et reconnue au niveau international (Brunet & al., 2003). Elle a été validée auprès de nombreuses populations victimes de viols, d'agressions, d'accidents et elle différencie bien les participants victimes de stress aigu et d'état de stress posttraumatique. D'après les auteurs, un score de 22 serait l'indice d'un stress aigu et un score de 36 indiquerait la présence d'un ESPT, sans toutefois poser un diagnostic.

La CES-D (Radloff, 1977), échelle de dépression du centre d'études épidémiologiques, est un auto-questionnaire évaluant la symptomatologie dépressive au travers des dimensions suivantes : l'humeur, les symptômes somatiques, les problèmes interpersonnels, le sentiment d'infériorité et le fonctionnement psychomoteur. Elle a été traduite et validée en France par Führer & Rouillon (1989). Les participants devaient indiquer la fréquence des différents symptômes durant la semaine écoulée en utilisant une échelle de 0 à 3 : 0 (moins d'un jour), 1 (1-2 jours), 2 (3-4 jours) et 3 (5-7 jours).

L'échelle STAI-Y de Spielberger & al. (1983), adaptée et validée sur une population française par Bruchon-Schweitzer & Paulhan (1993), est constituée de deux échelles distinctes pour évaluer l'anxiété-état et l'anxiété-trait. Nous avons utilisé ici l'échelle d'Anxiété-Etat. Elle comprend vingt propositions (items 1 à 20) permettant de savoir ce que les sujets ressentent sur le moment. Elle permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la

nervosité et l'inquiétude. Ce score est censé s'élever face à un danger physique ou un stress psychologique. L'échelle d'Anxiété-Trait comprend elle aussi vingt propositions (items 21 à 40) visant à appréhender ce que le sujet ressent généralement. Elle permet d'évaluer une anxiété névrotique. Ce score permet de repérer des sujets « généralement anxieux ».

Lors de la seconde phase, tous les sujets ont été rencontrés lors d'un entretien individuel au cours duquel ils étaient soumis à la tâche 2 décrite précédemment, à savoir répondre aux trois questionnaires de stress posttraumatique, de dépression et d'anxiété.

4. Résultats

4.1. Phase 1

Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir qu'elles étaient les conséquences psychologiques de l'agression sur les salariés victimes et dans quelle mesure leur entourage personnel et professionnel leur apportait du soutien. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Moyennes (et écart-types) obtenues aux échelles de santé psychologiques et soutien social

		Scores T1 (n=109)	
IES-R total		29.26	(14.81)
Intrusion		11.41	(5.93)
Evitement		10.26	(5.41)
Hyperactivité		7.83	(5.15)
CES-D		20.56	(8.05)
STAI		35.76	(10.73)
Formel	Positif	3.99	(2.11)
	Négatif	3.01	(2.12)
Informel	Positif	3.49	(2.22)
	Négatif	2.06	(1.62)

Concernant les échelles de santé psychologique, nos résultats indiquent que les sujets victimes d'agression présentent des scores plutôt élevés de stress posttraumatique, dépression et anxiété. En effet, parmi nos 109 sujets, 38 obtiennent à l'IES-R un score supérieur à 22 (indicatif de la présence d'un état de stress aigu) et 36 un score supérieur à 36 (indicatif de la présence d'un état de stress posttraumatique). Concernant la CES-D, 74 des 109 sujets obtiennent un score supérieur à 16 (témoignant de la présence d'un état dépressif).

Concernant le soutien social formel, nos sujets indiquent recevoir plus de supports positifs ($m=3.99$; $sd=2.11$) que négatifs ($m=3.01$; $sd=2.12$) de la part de leur encadrement professionnel ($t=2.44$; $p<.05$). Il en est de même pour le soutien social informel : ils reçoivent significativement plus de supports positifs ($m=3.49$; $sd=2.22$) que négatifs ($m=2.06$; $sd=1.62$) de la part de leur entourage personnel ($t=4.04$; $p<.001$).

Nous n'avons observé aucun effet significatif de l'âge, du sexe et de l'état civil sur ces différents scores, tant pour le soutien social que pour les échelles psychologiques.

Dans un second temps, nous avons voulu appréhender l'effet des différents types de soutien social sur la sévérité des symptômes observés. Nous avons ainsi réalisé des régressions afin d'évaluer l'impact des variables de soutien social sur les scores aux échelles de santé psychologique. Les modèles de régression obtenus pour les scores aux échelles et sous-échelles de stress posttraumatique sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Modèles de régression relatifs aux scores de stress posttraumatique à t1

	IES total		Intrusion		Evitement		Hyperactivité	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Constante	22.28	ns	12.91	ns	-12.88	ns	26.28	ns
Formel +	1.752	ns	.205	ns	3.325	ns	-2.465	ns
Formel -	4.026	ns	1.059	ns	3.878	.086	-1.520	ns
Informel +	-3.974	<.001	-1.587	<.001	-1.018	<.001	-1.188	<.001
Informel -	.836	ns	.014	ns	.845	<.05	.048	ns
	$R^2_{aj} = .876$		$R^2_{aj} = .70$		$R^2_{aj} = .67$		$R^2_{aj} = .709$	
	F = 191.17		F = 64.66		F = 55.025		F = 66.75	
	P<.001		P<.001		P<.001		P<.001	

Concernant le score total à l'IES-R, le modèle de régression proposé explique 87 % de la variance. Il met en évidence le lien entre soutien social informel positif et stress posttraumatique ($p<.001$) : plus les victimes bénéficient de supports positifs de la part de leur entourage personnel et moins elles auront tendance à présenter des symptômes posttraumatiques. En revanche, les autres formes de soutien social (informel négatif, formel positif et négatif) ne semblent pas avoir d'effet significatif.

Il en est de même pour les modèles de régression concernant les scores d'intrusion et d'hyperactivité. Ils expliquent respectivement 70% et 67% de la variance, et soulignent uniquement un effet du soutien social informel positif ($p<.001$). Plus les victimes bénéficient de supports positifs de la part de leur entourage personnel et moins elles auront tendance à présenter des symptômes intrusifs ou d'hyperactivité.

Concernant le score d'évitement, le modèle de régression explique 71% de la variance. Il montre un effet de trois des quatre formes de soutien social : formel négatif, informel positif et négatif. Nous retrouvons à nouveau l'effet bénéfique

du soutien social informel positif : plus les victimes bénéficient de supports positifs de la part de leur entourage personnel et moins elles auront tendance à présenter des symptômes d'évitement ($p < .001$). Nos résultats mettent également en évidence l'effet néfaste du soutien social négatif, qu'il soit formel (tendance) ou informel ($p < .05$). Ainsi, plus les victimes sont confrontées à des supports négatifs de la part de leur entourage personnel ou de leur encadrement professionnel et plus elles auront tendance à présenter des symptômes d'évitement.

Quant au score d'anxiété, le modèle de régression proposé explique seulement 22% de la variance, et met à nouveau en évidence les effets bénéfiques du soutien social informel positif ($p < .05$). Les autres formes de soutien social ne présentent pas d'effet significatif.

Enfin, dans le modèle de régression proposé pour le score de dépression, aucune forme de soutien social ne s'est avérée significative.

4.2. Phase 2

Lors de cette seconde phase, nous avons en premier lieu appréhendé l'évolution à 6 mois des symptômes de stress posttraumatique, d'anxiété et de dépression. Le tableau 5 présente les scores moyens obtenus aux échelles de santé psychologique par les 65 salariés victimes de violence à t1 et t2.

Tableau 5 : Moyennes (et écart-types) obtenues aux échelles de santé psychologiques à t1 et t2

	Scores à T1 (n=65)	Scores à T2 (n=65)	Evolution t1 – t2
IES-R total	31.88 (15.06)	24.37 (9.95)	F(1,64)=79.26 ; $p < .001$
Intrusion	12.38 (5.89)	8.03 (3.62)	F(1,64)=82.69 ; $p < .001$
Evitement	11.12 (5.38)	9.8 (4.18)	F(1,64)=9.192 ; $p < .01$
Hyperactivité	8.55 (5.38)	6.51 (4.05)	F(1,64)=18.164 ; $p < .001$

CES-D	22.88 (8.39)	16.74 (6.87)	F(1,64)=90.94 ; p<.001
STAI	38.02 (12.70)	29.23 (8.23)	F(1,64)=54.92 ; p<.001

Ces résultats indiquent une diminution significative de tous les scores 6 mois après la survenue de l'agression. Toutefois, ces scores restent tout de même relativement élevés. En effet, 35 sujets (20 à t1) obtiennent à l'IES-R un score supérieur à 22, et 6 (26 à t1) un score supérieur à 36. Concernant la CES-D, 29 sujets (52 à t1) obtiennent un score supérieur à 16.

Dans un second temps, nous avons voulu appréhender l'effet des différentes formes de soutien social sur les symptômes observés 6 mois après l'agression. Nous avons ainsi réalisé des régressions afin d'évaluer l'impact des variables de soutien social sur les échelles de santé psychologique. Les modèles de régression obtenus pour les scores aux échelles et sous-échelles de stress posttraumatique sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Modèles de régression relatifs aux scores de stress posttraumatique à t2

	IES total		Intrusion		Evitement		Hyperactivité	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Constante	9.67	ns	11.254	ns	-21.97	ns	20.09	ns
Formel +	1.903	ns	-.328	ns	4.001	<.05	-1.717	ns
Formel -	4.452	ns	.200	ns	4.988	<.05	-.815	ns
Informel +	-2.012	<.001	-.849	<.001	-.190	ns	-.890	<.01
Informel -	-.226	ns	.036	ns	.518	ns	-.665	ns
	R ² aj = .800		R ² aj = .610		R ² aj = .587		R ² aj = .490	
	F = 65.19		F = 26.03		F = 23.72		F = 16.34	
	P<.001		P<.001		P<.001		P<.001	

Concernant le score total à l'IES-R, le modèle de régression proposé explique 80 % de la variance. Il met en évidence un lien entre le soutien social informel positif et le stress posttraumatique 6 mois après l'agression (p<.001) : plus les victimes bénéficient de supports positifs de la part de leur entourage personnel et moins elles auront tendance à présenter des symptômes posttraumatiques. En revanche, les autres formes de soutien social (informel négatif, formel positif et négatif) ne semblent pas avoir d'effet significatif.

Il en est de même pour les modèles de régression concernant les scores d'intrusion et d'hyperactivité. Ils expliquent respectivement 61% et 49% de la variance, et soulignent uniquement un effet du soutien social informel positif (p<.01). Plus les victimes bénéficient de supports positifs de la part de leur entourage personnel et moins elles auront tendance à présenter des symptômes d'intrusion ou d'hyperactivité.

Concernant le score d'évitement, le modèle de régression explique 58% de la variance. Il montre un effet des deux formes de soutien social formel : positif

($p < .05$) et négatif ($p < .05$). Plus les victimes disposent de supports positifs ou négatifs de la part de leur encadrement professionnel et plus elles ont tendance à présenter des symptômes d'évitement. En revanche, nous ne retrouvons pas d'effet significatif du soutien social informel, qu'il soit positif ou négatif.

Quant au score d'anxiété, le modèle de régression proposé explique seulement 23% de la variance de la variance, et met à nouveau en évidence les effets bénéfiques du soutien social informel positif ($p < .05$). Les autres formes de soutien social ne présentent pas d'effet significatif.

Enfin, dans le modèle de régression proposé pour le score de dépression, aucune forme de soutien social ne s'est avérée significative.

5. Discussion

À la lumière de ces résultats, la distinction entre les deux formes de soutien social informel et formel semble tout à fait pertinente. En effet, nos résultats mettent en évidence le rôle bénéfique du soutien social informel (provenant de l'entourage personnel) positif sur le développement de troubles psychotraumatiques et anxieux suite à l'agression. En revanche, concernant le soutien social formel (provenant de l'encadrement professionnel), ils indiquent son effet néfaste sur l'apparition de symptômes d'évitement, tant lorsqu'il est perçu positivement que négativement.

Lors de la première phase, le soutien social formel négatif n'a d'effet que sur les symptômes d'évitement. Quant au soutien social formel positif, il ne présente aucun effet significatif sur les symptômes de stress posttraumatique, d'anxiété et de dépression. Nous ne pouvons donc que partiellement valider notre première hypothèse concernant les effets néfastes d'un soutien social formel négatif. Conformément à notre deuxième hypothèse, le soutien social informel semble avoir un effet bénéfique lorsqu'il est perçu positivement : plus les victimes disposent de soutiens positifs dans leur entourage personnel et moins leurs scores de stress posttraumatique, d'intrusion, d'hyperactivité et d'anxiété sont élevés. De plus, le soutien social informel négatif a un effet néfaste sur les symptômes d'évitement : plus les victimes bénéficient de soutiens sociaux perçus comme négatifs dans leur sphère personnelle et plus elles obtiennent des scores élevés d'évitement.

Lors de la seconde phase, 6 mois après l'agression, les effets bénéfiques d'un soutien social informel positif semblent se maintenir. En effet, plus les victimes bénéficient de cette forme de soutien social et moins elles présentent de symptômes de stress posttraumatique, d'intrusion, d'hyperactivité et d'anxiété. Le soutien social informel négatif n'a quant à lui aucun effet significatif. En revanche, le soutien social formel a un impact sur les symptômes d'évitement présents 6 mois après l'agression : plus les victimes bénéficient de soutien, positif ou négatif, de la part de leur encadrement professionnel et plus elles présentent des symptômes d'évitement.

L'environnement managérial jouerait donc un rôle dans sa capacité à accentuer les conséquences psychologiques de la violence au travail. En revanche, un soutien formel positif semble ne pas avoir d'incidence les conséquences psychologiques de la violence. On sait que l'indifférence perçue de l'environnement social par un individu qui vient de vivre un événement particulier (Fruzzetti, Shenk & Hoffman, 2005) est souvent interprétée comme une non légitimation et une non reconnaissance de sa situation de victime ce qui conduit à la réduction de l'expression des émotions (les victimes ne disent rien de leur vécu et conserve pour elles la souffrance et le mal être qui en découle), et par voie de conséquence à un maintien des états psychopathologiques, voire à leur amplification (Swann, 1997). En contexte professionnel, Dejours (2005) note que face à la souffrance engendrée par les violences à l'encontre des salariés, les personnels encadrant de certaines entreprises réagissent par des stratégies collectives de défense : « Ils sont alors partisans de dédramatiser la gravité et l'importance quantitative de la violence et ils rejettent la responsabilité des incidents sur l'incompétence des salariés ». Par ailleurs, l'agression s'étant déroulée sur le lieu travail on peut également s'interroger sur l'effet du contexte lié à l'événement lui-même. N'est-il pas légitime, de la part du salarié, d'attendre une reconnaissance forte de sa souffrance auprès des plus proches témoins (directs ou indirects) de l'agression que sont les collègues ou les supérieurs ? Ne seraient-ils pas ceux qui, partageant avec la victime un référentiel sémantique et affectif commun renvoyant au travail, devraient être les plus à même de la comprendre et de la soutenir ? Nous pouvons nous demander si nous ne sommes pas là face à un effet de contextualisation de l'agression. Il est fort à parier qu'en cas d'agressions se déroulant dans un contexte autre que celui du travail, les attentes ne seraient pas du tout les mêmes vis à vis du soutien formel. Des études devraient tester ce point.

On aura également pu noter toute l'importance du soutien social informel positif qui contribue à amortir significativement les conséquences psychologiques de la violence au travail, tant immédiatement après l'agression que 6 mois après. Dans une étude de 1983, Ruch & Chandler avaient déjà montré chez des victimes de viol (n=326) que les conséquences psychologiques étaient moindres si ces dernières vivaient dans un environnement familial perçu comme bienveillant et supportant, par opposition à d'autres femmes vivant seules, ou dans un environnement sans soutien familial ou amical. Du fait de la proximité affective de la famille ou des amis, le soutien apporté paraît plus efficace et semble amortir considérablement les conséquences négatives de la violence vécue par les salariés. Ainsi, conformément à notre seconde hypothèse, la perception positive de l'attitude des proches contribue à réduire les conséquences psychologiques de la violence subie et conduit à une atténuation des symptômes d'anxiété et de stress posttraumatique.

La véritable vulnérabilité et inégalité des victimes face à la violence semble résider dans la capacité à disposer ou non d'un soutien social informel positif. Il semble jouer après la confrontation à la violence professionnelle un

rôle d'amortisseur important qui protège l'individu contre les aspects éprouvants de la situation. Mais la victime peut également bénéficier d'un soutien inadéquat ou négatif de la part de ses proches car ceux-ci éprouvent des difficultés à gérer leur propre détresse face à la gravité de l'événement (Ullman & Filipas, 2001), ou encore parce qu'ils ne parviennent pas à comprendre et à gérer les changements engendrés par les troubles de stress posttraumatique (Waysman & al., 1993 ; Wortman et Lehman, 1985 ; Billette & al., 2005)). Il pourrait ainsi être pertinent d'intégrer les proches des victimes dans la prise en charge, notamment en leur explicitant les répercussions de l'agression sur la victime afin qu'ils comprennent mieux son vécu de la situation et lui apportent un soutien adapté.

6. Références

- 1996 *International Crime (Victim) Survey (1998)*. Institut Interrégional de Recherche des Nations Unies sur la Criminalité et la Justice.
- Billette, V., Guay, S. & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 101-120.
- Bolger, N. & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 3, 458-475.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. & Paulhan, I. (1993). *Le manuel du STAI-Y de C.D. Spielberger, adaptation française*. Paris : ECPA.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L. & King, S. (2003). Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 1, 56-61.
- Campbell, R., Aherns, C.E., Self, T., Wasco, S.M. & Barnes, H.E. (2001). Social reaction to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and victims*, 16, 287-298.
- Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 5, 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Davis, R.C., Brickman, E. & Baker, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443-451.

- Dejours, C. (2005). *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Commission « Violence, travail, emploi, santé » - Rapport final.
- Dressler, W.W. & Bindon, J. (2000). The health consequences of cultural consonance: Cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in an African American community. *American Anthropologist*, 102, 2, 244-260.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. & Blank, A., Jr. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 11, 1576-1581.
- Flannery, R.B. (1996). Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1(1), 57-68.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (2000). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford.
- Forte, M., Masclét, G., Przygodzki-Lionet, N. & Desonnay, D. (2008). Approche psychovictimologique de la violence au travail : présentation d'un modèle théorique. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 14(4), 321-344.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.
- Führer, R. & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 4, 163-166.
- Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Burnam, M.A. & Stein, J.A.(1989). Social support sources following sexual assault. *Journal of Community Psychology*, 17, 92-107.
- Guay, S., Billette, V. & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress posttraumatique : théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 165-184.
- Guay, S., Billette, V. & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support : processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Herbert, T.B. & Dunkel-Schetter, C. (1992). Negative social reactions to victims: An overview of responses and their determinants. In: Montada, L., Filipp, S. and Lerner, M.J.(Eds.) 1992. *Life crises and experiences of loss in adulthood* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Hobfoll, S.E. & Stephens, M.A.P. (1990). Social support during extreme stress: consequences and intervention. In Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R. (Eds), *Social Support: An Interactional View*, Wiley, New York, NY.
- Horowitz, M. & al. (1979). Impact of Event Scale : a measure of subjective stress. *Psychometric Medicine*, 41, 209-218
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R. & Andrews, B. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 177-185.
- Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H., & Benson, M. J. (2002). Posttraumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 2, 203-212.
- Kulka, R.A., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Weiss, D. & Cranston, A. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York : Brunner & Mazel (vol 1).

- Lafont, B. & Bordier, A. (1988). Les troubles psychiques de guerre. *Annales de Psychiatrie*, 3, 2, 113-117.
- Murphy, S.A. (1988). Mediating effects of intrapersonal and social support on mental health one and three years after a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 155-172.
- Nyamathi, A., Leake, B., Keenan, C. & Gelberg, L. (2000). Type of social support among homeless women: Its impact on psychosocial resources, health and health behaviors and use of health services. *Nursing Research*, 49, 6, 318-326.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 1, 52-73.
- Paoli, P. & Merllié, D. (2001). *Troisième enquête sur les conditions de travail en 2000*. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Popiel, D.A. & Susskind, E.C. (1985). The impact of rape: Social support as a moderator of stress. *American Journal of Community Psychology*, 13, 645-676.
- Pruitt, L. & Zoellner, L.A. (2007). The impact of social support: An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-13.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 3, 385-401.
- Ruch, L.O. & Chandler, S.M. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: an exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 174-185.
- Seeman, T. (2001). How do others get under our skin? Social relationships and health. In C.D. Ryff & B.H. Burton (Eds.). *Emotion, social relationships and Health. Series in affective science*. New York: Oxford University Press.
- Schnuur, P.P., Lunney, C.A. & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 85-95.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushen, R., Vaag, P.R. & Jacobs G.A. (1983). *Manual for state-trait-anxiety inventory (STAI) form Y*. Consulting psychologist press inc (Palo Alto, CA).
- Stephens, C., Long, N. & Miller, I. (1997). The impact of trauma and social support on posttraumatic Stress Disorder: A study of New Zealand police officers. *Journal of Criminal Justice*, 25, 4, 303-314.
- Swann, W. B. (1997). The trouble with change: self-verification and allegiance to the self. *Psychological Science*, 8, 3, 177-180.
- Ullman, S.E. (1996a). Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 554-571.
- Ullman, S.E. (1996b). Social reactions, coping strategies and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ullman, S.E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: a review. *Aggression & Violent Behavior*, 4, 3, 343-358.
- Ullman, S.E. & Filipas, H.H. (2001). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assault victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1028-1047.
- Ullman, S.E., & Filipas, H.H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 393-413.
- Warshaw, L.J. & Messite, J. (1996). Workplace violence : Preventive and interventive strategies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38, 10, 993-1006.

- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z. & Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of post-traumatic combat veterans : A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7, 104-119.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1996). The impact of event scale revised. In J.P.Wilson & T.M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD. A practitioner's handbook*: Guilford Press : New York.
- Winstanley, S. & Whittington, R. (2002). Violence in a general hospital : comparison of assailant and other assault related factors in accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, suppl. 402, 144-147.
- Wortman, C. & Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crises : support attempts that fail. In : I. G. Sarason et B. R. Sarason (eds). *Social support : Theory, research and applications* (p. 463-489). Dordrecht, the Netherlands : Martinus Nijhoff.
- Wykes, T. & Whittington, R. (1998). Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 643-658.
- Yap, M.B.H. & Devilly, G. (2004). The role of the perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24, 1, 1-14.
- Zoellner, L.A., Foa, E.B., & Brigidi, B.D. (1999). Interpersonal Friction and PTSD in female victims of sexual and non-sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 689–700.

ANNEXE 1 : composantes et exemples de questions de l'entretien semi directif

Composantes et questions de l'entretien directif

1. Reconnaissance de la situation de victime (exemple : Avez-vous le sentiment que - votre encadrement versus votre famille/vos amis - a pris la mesure de ce qui vous est arrivé ? - Votre encadrement versus votre famille/vos amis - a-t-il pris au sérieux ce qui vous est arrivé ?)

2. La description du vécu (exemple - votre encadrement versus votre famille/vos amis - s'est-il intéressé à ce que vous avez ressenti durant l'événement ? Avez-vous le sentiment que - votre encadrement versus votre famille/vos amis - s'intéresse à ce que vous avez vécu ou à ce que vous vivez en ce moment ?)

3. La culpabilisation/stigmatisation (Avez-vous eu le sentiment que - votre encadrement versus votre famille/vos amis - vous tenait pour responsable de ce qui s'est passé ? - Votre encadrement versus votre famille/vos amis - a-t-on fait ressentir que vous avez mal agi ou réagi durant l'événement ?)

4. La confiance (exemple : Avez-vous eu le sentiment que vous pouviez faire confiance à - votre encadrement versus votre famille/vos amis - ? Vous êtes vous senti en confiance avec - votre encadrement versus votre famille/vos amis - ?)

5. Le soutien émotionnel (exemple : Avez-vous eu le sentiment d'être soutenu par - votre encadrement versus votre famille/vos amis - ? - Votre encadrement versus votre famille/vos amis - vous a-t-il apporté un véritable soutien ?)

6. L'écoute (exemple : - Votre encadrement versus votre famille/vos amis - vous a-t-il écouté ? Avez-vous le sentiment que - votre encadrement versus votre famille/vos amis - s'est mis à votre écoute pour comprendre ce que vous vivez ?)

7. L'aide (exemple : Quel type d'aide - votre encadrement versus votre famille/vos amis - vous a-t-il apporté ? Avez-vous le sentiment que- votre encadrement versus votre famille/vos amis - vous a apporté une aide tangible ?)
