



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Document de recherche

La prise en charge psychologique de salariés victimes d'une agression au travail^{☆,☆☆}



Psychological follow-up of employees who have experienced an attack at work

C. Tarquinio^{a,b}, J. Machado^{a,*,b}, P. Tarquinio^{a,b}, A.-M. Fayard^{a,b}, M. Tragno^c, Y. Auxéméry^d

^a Département de psychologie Ile-du-Saulcy, site de Metz, UFR sciences humaines et sociales, laboratoire EPSaM-APEMAC EA 4360, université de Lorraine, BP 30309, 57006 Metz cedex 1, France

^b Centre Pierre-Janet, Ile-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^c 57000 Metz, France

^d Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart, Hauts-de-Seine, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 13 juillet 2017

Accepté le 1^{er} octobre 2017

Mots clés :

Débriefing

Trauma

Impact Event Scale-Revised

Qualité de vie au travail

Santé

R É S U M É

Introduction. – Si la violence au travail n'est pas un phénomène nouveau, sa reconnaissance et sa prise en charge sont bien plus récentes. Les conséquences sur les salariés, en particulier lors de menaces avec armes, peuvent être très graves (sentiment de culpabilité, d'abandon de l'entourage, perte de confiance en soi, altération de l'identité...) et viennent justifier de l'importance de penser sa prise en charge. Le débriefing psychologique apparaît être, au regard de la littérature scientifique, une piste de choix.

Objectif. – L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets du débriefing psychologique auprès de victimes d'une agression sur leur lieu de travail.

Méthode. – Soixante salariés répartis en trois groupes ont participé à cette recherche. Le premier groupe était composé de vingt salariés victimes d'une agression au travail et ayant accepté un suivi psychologique (débriefing psychologique réalisé dans les 72h après l'agression). Le deuxième groupe était également de vingt salariés victimes, mais n'ayant pas souhaité faire l'objet d'un suivi particulier. Le groupe témoin enfin était composé de vingt salariés n'ayant jamais subi dans leur carrière un tel événement. Tous les sujets ont fait l'objet d'une évaluation lors de la phase initiale (avant la rencontre avec le psychologue), puis six mois après.

Résultats. – Les résultats montrent que les victimes d'une agression sur leur lieu de travail présentent des symptômes traumatiques (mesurés par l'Impact Event Scale-Revised) significativement supérieurs à ceux du groupe témoin. De tels effets semblent s'atténuer six mois après pour les sujets ayant accepté une prise en charge psychologique. De façon identique, les sujets pris en charge se sentent plus à l'aise dans leur travail et ont un sentiment de peur moins exacerbé six mois après, comparés aux autres salariés victimes.

Conclusion. – De tels résultats démontrent un effet positif du débriefing psychologique auprès de salariés victimes d'agression sur leur lieu de travail.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS.

^{*} Cet article a préalablement fait l'objet d'une publication dans la *Revue Francophone du Stress et du Trauma*. Par manque de diffusion de ladite revue aujourd'hui disparue, les résultats de ce travail ont fait l'objet d'une trop faible diffusion. C'est en accord avec l'équipe éditoriale de la revue *European Journal of Trauma & Dissociation* que le texte a été modifié (les résultats sont bien entendus conservés) afin d'y être publié. Le texte a été mis à jour du point de vue de la bibliographie, et certains passages ont été réécrit afin de le rendre plus clair et plus lisible, notamment la discussion qui fut modifiée en tenant compte de l'évaluation des résultats de la recherche depuis sa publication originale.

^{**} Référence initiale : Tarquinio, C., Steffes, C., Tarquinio, P., Fayard, A., Tragno, M. & Houbre, B. (2004). Effets de la prise en charge psychologique des salariés victimes de braquages dans le milieu de la grande distribution. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 3, 195–202. Indexation : PsyINFO, Francis, PILOTS (National Center for PTSD).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : juliette.m57@gmail.com (J. Machado).

A B S T R A C T

Keywords:

Debriefing
Trauma
Impact Event Scale-Revised
Quality of life at work
Health

Introduction. – Even if violence at work is not a new phenomenon, its acknowledgment and methods are very well known. The effects on employees, particularly when they have been threatened with weapons, can be very serious (leading to a sense of guilt, social isolation, a lack of self-confidence, a stripping of identity. . .). This highlights the huge importance to provide for its care. Regarding scientific literature, psychological debriefing seems to be an interesting line of inquiry.

Objective. – The aim of this study was to assess the effects of psychological debriefing with victims of an attack at work.

Method. – Sixty employees divided into three groups took part in this research. The first group consisted of twenty employees who had experienced an aggression at work and who had accepted a psychological follow-up (psychological debriefing done within 72 hours after the attack). The second group also consisted of twenty employees who were victims of an attack, but they had not wished for any specific follow-up. The control group consisted of twenty employees who had never been subjected to such an ordeal in their career. All the participants underwent an evaluation at the time of the initial phase (before meeting the psychologist), then had another six months later.

Results. – The results show that the victims of an attack at work experience traumatic symptoms (measured by the *Impact Event Scale-Revised*), which were significantly higher than those of the control group. Such effects seem to ease up after six months for the participants having accepted a psychological follow-up. Similarly, the participants who had been part of the psychological follow up felt more at ease at work and were a lot less fearful six months later, compared to the other employees who were victims of attack who hadn't had a psychological follow up.

Conclusion. – These results demonstrate the positive effects of psychological debriefing on employees who have experienced an attack at work.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Le Bureau International du Travail définit la violence au travail comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail ». Il distingue également la violence interne au travail, de la violence externe. Dans le premier cas, il s'agit de violence qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement. Le second cas renvoie à la violence entre les travailleurs (et le personnel d'encadrement) et des personnes externes à l'organisation mais présentes sur le lieu de travail (*Organisation Internationale du Travail, 2003*). Les travaux scientifiques sont de plus en plus nombreux à traiter de la problématique de la violence au travail ; citons la publication d'un rapport du Bureau International du Travail (*Chappell & Di Martino, 2006*) et la troisième enquête européenne sur les conditions de travail (*Paoli & Merllié, 2002*). Ce sont essentiellement les études sur le harcèlement sexuel et moral qui ces dernières années ont sensibilisé le grand public à la question de la violence au travail (*Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfand, & Magley, 1997 ; Hirigoyen, 2011*). De ce fait, assez peu de données existent sur les autres formes de violence qui peuvent se manifester en contexte professionnel, alors même que le risque en la matière va grandissant et que cette réalité s'impose non seulement aux salariés, mais aux entreprises.

Les conséquences, pour les salariés confrontés à un événement potentiellement psychotraumatique sont généralement problématiques et s'expriment le plus souvent soit en termes d'état de stress aigu (ESA) (*Elklit, 2002*), soit en termes d'état de stress post-traumatique (ESPT) (*Forman-Hoffman et al., 2012 ; Yehuda, 2002*). À noter qu'à ce jour, l'ESPT, tel qu'il est défini par le DSM-V implique également la présence de symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Il n'est plus nécessaire d'avoir vécu directement l'événement, la proximité et la réaction émotionnelles n'étant plus exigées.

Une méta-analyse met en évidence d'importantes corrélations entre le fait d'être exposé à un incident critique sur son lieu de travail et le développement de symptômes anxieux, dépressifs et

traumatiques chez des praticiens hospitaliers ($n = 3866$) (*de Boer et al., 2011*). Des résultats similaires ont été observés auprès de 72 salariés confrontés à un vol à main armée où 38,9 % d'entre eux manifestaient des symptômes traumatiques (*Bobic, Pavicevic, & Gomzi, 2007*). En effet, présenter des symptômes post-traumatiques après un accident sur son lieu de travail est corrélé avec une symptomatologie dépressive sévère, une plus basse réactivité psychophysiologique et une importante inadaptation, cette dernière influençant considérablement la vie affective du sujet (*Novara et al., 2009*). Par ailleurs, il a été démontré que des salariés manifestant des symptômes post-traumatiques présentent davantage de troubles cognitifs, avec des difficultés de concentration, d'attention ainsi que il manque quelque chose ici je pense dans les fonctions exécutives (*Buodo et al., 2011*). Notons également que la présence d'ESPT entraîne des troubles cognitifs qui, à leur tour, augmentent le risque d'accidents futurs sur le lieu de travail, et ainsi la sévérité des symptômes (*Simpson, Wadsworth, Moss, & Smith, 2005 ; Wallace & Vodanovich, 2003*).

Pour pallier aux conséquences psychologiques de la confrontation à un événement potentiellement traumatique vécu sur le lieu de travail, il existe différentes approches (*Tarquinio et al., 2016*) permettant l'accompagnement et la prise en charge des victimes. La plus connue reste sans doute le débriefing psychologique. C'est en 1983, que Mitchell (*Mitchell, 1983*) a créé le Critical Incident Stress Debriefing « CISD ». Le CISD se caractérise par un protocole opératoire minutieux comprenant sept phases dont chacune est argumentée sur le plan de son utilité et du moment où elle intervient dans la séquence. Lors d'un débriefing, selon cette méthode, les praticiens proposent aux victimes de re-parcourir l'événement traumatique. Chacun raconte alors les faits tels qu'il les a perçus ou déjà entendus raconter et écoute « comment cela s'est passé » d'après les autres. Le récit des événements permet surtout d'éclaircir leur déroulement, de mettre au jour les rumeurs, tout comme les interprétations ou les perceptions considérées « erronées et distordues » (*Everly and Mitchell, 1999*; *Everly & Mitchell, 1999 ; Mitchell, 1983*). Cette procédure doit amener les victimes à parler de ce qu'elles ont ressenti alors, puis des sentiments et des émotions éprouvés à présent. A contrario, le « débriefing à la française » (*Croq, 1999*) se

distingue principalement du CISD par une énonciation authentique du vécu des sujets. Le discours ne se veut plus clivé entre d'une part le récit factuel, et d'autre part le vécu émotionnel, mais bien en permettant au sujet d'exprimer « en vrac » ce qui lui vient, relativement à l'événement (Crocq, Chidiac, Cremniter, Demesse, & Coq, 2007). Ce langage « maïeutique » permet ainsi un soulagement cathartique, que le « débriefing à la française » met un point d'honneur à souligner comme étant la seule attitude permettant au sujet de se dégager du trauma, héritage des apports psychanalytiques en France (Auxéméry, 2017).

À ce jour, la littérature ne fait pas état d'un consensus quant à l'efficacité du débriefing psychologique, souvent par manque de méthodologie rigoureuse (Aulagnier, Verger, & Rouillon, 2004 ; Tuckey, 2007) alors qu'il est utilisé en premier lieu pour prévenir la survenue de pathologie psychotraumatique (Devilly & Varker, 2008).

Afin d'évaluer l'effet du débriefing psychologique sur les salariés victimes d'agression avec armes dans le cadre de leur travail, nous avons constitué trois groupes indépendants de salariés de la distribution de proximité, dont deux d'entre eux étaient composés de victimes de violence au travail. Le premier de ces groupes était constitué de salarié victimes ayant accepté une prise en charge de type débriefing. Le deuxième groupe était également composé de salariés victimes de violence, mais n'ayant pas souhaité bénéficier d'une prise en charge psychologique. Le troisième groupe témoin, quant à lui, était composé de salariés issus des mêmes entreprises que les deux premiers groupes, mais aucun des participants n'avait fait l'objet de violences au travail. Les réactions psychologiques des victimes notamment en termes de « Stress Aigu » et d'Etat de Stress Post-Traumatique ont été évaluées et comparées sur la base des réponses données à l'IES-R – développée selon les dimensions énoncées par le DSM-IV – avant et après la prise en charge proposée, puis six mois après. Une telle prise en compte de la dimension temporelle à six mois nous a ainsi permis de distinguer sur le plan psychopathologique la période immédiate et post immédiate de l'agression.

2. Méthode

2.1. Participants

Soixante salariés (cf. Tableau 1) de la grande distribution et de la distribution de proximité localisés sur tout le territoire français ont

participé à cette recherche qui a duré 30 mois (dont 27 mois d'inclusion). Quarante d'entre eux avaient été victimes d'une agression sur leur lieu de travail, bien que sans conséquence physique. Vingt d'entre eux ont accepté une prise en charge psychologique de type débriefing. Vingt autres sujets ont constitué le groupe témoin. Il s'agissait de salariés qui n'avaient jamais fait l'objet d'agression.

Pour participer à cette recherche, les victimes devaient répondre aux critères d'inclusion suivant :

- avoir été victime d'une agression sur leur lieu de travail
- la prise en charge devait intervenir dans les 72 h suivant l'agression
- avoir signé un formulaire de consentement après avoir été informé des objectifs de la recherche et de la procédure utilisée.
- être âgé de 18 ans à 60 ans

Afin de disposer de groupes homogènes, tous les sujets ont été appariés au groupe des victimes sur la base de trois critères : l'âge, le sexe et la fonction dans l'entreprise. Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 1.

2.2. Procédure

La Fig. 1 reprend la procédure d'inclusion des participants. Toutes les interventions ont été réalisées dans le cadre de contrats d'intervention passés avec les entreprises du secteur de la grande distribution. Soixante magasins (2 enseignes), répartis sur l'ensemble du territoire national, ont participé à cette recherche. Dès lors qu'un salarié était victime d'une agression sur son lieu de travail, et en accord avec celui-ci, l'encadrement de l'entreprise contactait le responsable du réseau. Ce dernier entrait en relation avec les salariés impliqués dans les heures qui suivaient l'appel. Il s'agissait de se présenter auprès du salarié, de savoir ce qui s'était passé et de lui expliquer ce qu'il était possible de faire pour lui en termes d'intervention. La prise en charge des salariés était réalisée par deux des auteurs, formés au débriefing psychologique ainsi qu'à la psychothérapie EMDR. La situation était évaluée par téléphone afin de vérifier si une prise en charge par le CISD paraissait indiquée. C'était là une procédure classique et utilisée de manière habituelle par le réseau dès lors qu'il s'agissait d'intervenir auprès de salariés sur leur lieu de travail. Il était alors possible dès cette phase de sélectionner les participants qui pourraient ou non être inclus dans le dispositif de recherche. Au total, sur les 27 mois

Tableau 1
Caractéristiques des échantillons^a.

Variables	Salariés victimes d'agression non pris en charge (n=20)	Salariés victimes d'agression pris en charge (n=20)	Salariés témoins (n=20)
Âge (en années)	M=33 (ET=6,5)	M=34,5 (ET=8,3)	M=33,4 (ET=7,5)
Sexe	Hommes : 55 % Femmes : 45 %	Hommes : 50 % Femmes : 50 %	Hommes : 60 % Femmes : 40 %
Nationalité	Française : 75 % CEE : 10 % Afrique : 15 %	Française : 60 % CEE : 25 % Afrique : 15 %	Française : 65 % CEE : 20 % Afrique : 15 %
État civil	Célibataire : 25 % Marié : 35 % Concubinage : 30 % Divorcé : 10 %	Célibataire : 15 % Marié : 30 % Concubinage : 35 % Divorcé : 20 %	Célibataire : 20 % Marié : 55 % Concubinage : 20 % Divorcé : 5 %
Niveau d'étude	BEPC : 15 % BEP : 35 % BAC : 40 % > BAC : 10 %	BEPC : 15 % BEP : 30 % BAC : 40 % > BAC : 15 %	BEPC : 20 % BEP : 35 % BAC : 40 % > BAC : 5 %
Ancienneté (en années)	M=4,3 (ET=3,9)	M=6,8 (ET=3,8)	M=5,7 (ET=4,2)
Statut	Cadres : 15 % Non cadres : 85 %	Cadres : 30 % Non cadres : 70 %	Cadres : 15 % Non cadres : 85 %

^a Il n'existe aucune différence entre les groupes en ce qui concerne l'âge moyen, la répartition par sexe, l'état civil ou le niveau d'étude. Il en va de même pour l'ancienneté et le statut des participants.

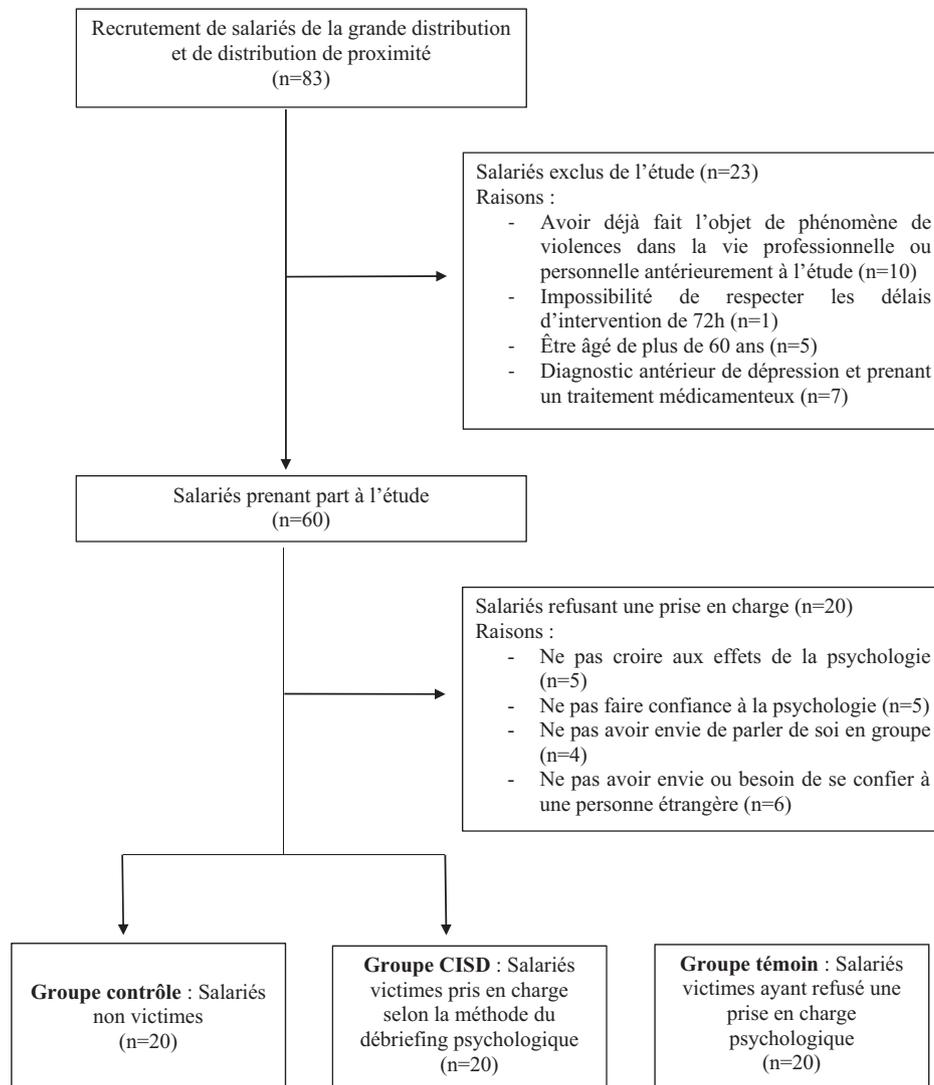


Fig. 1. Schéma de la procédure d'inclusion des participants.

d'inclusion, 83 salariés ont été victimes de violences au travail. Vingt d'entre eux ont été pris en charge avec la méthode du débriefing psychologique. En effet, 23 participants n'ont pu être inclus à l'étude pour diverses raisons : 10 salariés ont été écartés car ils avaient déjà fait l'objet de phénomènes de violence dans leur vie personnelle ou professionnelle antérieurement à l'étude. Pour un participant, il nous fut impossible de respecter les délais d'intervention de 72 h, soit pour des raisons fonctionnelles et organisationnelles liées à l'intervention du psychologue sur le site, soit en raison d'impossibilités diverses propres aux salariés. Cinq salariés âgés de plus de 60 ans n'ont pu être inclus dans la recherche, comme ce fut le cas de 7 salariés diagnostiqués souffrant de dépression et prenant un traitement avant la survenue de ces phénomènes de violence au travail.

Tous les participants étaient invités, 48 h après l'événement sur le lieu de travail, à se connecter via un lien internet envoyé par e-mail, afin de répondre aux questionnaires de la phase de pré-test : (1) une fiche signalétique permettant le recueil d'informations sur les sujets tels que leur âge, leur sexe, leur état civil, leur niveau de diplôme etc. ; (2) l'*Impact Event Scale* d'Horowitz (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979 ; Joseph, 2000), utilisé dans sa version révisée et traduite en langue française (Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003 ; Chiasson, Lapierre, Balbinotti, Desjardins, & Vasiliadis, in press), qui reste l'un des instruments les plus anciens et les plus

largement utilisés dans l'évaluation du psychotraumatisme (Jehel & Vermeiren, 2001 ; Montgomery & Bech, 2000) ; (3) un questionnaire général à partir duquel les sujets étaient interrogés afin de connaître le nombre de journées d'arrêts de travail depuis six mois, s'ils avaient pendant cette même période pris des antidépresseurs (oui versus non), s'ils avaient un sentiment d'humiliation (de 1 pas du tout à 6 tout à fait), s'ils se sentaient à l'aise dans leur travail (de 1 pas du tout à 6 tout à fait) et s'ils ressentaient de la peur lorsqu'ils étaient à leur travail (de 1 pas du tout à 6 tout à fait).

À ce stade, 20 participants n'ont pas souhaité bénéficier d'une prise en charge psychologique. Cependant, ils ont accepté de répondre aux mêmes questionnaires que le premier groupe. Ils ont ainsi permis la constitution du second groupe ($n = 20$). Les motifs de refus de la prise en charge étaient variables (ne pas croire aux effets de la psychologie [$n = 5$], ne pas faire confiance à la psychologie [$n = 5$], ne pas avoir envie de parler de soi en groupe [$n = 4$], ne pas avoir envie ou besoin de se confier à une personne étrangère [$n = 6$]). A noter que malgré le refus de ces salariés, les entreprises ont toujours permis, même après le contexte de recherche, de mobiliser l'équipe psychologique pour bénéficier d'une prise en charge.

Concernant le groupe CISD, le psychologue assurait une prise en charge 72 h après la confrontation à l'événement potentiellement

traumatique. Le cadre de la démarche de prise en charge psychologique s'inspire très largement, dans son déroulement du CISD de Mitchell (Everly & Mitchell, 1999 ; Mitchell, 1983). La durée moyenne des débriefings pouvait varier selon les cas entre 1 h 30 et 3 h, et étaient individuels ou collectifs ($n = 2$ ou 3 maximum) en fonction de la situation et donc du nombre de victimes impliquées. Vingt-quatre h après l'intervention l'ensemble des participants (groupe avec intervention et groupe sans intervention) étaient invités, après un contact téléphonique à se connecter sur internet afin de répondre une seconde fois aux questionnaires de l'étude (phase de post-test 24 h *follow-up*). Enfin, 6 mois après, l'ensemble des sujets de l'étude étaient invités par téléphone à répondre une dernière fois aux questionnaires de l'étude via Internet.

Enfin, le groupe contrôle a été constitué selon le même design de salariés non victimes, appariés sur le sexe et l'âge ($n = 20$). Tous les participants de ce groupe étaient employés par les mêmes entreprises que les deux premiers. Le groupe contrôle était soumis aux deux phases d'évaluation.

Les données recueillies ont fait l'objet d'opérations statistiques (Anovas) par le logiciel IBM SPSS Statistics version 21.

3. Résultats

Les scores obtenus à l'IES-R lors de la phase initiale témoignent d'une différence significative entre les trois groupes de salariés ($F_{(2,57)} = 47,65$, $p < 0,001$). Les valeurs de l'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) obtenues lors des phases 1 et 2 pour la totalité de l'échelle sont respectivement de 0,86 et 0,84 indiquant pour notre échantillon une assez bonne consistance interne de l'échelle. Les contrastes présentés dans le Tableau 2 indiquent que si les deux groupes de salariés victimes ne présentent pas de différences statistiquement significatives (salariés pris en charge $m = 39,6$ vs. salariés non pris en charge $m = 36,7$), leur score est en revanche significativement supérieur à celui du groupe témoin ($m = 12,2$). Un constat différent est observé après six mois ($F_{(2,57)} = 86,02$, $p < 0,001$). Les victimes prises en charge dans le cadre d'un débriefing psychologique ($m = 26$) disposent d'un score

significativement moins important à l'IES-R que le groupe des salariés qui avait refusé cette même prise en charge ($m = 36,3$).

Ces deux groupes se distinguent du groupe témoin qui présente un score à l'IES-R significativement moins important ($m = 9,35$). Traitées par analyse de variance sur la base du plan 3 (groupe de sujets : salariés victimes prise en charge vs salariés victimes non prise en charge vs salariés témoins) * 2 (phase de l'étude : phase initiale vs après six mois), l'interaction entre les deux variables ($F_{(2,57)} = 12,64$, $p < 0,001$) montre après décomposition que les salariés victimes pris en charge ($m = 49,6$ vs $m = 36$) voient leur score à l'IES-R significativement diminuer après six mois ($p < 0,001$). Ce n'est en revanche pas le cas des deux autres groupes (salariés non pris en charge et témoins) pour lesquels le score reste stable. La même tendance s'observe pour les sous-dimensions intrusion et évitement de l'IES-R.

Concernant la prise d'antidépresseurs, il est apparu que la phase post-immédiate qui succède à l'événement ne permet pas de discriminer les salariés ($\chi^2 < 1$, *ns*) selon qu'ils appartiennent au groupe des sujets pris ou non en charge dans le cadre d'un débriefing. En revanche, il est intéressant de constater que dans la période de six mois qui suit les événements violents, les salariés victimes non pris en charge sont tendanciellement plus enclins que les autres à la prise d'antidépresseurs ($\chi^2 = 5,3$, $p < 0,07$). On voit donc ici le lien pouvant exister entre les répercussions psychiques d'un incident critique et la santé, puisqu'en l'absence de débriefing rapide, le risque de développer des troubles à six mois est plus grand.

Rien ne permet lors de la phase initiale de distinguer les effets de la prise en charge ($F < 1$, *ns*) sur le nombre moyen de jours d'arrêts de travail. En revanche, la période de six mois qui suit l'agression révèle des disparités significatives entre les groupes ($F_{(2,57)} = 4,04$, $p < 0,05$). En effet, il apparaît que les sujets pris en charge sont significativement moins absents ($m = 0,75$) que les sujets non pris en charge ($m = 1,35$). Ces deux groupes présentent néanmoins un taux d'absentéisme nettement plus important que les sujets du groupe témoin ($m = 0,45$). Si l'on compare le nombre moyen d'absences entre les deux périodes, les salariés pris en charge ne sont pas plus absents après leur agression, qu'ils ne

Tableau 2

Comparaison entre les trois groupes de salariés lors des deux phases d'évaluation.

	Première phase				Seconde phase (Après six mois)			
	Salariés victimes d'agression pris en charge ($n = 20$)	Salariés victimes d'agression non pris en charge ($n = 20$)	Salariés témoins ($n = 20$)	p	Salariés victimes d'agression pris en charge ($n = 20$)	Salariés victimes d'agression non pris en charge ($n = 20$)	Salariés témoins ($n = 20$)	p
Nombre moyen d'arrêts de travail depuis six mois	0,6 (0,82)	0,5 (1,0)	0,55 (,75)	<i>ns</i>	0,75 ⁽¹⁾ (1,0)	1,35 ⁽²⁾ (1,53)	0,45 ⁽³⁾ (1,30)	< 0,23
IES total ($\alpha = 0,86$ et 0,84)	39,6 ⁽¹⁾ (16,6)	36,7 ⁽¹⁾ (14,1)	12,2 ⁽²⁾ (9,31)	< 0,001	26 ⁽¹⁾ (16,6)	36,3 ⁽²⁾ (10,6)	9,35 ⁽³⁾ (3,81)	< 0,001
IES Intrusion ($\alpha = 0,84$ et 0,82)	18,5 ⁽¹⁾ (9,03)	17,4 ⁽¹⁾ (7,04)	5,5 ⁽²⁾ (4,6)	< 0,001	12 ⁽¹⁾ (8,6)	16,2 ⁽²⁾ (6,59)	5,05 ⁽³⁾ (3,4)	< 0,001
IES Evitement ($\alpha = 0,83$ et 0,79)	21,1 ⁽¹⁾ (8,2)	19,3 ⁽¹⁾ (8,3)	6,6 ⁽²⁾ (5,2)	< 0,001	14 ⁽¹⁾ (7,9)	21,05 ⁽²⁾ (9,2)	4,3 ⁽³⁾ (3,2)	< 0,001
Depuis ces six derniers mois avez-vous pris des antidépresseurs ?	Oui : 4 Non : 16	Oui : 5 Non : 15	Oui : 3 Non : 17	$\chi^2 < 0$, <i>ns</i>	Oui : 7 Non : 13	Oui : 11 Non : 9	Oui : 4 Non : 16	$\chi^2 = 5,3$ $p < 0,07$
Depuis ces derniers jours ressentez-vous un sentiment d'humiliation ?	3,7 ⁽¹⁾ (1,2)	3,5 ⁽¹⁾ (1,2)	2,2 ⁽²⁾ (1,1)	< 0,001	2,1 ⁽¹⁾ (0,9)	2,3 ⁽¹⁾ (0,9)	1,9 ⁽¹⁾ (0,5)	<i>ns</i>
Depuis ces derniers jours vous sentez vous à l'aise au travail ?	1,5 ⁽¹⁾ (0,68)	1,8 ⁽¹⁾ (0,67)	3,9 ⁽²⁾ (1,05)	< 0,001	2,7 ⁽¹⁾ (0,65)	1,9 ⁽²⁾ (0,74)	3,65 ⁽³⁾ (1,26)	< 0,001
Depuis ces derniers jours ressentez vous un sentiment de peur lorsque vous êtes à votre travail ?	4,5 ⁽¹⁾ (1,27)	4,4 ⁽¹⁾ (1,31)	1,8 ⁽²⁾ (0,69)	< 0,001	2,9 ⁽¹⁾ (0,85)	4,1 ⁽²⁾ (0,81)	1,85 ⁽³⁾ (0,67)	< 0,001

Les contrastes pour les Anova sont spécifiés pour les différences en lignes par des chiffres entre parenthèses mis en exposant.

l'étaient six mois auparavant avant les violences au travail. En revanche, les sujets non pris en charge sont significativement ($p < 0,05$) plus absents après l'événement ($m = 1,35$) qu'ils ne l'étaient avant ($m = 0,5$).

L'événement potentiellement traumatique vécu sur le lieu de travail fait émerger chez les salariés victimes (pris en charge ou non) dans les premiers jours qui suivent « le sentiment d'avoir été humiliés ». Ces derniers se distinguent du groupe témoin qui ne présente pas autant un tel sentiment ($F_{(2,57)} = 9,43, p < 0,001$). Six mois plus tard, ce sentiment s'estompe, car il n'existe plus de différence significative entre les trois groupes sur ce critère ($F_{(2,57)} = 1,44, ns$). On notera également que lors de la phase initiale (soit 72 heures maximum après l'événement) les salariés victimes se sentent significativement moins à l'aise dans leur fonction professionnelle ($F_{(2,57)} = 50,7, p < 0,001$) et ont significativement plus peur ($F_{(2,57)} = 37,18, p < 0,001$) que les sujets du groupe témoin. Si un tel résultat se retrouve six mois plus tard (respectivement $F_{(2,57)} = 18,7, p < 0,001$ vs. $F_{(2,57)} = 43,3, p < 0,001$), les sujets pris en charge se sentent en revanche plus à l'aise ($p < 0,001$) dans leur travail ($m = 2,7$) qu'ils ne l'étaient immédiatement après l'événement ($m = 1,5$). Aucune évolution de ce type n'est à noter pour le groupe des sujets non pris en charge. En ce qui concerne le ressenti de la peur, les résultats indiquent que chez les salariés pris en charge, l'intensité de ce sentiment est significativement moindre ($p < 0,001$) six mois après l'agression ($m = 2,9$) qu'elle ne l'était lors de la phase initiale ($m = 4,5$). En revanche pour les sujets n'ayant pas souhaité de prise en charge psychologique, le sentiment de peur ne s'est pas atténué avec le temps ($m = 4,4$ en t1 vs. $m = 4,1$ en t2).

4. Discussion

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence et d'objectiver autant que possible les effets d'une prise en charge psychologique de type débriefing chez des salariés victimes de violence. La prise en charge des salariés victimes a globalement montré un effet positif sur le devenir des personnes qui en ont bénéficié. En matière de psychotraumatisme, les scores d'intrusion (*IES-I*), d'évitement (*IES-E*), ainsi que le score total (*IES-T*) obtenus entre les deux phases tendent à se réduire significativement pour les personnes ayant accepté une prise en charge psychologique. La rencontre avec un psychologue lors de la phase initiale reste un élément en faveur d'un effet moteur et positif de la prise en charge des conséquences de l'agression. Ces effets peuvent être directs et indirects. Les effets directs du débriefing sont globalement de permettre une verbalisation précoce des événements et de leur vécu subjectif, de repérer et d'intervenir en conséquence sur les sentiments d'effroi, de peur, de détachement, de culpabilité, d'impuissance ou de rage ressentis et de prendre la mesure des distorsions cognitives ou des résonances significatives du traumatisme. Les débats restent ouverts en ce qui concerne l'efficacité du débriefing (Aulagnier et al., 2004 ; Tuckey, 2007) et notre recherche contribue au débat. Il nous semble incontestable qu'une telle démarche a un effet de soulagement, qui au vu de nos résultats semble réduire l'intensité de certains symptômes (intrusion et évitement), ainsi que la souffrance générale. Rappelons que les victimes de violence au travail, sont souvent bafouées, blessées, agressées dans leur identité professionnelle. C'est donc dans leur identité de salarié que ces victimes sont touchées (Tarquinio, Tarquinio, & Costantini, 2003). De manière sans doute plus indirecte, ce dispositif de type débriefing a également une valeur de reconnaissance du traumatisme : reconnaissance diagnostique des symptômes, reconnaissance sociétale du statut de victime. Rappelons toutefois que le terme de « victime » est avant tout juridique, et qu'un événement

potentiellement traumatique place le sujet en position d'objet du trauma. La prise en charge psychologique n'a d'autre objectif que l'autonomie psychique du sujet. Le psychologue peut également assumer cette charge en particulier lorsqu'il est mandaté par les responsables de l'entreprise. Il limite les sentiments de désarroi et d'abandon souvent éprouvés par les victimes et inaugure une certaine forme de soutien social et organisationnel. Et l'on sait à quel point le soutien social, même s'il s'inscrit dans un cadre aussi formel que le débriefing, peut avoir un rôle modérateur sur les effets du stress. Il permet notamment d'aider les individus à faire face et à affronter les événements consécutifs à l'agression (manifestations de différents symptômes, interrogations sur le sens de sa vie et de son travail, difficultés à retrouver ses repères, changements de valeur, changements identitaires...) en atténuant leurs effets (Sarason & Duck, 2000). De nombreuses études (Dressler & Bindon, 2000 ; Nyamathi, Leake, Keenan, & Gelberg, 2000 ; Seeman, 2001) ont montré à quel point 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 comme un hold-up (Dressler & Bindon, 2000). De ce point de vue, le débriefing nous paraît protéger l'individu contre les aspects éprouvants de la situation. Le soutien social se rapporte ici au sentiment qu'a ou non une personne de pouvoir trouver soin, protection et valorisation au sein du réseau social et organisationnel qui est le sien. L'intérêt d'une intervention de type débriefing a également pour effet de démythifier la psychiatrie et la psychologie facilitant par ailleurs l'accès à des soins de type curatif. Notons toutefois que le débriefing se veut être dans une démarche préventive du traumatisme ; il fait partie intégrante du processus de soin (soins immédiats, post-immédiats, et suivi si nécessaire).

Les salariés impliqués dans des événements de violence au travail ne sont pas les seules victimes. D'une certaine manière c'est l'entreprise tout entière qui est touchée et impactée. On sait à quel point l'ambiance générale d'une entreprise peut être altérée, après un événement de ce type. Les rumeurs, les craintes, les angoisses touchent à un moment ou à un autre tous les membres de l'entreprise qui ont des responsabilités ou des postes à risque. Ces situations de violence ont en outre des répercussions directes sur l'organisation du travail (arrêt de travail, inaptitude à l'emploi, licenciement, mutation, démission), qui indiquent que ces phénomènes sont l'affaire de tous. Les résultats obtenus montrent à cet égard qu'en ce qui concerne le nombre moyen de jours d'arrêt par exemple, les deux groupes de victimes sont plus absents depuis l'agression que le groupe témoin. Les victimes non prises en charge ont, quant à elles, un taux d'absentéisme après six mois plus important que les autres.

La peur de ne plus être à la hauteur professionnellement ; la peur de ne plus avoir la reconnaissance du travail exécuté par les collègues peuvent conduire à une surcharge psychique et à un état psychologique particulièrement vulnérable de type dépressif, ce qui va dans le sens de nos résultats. Entre les deux phases, la prise d'antidépresseurs a significativement augmenté pour les salariés victimes et que cette augmentation reste surtout le fait du groupe non pris en charge dans le cadre du débriefing. C'est tout un univers de vie qui semble s'ébranler. Sur le plan personnel c'est la santé et l'intégrité psychique des salariés qui est en question. Sur le plan professionnel et organisationnel, c'est le fonctionnement de l'entreprise dans son ensemble qui peut être bouleversé.

Il convient néanmoins de relativiser la portée de nos résultats en raison de la quasi impossibilité de contrôler totalement l'ensemble des facteurs en jeu. On est en droit de se demander par exemple, pourquoi certains employés ont accepté une prise en charge alors que d'autres ont refusé. La situation psychologique des

victimes antérieurement aux phénomènes de violence, la peur de livrer des choses qui dépasseraient le cadre de l'agression n'y est bien entendue pas étrangère. La croyance de plus en plus répandue que l'intervention des psychologues ou des psychiatres relève d'une pratique magique ou au contraire l'incrédulité totale quant à l'efficacité de ces démarches sont également des paramètres à prendre en compte. Accepter de participer c'est déjà d'une manière ou d'une autre penser que l'on pourra être « guéri » et on ne peut pas totalement écarter les effets placebo d'une telle pratique. Engager des études de ce type, ne peut se faire qu'avec une immense prudence car la multiplicité des déterminants rend caduque l'illusion de contrôlabilité totale de tous les paramètres. Néanmoins, ce n'est qu'à la lumière de telles tentatives que l'on pourra apporter des garanties aux victimes qui sollicitent les professionnels de l'urgence psychologique.

La prise en charge individuelle ou de groupe des salariés peut également constituer un biais dans nos résultats. Si ce paramètre peut constituer un biais méthodologique, habituellement contrôlé dans des recherches de laboratoire, la réalité de terrain à laquelle nous avons été confrontés ne permet pas de contrôler cette dimension, dans le cadre de ce dispositif d'évaluation des pratiques en situation réelle. Notons toutefois que la dimension du collectif peut être un levier majeur de la prise en charge des salariés. En effet, le fait d'exercer le même métier, d'être dans les mêmes équipes de travail, est un élément favorisant le soutien social, ce qui a priori pourrait ne pas être le cas dans une prise en charge individuelle. Cependant, force est de constater que lorsqu'un membre de ces collectifs était concerné par les phénomènes de violence, il faisait toujours l'objet de bienveillance et de soutien de la part de ses collègues, même si ces derniers n'avaient pas été directement confrontés à l'événement traumatique. Une telle dimension nous renvoie à la question des logiques de métiers développées par Yves Clot (Clot, 2015) qui montre à quel point lorsqu'un individu est concerné par des phénomènes de violence, c'est tout le collectif qui se trouve impacté et qui réagit, en l'occurrence ici positivement. Aussi, si d'un point de vue méthodologique une prise en charge individuelle de 2 ou de 3 salariés peut constituer un biais, du point de vue de la réalité sociale et professionnelle, il nous semble qu'une telle critique peut être modérée car ses impacts sur les résultats restent selon nous plus que modestes.

Une telle problématique de prise en charge des salariés victimes de violence au travail s'inscrit de plein pied dans le contexte actuel des risques psychosociaux (Combalbert, 2010 ; Dollard, Skinner, Tuckey, & Bailey, 2007 ; Niedhammer, Lesuffleur, Algava, & Chastang, 2016), qui consiste à prendre en charge en contexte professionnel tous les salariés dès lors qu'ils sont confrontés à des situations difficiles. En effet, il ne s'agit pas seulement de prendre en charge les victimes de ces violences pour réduire le risque psychotraumatique, mais il s'agit également de penser la problématique en termes de santé au travail puisque, si rien n'est fait, non seulement ces salariés présenteront un tableau clinique sur le plan psychopathologique délétère, mais ils risquent, ainsi que le démontre toute une littérature, de développer un ESPT, qui lui-même se retrouve corrélé avec la survenue à court, moyen et long terme de problèmes de santé voire de maladie chronique (Doroga & Baban, 2013 ; Pacella, Hruska, & Delahanty, 2013 ; Wise & Beck, 2015). Face à ce constat, et à l'heure où la victimologie se développe d'un point de vue scientifique, il convient alors d'apporter par le biais de recherches randomisées et d'études plus cliniques des réponses et des méthodologies adaptées et validées. On notera à ce sujet que c'est souvent la limite et la faiblesse de ce genre d'études, qui invoquant la difficulté d'inclusion des sujets dans des protocoles expérimentaux ne se donnent pas les moyens d'une rigueur méthodologique suffisante (Couper, Salman, Soar, Finn, & Perkins, 2013).

5. Conclusion

Ces risques nouveaux de violence au travail sont des phénomènes de plus en plus fréquents. Il est crucial de prendre la mesure des effets délétères de cette violence sur les salariés et sur l'entreprise qui ne peut, sur le plan organisationnel, s'en détacher. Par manque d'informations, de formation ou par négligence, peu de structures à ce jour ont réellement systématisé et formalisé une véritable politique managériale de prise en charge de leurs salariés et de préparation des cadres. D'autres travaux menés (Tarquinio et al., 2016) montrent que des approches plus modernes comme l'EMDR sont susceptibles d'apporter des réponses efficaces en ce qui concerne la prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes confrontées à des situations de violence. Il apparaît même que les résultats obtenus sont plus efficaces que ceux obtenus avec des approches plus « conventionnelles » comme le debriefing psychologique. Même si de tels résultats doivent être encore confirmés, il apparaît dans tous les cas que le pire pour les salariés en situation professionnelle victimes d'agression ou d'accidents est de ne pas être pris en charge, quel que soit le dispositif qui leur est proposé. À ce jour, les résultats concernant le debriefing psychologique sont dans la littérature plein de contradictions : certains auteurs montrent l'intérêt du debriefing alors que d'autres semblent indiquer son désavantage. Il nous semble qu'au-delà des querelles scientifiques qui restent légitimes dans ce domaine, la question cruciale est celle de la prise en charge de la souffrance humaine dans des environnements professionnels qui négligent parfois la dimension psychologique de leurs salariés, alors même qu'elle doit s'inscrire dans une gestion des ressources humaines durables.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Aulagnier, M., Verger, P., & Rouillon, F. (2004). Efficacité du « debriefing psychologique » dans la prévention des troubles psychologiques post-traumatiques. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52(1), 67–79. [http://dx.doi.org/10.1016/S0398-7620\(04\)99023-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0398-7620(04)99023-2)
- Auxéméry, Y. (2017). When bullets cause psychological injuries... An essential continuity of care from debriefing to follow-up. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(3), 177–182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.03.001>
- Bobic, J., Pavicevic, L., & Gomzi, M. (2007). Post Traumatic Stress Disorder in armed robbery victims and ex-prisoners of war. *Studia Psychologica*, 49(2), 135–143.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56–61.
- Buodo, G., Ghisi, M., Novara, C., Scozzari, S., Di Natale, A., Sanavio, E., & Palomba, D. (2011). Assessment of cognitive functions in individuals with post-traumatic symptoms after work-related accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 64–70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.004>
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. Genève: International Labour Office (3rd ed).
- Chiasson, M., Lapierre, S., Balbinotti, M. A. A., Desjardins, S., & Vasiliadis, H.-M. (2017). Validation de contenu de la version francophone du questionnaire Impact of Event Scale-Revised selon les critères du DSM-5. *Pratiques psychologiques*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.02.002> (in press).
- Clot, Y. (2015). *La fonction psychologique du travail*. Presses Universitaires de France – PUF (6^e édition).
- Combalbert, N. (2010). *La souffrance au travail : comment agir sur les risques psychosociaux ?* Paris: Colin.
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1513–1523. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7>
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L., Chidiac, N., Cremniter, D., Demesse, D., & Coq, J.-M. (2007). *Surveillance et debriefing en post-immédiat*. In *Traumatismes psychiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>
- de Boer, J., Lok, A., van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-

- analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316–326. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.009>
- Devilly, G. J., & Varker, T. (2008). The effect of stressor severity on outcome following group debriefing. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 130–136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.09.004>
- Dollard, M., Skinner, N., Tuckey, M. R., & Bailey, T. (2007). National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. *Work & Stress*, 21(1), 1–29.
- Doroga, C., & Baban, A. (2013). Impact of work related trauma on acute stress response in train drivers. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 190–195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.533>
- Dressler, W. W., & Bindon, J. R. (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. <http://dx.doi.org/10.1525/aa.2000.102.2.244>
- Elklit, A. (2002). Acute stress disorder in victims of robbery and victims of assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(8), 872–887. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260502017008005>
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (1999). *Critical Incident Stress Management – CISM: A new era and standard of care in crisis intervention*. Chevron Publishing Corporation.
- Fitzgerald, L. F., Drasgow, F., Hulin, C. L., Gelfand, M. J., & Magley, V. J. (1997). Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: A test of an integrated model. *Journal of Applied Psychology*, 82(4), 578.
- Forman-Hoffman, V. L., Bose, J., Batts, K. R., Glasheen, C., Hirsch, E., Karg, R. S., & Hedden, S. L. (2012). Correlates of lifetime exposure to one or more potentially traumatic events and subsequent posttraumatic stress among adults in the United States: Results from the Mental Health Surveillance Study, 2008–2012. In *CBHSQ Data Review*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390285/>
- Hirigoyen, M.-F. (2011). *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. Paris: Pocket.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Jehel, L., & Vermeiren, E. (2001). Evaluation psychométrique des troubles post-traumatiques. In M. De Clercq & F. Lebigot (Eds.), *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 101–113. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007777032063>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36–39.
- Montgomery, S., & Bech, P. (2000). Post traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 10(4), 297–303.
- Niedhammer, I., Lesuffleur, T., Algava, E., & Chastang, J.-F. (2016). Facteurs psychosociaux au travail et symptômes anxieux et dépressifs dans l'enquête nationale SUMER 2010. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 77, 555. <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2016.03.466>
- Novara, C., Buodo, G., Ghisi, M., Poli, S., Bichescu, D. M., Sanavio, E., & Palomba, D. (2009). Integrated assessment of emotional distress after work-related accidents. *Stress and Health*, 25(2), 195–204. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1236>
- 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.
- Organisation Internationale du Travail (2003). *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*. Genève: Bureau International du Travail.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). Review: The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 33–46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Paoli, P., & Merllié, D. (2002). *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail. Luxembourg : fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail*. Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Sarason, B. R., & Duck, S. (2000). *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*. New York: Wiley (1st ed.).
- Seeman, T. (2001). How do others get under our skin? Social relationships and health. In C. D. Ryff & B. H. Burton (Eds.), *Emotion, social relationship and Health. Series in affective science*. New York: Oxford University Press.
- Simpson, S. A., Wadsworth, E. J. K., Moss, S. C., & Smith, A. P. (2005). Minor injuries, cognitive failures and accidents at work: Incidence and associated features. *Occupational Medicine*, 55(2), 99–108. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqi035>
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L., & Alla, F. (2016). Early psychological preventive intervention for workplace violence: A randomized controlled explorative and comparative study between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 787–799. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2016.1224282>
- Tarquinio, C., Tarquinio, P., & Costantini, M.-L. (2003). Sentiment d'effroi ESPT et altération du Soï chez des victimes de hold-up. *Revue francophone du stress et du trauma*, 3(2), 99–109.
- Tuckey, M. R. (2007). Issues in the debriefing debate for the emergency services: Moving research outcomes forward. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(2), 106–116. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00069.x>
- Wallace, J. C., & Vodanovich, S. J. (2003). Can accidents and industrial mishaps be predicted? Further investigation into the relationship between cognitive failure and reports of accidents. *Journal of Business and Psychology*, 17(4), 503–514. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023452218225>
- Wise, E. A., & Beck, J. G. (2015). Work-related trauma, PTSD, and workers compensation legislation: Implications for practice and policy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(5), 500–506. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000039>
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108–114.