

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE SALARIÉS VICTIMES DE HOLD-UP

CYRIL TARQUINIO*, CARLO STEFFES**, PASCALE TARQUINIO***, ANNY FAYARD***, MICHEL TRAGNO***, AURÉLIE DUVEAU***

RÉSUMÉ

Le phénomène de la violence au travail est apparu, somme toute, récemment. Pourtant, les conséquences de ce phénomène sur les salariés, en particulier lors de menaces avec armes, peuvent être très graves, conduisant à un sentiment de culpabilité, d'abandon de l'environnement, à une perte de confiance en soi et à une altération de l'identité. 60 salariés répartis en trois groupes ont participé à cette recherche. Le premier groupe était composé de 20 salariés victimes d'un braquage entre janvier 1999 et juin 2001 et ayant accepté un suivi psychologique (débriefing psychologique réalisé dans les 72 h après le hold-up). Le deuxième groupe était constitué également de 20 salariés victimes d'un braquage sur la même période, mais qui n'avaient souhaité faire l'objet d'aucun suivi particulier. Le groupe témoin était composé de 20 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. Les résultats montrent que les victimes de hold-up présentent des scores à l'*Impact of event scale* (IES) 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, six mois après, un sentiment de peur moins exacerbé que les autres salariés victimes d'un braquage. De tels résultats semblent militer en faveur d'un effet positif de la prise en charge psychologique des salariés victimes d'agression sur leur lieu de travail.

MOTS-CLÉS

débriefing, hold-up, *Impact of event scale*, travail, santé.

SUMMARY: PSYCHOLOGICAL FOLLOW-UP OF EMPLOYEES WHO HAVE EXPERIENCED A HOLD-UP

The phenomenon of violence at work appeared rather recently. Nevertheless, the effects of this phenomenon on employees who were threatened with weapons may be quite damaging, leading to a sense of guilt, social isolation, a loss of self-confidence and a change of identity. 60 employees divided into three groups took part in this research. The first group consisted of 20 employees who had experienced a hold up between January 1999 and June 2001 and who had accepted a psychological follow-up (psychological debriefing realized within 72 hours after the hold-up). The second group was also composed of 20 employees who had undergone a hold-up at the same period, but they had not wished for any particular follow-up. The control group was composed of 20 employees who had never undergone such an event in their career. All the subjects underwent an evaluation at the time of the initial phase (before meeting the psychologist), then six months later. The results show that the *Impact of event scale* (IES) of the victims of hold-ups were significantly higher than those of the control group. Such effects seem to ease up after six months for the subjects having accepted a psychological follow-up. Similarly, the subjects who had been followed up felt more at ease at work and had a less exacerbated feeling of fear six months afterwards than the other employees. Such results seem to plead for the effectiveness of psychological follow-up of employees who have experienced aggression at work.

KEY WORDS

debriefing, hold-up, *Impact of event scale*, work, health.

Les travaux scientifiques sont de plus en plus nombreux à traiter de la problématique de la violence au travail. Les publications de deux rapports consécutifs, l'un du Bureau international du tra-

*Psychologue, Professeur des Universités,
Laboratoire de psychologie de la santé, Université de Metz,
Île du Saulcy, F-57000 Metz
CTarquinio@aol.com

**Directeur de la Division de la santé au travail,
Ministère de la santé luxembourgeoise

***Laboratoire de psychologie de la santé, Université de Metz

vail⁽¹⁾, l'autre du Conseil économique et social⁽²⁾, en sont des témoignages. Il est vrai que ces dernières années, ce sont essentiellement les études sur les harcèlements sexuel et moral qui ont sensibilisé le grand

public à la question de la violence au travail^(3, 4). De ce fait, peu de données existent sur les autres formes de violence qui peuvent se manifester dans le contexte professionnel, alors même que le risque en la matière va grandissant et que cette réalité s'impose aux salariés et aux entreprises. Des études américaines indiquent ainsi que 15 personnes en moyenne sont tuées chaque semaine sur leur lieu de travail ; l'homicide représentant la deuxième cause de décès au travail pour l'ensemble des employés, et la première pour les femmes⁽⁵⁾.

Les conséquences pour les salariés victimes de tels actes sont généralement problématiques et s'expriment le plus souvent en termes d'état de stress aigu et d'état de stress post-traumatique (ESPT)⁽⁶⁾. Historiquement, l'ESPT a été promu par le système américain⁽⁷⁾ et a remplacé celui de l'ancienne "névrose traumatique" de l'école européenne⁽⁸⁾. Même s'il existe des dissensions importantes entre les chercheurs européens⁽⁹⁾ et américains⁽¹⁰⁻¹³⁾, le concept de stress post-traumatique référencé au DSM reste le plus utilisé et le plus étudié dans le monde. La situation de braquage impliquant une menace avec arme correspond à n'en pas douter au critère A1 du DSM-IV : "*Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort, ou de graves blessures, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée*".

Une enquête belge⁽¹⁴⁾ a exploré, sur cinq ans, les conséquences pathologiques des hold-up contre la Régie des postes. Cette étude révèle que 17 % des sujets présentent un ESPT après ces hold-up, et que parmi les plaintes exprimées, 96 % sont de nature psychique. Une étude épidémiologique canadienne⁽¹⁵⁾, réalisée auprès de 100 conducteurs d'autobus de Montréal, a montré que la violence dans le cadre du travail est très fréquente, avec une prévalence d'ESPT de 10,7 % chez les salariés victimes de tels événements. Tarquinio⁽⁶⁾ a par ailleurs montré, chez des salariés de la distribution de proximité victimes de hold-up, un taux de prévalence d'ESPT de 40 % dans un groupe de 27 salariés six mois après les faits. Chez 262 policiers hollandais soumis à un événement potentiellement traumatique, certains auteurs⁽¹⁶⁾ ont observé une prévalence d'ESPT complet de 7 %, et partiel de 34 %. Les conséquences de ces ESPT ont souvent à court et moyen termes des effets sur la santé ; ils se traduisent par un état dépressif et anxieux manifeste et des conduites addictives. Des résultats identiques se dégagent d'une autre étude de Sims et Sims⁽¹⁷⁾ auprès de 70 officiers de police. En outre, les victimes sortent souvent d'expériences de ce genre avec un fort sentiment de culpabilité^(18, 19), comme si elles étaient fautives et coupables de quelque chose. Cette culpabilité est susceptible de prendre un visage tout particulier dans un contexte professionnel où les salariés sont souvent conduits à s'interroger sur leurs compétences et leur légitimité professionnelles : sont-ils faits pour ce métier ? Sont-ils capables de réagir aux situations

exceptionnelles auxquelles ils sont confrontés ? Sont-ils à leur place, dignes de la confiance qu'on leur a manifestée ? Ainsi, se dire victime, c'est peut-être reconnaître que l'on s'est fait "avoir", que l'on n'a pas été le plus fort, le plus solide. Dans certains milieux professionnels, cette simple reconnaissance peut être assimilée à un aveu de faiblesse et donc, pour le coup, signer l'incompétence du salarié. Cette culpabilité sera alors souvent à l'origine d'un sentiment de perte de confiance en soi, en particulier lorsque la victime s'est sentie à un moment ou à un autre dans l'incapacité de faire face, rendue à l'impuissance⁽²⁾.

Pour palier aux conséquences psychologiques de la violence au travail, il existe des méthodologies permettant l'accompagnement et la prise en charge des victimes. Les méthodes thérapeutiques sont de deux types : les méthodes préventives, dont l'objectif est de juguler au plus tôt l'expression du traumatisme chez les victimes, et les méthodes curatives dont l'objectif est le traitement du traumatisme proprement dit. Dans cette étude nous avons souhaité évaluer l'effet des premières et plus particulièrement du débriefing psychologique sur l'évolution psychologique de salariés victimes de hold-up. Le débriefing est né dans l'armée américaine pendant la Seconde Guerre mondiale. Dans les années qui suivirent, l'armée américaine a utilisé de plus en plus le débriefing comme un dispositif thérapeutique pour traiter ou prévenir les réactions de combat après une action éprouvante. Puis, au cours des années 1960, la méthode fut transposée en milieu civil, au bénéfice des survivants d'événements catastrophiques. En 1983, Mitchell⁽²⁰⁾ formalise la méthode initiale, basée sur l'"abréaction", et crée le *Critical incident stress debriefing* (CISD). Celui-ci 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, les praticiens proposent aux victimes de parcourir minutieusement 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 erronées et distordues^(21, 22). Cette procédure doit amener les victimes à parler de ce qu'elles ont ressenti alors, puis des sentiments et des émotions éprouvés à présent. Le débriefing collectif, grâce à ces échanges et au soutien offert par le groupe, permet à chacun de reconnaître comment les autres ont pu ou peuvent partager la même expérience, les mêmes émotions et réactions : celles-ci leur apparaissent compréhensibles alors qu'elles leur semblaient étranges. Le thérapeute renforce ce soutien en qualifiant les réactions exprimées de réactions habituelles à une situation hors du commun. Il convient également⁽²³⁾ d'informer les personnes sur les réactions post-traumatiques les plus typiques, afin

TABLEAU I
Caractéristiques des échantillons

VARIABLES	SALARIÉS VICTIMES D'AGRESSION PRIS EN CHARGE (n = 20)	SALARIÉS VICTIMES D'AGRESSION NON PRIS EN CHARGE (n = 20)	SALARIÉS TÉMOINS (n = 20)
Âge (ans)	M = 34,5 (SD = 8,3)	M = 33 (SD = 6,5)	M = 33,4 (SD = 7,5)
Sexe	Hommes : 50 % Femmes : 50 %	Hommes : 55 % Femmes : 45 %	Hommes : 60 % Femmes : 40 %
Nationalité	France : 60 % CEE : 25 % Afrique : 15 %	France : 75 % CEE : 10 % Afrique : 15 %	France : 65 % CEE : 20 % Afrique : 15 %
État civil	Célibataire : 15 % Divorcé : 20 % Marié : 30 % Concubinage : 35 %	Célibataire : 25 % Divorcé : 10 % Marié : 35 % Concubinage : 30 %	Célibataire : 20 % Divorcé : 5 % Marié : 55 % Concubinage : 20 %
Niveau d'études	BEPC : 15 % BEP : 30 % Bac : 40 % > Bac : 15 %	BEPC : 15 % BEP : 35 % Bac : 40 % > Bac : 10 %	BEPC : 20 % BEP : 35 % Bac : 40 % > Bac : 5 %
Ancienneté (ans)	M = 6,8 (SD = 3,8)	M = 4,3 (SD = 3,9)	M = 5,7 (SD = 4,2)
Statut	Cadres : 30 % Non-cadres : 70 %	Cadres : 15 % Non-cadres : 85 %	Cadres : 15 % Non-cadres : 85 %

d'accroître leur maîtrise sur ce qu'elles ressentent. Il s'agit également de repérer au sein du groupe, les personnes à risque psychotraumatique élevé. Le débriefing psychologique est utilisé pour prévenir la survenue de pathologie psychotraumatique, même si, sur ce point, le débat reste ouvert quant à son efficacité (24, 25).

SUJETS ET MÉTHODE

Afin d'évaluer l'effet du débriefing psychologique sur les salariés victimes d'agression avec arme dans le cadre de leur travail, nous nous sommes intéressés dans cette recherche à trois groupes de salariés de la distribution de proximité. Les deux premiers étaient composés d'individus victimes de hold-up. La moitié d'entre eux avait accepté une prise en charge psychologique dans le cadre d'un débriefing réalisé par notre groupe de psychologues, alors que l'autre moitié avait refusé cette même prise en charge. Le troisième groupe était composé de salariés travaillant dans des conditions équivalentes, mais qui n'avaient jamais été confrontés à un hold-up. Ces trois groupes ont fait l'objet de deux évaluations à six mois d'intervalle. Les réactions psychologiques des victimes notamment en termes de stress aigu et d'ESPT ont été évaluées et comparées sur la base des réponses données à l'*Impact of event scale* (IES) (26), selon que les sujets avaient ou non accepté d'être pris en charge sur le plan psychologique. Une telle prise en compte de la dimension temporelle à six mois nous paraît centrale car elle permet une évaluation des sujets dans deux contextes qu'il est nécessaire de distinguer : la période post-immédiate de l'agression et la situation de la victime six mois après le hold-up.

LES SUJETS

60 sujets, tous salariés de la distribution de proximité et localisés sur tout le territoire français ont participé à cette recherche qui a duré 30 mois (dont 24 mois d'inclusion). 40 d'entre eux avaient été les victimes d'une agression sur leur lieu de travail qui, bien que sans conséquence physique, avaient fait l'objet d'un arrêt de travail. Tous ces salariés avaient été directement menacés avec une arme (arme à feu ou arme blanche). 20 d'entre eux ont accepté une prise en charge psychologique de type débriefing. 20 autres sujets ont constitué le groupe témoin. Il s'agissait de salariés qui n'avaient jamais fait l'objet d'agression, mais qui ont accepté de participer à cette recherche. 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 I.

PROCÉDURE

Cette étude s'est déroulée en deux phases avec l'accord des entreprises pour lesquelles nous sommes intervenus. Sollicités par ces dernières afin d'assurer une prise en charge psychologique de leurs salariés victimes de hold-up, nous sommes entrés alors en contact téléphonique avec ces derniers dès les premières heures afin de prendre la mesure de la situation (procédure d'intervention contractualisée avec les entreprises en question), et nous leur avons proposé de les rencontrer afin de leur venir en aide. C'est à ce niveau de la démarche que les salariés ont accepté ou non d'être rencontrés dans les 72 h (phase initiale), par l'un d'entre nous, sur leur lieu de travail. La démarche individuelle ou groupale était fonction

du nombre de sujets impliqués dans l'incident qui venait d'avoir lieu. Le cadre de la démarche de prise en charge psychologique s'inspire très largement dans son déroulement du CISD de Mitchell⁽²⁰⁻²²⁾. La durée moyenne des débriefings pouvait varier selon les cas entre 1 h 30 et 3 h.

Pour ce qui concerne le groupe des salariés ayant accepté la prise en charge psychologique, nous leur avons fait parvenir par courrier (après avoir recueilli verbalement leur accord) un dossier composé de plusieurs questionnaires. La consigne était de remplir ces questionnaires dès leur réception, avant la rencontre avec le psychologue. Pour ce qui concerne les salariés du deuxième groupe, bien qu'ayant refusé de s'inscrire dans une démarche de prise en charge, certains d'entre eux ont néanmoins accepté de participer à notre démarche d'évaluation. Ils ont donc été destinataires des mêmes questionnaires et ont été invités à respecter la même procédure que pour le premier groupe. Les questionnaires remplis ont été récupérés sur le lieu de travail dans les mêmes délais (soit un maximum de 72 h après l'incident) que pour le premier groupe. Les salariés de ce groupe, conformément à leur souhait, n'ont fait l'objet d'aucun entretien, ni démarche thérapeutique particulière. Enfin, en ce qui concerne le groupe témoin, les sujets ont rempli le même dossier, dans des conditions identiques à ceux des deux autres groupes.

Les sujets ont été rencontrés six mois après cette phase initiale. Nous leur avons demandé de remplir les mêmes questionnaires. Le dossier que nous avons remis aux sujets des trois groupes contenait différents documents : 1) une fiche signalétique qui a permis le recueil d'informations sur les sujets : âge, sexe, état civil, niveau de diplôme, etc. ; 2) l'IES d'Horowitz^(26, 27) qui reste l'un des instruments le plus largement utilisé dans l'évaluation du psychotrauma^(28, 29) ; 3) un questionnaire général afin de connaître le nombre de journées d'arrêts de travail des sujets depuis six mois, s'ils avaient pendant cette même période pris ou non des antidépresseurs, s'ils avaient un sentiment d'humiliation, s'ils se sentaient à l'aise dans leur travail, et s'ils ressentaient de la peur lorsqu'ils étaient à leur travail (de 1 : "pas du tout", à 6 : "tout à fait" pour ces trois derniers points).

RÉSULTATS

En ce qui concerne le score obtenu à l'IES (les valeurs de l' α de Cronbach⁽³⁰⁾ 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) lors de la phase initiale, une différence significative ($F(2,57) = 47,65, p < 0,001$) semble exister entre les trois groupes de salariés. Les contrastes présentés dans le tableau II indiquent que si les deux groupes de salariés victimes ne se différencient pas (salariés pris en charge $m = 39,6$ vs salariés non pris en charge

$m = 36,7$), leur score est significativement supérieur à celui du groupe témoin ($m = 12,2$). Un constat quelque peu différent s'impose après six mois ($F(2,57) = 86,02, p < 0,001$). En effet, il apparaît que les victimes prises en charge dans le cadre d'un débriefing psychologique ($m = 26$) disposent d'un score significativement moins important à l'IES que le groupe des salariés qui avait refusé cette même prise en charge ($m = 36,3$) (tableau II).

Ces deux groupes se distinguent néanmoins du groupe témoin qui présente un score à l'IES significativement moins important ($m = 9,35$). Traitées par une analyse de variance sur la base du plan 3 (groupe de sujets : salariés victimes prises en charge vs salariés victimes non prises en charge vs salariés témoins) * 2 (phase de l'étude : phase initiale vs après six mois), l'interaction entre les deux variables ($F(2,57) = 12,64, p < 0,001$) apporte des informations complémentaires. Elle montre après décomposition que les salariés victimes pris en charge ($m = 49,6$ vs $m = 36$) voient leur score à l'IES significativement diminuer après six mois ($p < 0,001$). Ce n'est pas en revanche 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 qui vont dans le même sens.

En ce qui concerne la prise d'antidépresseurs, il est apparu que la phase post-immédiate qui précède l'agression 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 le hold-up, 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 qui peut exister entre les répercussions psychiques d'un incident critique et la santé, en particulier lorsque rien n'est fait pour réduire ou contrôler les conséquences de tels événements sur les salariés.

En ce qui concerne le nombre moyen de jours d'arrêts de travail, rien ne permet lors de la phase initiale de distinguer les effets de la prise en charge ($F < 1, ns$). 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, il apparaît que les salariés pris en charge ne sont pas plus absents après leur agression, qu'ils ne l'étaient six mois auparavant avant le hold-up. En revanche, il apparaît que les sujets non pris en charge sont significativement ($p < 0,05$) plus absents après l'agression ($m = 1,35$) qu'ils ne l'étaient avant l'agression ($m = 0,5$).

L'agression sur le lieu de travail fait émerger chez les salariés victimes (pris en charge ou non) dans les premiers jours qui suivent l'agression "le sentiment d'avoir été humiliés". Ces derniers se distinguent du groupe témoin qui manifeste moins un tel sentiment ($F(2,57) = 9,43, p < 0,001$). Six mois plus tard, ce sentiment semble s'estomper, 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'agression, les salariés victimes d'agression se sentent significativement moins à l'aise ($F(2,57) = 50,7, p < 0,001$) 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 $F(2,57) = 43,3, p < 0,001$), il apparaît néanmoins que les sujets pris en charge se sentent plus à l'aise ($p < 0,001$) dans leur travail ($m = 2,7$) qu'ils ne l'étaient immédiatement après leur agression ($m = 1,5$). 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).

TABLEAU II

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	SALARIÉS VICTIMES D'AGRESSION NON PRIS EN CHARGE	SALARIÉS TÉMOINS	p	SALARIÉS VICTIMES D'AGRESSION PRIS EN CHARGE	SALARIÉS VICTIMES D'AGRESSION NON PRIS EN CHARGE	SALARIÉS TÉMOINS	p
Nombre moyen d'arrêts de travail depuis six mois	0,6 (0,82)	0,5 (1)	0,55 (0,75)	ns	0,75 ⁽¹⁾ (1)	1,35 ⁽²⁾ (1,53)	0,45 ⁽³⁾ (1,30)	p < 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)	p < 0,001	26 ⁽¹⁾ (16,6)	36,3 ⁽²⁾ (10,6)	9,35 ⁽³⁾ (3,81)	p < 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)	p < 0,001	12 ⁽¹⁾ (8,6)	16,2 ⁽²⁾ (6,59)	5,05 ⁽³⁾ (3,4)	p < 0,001
IES Évitement ($\alpha = 0,83$ et 0,79)	21,1 ⁽¹⁾ (8,2)	19,3 ⁽¹⁾ (8,3)	6,6 ⁽²⁾ (5,2)	p < 0,001	14 ⁽¹⁾ (7,9)	21,05 ⁽²⁾ (9,2)	4,3 ⁽³⁾ (3,2)	p < 0,001
Depuis ces six derniers mois, avez-vous pris des antidépresseurs ?	Oui : 4 Non : 16	Oui : 5 Non : 15	Oui : 3 Non : 17	$\chi^2 < 0$ ns	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)	p < 0,001	2,1 ⁽¹⁾ (0,9)	2,3 ⁽¹⁾ (0,9)	1,9 ⁽¹⁾ (0,5)	ns
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)	p < 0,001	2,7 ⁽¹⁾ (0,65)	1,9 ⁽²⁾ (0,74)	3,65 ⁽³⁾ (1,26)	p < 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)	p < 0,001	2,9 ⁽¹⁾ (0,85)	4,1 ⁽²⁾ (0,81)	1,85 ⁽³⁾ (0,67)	p < 0,001

Remarque : les contrastes pour les ANOVA sont spécifiés pour les différences en lignes par des chiffres entre parenthèses mis en exposant.

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 hold-up. Il apparaît que 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, il apparaît que 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 (alors que toutes les victimes disposaient du même score à l'IES) reste un élément qui milite 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 pour le salarié victime.

Le débat reste bien entendu ouvert en ce qui concerne l'efficacité du débriefing⁽²³⁻²⁵⁾ et notre recherche ne fait que contribuer à un tel débat. Il nous semble incontestable néanmoins 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 des salariés victimes. De manière sans doute plus indirecte, ce dispositif de type débriefing a également une valeur de reconnaissance du traumatisme pour la victime. Le psychologue joue à n'en pas douter ce rôle, 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 qui ne peut être que bénéfique. 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 par exemple. 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⁽³¹⁾.

De nombreuses études⁽³²⁻³⁴⁾ 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⁽³²⁾. Le débriefing joue, de ce point de vue, un rôle d'amortisseur non négligeable en protégeant 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. Pour reprendre Lebigot⁽³⁵⁾, *"il est vrai que le débriefing psychologique a mauvaise presse aujourd'hui. Sans doute a-t-il été trop considéré comme une sorte d'acte magique qui se suffirait à lui-même. Cependant, il reste un excellent moyen d'aborder le traumatisme pour les individus et les groupes, empêchant ainsi autant que possible les victimes de se replier sur elles-mêmes"*.

Le débriefing semble également avoir des effets sur l'amélioration de la qualité de vie professionnelle des victimes. En effet, il apparaît que si lors de la première phase, les deux groupes ne se distinguaient pas en ce qui concerne les sentiments de peur, d'humiliation ou sur le fait d'être à l'aise au travail, après six mois, on assiste à une nette amélioration de la situation pour les salariés pris en charge par opposition à ceux qui avaient refusé la prise en charge. Rappelons que les victimes de violence au travail sont avant tout des salariés. Dans le cas des hold-up, ils sont souvent bafoués, blessés, agressés et maltraités..., sur leur lieu de travail. C'est donc dans leur identité de salarié que ces victimes sont touchées⁽⁶⁾.

Les salariés impliqués dans un hold-up ne sont pas les seules victimes. D'une certaine manière, c'est l'entreprise tout entière qui est touchée et qui est une victime. 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. On notera par ailleurs que 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 et la peur de ne plus avoir la reconnaissance par les collègues du travail exécuté 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 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 ainsi

semble s'ébranler après de tels événements de violence. 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 si rien n'est envisagé.

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. 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 au hold-up, 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 l'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 la situation. 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. Ces mêmes professionnels restent pour le moins démunis sur les véritables effets de leurs interventions. À l'heure où la victimologie fait de plus en plus d'adeptes, il convient 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⁽³⁶⁾. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - CHAPPELL D, DI MARTINO V. Violence at work. Geneva : International Labour Office of Geneva, 1998.
- 2 - DEBOUT M. Travail, violences et environnement. Rapport du Conseil économique et social. Paris : Les Éditions des Journaux Officiels, 1999.
- 3 - HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien. Paris : La découverte et Syros, 1998.
- 4 - FITZGERALD LF, DRASGOW F, HULIN CL, GELFAND MJ, MAGLEY VJ. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations. *Journal of applied psychology* 1997 ; 82 : 578-589.
- 5 - NEUMAN JH, BARON RA. Workplace violence and workplace aggression: evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of Management* 1998 ; 24 (3) : 391-419.
- 6 - TARQUINIO C, TARQUINIO P, COSTANTINI ML. Sentiment d'effroi, PTSD et altération du soi chez des salariés victimes de hold-up. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003 ; 3 (2) : 99-109.
- 7 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996.
- 8 - CROCQ L. Les traumatismes de guerre. Paris : Odile Jacob, 1999.
- 9 - DE CLERCQ M, LEBIGOT F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.
- 10 - BESSEL A, VAN DER KOLK, MCFARLANE AC, WEISAETH L. Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York : Guilford Press, 1996.
- 11 - KUKLA RA, SCHLENGER WE, FAIRBANKS JA ET AL. Trauma and the Vietnam War generation. New York : Brunner & Mazel, 1990.
- 12 - YEHUDA R. Neuroendocrinology of trauma and posttraumatic stress disorder. In : Yehuda R. Psychological trauma. Washington (DC) : American Psychiatric Press, 1999 : 97-132.
- 13 - YEHUDA R, MCFARLANE A. Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 1995 ; 148 : 499-504.
- 14 - HALLOT R, DE JONGHE C, CORBEY R. Enquête prospective sur les conséquences pathologiques des hold-up contre la Régie des postes. *Cahiers de Médecine du Travail* 1987 ; 24 (4) : 255-276.
- 15 - BOYER R, BRUNET A. Prévalence du trouble de stress

post-traumatique chez des chauffeurs d'autobus. *Santé Mentale Québec* 1996 ; 21 (1) : 189-208.

16 - CARLIER IVE, LAMBERT RD, GERSONS BPR. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997 ; 185 : 498-506.

17 - SIMS A, SIMS D. The phenomenology of posttraumatic stress disorder: a symptomatic study of 70 victims of psychological trauma. *Psychopathology* 1998 ; 31 (2) : 96-112.

18 - FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ. Effective treatments for PTSD. New York : Guilford, 2000.

19 - FOA EB, ROTHBAUM BO. Treating the trauma of rape. New York : Guilford, 2000.

20 - MITCHELL JT. When disaster strikes. The critical incident debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services* 1983 ; 8 : 36-39.

21 - EVERLY GS, MITCHELL JT. Critical incident stress management (CISM): a new area and standard of care in crisis intervention. Ellicot City : Chevron Publishing Corporation, 1999.

22 - MITCHELL JT, EVERLY GS. Critical incident stress debriefing. Ellicot City : Chevron Publishing Corporation, 1997.

23 - GRAVIER V. Prévention des séquelles psychiques post-traumatiques. Le débriefing. *Therapy* 1996 ; 3 (2) : 17-19.

24 - BISSONS JL, DEALH PL. Psychological debriefing and prevention of posttraumatic stress. More research is needed. *British Journal of Psychiatry* 1994 ; 165 : 717-720.

25 - BISSONS JL, JENKINS PL, ALEXANDER J. Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry* 1997 ; 171 : 78-81.

26 - HOROWITZ M ET AL. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychometric Medicine* 1979 ; 41 : 209-218

27 - STEPHEN J. Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of event scale: a review. *Journal of Traumatic Stress* 2000 ; 13 (1) : 101-113.

28 - JEHEL L, VERMEIREN É. Évaluation psychométrique des troubles post-traumatiques. In : De Clerq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.

29 - MONTGOMERY S, BECH P. PTSD Guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. Consensus Meeting ; 5-6 mars 1996 ; Nice.

30 - CRONBACH LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951 ; 16 : 297-334.

31 - SARASON BR, DUCK S. Personal relationships: implications for clinical and community psychology. Chichester : John Wiley & Sons, 2001.

32 - DRESSLER WW, BINDON J. The health consequences of cultural consonance: Cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in an African American community. *American Anthropologist* 2000 ; 102 (2) : 244-260.

33 - NYAMATHI A, LEAKE B, KEENAN C, GELBERG L. Type of social support among homeless women: its impact on psychosocial resources, health and health behaviors and use of health services. *Nursing Research* 2000 ; 49 (6) : 318-326.

34 - SEEMAN T. How do others get under our skin? Social relationships and health. In : Ryff CD, Burton BH, editors. Emotion, social relationships and health. Series in affective science. New York : Oxford University Press, 2001.

35 - LEBIGOT F. Le débriefing collectif. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2001 ; 1 (3) : 137-141.

36 - TAQUINIO C, MULLER CC, MARCUOLA M. The psychological debriefing: a review. *Swiss Journal of Psychology* (soumis).