

Devenir socioprofessionnel de patients en situation de harcèlement moral présumé

L'unité de pathologie professionnelle de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, de plus en plus souvent sollicitée pour la prise en charge de patients adressés pour harcèlement moral présumé, a mis en place une consultation «souffrance et travail». L'importance des répercussions socioprofessionnelles observées et la rareté des données françaises publiées à ce sujet [1 à 4] ont conduit les intervenants de cette consultation à mener une étude pour améliorer les connaissances sur le pronostic socioprofessionnel des situations de harcèlement moral présumé.

Sujets et méthode

SUJETS

La population étudiée est constituée par l'ensemble des patients adressés entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2002 à la consultation «souffrance et travail» pour état de souffrance induit par un harcèlement moral professionnel présumé.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

→ d'une part l'existence d'un harcèlement moral présumé caractérisé par la description de techniques de harcèlement appartenant à une liste d'agissements caractéristiques regroupant des techniques relationnelles, d'isolement, persécutrices, d'attaque du geste de travail ou punitives inspirées du LIPT (Leymann Inventory for Psychological Terrorization) de H. Leymann [5]. Ces techniques devaient être répétées et de durée supérieure à 3 mois ;

→ d'autre part l'existence d'une décompensation psychique : syndrome anxieux, dépressif et/ou éléments de névrose post-traumatique.

Ont été exclues toutes les situations ne répondant pas à ces critères : situation de conflit interpersonnel simple, stress ou épuisement professionnel, mal-adresses managériales, autre type de violence au travail, absence de symptomatologie clinique, délire paranoïaque.

Il est toujours question de harcèlement moral professionnel présumé car cette notion est juridique et ne peut être qualifiée par des médecins.

MÉTHODES

Recueil des données

Recueil des données dans le dossier médical

Certaines données ont été systématiquement recueillies lors de la première consultation. Elles portent sur :

- les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, niveau scolaire, poste de travail, catégorie socio-professionnelle) ;
- les agissements subis décrits par le patient ;
- les modalités de prise en charge médicale ;
- les outils médico-administratifs utilisés (arrêts de travail, déclaration d'accident du travail ou de maladie professionnelle, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ;
- l'examen clinique : présence d'un syndrome anxieux, dépressif, troubles de l'adaptation et/ou éléments de névrose post-traumatique.

Questionnaire adressé aux patients

Un questionnaire a été adressé aux patients dans un délai de 3 mois à 3 ans après la consultation initiale permettant d'obtenir des informations sur le statut professionnel initial, l'évolution de la situation professionnelle, les mesures médico-administratives et juridiques adoptées et leur résultat et, enfin, le suivi médical.

Analyse des données

Les résultats du questionnaire ont été ensuite transférés sur le logiciel de statistiques Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) afin de réaliser une analyse

A-G. PAOLILLO, B. HAUBOLD,
H. LEPROUST, A. D'ESCATHA,
M.-C. SOULA, J. AMEILLE*

*Unité de pathologie professionnelle, de santé au travail et d'insertion, Hôpital Raymond Poincaré.

univariée (test du Khi 2, test exact de Fisher, test t de Student et analyse de variance, en fonction du type de données disponibles). Le seuil de significativité retenu est 5 %.

Résultats

Sur les 202 sujets éligibles, 140 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 69,3 %.

Le délai écoulé entre la première consultation et l'envoi du questionnaire est en moyenne de 16,5 mois.

La comparaison des répondeurs et des non-répondeurs (*tableau I*) ne montre pas de différence significative concernant le sexe, le niveau d'étude, les secteurs socioprofessionnels principaux, la typologie et la durée

des agissements, le délai entre la première consultation et l'envoi du questionnaire et enfin la répartition de l'année de prise en charge.

La proportion significativement plus élevée de cadres chez les répondeurs ($p = 0,03$) est habituelle dans les études.

Chez les répondeurs, il existe une prédominance féminine (72,5 %) avec un âge moyen de 45,8 ans (+/- 9,6). L'analyse de la répartition des âges montre une surreprésentation de la tranche 50-54 ans (24 %). Soixante-deux pour cent de l'échantillon a plus de 45 ans. Il existe une prédominance de cadres (43 %) et la proportion de sujets ayant un niveau supérieur au bac est de 53,6 %. Les secteurs les plus représentés sont le secteur médico-social (20 %) puis les services aux entreprises (13 %) et enfin les commerces (9 %). Quarante-huit pour cent des sujets travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés. L'ancienneté moyenne des sujets dans l'entreprise est de 11,5 ans.

TABLEAU I

Profil sociodémographique des répondeurs et des non-répondeurs

	Répondeurs (n = 140)	Non-répondeurs (n = 62)	Khi2 p
■ SEXE FÉMININ n (%)	102 (72,5)	46 (74,2)	NS*
■ ÂGE EN ANNÉES (ET**)	45,8 (9,6)	42,5 (10,5)	0,03
■ CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			0,03
• Cadres : n (%)	60 (43)	16 (26)	
• Professions intermédiaires : n (%)	28 (20)	21 (34)	
• Employés : n (%)	48 (34)	24 (39)	
• Ouvriers : n (%)	4 (3)	1 (2)	
■ NIVEAU D'ÉTUDES SUPÉRIEUR AU BAC : n (%)	75 (53,6)	22 (35,5)	NS
■ PRINCIPAUX SECTEURS PROFESSIONNELS			NS
• 52 : commerces : n (%)	13 (9)	11 (18)	
• 72 : informatique : n (%)	10 (7)	5 (8)	
• 74 : services aux entreprises : n (%)	18 (13)	10 (16)	
• 85 : médico-social : n (%)	28 (20)	7 (11)	
■ TYPOLOGIE DU HARCELEMENT MORAL			NS
• Individuel : n (%)	59 (42)	30 (48)	
• Institutionnel : n (%)	28 (20)	15 (24)	
• Stratégique : n (%)	48 (34)	14 (22)	
• Transversal : n (%)	5 (4)	3 (5)	
■ DURÉE DES AGISSEMENTS EN MOIS (ET)	20,6 (21,3)	26,1 (25,1)	NS
■ DÉLAI ENTRE LA PREMIÈRE CONSULTATION ET LE QUESTIONNAIRE EN MOIS (ET)	16,4 (7,4)	15,1 (6,7)	NS
■ RÉPARTITION DE L'ANNÉE DE PRISE EN CHARGE			NS
• 2000 : n (%)	30 (21)	10 (16)	
• 2001 : n (%)	39 (28)	20 (32)	
• 2002 : n (%)	67 (48)	31 (50)	
• NC*** : n (%)	4 (3)	1 (2)	
■ CONSULTATION PSYCHIATRIQUE			NS
• Préalable à la consultation à Garches : n (%)	52 (37,1)	25 (40,3)	
• Suite à la consultation à Garches : n (%)	84 (60)		
■ TRAITEMENT PSYCHOTROPE LORS DU QUESTIONNAIRE (ANTIDÉPRESSEUR OU ANXIOLYTIQUE) : n (%)	45 (32,1)		

* NS : non significatif

** ET : écart type

*** NC : non connu

TYPOLOGIE ET DURÉE DES AGISSEMENTS

Lors de la première consultation, les agissements ont été classés par les 2 médecins consultants à partir de la typologie décrite par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (*encadré 1*), mais

pour plus de clarté, dans cette étude, le terme harcèlement professionnel est remplacé par harcèlement stratégique. Ceux-ci ont majoritairement été qualifiés de harcèlement moral individuel (42 %), puis stratégique (34 %) et institutionnel (20 %).

La durée moyenne des agissements est de 20,6 mois : supérieure à un an dans 64,3 % des cas.

Avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur le « harcèlement moral » dans les relations de travail Adopté le 29 juin 2000

ENCADRÉ 1

La Commission nationale consultative des droits de l'homme s'est saisie du phénomène habituellement désigné par les termes de « harcèlement moral » tel qu'il se développe dans les relations de travail, tant dans les entreprises du secteur privé, quelle que soit leur taille, que dans le secteur public. Elle a auditionné diverses personnalités parmi lesquelles des représentants syndicaux.

Elle a également pris connaissance du rapport du BIT traitant, entre autres violences au travail, de cette question (« Violence at work » - BIT 1998 ISBN 92-2 - 110335-8, en anglais seulement).

Elle rappelle que :

L'article 26 de la Charte sociale européenne (révisée), Conseil de l'Europe 3 mai 1996, ratifiée par la France, stipule :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit de tous les travailleurs à la protection de leur dignité au travail, les parties s'engagent en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs : (...)

Al. 2 : à promouvoir la sensibilisation, l'information et la prévention en matière d'actes condamnables ou explicitement hostiles et offensifs dirigés de façon répétée contre tout salarié sur le lieu de travail ou en relation avec le travail, et à prendre toute mesure appropriée pour protéger les travailleurs contre de tels comportements ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

En premier lieu, le harcèlement est une des formes de violences sur le lieu de travail qui se généralise dans le monde, tous contextes économiques et toutes catégories professionnelles confondus. Il remet en cause les principes contenus dans les textes fondateurs des Droits de l'Homme. Il constitue une atteinte à la dignité du salarié, à l'intégrité de sa personne et à son droit au travail. Il met en danger, non seulement l'équilibre personnel, mais également la santé de l'individu et de sa famille.

Son action se développe de manière spécifique, indépendamment des maladies professionnelles et des accidents du travail qu'il peut, par ailleurs, contribuer à provoquer ou à aggraver.

En second lieu, la naissance et le développement de ces pratiques sont particulièrement favorisés par l'organisation des sociétés industrielles technologiquement avancées, notamment parce que la mondialisation de l'économie pousse à une plus grande compétitivité des entreprises et, de ce fait, encourage de nouvelles formes de management de plus en plus exigeantes.

En outre, la crainte du licenciement et la multiplication des statuts sur un même lieu de travail facilitent la mise en concurrence des salariés et conduisent à un recul des solidarités.

Pour la Commission, il existe plusieurs formes de harcèlement, notamment :

- un harcèlement institutionnel qui participe d'une stratégie de gestion de l'ensemble du personnel,
- un harcèlement professionnel organisé à l'encontre d'un ou plusieurs salariés, précisément désignés, destiné à contourner les procédures légales de licenciement,
- un harcèlement individuel, pratiqué dans un but purement gratuit de destruction d'autrui et de valorisation de son propre pouvoir.

Le phénomène est complexe. Il s'agit de vexations, de mises à l'écart, de menaces, de contraintes, de pressions de toute nature, systématiques et répétées, de mesures d'organisation du travail portant atteinte ou provoquant une dégradation des conditions de travail.

Il n'existe pas aujourd'hui de texte spécifique réprimant ces agissements. Mais si une législation est indispensable, elle ne serait efficace qu'accompagnée d'autres mesures.

PROPOSITIONS

La Commission nationale consultative des droits de l'homme demande

I - Une intervention du législateur :

- 1 ■ pour définir le harcèlement moral ;
- 2 ■ pour compléter l'article 6 du titre 1 du statut général de la Fonction publique ;
- 3 ■ pour prévoir des sanctions pénales à l'instar de celles qui ont été instaurées dans plusieurs pays européens ;
- 4 ■ pour préciser dans quelles conditions les préjudices matériels et moraux subis par la victime doivent être réparés ;
- 5 ■ pour mettre en place des mesures de protection des témoins à l'instar de ce qui existe pour le harcèlement sexuel, notamment l'interdiction de tout licenciement qui pourrait avoir pour cause le contenu du témoignage ;
- 6 ■ pour donner compétence en matière d'enquête, en ce domaine, à l'Inspection du travail, et en envisageant un aménagement du régime de la preuve au civil.

II - Un accroissement du rôle des instances sociales et une plus grande vigilance du chef d'entreprise, ce qui implique :

- 7 ■ que la mission traditionnelle du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) soit étendue pour qu'il puisse proposer des actions de prévention du harcèlement et qu'il en suive les effets ;
- 8 ■ que le médecin du travail, dans le cadre de son rôle de prévention, soit nécessairement impliqué dans les actions du CHSCT en matière de harcèlement et puisse notamment préconiser des mesures pour y mettre fin ;
- 9 ■ que le champ d'intervention des délégués du personnel soit étendu aux questions de harcèlement, celui-ci étant une atteinte aux droits des personnes et aux libertés individuelles dans l'entreprise ;
- 10 ■ qu'un chapitre spécifique soit ouvert dans le bilan social, énumérant les actions entreprises et les résultats obtenus ;
- 11 ■ que l'avis du comité d'entreprise porte également sur ce chapitre ;
- 12 ■ que l'employeur qui exerce le pouvoir de direction mette en œuvre les prérogatives dont il dispose pour assurer la sécurité des travailleurs « dans tous les aspects liés au travail » et donc contre toutes formes de harcèlement.

III - La mise en place de dispositifs ou d'actions complémentaires, ce qui implique :

- 13 ■ que les entreprises répondant à un appel d'offres de l'administration ou d'une collectivité publique joignent à leur dossier le bilan social le plus récent accompagné de l'avis du Comité d'entreprise (CE) où figureront les actions évoquées précédemment ;
- 14 ■ qu'une sensibilisation à cette question de l'encadrement des secteurs public et privé soit conduite en introduisant dans les programmes une formation à l'éthique professionnelle - celle-ci, comme les autres matières obligatoires, devrait être prise en compte pour l'obtention du diplôme ;
- 15 ■ qu'ultérieurement, au sein de l'entreprise et de l'administration, la formation continue sur ces thèmes prenne le relais ;
- 16 ■ que la conduite de campagne, à l'instigation des Pouvoirs publics et des partenaires sociaux, sensibilise l'opinion à la gravité de ces comportements contraires à la loi.



PRISE EN CHARGE MÉDICALE (tableau I)

Trente-sept pour cent des réponders étaient déjà suivis lors de la première consultation, soit par un psychiatre, soit par un psychologue. Ce chiffre atteint 60 % au moment de la réponse au questionnaire et la consommation de psychotropes (anxiolytiques ou antidépresseurs) concerne 32 % des réponders. La durée moyenne des arrêts maladie est de 44 semaines.

OUTILS MÉDICO-ADMINISTRATIFS UTILISÉS

Quinze déclarations d'accident de travail ont été faites, dont seulement 4 ont été acceptées par la Sécurité sociale ; 5 sont toujours en cours de traitement et 6 ont été refusées, dont au moins 2 après appel. Les 12 maladies professionnelles qui ont été déclarées étaient, lors de la réponse au questionnaire, toujours en cours d'instruction. Par ailleurs, 5 personnes ont obtenu une pension d'invalidité, 9 ont obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et 9 un mi-temps thérapeutique.

TABLEAU II

Répercussions sur l'emploi initial

Répercussion sur l'emploi initial	Nombre de sujets (n = 140)
Maintien dans l'emploi	50 (35%)
Licenciement :	87 (62%)
• inaptitude	44 (31%)
• transaction	15 (11%)
• faute, économique, désorganisation du service	28 (20%)
Retraite	1
Démission	1
Fin de CDD	1

PROCÉDURES JURIDIQUES

Soixante-dix personnes (50 %) ont lancé une procédure juridique, dans la grande majorité des cas aux prud'hommes. Selon les réponses aux questionnaires, 2 personnes ont eu un jugement favorable, dont un sur certains chefs d'accusation seulement (les employeurs ont fait appel dans ces 2 cas). Six personnes

TABLEAU III

Comparaison selon le motif de licenciement

Motif licenciement	Inaptitude n = 44	Transaction n = 15	Autre n = 28	Khi 2 p
■ SEXE FÉMININ : n (%)	38 (86,4)	9 (60)	20 (71,5)	0,07
■ ÂGE EN ANNÉES (ET*)	44,6 (10,1)	49,2 (9,5)	45,3 (7,6)	0,13
■ ANCIENNETÉ EN ANNÉES (ET)	9,1 (7,4)	12,1 (7,9)	9,9 (8,3)	0,22
■ NIVEAU D'ÉTUDES				0,044
• Inf au bac : n (%)	26 (59)	5 (33,3)	10 (35,7)	
• Sup au bac : n (%)	16 (36,4)	10 (66,7)	18 (64,3)	
• NC** : n (%)	2 (4,6)			
■ CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE				0,002
• Cadres : n (%)	11 (25)	13 (86,7)	15 (53,5)	
• Professions intermédiaires : n (%)	9 (20,5)	2 (13,3)	7 (25)	
• Employés : n (%)	22 (50)	0	5 (17,8)	
• NC** : n (%)	2 (4,5)		1 (3,6)	
■ SECTEURS PROFESSIONNELS				0,9
• secteur médico-social : n (%)	11 (25)	3 (20)	5 (17,8)	
• Autres : n (%)	33 (75)	12 (80)	23 (82,2)	
■ TAILLE DE L'ENTREPRISE				0,036
• < 50 salariés : n (%)	24 (54,6)	4 (26,7)	13 (46,4)	
• > 50 salariés : n (%)	13 (29,6)	11 (73,3)	15 (53,6)	
• NC** : n (%)	7 (15,9)			
■ DURÉE MOYENNE ARRÊT MALADIE EN SEMAINE (ET)	46,4 (38,9)	35,2 (28,3)	39,3 (37,9)	0,33
■ SITUATION PROFESSIONNELLE :				0,85
• Travaillent : n (%)	13 (29,5)	4 (26,7)	10 (35,7)	
• Ne travaillent pas : n (%)	31 (70,5)	11 (73,3)	18 (64,3)	
■ DÉLAI CONSULTATION - QUESTIONNAIRE EN MOIS (ET)	17,9 (7)	16,1 (6,8)	16,9 (7)	0,37
■ DURÉE CHÔMAGE EN MOIS (ET)	10,1 (8,4)	6,2 (5)	9,3 (8,2)	0,18
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE INITIAL : n (%)	19 (43,2)	6 (40)	9 (32,1)	0,13
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE ULTÉRIEUR : n (%)	24 (54,5)	5 (33,3)	18 (64,3)	0,19
■ TRAITEMENT : n (%)	11 (25)	4 (26,7)	9 (32,1)	NA***

* ET : écart type

** NC : non connu

*** NA : non applicable, les effectifs sont trop faibles pour que puisse être appliqué le test de Khi 2.

ont été déboutées et ont fait appel. Les procédures sont toujours en cours pour les autres personnes.

Les procédures juridiques sont plus fréquentes chez les personnes employées dans des entreprises de moins de 50 salariés.

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation professionnelle au moment de la réponse au questionnaire

Quarante-neuf sujets (35 %) travaillent (21 dans la même entreprise, 28 dans une autre entreprise), 49 (35 %) sont au chômage avec une durée moyenne de chômage de 10,6 mois, 37 (26 %) sont en arrêt maladie dont la majorité (n = 25) ont un contrat avec leur entreprise initiale.

Trois personnes sont en procédure de licenciement, une personne est payée par son entreprise sans travail effectif et une personne est partie en retraite.

Répercussions sur l'emploi initial

Cinquante personnes (35 %) ont gardé un poste dans leur entreprise initiale, 87 personnes (62 %) ont été licenciées, dont la moitié pour inaptitude médicale (*tableau II*).

Les sujets licenciés pour inaptitude médicale sont plus souvent salariés de petites entreprises et appartiennent plus souvent à la catégorie socioprofessionnelle des employés. Ils ont un niveau de formation plus faible que les sujets licenciés pour un autre motif (*tableau III*).

Parmi les cinquante patients toujours liés à l'entreprise initiale par un contrat de travail, 25 sont en arrêt maladie, 3 sont en préavis de licenciement, 1 est payé mais reste chez lui et 21 personnes ont un travail effectif. Parmi ces 21 personnes, 12 ont conservé le même poste de travail et 9 ont été mutées dont 6 à un poste déqualifié sans diminution de salaire et 3 qui considèrent que leur situation s'est améliorée (*tableau IV page suivante*).

Parmi les 90 personnes ayant quitté l'entreprise initiale, 49 sont toujours au chômage, 10 sont en arrêt maladie, 28 ont retrouvé un emploi dans une autre entreprise (*tableau IV*).

COMPARAISONS SELON LA PRÉSERVATION OU NON D'UN POSTE DANS L'ENTREPRISE

La comparaison des sujets qui ont gardé un emploi dans l'entreprise initiale et des sujets qui ont quitté leur entreprise ne montre pas de différence significative en

dehors de la durée des agissements, significativement plus importante ($p < 0,05$) chez les patients qui sont restés dans l'entreprise (*tableau IV page suivante*).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant la proportion de ceux qui travaillent de façon effective. En revanche, les arrêts maladie sont significativement plus fréquents chez les sujets restés dans la même entreprise (50 % versus 11 %, $p = 0,044$).

TRAVAIL EFFECTIF DANS OU HORS DE L'ENTREPRISE INITIALE

Comparativement aux sujets qui ont trouvé un travail dans une nouvelle entreprise, ceux qui ont un travail effectif dans l'entreprise où ils ont subi un harcèlement moral présumé ont une plus grande ancienneté et sont plus souvent salariés d'entreprises de plus de 50 personnes. La durée des agissements subis est aussi de façon logique plus longue.

Il n'a pas été observé de différence d'âge, de niveau d'étude ou de catégorie socioprofessionnelle selon que le travail a lieu dans l'entreprise initiale ou dans une autre entreprise (*tableau V page suivante*).

Discussion

BIAIS MÉTHODOLOGIQUES

Il existe un biais de recrutement car les patients sont adressés à la consultation de pathologie professionnelle lorsque la situation devient trop complexe pour être gérée par le médecin du travail. La cohorte étudiée n'est donc probablement pas représentative de l'ensemble des situations de souffrance au travail vécues dans les entreprises de l'Ouest parisien, puisqu'elle concerne les cas les plus difficiles, ayant le pronostic le plus défavorable.

Il existe également un possible biais de classement, lié à l'évaluation des situations par les cliniciens, sachant que les critères de sélection de l'étude reposent sur une liste d'agissements inspirée par le Leyman Inventory for Psychological Terrorization [5]. Or les définitions sont multiples et l'appréciation des cliniciens n'est pas forcément celle d'un juge ou celle d'auteurs d'autres études. De plus, le listing n'est qu'indicatif et décrit des agissements rapportés par le patient sans tenir compte du contexte, appréciation qui influence certainement le praticien. C'est pour cela que le terme de harcèlement présumé est employé.

Un autre biais concernant les typologies de harcèlement moral est probable compte tenu de l'absence d'informations objectives recueillies par une étude dans l'entreprise. Le récit du patient est empreint de sa propre subjectivité qui tend forcément à surestimer les situations individuelles. En outre, la qualification par le clinicien va dépendre de la façon dont il a mené l'interrogatoire en fonction de son approche plutôt individuelle ou plutôt systémique. Cette approche a pu varier dans le temps parallèlement au passage des théories individuelles de Hirigoyen [6] aux théories organisationnelles développées ultérieurement.

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REPONDEURS

Sexe et âge

La prédominance féminine observée dans cette étude (72,5 %) est habituelle dans les populations consultant pour une souffrance au travail : 70 % pour Hirigoyen [6], 66 % pour De Gasparo [2], 75 % pour Bensefa [4].

Une prédominance féminine est retrouvée comme dans les études sur échantillon en population générale [1, 5, 7]. Cette sur-représentation féminine

TABLEAU IV

Comparaison selon la préservation ou non d'un poste dans l'entreprise

	Même entreprise n = 50	Sortis de l'entreprise n = 90	Khi 2 p
■ SEXE FEMININ : n (%)	32 (64)	70 (78)	0,06
■ ÂGE EN ANNÉES (ET*)	47,2 (9,6)	45,1 (9,6)	0,2
■ ANCIENNETÉ EN ANNÉES (ET*)	13,9 (9,2)	10 (8,3)	0,13
■ NIVEAU D'ÉTUDES			0,64
• Inférieur à la 3 ^e : n (%)	10 (20)	15 (17)	
• BEPC et secondaire : n (%)	3 (6)	11 (12)	
• BAC : n (%)	8 (16)	15 (17)	
• Études supérieures : n (%)	29 (58)	46 (51)	
• NC** : n (%)		3 (3)	
■ CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			0,94
• Cadres : n (%)	21 (42)	39 (43,4)	
• Professions intermédiaires : n (%)	10 (20)	18 (20)	
• Employés : n (%)	18 (36)	29 (32,2)	
• Ouvriers : n (%)	1 (2)	3 (3,3)	
• NC** : n (%)		1 (1,1)	
■ PRINCIPAUX SECTEURS PROFESSIONNELS			0,15
• 52 : commerces : n (%)	4 (8)	9 (10)	
• 72 : informatique : n (%)	0	10 (11,1)	
• 74 : services aux entreprises : n (%)	7 (14)	11 (12,2)	
• 85 : médico-social : n (%)	10 (20)	18 (20)	
■ TAILLE ENTREPRISE			
• 0-9 salariés : n (%)	3 (6)	18 (20)	0,053
• 10-49 salariés : n (%)	12 (24)	26 (28,9)	(> 50 salariés vs autres)
• > 50 salariés : n (%)	28 (56)	39 (43,3)	
• NC** : n (%)	7 (14)	7 (7,8)	
■ DURÉE MOYENNE ARRÊT MALADIE EN SEMAINES (ET*)	49,5 (42,5)	41,4 (39,7)	0,28
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE INITIAL : n (%)	18 (36)	34 (37,8)	0,8
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE ULTÉRIEUR : n (%)	35 (70)	49 (54,4)	0,59
■ TYPOLOGIE DU HARCELEMENT MORAL			0,48
• Individuel : n (%)	20 (40)	39 (43,3)	
• Institutionnel : n (%)	12 (24)	16 (17,8)	
• Stratégique : n (%)	14 (28)	34 (37,8)	
• Transversal : n (%)	4 (8)	1 (1,1)	
■ DURÉE MOYENNE AGISSEMENTS EN MOIS (ET)	29,1 (26,8)	14,9 (14,2)	0,0019
■ DÉLAI CONSULTATION - QUESTIONNAIRE EN MOIS (ET)	15,3 (8)	16,9 (7)	0,23
■ TRAVAIL EFFECTIF : n (%)	21 (42)	28 (31)	0,2
■ CHÔMAGE : n (%)	0	49 (55)	
■ ARRÊT MALADIE : n (%)	25 (50)	10 (11)	0,044
■ AUTRES : n (%)	4 (8)	3 (3)	

* ET : écart type

** NC : non connu

Comparaison des sujets ayant un travail effectif dans ou en dehors de l'entreprise initiale

TABLEAU V

	Travail dans la même entreprise n = 21	Travail hors de l'entreprise n = 28	Khi 2 p
■ SEXE FÉMININ : n (%)	15 (71,4)	23 (82,1)	0,37
■ ÂGE EN ANNÉES (ET*)	46,4 (9,5)	44,5 (9,5)	0,48
■ ANCIENNETÉ EN ANNÉES (ET*)	15,65 (9,2)	6,6 (6,6)	0,0003
■ NIVEAU D'ÉTUDES			
• ≥ BAC : n (%)	7 (33,3)	11 (39,3)	0,67
• Etudes supérieures : n (%)	14 (66,7)	17 (60,7)	
■ TAILLE ENTREPRISE			0,003
• < 50 salariés : n (%)	3 (14,3)	16 (57,1)	
• > 50 salariés : n (%)	16 (76,2)	11 (39,3)	
• NC** : n (%)	2 (9,5)	1 (3,6)	
■ DURÉE ARRÊT MALADIE EN SEMAINE (ET*)	40,5 (40,5)	26,6 (20,4)	0,16
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE INITIAL : n (%)	8 (38)	8 (28,6)	0,48
■ SUIVI PSYCHOLOGIQUE ULTÉRIEUR : n (%)	13 (61,9)	14 (50)	0,48
■ TYPOLOGIE DU HARCELEMENT MORAL			0,23
• Individuel : n (%)	6 (28,6)	15 (53,6)	
• Institutionnel : n (%)	6 (28,6)	4 (14,3)	
• Stratégique : n (%)	8 (38)	9 (32,1)	
• Transversal : n (%)	1 (4,8)	0	
■ DURÉE AGISSEMENTS EN MOIS (ET)	35,3 (27)	15 (10,6)	0,0056
■ DÉLAI CONSULTATION - QUESTIONNAIRE EN MOIS (ET)	17,8 (9,9)	16,8 (6,8)	0,6

* ET : écart type

** NC : non connu

peut être liée à un biais de sélection, les femmes s'exprimant et consultant plus facilement. Néanmoins la problématique de l'inégalité, toujours présente, du traitement des femmes au travail, donne à penser que cette prédominance n'est pas uniquement le fait de biais méthodologiques.

L'âge moyen des patients de cette cohorte-ci (46 ans) est proche de celui observé dans les études consacrées au même thème, qui varie de 41 à 48 ans [1 à 8].

Comme dans toutes ces études, une fraction importante de sujets de plus de 45 ans est retrouvée : 62 % de l'effectif de cette étude alors que cette tranche d'âge ne représente que 34 % de la population francilienne [9], 48 % pour De Gasparo [2], 51 % pour Bensefa [4], 62 % pour Hirigoyen [6].

Catégorie socioprofessionnelle, secteur professionnel et niveau d'études

Dans cette étude, il existe une sur-représentation des cadres (43 % versus 25 % en Ile-de-France en 2000).

Celle-ci est plus importante chez les répondeurs que chez les non-répondeurs, ce qui est habituel car traditionnellement les cadres répondent plus aux enquêtes. Une sur-représentation des cadres a également été observée par Bensefa [3] et à un degré moindre par De Gasparo [2].

Secteurs principaux

TABLEAU VI

	Étude	Proportions nationales
85 : Santé et action sociale	20,5 %	10,6 %
52 : Commerces	9 %	6,4 %
74 : Services aux entreprises	13 %	9,8 %

Les niveaux d'étude sont particulièrement élevés. Plus de 55 % des patients ont fait des études supérieures ce qui représente une proportion supérieure à la population francilienne [9]. On retrouve la même sur-représentation dans la cohorte de De Gasparo [2] où 43,2 % des personnes ont fait des études supérieures.

Les secteurs les plus représentés sont, comme dans la plupart des études consacrées aux problèmes de souffrance au travail, les commerces, les services aux entreprises et la santé et l'action sociale [1, 2, 7] avec une sur-représentation de ces secteurs par rapport à la répartition nationale (tableau VI).

L'abondante littérature internationale concernant les milieux de soin et la santé mentale, récemment détaillée dans une revue générale [10], reflète l'intérêt que suscite ce secteur en psychopathologie du travail. Ce n'est probablement pas un hasard si ce secteur est en tête dans cette étude.

Taille des entreprises

La proportion des personnes appartenant à des entreprises de plus de 50 salariés (48 %) est plus faible qu'en Ile-de-France (60 %) et que celle observée dans les études de Bensefa [3] et De Gasparo [2].

Caractéristiques des agissements

Dans cette étude, les agissements sont décrits comme des processus le plus souvent individuels (42 %), puis stratégiques (34 %) (moyen de détourner les procédures légales de licenciement) et enfin intégrés aux méthodes de management (20 %). Une distribution voisine a été retrouvée dans la cohorte de Créteil [4].

Néanmoins, cette classification, initialement décrite par le Conseil économique et social [11], apparaît artificielle car les situations sont très souvent intriquées. De plus, il existe un biais lié à une meilleure identification des phénomènes organisationnels au fil du temps du fait, d'une part de l'expérience grandissante des cliniciens, et d'autre part de la mise en lumière de ces phénomènes organisationnels dans des processus qui n'étaient initialement vus que sous l'angle « victime/bourreau ».

L'évolution de la part des situations de harcèlement dit stratégique au cours du temps (10 % en 2000, 28 % en 2001 et 43 % en 2002) tend à confirmer l'hypothèse de changements d'appréciation des cliniciens, même si dans le même temps les récentes techniques managériales semblent être de plus en plus souvent incriminées [12].

Dès 1996, Leymann [5] affirmait que « toute structure d'organisation du travail intégrant des effets de stress est génératrice de conflits et de mobbing ». Il reprenait, pour illustrer la question, les modèles d'autonomie/forte demande psychologique développés par Karasek [13].

Dans cette étude, la durée des agissements est dans 2/3 des cas supérieure à un an, durée similaire à celle observée dans la cohorte de Créteil (61,6 %) [3] et légèrement plus faible que celle observée dans la cohorte de Nanterre (3/4 des cas) [2].

Prise en charge médicale

L'augmentation de la proportion de personnes ayant recours à un suivi psychothérapeutique entre la consultation initiale (37 %) et la réponse au questionnaire (60 %) est en partie liée à l'orientation vers ce type de prise en charge souvent proposée lors de la consultation à Garches. Néanmoins, elle peut témoigner des répercussions psychiques persistantes même en cas de résolution de la situation professionnelle. La prise en

charge psychothérapeutique est plus fréquente que la prise de médicaments psychotropes qui n'est retrouvée que dans 32 % des cas.

Un constat important est la longue durée des arrêts maladie (10,5 mois en moyenne, dont le tiers d'une durée supérieure à un an). Les arrêts de travail prolongés sont souvent le seul moyen de soustraire la personne à la situation délétère mais ils n'ont un sens que si une démarche de résolution de la situation est en cours, avec un projet, soit de retour au poste de travail, soit de départ de l'entreprise. Si l'arrêt reste seulement un outil d'évitement ou s'il dure trop longtemps, il peut avoir l'effet pervers de chroniciser la pathologie.

RÉPERCUSSION SUR L'EMPLOI

Départ de l'entreprise

Dans cette étude, l'issue est majoritairement le départ de l'entreprise (65 %) le plus souvent par licenciement (62 % des cas), motivé dans la moitié des cas par une inaptitude médicale.

Les proportions sont les mêmes que celles de la population étudiée par Hirigoyen (66 % de départs, 59 % de licenciements, 30 % d'inaptitudes ; n=193) [6]. Les proportions sont légèrement moindres dans la cohorte de Créteil (55 % de départs, 51 % de licenciements, 26 % d'inaptitudes ; n=72) [4]. Le taux d'inaptitude médicale est beaucoup plus important dans la cohorte de Nanterre (65 %) [2].

L'avenir professionnel des sujets qui ont quitté leur entreprise est péjoratif puisque, avec un recul moyen de 17 mois, 55 % sont toujours au chômage. Seulement 31 % ont retrouvé un emploi et 11 % sont toujours en arrêt maladie (cf. tableau II).

Des proportions identiques ont été observées dans la cohorte de Créteil.

Les inaptitudes médicales touchent de façon significativement plus fréquente les employés ayant un niveau d'étude plus faible et elles sont surtout prononcées dans les entreprises de moins de 50 salariés.

La mise en inaptitude, souvent privilégiée par le salarié et le médecin du travail, doit être réservée aux cas pour lesquels un accompagnement est possible. Les répercussions sur le devenir socioprofessionnel et le « vécu au travail » sont sinon trop lourdes de conséquence.

Maintien dans l'entreprise

Au moment de la réponse au questionnaire, seulement 50 personnes (35 %) sont toujours dans la même entreprise, 21 travaillent de façon effective

(42 %) et 25 sont en arrêt maladie (50 %).

La proportion de personnes maintenues dans l'entreprise est plus faible que dans la cohorte de Créteil (45 %).

Parmi les personnes qui ont repris le travail, seulement un peu plus d'un tiers juge que leur situation s'est arrangée (mutation ou résolution du conflit), proportion beaucoup plus faible que dans la cohorte de Créteil (17/24) [4].

Il est intéressant de comparer les personnes qui travaillent dans l'entreprise initiale avec celles qui travaillent dans une autre entreprise ; les taux de prise en

charge psychothérapique ou médicamenteuse sont les mêmes et sont très élevés, environ un quart de traitements psychotropes et plus de 50 % de psychothérapies. Cela témoigne de l'intensité des répercussions psychiques et de leur persistance après la reprise d'un travail, même lorsqu'elle se fait dans une autre entreprise.

Par ailleurs, les personnes qui restent dans la même entreprise ont une ancienneté plus grande et sont plus souvent employées dans des entreprises de plus de 50 salariés, critère également retrouvé dans la cohorte de Créteil [3]. Les structures de protection des salariés

Comparaison selon l'existence ou non d'une prise en charge juridique

TABLEAU VII

	Procédure juridique n = 70	Absence de procédure juridique n = 70	Khi 2 p
■ SEXE FÉMININ : n (%)	44 (62,8)	52 (74,3)	0,039
■ ÂGE EN ANNÉES (ET*)	45,6 (9,3)	47 (9)	0,37
■ ANCIENNETÉ EN ANNÉES (ET*)	10,7 (8,8)	12,4 (9)	0,3
■ NIVEAU D'ÉTUDES			0,12
• Inf ou bac : n (%)	35 (50)	25 (35,7)	
• Sup au bac : n (%)	35 (50)	37 (52,9)	
• NC** : n (%)		8 (11,4)	
■ CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			0,8
• Cadres : n (%)	27 (38,6)	30 (42,9)	
• Intermédiaires : n (%)	13 (18,6)	11 (15,7)	
• Employés : n (%)	23 (32,8)	21 (30)	
• NC** : n (%)	7 (10)	8 (11,4)	
■ TAILLE ENTREPRISE			0,002
• < 50 salariés : n (%)	35 (50)	18 (25,7)	
• > 50 salariés : n (%)	24 (34,3)	40 (57,2)	
• NC** : n (%)	11 (15,7)	12 (17,1)	
■ TYPOLOGIE DU HARCELEMENT MORAL			NA***
• Individuel : n (%)	35 (50)	21 (30)	
• Institutionnel : n (%)	8 (11,4)	14 (20)	
• Stratégique : n (%)	21 (30)	26 (37,1)	
• Transversal : n (%)	2 (2,9)	3 (4,3)	
• NC** : n(%)	4 (5,7)	6 (8,6)	
■ DURÉE AGISSEMENTS EN MOIS (ET)	17 (15)	22,9 (24,6)	0,18
■ DURÉE MOYENNE ARRÊT MALADIE EN SEMAINES (ET)	44 (37,1)	46,8 (45,9)	0,71
■ SITUATION PROFESSIONNELLE			0,65
• Travail : n (%)	21 (30)	25 (35,7)	
• Pas de travail : n (%)	49 (70)	45 (64,3)	
■ MOTIF LICENCIEMENT :			0,5
• Inaptitude : n (%)	22 (31,4)	19 (27,1)	
• Autres : n (%)	48 (68,6)	51 (72,9)	
■ DÉLAI MOYEN CONSULTATION - QUESTIONNAIRE EN MOIS (ET)	16,8 (7,8)	16,1 (6,7)	0,6
■ SUIVI PSY INITIAL : n (%)	42 (60)	39 (55,7)	0,38
■ SUIVI PSY ULTÉRIEUR : n (%)	18 (25,7)	32 (45,7)	0,074
■ TRAITEMENT PSYCHOTROPE			NA***
• Oui : n (%)	28 (40)	16 (22,8)	
• Non : n (%)	12 (17)	20 (28,6)	
• NC : n (%)	30 (43)	34 (48,6)	

* ET : écart type

** NC : non connu

*** NA : le test du Khi 2 ne peut être applicable

fonctionnent probablement mieux (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, délégués syndicaux, délégués du personnel) et les possibilités de maintien y sont plus nombreuses.

La moitié des personnes restées dans l'entreprise sont en arrêt maladie. Cet arrêt peut être motivé par l'attente de la résolution d'une situation juridique ou par une dégradation de l'état psychique ne permettant pas la reprise du travail, ni même l'élaboration de projets. Dans ce contexte, la rupture du contrat de travail peut être essentielle pour l'amélioration de la santé mentale. Autant il paraît évident que l'émission d'un avis d'inaptitude trop brutal, sans l'accord de l'intéressé, peut avoir un effet de « survictimisation », autant il faut éviter l'enlisement de la situation qui comporte un risque de chronicisation du syndrome dépressif. Ce constat rejoint celui fait par Bensefa : « l'inaptitude n'est pas sans risque mais le maintien en entreprise, s'il ne débouche pas sur une évolution de poste, peut s'avérer effroyable pour la victime » [3].

PROCÉDURES JURIDIQUES

La répercussion psychique des procédures juridiques est une question importante. Dans cette étude, la moitié de la population mène une procédure juridique et la proportion des patients qui ont un suivi psychothérapeutique est plus importante chez ceux qui ne font pas cette démarche (*tableau VII page précédente*). Cela veut-il dire que leur état psychologique ne leur permet pas de lancer une procédure ? Que le fait de lancer une procédure améliore l'état psychique ? Que ceux qui font une psychothérapie se dispensent de procédures ?

Ces questions mériteraient d'être approfondies car l'effet positif des procédures juridiques est une idée reçue, couramment véhiculée, alors que leurs répercussions sur la santé n'ont jamais été étudiées [14].

OUTILS MÉDICO-ADMINISTRATIFS

Peu de déclarations d'accidents de travail ont été faites et encore moins de déclarations de maladies professionnelles. Cela tient aux difficultés administratives

inhérentes à ces démarches, notamment la nécessité de prouver l'existence du fait accidentel ou de la nuisance, ce qui est particulièrement difficile dans un contexte où bien souvent personne ne veut témoigner et où le salarié se retrouve dans une situation d'isolement complet.

En France, entre 2000 et 2002, 14 maladies professionnelles ont été reconnues par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, sur 33 demandes relevant de la psychopathologie [15]. La jurisprudence a davantage favorisé la reconnaissance de ces manifestations pathologiques en tant qu'accident du travail [16].

En Europe, la reconnaissance des pathologies psychosociales est possible dans le cadre des systèmes complémentaires dans 5 autres pays (Belgique, Danemark, Italie, Portugal, Suède). Ces pathologies ne sont inscrites sur aucune liste de maladies professionnelles [15].

Conclusion

Cette étude met en évidence le mauvais pronostic médical et socioprofessionnel des situations de harcèlement moral professionnel présumé. Les pertes d'emploi sont fréquentes et les arrêts maladie souvent prolongés, ne permettant que rarement de trouver des solutions satisfaisantes de maintien dans l'emploi. D'autres pistes de résolution sont donc à rechercher.

Les données récentes mettent en évidence l'importance des facteurs organisationnels dans les altérations de la santé mentale au travail [17, 18]. L'action sur les facteurs organisationnels est la seule approche qui permette une réelle prévention primaire et le passage d'une prise en charge individuelle à une prise en charge collective de la souffrance psychique au travail. Elle nécessite le soutien des pouvoirs publics et la participation active des entreprises.

La prise en charge individuelle des salariés en état de « souffrance » reste néanmoins capitale mais elle doit être relayée par une visibilité collective des répercussions sur la santé des facteurs psychosociaux.

Cette étude a bénéficié d'un contrat avec le ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, et l'Institut de veille sanitaire.

Bibliographie

- [1] CHIARONI J, CHIARONI P – Données épidémiologiques des situations de mobbing au travail d'après une enquête effectuée auprès des médecins du travail en région PACA. Un profil type du salarié harcelé ? *Arch Mal Prof.* 2001 ; 62 (2) : 96-107.
- [2] DE GASPARO C, GRENIER-PEZÉ M – Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés : une approche sociologique quantitative. Etudes et enquêtes TF 125. *Doc Méd Trav.* 2003 ; 95 : 307-31.
- [3] BENSEFA L – Harcèlement moral et pronostic socioprofessionnel chez 126 patients adressés à une consultation de pathologie professionnelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université René Descartes, Faculté de médecine Cochin Port-Royal ; 2003 : 119 p.
- [4] BENSEFA L, SANDRET N, DE CLAVIERE C, DESCATHA A ET AL – Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologie professionnelle. *Arch Mal Prof.* 2004 ; 65 (5) : 387-95.
- [5] LEYMANN H – La persécution au travail. 2^e édition. Paris : Editions du Seuil ; 2002 : 237 p.
- [6] HIRIGOYEN M-F – Malaise dans le travail. Harcèlement moral : démêler le vrai du faux. Paris : Editions La Découverte et Syros ; 2001 : 290 p.
- [7] EGRETEAU F, MARGUET G – Souffrance mentale au travail en Franche-Comté. Analyse de 121 cas de psychopathologies au travail en Franche-Comté de janvier 1997 à juillet 2001 ; *Arch Mal Prof.* 2002 ; 63 (6) : 512-15.
- [8] BAZERQUE J – Harcèlement moral au travail et inaptitude médicale. Thèse pour le doctorat en médecine. Lille : Université du droit et de la santé-Lille 2, Faculté de médecine Henri Warembourg. 2001 : 113 p.
- [9] INSEE. Ile de France l'essentiel. Paris Ed. INSEE, septembre 2001.
- [10] MICHIE S, WILLIAM S – Reducing work related psychological ill health and sickness absence : a systematic literature review. *Occup Environ Med.* 2003 ; 60 (1) : 3-9.
- [11] DEBOUT M – Le harcèlement moral au travail. Avis et rapports du Conseil économique et social 41101-0007. Paris : Direction des Journaux officiels. 2001 : 120 p.
- [12] DE CLAVIERE C, LEKER I, MATRAT M – Profil des patients adressés pour souffrance psychologique au travail dans une consultation de pathologie professionnelle. *Arch Mal Prof.* 2004 ; 65 (2-3) : 151.
- [13] KARASEK R, THEORELL T – Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New-York : Basic Books, 1990 : 381 p.
- [14] DAVEZIES P – Les impasses du harcèlement moral. *Trav.* 2004 ; (11) : 83-90.
- [15] Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en Europe ? EUROGIP-10/F. Paris : Eurogip ; 2004 : 32 p.
- [16] BOCQUILLON F – Harcèlement professionnel, accidents du travail et maladies professionnelles. *Rev Droit Sanit Soc.* 2000 ; (3) : 550-60.
- [17] EINARSEN S – Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach ; *Aggress Violent Behav.* 2000 ; 5 (4) : 379-401.
- [18] BRESSOL E – Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés. Rapport du conseil économique et social. Paris : Editions des Journaux Officiels ; 2004 : 200 p.