
Le Médecin du travail face au harcèlement moral au travail : constats et perspectives.

Gruslin I.*, Italiano P.**, Faulx D.***

Université de Liège
Service de Psychologie de groupes et des organisations
Boulevard du Rectorat, 5/ Bât B 32, B 4000 Liège
*Tél. 04/366. 46. 75 – e-mail : isabelle.gruslin@ulg.ac.be
** Tél. 04/366. 20. 85 – e-mail : P.italiano@ulg.ac.be
*** Tél. 04/366. 20. 85 – e-mail : Daniel.Faulx@ulg.ac.be

RESUME.

Depuis une dizaine d'années, le thème du harcèlement moral au travail ou mobbing fait l'objet d'une attention croissante tant de la part des scientifiques que des médias si bien qu'on en arrive à se demander s'il s'agit d'un phénomène de mode ou d'une réalité. En effet, le sujet est difficile à objectiver mais on sent que ce qui en est dit fait écho chez les individus qu'ils soient victime, observateur ou intervenant.

Le résumé de l'étude qui est proposé poursuit deux objectifs. Le premier consiste à fournir des informations encore inexistantes dans la littérature concernant les attitudes, les opinions, représentations des médecins du travail par rapport au phénomène de harcèlement moral. Le deuxième consiste à tester une série d'hypothèses par rapport aux facteurs pouvant influencer l'attitude des médecins du travail vis à vis du harcèlement moral.

L'article¹ de D. Faulx et C. Geuzaine a déjà abordé l'étendue du phénomène, les aspects juridiques de la définition, la description du processus, ses conséquences médicales et les facteurs de risque. Nous nous concentrerons donc, après avoir dessiné le contexte dans lequel s'inscrit l'étude, sur quelques définitions du phénomène et le lien que l'on peut faire entre le mobbing et le stress. Ensuite, nous essayons de nous rendre compte de l'impact que peut avoir un tel phénomène. Nous évoquons également le danger de tomber dans un processus de banalisation de telles pratiques. Enfin, nous proposons quelques résultats de l'enquête et quelques perspectives d'actions adaptées à la situation des médecins du travail.

¹ L'article de D. Faulx et C. Geuzaine est paru dans la revue « Médecine du Travail & Ergonomie » Volume XXXVII, N°3-2000. « Le harcèlement moral au travail : état des lieux et pistes de développement. »

CONTEXTE DE LA RECHERCHE.

En 1999, le service de Psychologie Sociale, des Groupes et des Organisations de l'Université de Liège a entamé un programme de recherche-action sur le harcèlement moral. Cette dernière est menée par D. Faulx et financée et supervisée par l'Institut Nationale de Recherche sur les Conditions de Travail (I.N.R.C.T.).

Dans le cadre de cette recherche-action, on s'est aperçu qu'il serait intéressant de réaliser une étude sur une catégorie de professionnels fréquemment confrontés et interpellés par des cas de harcèlement moral dans l'entreprise : les Médecins du Travail.

En effet, au confluent de la souffrance des patients et de la demande des employeurs, le rôle du médecin du travail a considérablement évolué ces dernières années, faisant de celui-ci un observateur privilégié des phénomènes de conflits extrêmes au travail, mais aussi un intervenant potentiel dans ces situations, de plus en plus souvent sollicité pour des questions autres que purement médicales.

En vertu de ce qui précède, il apparaît donc que l'exercice de la Médecine du Travail nécessite la prise en compte de la dimension purement médicale mais également les dimensions psychosociales du travail : relationnelles, groupales et organisationnelles.

Le médecin du Travail ne peut plus se contenter d'exercer uniquement son expertise médicale et cela en raison :

- des obligations fixées par la loi sur le Bien-Être du 4 août 1996
- ✓ de la place grandissante des S.E.P.P.
- ✓ de l'amplification et de la prise de conscience de l'importance des phénomènes de stress et de mobbing

Face à la complexité des demandes qui lui sont faites, les médecins du travail que nous avons eu l'occasion de rencontrer exprimaient souvent un désarroi et une impression d'impuissance.

Cette impression pourrait être liée à plusieurs facteurs, tels que :

- ✓ un manque de formation et de connaissance des dimensions psychosociales ;
- ✓ un manque de moyens pour intervenir sur ces dimensions et un manque de reconnaissance de leur action ;
- ✓ une position difficile au sein de l'organisation, se limitant bien souvent à un rôle d'avis.

Face à cette situation, ils semblerait qu'ils soient amenés à rechercher des aides, des ressources, de la formation, du suivi.

Afin de mettre sur pied un plan d'action adapté aux réels besoins, activités, difficultés des médecins du travail, nous avons décidé d'effectuer un état des lieux de leur positionnement par rapport aux dimensions psychosociales et principalement dans des cas de harcèlement moral. Et ainsi peut-être mettre à jour l'existence d'une carence en terme de services spécifiques offerts aux Médecins du Travail pour faire face aux problèmes précités et qu'ils rencontrent quotidiennement dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Cet article présente les résultats de l'étude qui a pris fin en septembre 2000 et fait également référence à celui rédigé par D. Faulx et C. Geuzaine. En effet, dans leur article on peut trouver d'une part, une synthèse théorique concernant le mobbing et d'autre part, des pistes de développement pour la gestion de ce phénomène.

LE MOBBING : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le terme anglais « Mobbing » fut utilisé pour la première fois par l'éthologiste Konrad Lorenz pour désigner les comportements d'attaque qu'un groupe d'animaux présente à l'encontre d'un autre animal seul.

En 1972, le physicien suédois Heinemann observe également ce type d'attaque collective chez les enfants dans un cadre scolaire. Il reprendra le terme utilisé par K. Lorenz pour caractériser ces agressions.

Au début des années 80, Heinz Leymann², docteur en psychologie du travail, découvre à son tour des comportements d'hostilité ou d'agression mais cette fois entre adultes et sur le lieu de travail.

Bien qu'il semble que le harcèlement moral au travail soit un phénomène aussi vieux que le travail lui-même, les premières recherches scientifiques qui le traitent remontent à une petite vingtaine d'années. Mais il ne deviendra populaire,

² Leymann, H. (1996). The content and Development of Mobbing at Work. In Herriot P. (Ed.), The European Journal of Work and Organisational Psychology, 5 (2), pp. 165-184. UK : Erlbaum.

principalement dans le Nord de l'Europe, qu'une dizaine d'année après.

Dans cet article, nous retiendrons deux définitions. Celle de H. Leymann et M.-F. Hirigoyen.

Selon H. Leymann (1990)³, « *Le harcèlement moral implique une communication hostile et non-éthique infligée de manière systématique par un ou plusieurs individus à l'encontre d'une autre personne. Ces actions arrivent fréquemment (au moins une fois par semaine) et sur une assez longue période de temps (au moins six mois). Du fait de cette fréquence et de cette durée élevées, il en résulte d'importantes conséquences au niveau psychologique, somatique et social.* »

M.-F. Hirigoyen (1998)⁴ propose quant à elle, une définition plus opérationnelle du mobbing. Pour elle, il s'agit de « *toute conduite abusive se manifestant par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail.* ».

On perçoit assez bien toute la difficulté d'identifier ou de diagnostiquer un tel phénomène tant pour le médecin du travail mais également pour tout autre acteur amené à intervenir, observer ou subir ce genre de problématique.

Par ailleurs, le harcèlement se présente comme un phénomène dommageable non seulement pour la souffrance qu'il procure à l'individu mais aussi les conséquences qu'il entraîne tant au niveau de l'organisation que de la société. En effet, même si l'estimation du coût de ce processus paraît très imprécise, il n'en reste pas moins qu'il existe.

STRESS ET MOBBING - CAUSE OU CONSEQUENCES ?

Il nous semble que le mobbing est comparable sur bien des points au concept de stress.

En effet, il s'agit bien de deux phénomènes qui touchent un individu en relation dynamique réciproque avec son environnement⁵. Leurs

composantes s'enchevêtrent les unes aux autres dans un *imbroglio* d'actions et de rétroactions positives ou négatives, le tout évoluant dans le temps et avec des effets sur la santé assez semblables mais différents d'un individu à l'autre.

Par ailleurs, dans les deux cas, l'importance de l'évaluation subjective de la situation et les stratégies d'adaptation qu'un individu peut déployer ont énormément d'influence sur le déroulement du processus.

En définitive, nous pensons que le fait de vouloir savoir lequel du stress ou du mobbing est la cause ou la conséquence de l'autre, n'a pas vraiment de sens. Le mobbing pourrait être considéré comme une forme de stress psychosocial extrême.

Considérons ces deux phénomènes non pas de manière linéaire avec un lien de cause à effet, mais dans une perspective circulaire et comme si l'un pouvait être une forme de l'autre.

Notons enfin que le fait de définir le harcèlement comme un stress psychosocial extrême peut aider les organisations mais aussi le législateur à reconnaître la problématique en tant que facteur de risque pour le bien-être des travailleurs, au même titre que le stress⁶.

APPRECIATION DES CONSEQUENCES D'UN CAS DE MOBBING⁷.

Il est difficile pour qui ne l'a jamais vécu de percevoir l'impact d'un processus de mobbing.

La meilleure manière d'essayer de se le représenter serait de comparer l'intensité des troubles d'une victime de harcèlement avec ceux de personnes ayant connu d'autres événements traumatisants. Deux cas ont été considérés à titre de comparaison :

- les conducteurs de trains qui ont écrasé un suicidaire
- les femmes violées.

de Médecine du Travail, vol. XXXIII, n° 3. pp. 133-144.

⁶ Hoel, H., Rayner, C., & Cooper, C. (1999). Workplace bullying. *International Review of Industrial and Organizational Psychology, 14*, pp. 195-227. UK : Wiley J. & sons.

⁷ Leymann, H. & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. In Herriot P. (ED.) *The European Journal of Work and Organizational Psychology, 5* (2), pp. 251-275. UK : Erlbaum.

³ Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims, 5, 2, pp. 119-126.* Sweden, Stockholm : Springer Publishing company.

⁴ Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral, la violence au quotidien.* p. 55. Paris : Syros.

⁵ De Keyser, V. & Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail Pistes d'évaluations méthodologiques. *Les Cahiers*

Une étude révèle que les symptômes de stress post-traumatique manifestés par les victimes de mobbing sont plus importants que ceux des conducteurs de trains mais comparables à ceux d'une femme violée.

Cela peut s'expliquer par le fait que si l'entourage des conducteurs de trains comprend facilement qu'il soit difficile pour eux d'arrêter un engin de plusieurs tonnes, il en va tout autrement pour les femmes violées ou les harcelés qui paraissent passifs ou résignés face à l'agresseur. Les témoins comprennent plus difficilement et souvent les accusent d'être responsables de ce qui leur arrive. On attribue aisément à leurs propres comportements « anormal », « provocateur », la cause, au moins partielle, de la situation qu'ils vivent.

Les victimes de viols ou de harcèlement se trouvent donc dans une situation faite d'un mélange de stress psychologique, d'isolement social, d'atteintes aux droits et à l'identité, etc. Ceci explique l'importance de leurs troubles psychologiques, somatiques et leur retrait prématuré du monde du travail et de la vie sociale.

DANGER DU PROCESSUS DE BANALISATION⁸

Selon C. Dejours (1998), le processus de banalisation du « mal⁹ » permettrait qu'un comportement exceptionnel, habituellement entravé par l'action et le comportement de la majorité, soit érigé en norme de conduite voire en valeur.

Dejours tente de montrer que si la grande majorité des gens acceptent de commettre des pratiques hostiles et non éthiques, de les subir ou de voir les autres les infliger ou encore y être soumis, c'est à cause de la peur qui règne dans le milieu du travail.

La peur peut être liée à la tâche elle-même (comme dans l'armée, le bâtiment, la police, etc.) ou peut être introduite dans les relations de travail. En utilisant la menace : menace de perdre son emploi, d'exclusion sociale, menace en cas d'erreur commise, menace de n'être pas reconnu comme quelqu'un de courageux. En effet, agir de la sorte

⁸ Dejours, C., (1998). *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. pp95-181. Paris : Seuil.

⁹ Selon Dejours, le mal comprend : la tolérance et la participation à l'injustice et à la souffrance d'autrui ou de soi-même. Il s'agit aussi des infractions au code du travail, les affectations discriminatoires, le mépris, les grossièretés, les obscénités, la menace et peut aller jusqu'à des licenciements sans préavis, etc.

sur le lieu de travail devient un acte de bravoure, un signe de virilité.

L'introduction de ces peurs et de ces souffrances dans le travail oblige les personnes à accepter des conditions de travail toujours plus pénibles où il faut faire de plus en plus et de mieux en mieux avec de moins en moins de moyens techniques et humains et pour de moins en moins de reconnaissance, ce qui amène surmenage, épuisement et abrutissement, bref encore davantage de peur et de souffrance.

Par ailleurs, cette souffrance et cette peur restent encore largement déniées dans le monde du travail parce que :

- ✓ ce sont des vécus subjectifs moins facilement objectivables et donc plus souvent minimisés que les souffrances physiques
- ✓ il ne servirait à rien de réagir contre quelque chose d'inéluctable
- ✓ on aurait honte de dire que l'on souffre au travail alors que travailler, en soi, est vu comme un privilège par rapport au chômage.

Alors, afin de pouvoir continuer à travailler malgré cette souffrance et cette peur, les gens mettent en place toutes sortes de mécanismes de défense (se mettre des œillères, déplacer la responsabilité vers autrui, etc.)

Le développement de ces stratégies défensives, s'il permet de maintenir un certain équilibre psychique, occasionne aussi le gauchissement des conduites, un rétrécissement de la conscience morale et une transmutation des vices en vertu. Les hostilités, grossièretés, agressions, etc. sont donc peu à peu jugées comme normales et permises par la plupart des gens.

LA MEDECINE DU TRAVAIL.

POURQUOI ETUDIER LA SITUATION DES MEDECINS DU TRAVAIL ?

Le Médecin du Travail dans le cadre de ses activités, peut être amené à se trouver en première ligne dans un cas de harcèlement moral.

Lors d'une de ses visites sur le terrain ou pendant une consultation, le médecin du travail peut être interpellé par un trouble psychosomatique ou recevoir une confiance de la part de son patient concernant un mal-être dans son travail. Il peut également être amené à intervenir directement dans des situations de conflits.

A ce stade le Médecin du Travail peut se présenter comme :

- un premier contact prenant la forme tantôt d'un soutien social en offrant une écoute bienveillante, un réconfort, tantôt comme une autorité capable de diagnostiquer et nommer le problème.
- une personne ressource capable d'orienter le patient concerné par le processus de mobbing vers d'autres aides, services.
- un intervenant, un médiateur lors d'un conflit ouvert.

Par ailleurs, il peut occuper une position privilégiée pour juger si oui ou non le harcèlement moral peut être considéré comme une nouvelle pathologie professionnelle.

Enfin, le Médecin du Travail dans le cadre de son rôle d'avis, entre en contact avec différents partenaires d'une organisation (service du personnel, responsable sécurité, hygiène, responsables hiérarchiques, etc...) et est amené à négocier avec eux et à communiquer certains points de vue.

Se posent alors différentes questions quant aux diverses compétences dont devrait disposer un Médecin du Travail dans le cadre de ses fonctions.

En effet, ce que nous venons d'aborder et qui concerne plus spécifiquement le harcèlement moral, fait appel à toutes sortes de compétences auxquelles un Médecin du Travail n'est pas véritablement formé lors de sa spécialisation. On ne peut pas dire non plus qu'il dispose d'une réelle aide dans les activités qui relèvent davantage du domaine psychosocial.

Un médecin a-t-il été formé aux aspects psychosociaux du travail ? Y est-il sensible ? Comment s'y prend-il pour les gérer ? N'a-t-il pas besoin d'être formé à la résolution de conflit, à la négociation ? A-t-il une idée des causes, conséquences, processus d'évolution du mobbing ? Quelle relation a-t-il avec les autres partenaires de l'organisation ? N'est-il pas soumis à certaines pressions de la part ces différents partenaires ? Le médecin du travail, expert au niveau des aspects médicaux du travail, doit-il en outre être capable de prendre en charge les aspects plus psychosociaux ? Etc... Ce sont autant de questions que nous nous posons avant de commencer l'enquête.

EVOLUTION DE LA MISSION DES MEDECINS DU TRAVAIL¹⁰

¹⁰ RGPT (Règlement Général pour la Protection du Travail) (nd.). 9^{ème} édition. Code sur le bien-être au

Après la seconde guerre mondiale, il s'agissait pour le médecin du travail d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance économique. Cela consistait principalement à combattre les maladies infectieuses et les accidents de travail. Cependant, à ce stade, le médecin du travail reste confiné dans son cabinet.

Une fois que l'économie fut relancée et à cause de l'entrée du taylorisme dans les industries, le rôle du médecin a été en lien avec celui de l'ingénieur de sécurité et d'hygiène. Ils se sont alors chargés de mesurer, de normaliser les conditions physiques du travail et d'effectuer de la prévention individuelle. Les médecins vont donc, en plus de la santé, s'occuper de la prévention de la santé liée aux mauvaises conditions de travail.

Au début des années 80, l'arrivée de l'ergonomie va changer le regard porté sur le travail. En effet, on mesure une différence entre la tâche prescrite et l'activité réelle du travailleur. Il y a donc nécessité d'allier vision globale du travail et approche multidisciplinaire et de prendre en compte l'avis des travailleurs avant d'introduire un changement dans les conditions de travail en vue d'adapter le travail à l'homme et non l'inverse. Après une formation complémentaire en ergonomie, certains médecins vont alors consacrer une grande partie de leur temps à l'analyse de l'activité sur le lieu de travail¹¹.

Mais la loi sur le bien-être donne une impulsion à la médecine du travail qui va l'obliger à sortir de l'aspect principalement technique de ses missions et faire émerger une conception plurifactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail.

Le médecin du travail va donc avoir pour mission de :

« Surveiller l'état de santé des travailleurs, ainsi que de renseigner et conseiller ceux-ci sur les affections ou les déficiences dont ils seraient éventuellement atteints ». Cela signifie que le médecin connaisse l'individu, les postes de travail, l'environnement physique et psychologique dans lequel se situent les postes de travail.

« D'éviter l'occupation de travailleurs à des emplois dont ils seraient incapables, en raison de leur état de santé, de supporter normalement les inconvénients, également d'éviter l'admission au

travail, art. 104 à 148. Commissariat général à la promotion du travail.

¹¹ Association Santé et Médecine du Travail. *Des médecins du travail prennent la parole*. Paris : Syros.

travail de personnes atteintes d'affections qui constitueraient, pour leurs compagnons d'ateliers ou de bureau, un grave danger de contagion ou d'insécurité. » C'est donc lui qui décide de l'aptitude ou de l'inaptitude d'une personne à un poste de travail défini par l'employeur en fonction des risques auxquels est exposé le travailleur avec toujours associé à cette tâche le dilemme de respecter le droit au travail et le droit à la santé.

« Contribuer, autant que possible à l'adaptation des travailleurs à leur tâche, ainsi qu'à l'adaptation des opérations aux normes de la physiologie humaine. »

« N'écarter personne de tout travail, en principe, mais viser plutôt à occuper chacun, malgré ses déficiences, aux besognes qu'il est capable d'accomplir. »

« Dépister aussi précocement que possible les maladies professionnelles, dès l'apparition de leurs premiers symptômes. »

« Surveiller les conditions d'hygiène du travail ainsi que tous autres facteurs pouvant affecter l'état de santé des travailleurs. »

« Apporter un concours permanent à la direction et aux divers services de l'entreprise, ainsi qu'aux représentants de cette dernière et de son personnel, en vue de prévenir, de la manière la plus efficace, les maladies professionnelles et les accidents du travail. »

« Assurer aux travailleurs, victimes d'accidents ou d'indisposition, les secours immédiats et les soins d'urgence. »

Nonobstant sa fonction essentielle de conseiller dans l'entreprise, le médecin du travail doit cependant pouvoir prendre les décisions qui s'imposent dans le domaine médical.

Toutefois, le respect de la loi ne suffit pas si on veut véritablement que le facteur santé soit pris en compte au même titre que les facteurs économiques.

En effet, il faut passer par une collaboration entre tous les systèmes de l'entreprise pour faire converger des intérêts potentiellement contradictoires tels que la santé et la précarisation du travail, croissante dans l'environnement économique actuel.

En définitive, la médecine du travail, qu'elle le souhaite ou non, devra s'intéresser autant aux aspects formels des lieux de travail, qu'aux aspects informels. Elle devra donc s'intéresser de manière

égale à l'aménagement du travail, à la forme organisationnelle en place mais aussi aux relations établies sur le lieu de travail c'est-à-dire tant aux aspects physiques que psychiques.

ENQUETE – OBJECTIFS ET MESURES.

Notre étude poursuivait deux objectifs. Le premier était d'obtenir des informations encore inexistantes dans la littérature, concernant les attitudes, les opinions et les croyances des médecins du travail par rapport au phénomène de mobbing.

Pour obtenir ces informations, nous avons utilisé la technique du questionnaire auto-administré par correspondance. Nous les avons donc obtenues en lisant les résultats bruts de notre enquête.

Notre deuxième objectif consistait à tester une série d'hypothèses par rapport aux facteurs pouvant influencer l'attitude des médecins du travail vis à vis du harcèlement moral. Nos hypothèses par rapport à ces facteurs, sont que :

L'attitude des médecins du travail vis à vis du mobbing pourrait être influencée par des facteurs de type : *intrapersonnel* (l'âge, le sexe, l'ancienneté, le temps de travail, ...), *interpersonnel* (degré de confiance entre médecins et travailleurs, tiraillement entre direction et travailleurs, ect.), *organisationnel* (pression hiérarchique, charge de travail, type de management, respect de l'indépendance du médecin, etc.), *sociétaux* (notion de tabous).

Mais l'attitude pourrait être également liée au *degré de connaissance du phénomène, leur participation ou non à des formations complémentaires concernant les variables psychosociales et enfin, leur représentation du mobbing.*

Pour éprouver ces hypothèses, nous avons testé la dépendance entre les variables.

ECHANTILLON.

L'échantillon a été déterminé au départ d'un fichier appartenant au Ministère Fédéral de l'Emploi et du Travail.

L'échantillon se compose de 367 médecins francophones (213 hommes et 154 femmes) pratiquant effectivement la médecine du travail.

L'âge n'a pas été pris en compte dans la sélection de l'échantillon.

Nous avons obtenu 126 réponses, 94 avant rappel et 32 après rappel. Retenons également que le taux de sondage (35%) ne peut être assimilé à celui d'un échantillon aléatoire, puisque rien n'indique que la non-réponse soit un phénomène aléatoire.

LE QUESTIONNAIRE.

Le questionnaire comprend 87 questions fermées. Celles-ci ont été formulées à partir des différents entretiens de groupe de médecins du travail réalisés durant les mois de janvier et février 2000 mais aussi à partir des données de la littérature sur le harcèlement moral et sur la fonction de Médecin du Travail. Le questionnaire, avant d'être envoyé, a été soumis à la révision du groupe pilote de Médecins du Travail ainsi que quelques Médecins du Travail extérieurs à ce groupe.

Le questionnaire issu du travail de groupe avec les médecins du Travail se subdivise en dix thèmes.

- I/ Le contexte de travail
- II/ La perception du harcèlement moral des médecins du travail
- III/ Les causes et les origines du harcèlement moral
- IV/ Les acteurs dans le harcèlement moral
- V/ Le médecin du travail face au harcèlement moral
- VI/ Les relations des médecins du travail avec les membres de l'entreprise
- VII/ La mission des médecins dans les entreprises
- VIII/ La perception du fonctionnement de l'entreprise
- IX/ La perception des médecins du travail, des conséquences d'un harcèlement moral
- X/ Leur besoins en terme de formation et d'information face au harcèlement moral au travail.

LES RESULTATS.

PREMIER OBJECTIF.

Retenons de ces résultats que les médecins qui ont répondu :

- ✓ **La fig. 1.** Montre que globalement, le Médecin du Travail estime sa connaissance du harcèlement moral comme moyenne.
- ✓ **90 %** des Médecins du Travail qui ont répondu ont déjà rencontré un ou des travailleur(s) victimes de harcèlement moral.
- ✓ **30 %** des Médecins voient entre **40 et 60** travailleurs par semaine et malgré tout ne se sentent pas surchargés.
- ✓ **Fig. 2.** Il semblerait également que les médecins du Travail ne se sentent pas non plus

menacés dans leur emploi ou encore impuissants lors de constats de harcèlement.

- ✓ **Fig. 2-3.** Même si nous ne présentons que quelques chiffres pour étayer ce constat, il s'avère que les Médecins du Travail perçoivent le processus de harcèlement, ses causes et ses conséquences ainsi que les caractéristiques du harcelé et du harceleur dans le même sens que celui suggéré par la littérature.
- ✓ **Fig. 4.** Selon ces résultats, il apparaît que les Médecins du Travail éprouvent des difficultés à repérer le harcèlement moral et on peut penser qu'ils adoptent par rapport à celui-ci une attitude informelle comprenant le dialogue et la négociation avec les responsables hiérarchiques.
- ✓ **Fig. 5-6.** On constate qu'au cours de ces 5 dernières années, 40 % des Médecins du Travail ayant répondu déclarent avoir demandé de 2 à 5 fois la mutation d'une personne qui se plaignait d'être harcelée. Tandis que 6è % n'ont jamais écrit de rapport.
- ✓ **Fig. 7.** Les Médecins du Travail semblent assez certains de la confiance que leur accordent les travailleurs. Ces résultats peuvent laisser également penser qu'il existe véritablement un besoin pour les travailleurs d'avoir une personne de confiance dans leur entreprise. C'est peut-être souvent les médecins qui rempliraient ce rôle.
- ✓ **Fig. 8.** Ces résultats indiquent que les Médecins du Travail qui ont répondu sont amenés à intervenir dans les conflits et constituent donc des personnages essentiels dans la prévention du harcèlement moral.
- ✓ Certains résultats permettent aussi de penser que les médecins traitent les aspects psychosociaux de leurs patients mais n'auraient pas le temps ou les moyens de le faire au niveau de l'entreprise.
- ✓ **Fig. 9.** Apparemment, les Médecins du Travail qui ont répondu considèrent que ce sont les responsables des entreprises qui entravent le plus souvent leur action et qui évitent le problème du harcèlement afin de ne pas notamment remettre en cause leur mode de gestion.
- ✓ Enfin, ils éprouvent tout de même, in fine, le besoin d'être formés et informés, étant donné la demande massive en formations et informations concernant les variables psychosociale du travail. En effet, de manière

importante, les médecins du Travail demandent à pouvoir notamment développer leur capacité à : résoudre des conflits, diagnostiquer le harcèlement, négocier avec les responsables des entreprises, etc. Par ailleurs, ils semblent intéressés par, entre autres : des formations à la résolution de conflit, à la négociation mais également à pouvoir participer à des groupes de réflexions entre Médecins du travail.

DEUXIEME OBJECTIF.

Nous avons formulé dans les objectifs et mesures de l'enquête toute une série d'hypothèses concernant les facteurs susceptibles d'influencer l'attitude des médecins du travail vis à vis du mobbing.

Avant de reprendre les résultats du traitement statistique, il nous faut rappeler que la valeur du χ dépend à la fois du lien entre les variables et du nombre d'observation par cellule dans les tableaux croisés.

De manière générale, les résultats obtenus suite au test de χ nous obligent à conclure à l'indépendance de beaucoup de variables entre elles. Les quelques corrélations significatives trouvées entre les variables indépendantes et dépendantes sont ponctuelles et ne nous permettent ni de rejeter, ni de confirmer nos hypothèses.

Même si nous devons conclure à la non vérification de nos hypothèses, les résultats significatifs de l'influence des facteurs organisationnels, interpersonnels et sociétaux sur l'attitude des médecins vis à vis du mobbing suggèrent que :

L'attitude des médecins traduit une volonté de rencontrer les membres de l'entreprise pour envisager et négocier les problèmes psychosociaux avec eux ; mais, que malheureusement, ils semblent se heurter à un évitement systématique du problème et se sentent tiraillés entre les travailleurs et les responsables des organisations.

Tandis que les résultats significatifs obtenus avec les facteurs d'information et de représentation suggèrent que :

Les médecins cherchent à s'informer sur le problème. Cette prise d'information les placerait cependant dans une situation délicate quant à la manière d'agir sur le mobbing. On peut en effet supposer que plus ils acquièrent de connaissances sur le phénomène et plus ils comprennent qu'il s'agit d'un phénomène complexe qu'ils ne peuvent résoudre sans l'appui des responsables d'entreprises. Ils préfèrent donc utiliser des solutions comme la mutation et donc l'écartement

de la victime d'un environnement qui lui cause des torts plutôt que le conflit avec les responsables de l'entreprise.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES D'ACTION.

Si nous devons définir le mobbing, nous dirions qu'il est une souffrance infligée sur le lieu de travail de manière durable, répétitive et/ou systématique par une ou plusieurs personnes à un autre individu, en usant de tout moyen relatif aux relations, à l'organisation, aux contenus et/ou aux conditions de travail, en les détournant de leurs finalités, manifestant ainsi une intention consciente ou inconsciente de nuire, voire de détruire.

Nous avons vu dans cet article, le lien qu'il était possible d'établir entre stress et mobbing, nous avons essayé d'estimer l'intensité des conséquences d'un tel phénomène et enfin, nous avons évoqué le risque que ces comportements hostiles et agressifs, qu'ils soient volontaires ou non, ne soient eux-mêmes victime d'un processus de banalisation. Ce processus transformant ces comportements non-éthiques habituellement condamnés, normaux.

Par ailleurs, nous pensions que certains professionnels de la santé pouvaient se trouver bien mal armés et disposant de peu d'aide pour faire face à une problématique telle que le harcèlement moral. nous avons pensé d'une part aux Médecins du travail mais aussi aux Psychologues qui malgré la loi sur le Bien-être, semblent peu impliqués dans la prise en charge des variables psychosociales du travail.

Notre étude, s'est centrée sur les situations des Médecins du Travail. De celle-ci, nous pouvons retenir que le Médecin du Travail est confronté à des problèmes psychosociaux notamment le harcèlement moral au travail et se trouve relativement démuné pour y réagir.

L'enquête révèle entre autre que plus de 90 % des médecins qui ont répondu au questionnaire ont rencontré des situations de harcèlement moral et que 90 % sont amenés à résoudre des conflits. Les médecins expriment également leurs besoins de formation et d'information non seulement sur le harcèlement moral au travail mais également sur les autres problèmes psychosociaux.

Les résultats obtenus permettent également de penser que les variables psychosociales et notamment le harcèlement moral reste un tabou dans les organisations ce qui constituerait une entrave à leur prise en charge. Par ailleurs, l'évitement systématique de ce genre de problème de la part des responsable des organisations,

placerait les médecins du travail et les travailleurs dans une position délicate et peu évolutive.

Au terme de l'étude, nous pouvons dire que le Médecin du Travail de par sa fonction, peut constituer un maillon essentiel dans le dépistage, la prévention et l'intervention sur les différentes dimensions psychosociales du travail moyennant une aide adaptée à leurs besoins et difficultés.

En effet, puisque la preuve a été faite une nouvelle fois que le harcèlement moral :

- ✓ existe bien en Belgique,
- ✓ est perçu par un nombre non négligeable de Médecins du Travail qui éprouvent quelques difficultés à l'identifier et le résoudre,
- ✓ constitue toujours un tabou dans les organisations,

que par ailleurs,

- ✓ les Médecins du Travail paraissent démunis et ont une demande d'aide en formations et informations par rapport à la problématique,
- ✓ il est probable que les travailleurs eux-mêmes éprouvent des difficultés à s'exprimer à ce sujet (par manque de connaissance, de confiance dans la structure d'accueil et d'écoute des entreprises et/ou encore par peur de menaces éventuelles),
- ✓ la non implication des psychologues dans la prise en charge des variables psychosociales dans le travail,
- ✓ les responsables des entreprises ne semblent pas sensibles ou informés sur le phénomène,

nous pensons que certaines actions pourraient être envisagées comme :

- ✓ d'élaborer d'un système pour prévenir, diagnostiquer et traiter le harcèlement.
- ✓ Permettre aux Médecins du Travail d'être mieux informés et formés par rapport à la problématique, de trouver des lieux de partage de leurs expériences.
- ✓ promouvoir la collaboration entre les médecins du Travail et les responsables et mettre au point un système qui permettent aux Médecins d'avoir un feed-back sur les avis qu'ils émettent en argumentant leur logique de management.
- ✓ Prévoir la formation de personnes de confiance surtout pour les personnes qui n'ont pas l'occasion de rencontrer un médecin de par leur fonction et le fait que le médecin n'appartient bien souvent pas à l'organisation.
- ✓ Assurer des formations aux psychologues qui pourraient être

- ✓ Former les psychologues à des thématiques spécifiques comme le harcèlement moral puisque de part la loi sur le Bien-Etre et la place grandissante des SEPP, ils sont amenés à jouer un rôle important dans le monde du travail.
- ✓ Intégrer davantage les psychologues dans la gestion de ces variables psychosociales.

Nous pensons pouvoir affirmer que s'il existe une volonté politique d'identifier et de gérer les problèmes induits par le harcèlement au travail, des voies d'action sont possibles sur base des services de médecine du travail, structure déjà en place au sein des entreprises et en oubliant pas les psychologues.

C'est parce que le harcèlement moral, comme bien d'autres violences psychologiques complexes sont des éléments psychosociaux du travail à ne pas banaliser, qu'il nous faut reconnaître l'existence de souffrances et de peurs subjectives et ensuite, nous efforcer d'agir de la manière la plus profonde possible pour le bien-être des travailleurs et dans l'intérêt des organisations et de la société.