

Université de Montréal

Les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé

par
Marisol Tinchon

École de relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en relations industrielles

Février, 2004



© Marisol Tinchon, 2004

HD
4815
U54
2004
V.002

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé

présenté par :
Marisol Tinchon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Patrice Jalette
Président du jury

M. Vincent Rousseau
Lecteur

M. Victor Haines
Directeur de recherche

M. Pierre Durand
Codirecteur de recherche

Résumé :

L'agression en milieu de travail est un important problème de sécurité et de santé au travail. La prolifération des agressions au travail est devenue un phénomène inquiétant pour les organisations, les employés et les syndicats, mais peu d'études scientifiques ont été menées sur ce sujet. La présente étude examine la relation entre l'agression en milieu de travail (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) et ses conséquences sur la santé des individus. Elle tente aussi de savoir si le soutien social hors travail permet d'atténuer les effets néfastes de ces trois formes d'agression. Avec un échantillon de 11 717 travailleurs représentatifs de la population québécoise, nos résultats démontrent que l'agression au travail est liée à des conséquences négatives sur la santé mentale et la santé physique des individus. De plus, ils confirment que le soutien social hors travail atténue les effets néfastes de ces agressions sur la santé.

Mots clés : Violence au travail, agressions au travail, santé, comportement organisationnel, ressources humaines, intimidation, harcèlement sexuel, harcèlement psychologique, travailleurs et travail.

Summary :

Workplace aggression is an important security and health concern. The proliferation of workplace aggression is becoming an alarming phenomenon for organizations, employees and unions, but still little systematic research has been carried out to investigate the subject. This study examined the relation between workplace aggression (physical violence, intimidation, sexual harassment) and the health outcomes. It also examines the moderating effect of extra-organizational social support on the relationship between three forms of workplace aggression and the health outcomes. Based on a sample of 11 717 workers representative of the employed Quebec population, our results demonstrate that workplace aggression has negative consequences on the workers psychological and physical well-being. Moreover, we find that extra-organizational social support moderates the effects of workplace aggression on health outcomes.

Key words : Workplace violence, workplace aggression, health, organizational behavior, human resources, sexual harassment, workers and work.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	VII
Liste des figures.....	X
Liste des abréviations.....	XII
Remerciements.....	XIII
Introduction.....	1
Chapitre 1 : L'agression en milieu de travail.....	3
1.1 La définition de l'agression en milieu de travail.....	3
1.2 La fréquence de l'agression en milieu de travail.....	8
1.3 Conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé des individus.....	15
1.3.1 La santé comme variable d'intérêt.....	16
1.3.2 Les études sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé	24
1.3.2.1 L'étude sur les conséquences de la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé.....	25
1.3.2.2 Les études sur les conséquences de la violence physique et de l'intimidation en milieu de travail sur la santé.....	26
1.3.2.3 Les études sur les conséquences du harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé.....	33
1.4 Synthèse et analyse critique des études	47
1.4.1 Principales caractéristiques des études.....	47
1.4.2 Principales limites des études.....	53
1.5 Contribution et question de recherche.....	60
Chapitre 2 : Modèle de recherche.....	64
2.1 Théorie du stress.....	64
2.1.1 Le soutien social dans les modèles de stress.....	65

et la santé physique.....	128
4.2.2.3 Analyse entre les formes d'agression au travail et la perception de sa santé.....	133
4.2.3 Les régressions.....	139
4.2.3.1 Les régressions logistiques avec la détresse psychologique...	140
4.2.3.2 Les régressions logistiques avec les problèmes de santé physique.....	142
4.2.3.3 Les régressions linéaires hiérarchique avec la perception de sa santé.....	144
Chapitre 5 : Discussion.....	147
5.1 Discussion des résultats.....	147
5.1.1 L'agression au travail.....	148
5.1.2 L'âge et le sexe des répondants.....	148
5.1.3 L'agression au travail et la santé mentale.....	149
5.1.4 L'agression au travail et la santé physique.....	151
5.1.5 L'agression au travail et la perception des individus de leur santé.....	153
5.1.6 Le soutien social hors travail.....	155
5.1.7 Les théories en matière d'agression au travail.....	158
5.2 Limites de l'étude.....	159
5.3 Pistes de recherche futures.....	161
5.4 Implications pour la pratique.....	162
Conclusion.....	165
Bibliographie.....	XVI

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Exemples de huit formes d'agression en milieu de travail classés selon la typologie proposée par Buss (1961).....	7
Tableau II : Liste des indicateurs retenus dans la recension des écrits (Foucher, Savoie et Brunet, 2003).....	19
Tableau III : Synthèse de l'étude sur les conséquences de la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé.....	39
Tableau IV : Synthèse des études sur les conséquences de la violence physique et l'intimidation en milieu de travail sur la santé.....	40
Tableau V : Synthèse des études sur les conséquences du harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé.....	44
Tableau VI : Les variables indépendantes – L'agression au travail.....	95
Tableau VII : Les variables dépendantes – La santé.....	96
Tableau VIII : La variable modératrice – Le soutien social hors travail...	102
Tableau IX : Les variables de contrôle.....	103
Tableau X : Analyses descriptives des variables dépendantes.....	109
Tableau XI : Analyses descriptives des variables indépendantes.....	113
Tableau XII : Analyses descriptives de la variable modératrice.....	114
Tableau XIII : Analyses descriptives des variables de contrôle.....	115
Tableau XIV : Analyses de corrélations (Coefficient de Pearson).....	118
Tableau XV : Analyses de variance entre la violence physique et la détresse psychologique.....	121
Tableau XVI : Comparaisons multiples entre la violence physique et la détresse psychologique.....	122

Tableau XVII :	Analyses de variance entre l'intimidation et la détresse psychologique.....	124
Tableau XVIII :	Comparaison multiples entre la violence physique et la détresse psychologique.....	124
Tableau XIX :	Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et la détresse psychologique.....	126
Tableau XX :	Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la détresse psychologique.....	126
Tableau XXI :	Analyses de variance entre la violence physique au travail et les problèmes de santé.....	128
Tableau XXII :	Comparaisons multiples entre la violence physique au travail et les problèmes de santé.....	128
Tableau XXIII :	Analyses de variance entre l'intimidation et les problèmes de santé.....	130
Tableau XXIV :	Comparaisons multiples entre l'intimidation et les problèmes de santé.....	130
Tableau XXV :	Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé.....	132
Tableau XXVI :	Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé.....	132
Tableau XXVII:	Analyses de variance entre les la violence physique et la perception des individus de leur santé.....	134
Tableau XXVIII:	Comparaisons multiples entre les la violence physique et la perception des individus de leur santé.....	134
Tableau XXIX :	Analyses de variance entre les l'intimidation et la perception des individus de leur santé.....	136
Tableau XXX :	Comparaisons multiples entre les l'intimidation et la perception des individus de leur santé.....	136
Tableau XXXI :	Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et la perception des individus de leur santé.....	138

Tableau XXXII :	Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la perception des individus de leur santé.....	138
Tableau XXXIII :	Régression logistique pondérée de la détresse psychologique.....	140
Tableau XXXIV :	Régression logistique pondérée des problèmes de santé physique.....	142
Tableau XXXV :	Régression linéaire hiérarchique de la perception des individus de leur santé.....	144

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : L'incivilité et les autres formes de maltraitance dans les organisations (Andersson et Pearson, 1999).....	4
Figure 2 : Les deux endroits où le soutien social peut interférer avec le lien causal entre l'événement stressant et le maux (Cohen et Wills, 1985).....	70
Figure 3 : Modèle de recherche.....	73
Figure 4 : Nombre de problèmes de santé par individu.....	110
Figure 5 : Présence de problème(s) de santé chez les individus.....	110
Figure 6 : Le niveau de détresse psychologique des répondants.....	111
Figure 7 : Le niveau de détresse psychologique des répondants (catégorisé).....	111
Figure 8 : La perception des individus de leur santé.....	112
Figure 9 : Le niveau de soutien social hors travail des répondants.....	115
Figure 10 : Le sexe des répondants.....	116
Figure 11 : L'âge des répondants.....	116
Figure 12 : Comparaisons multiples entre la violence physique et la détresse psychologique.....	123
Figure 13 : Comparaisons multiples entre l'intimidation et la détresse psychologique.....	125
Figure 14 : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la détresse psychologique.....	127
Figure 15 : Comparaisons multiples entre la violence physique et les problèmes de santé physique.....	129
Figure 16 : Comparaisons multiples entre l'intimidation et les problèmes de santé physique.....	131

- Figure 17 :** Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé physique..... 133
- Figure 18 :** Comparaisons multiples entre la violence physique et la perception de sa santé..... 135
- Figure 19 :** Comparaisons multiples entre l'intimidation et la perception de sa santé..... 137
- Figure 20 :** Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la perception de sa santé..... 139

LISTE DES ABRÉVIATIONS

QAA : Questionnaire auto-administré

QRI : Questionnaire rempli par l'intervieweur

UPE : Unités primaires d'échantillonnage

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'organisme Santé Québec qui nous ont donné l'accès à la base de données de l'Enquête sociale et de santé (1998) pour la réalisation de notre étude. Nous remercions également le G.R.A.S.P. et le F.C.A.R. pour leur soutien moral, financier et technique tout au long de ce travail. Enfin, nous remercions spécialement M. Victor Haines, directeur de recherche et M. Pierre Durand, co-directeur de recherche pour leur très précieuse collaboration à l'élaboration et à l'aboutissement de notre étude.

Introduction

L'agression en milieu de travail est aujourd'hui un sujet au cœur des préoccupations des employeurs, dirigeants syndicaux et employés. La situation est de plus en plus alarmante et il devient primordial de se pencher sur cette question. D'ailleurs, le législateur a emboîté le pas pour tenter de résorber cette problématique en réformant le Code du travail. Les organisations doivent désormais composer avec cette nouvelle réalité qui les frappent de plein fouet. Une préoccupation importante vise notamment les impacts de ces agressions en milieu de travail sur la santé des travailleurs et travailleuses. Jusqu'à maintenant peu d'études empiriques ont adressé cette question. Ainsi, la présente étude répond à ce besoin en observant et en analysant la relation entre l'agression en milieu de travail (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) et ses conséquences sur la santé des individus. De plus, elle tente aussi de savoir si le soutien social hors travail permet d'atténuer les effets néfastes de ces trois formes d'agression.

Pour ce faire, cette étude se divise en cinq chapitres qui éclaireront sur le phénomène de l'agression en milieu de travail et ses conséquences sur la santé des individus. Le premier chapitre présentera une définition de l'agression au travail et ses différentes formes. Le deuxième chapitre fera ressortir les principales études et théories en matière d'agression en milieu de travail tirées de la littérature ainsi que notre contribution à l'étude de ce phénomène. Le troisième chapitre exposera la méthodologie utilisée dans cette étude. Le quatrième chapitre présentera les résultats obtenus à l'aide des différentes analyses et enfin le cinquième chapitre offrira une discussion des principaux résultats, énoncera les limites de cette étude et

identifiera quelques implications pour la pratique en gestion des ressources humaines.

Chapitre 1 L'agression en milieu de travail

Dans ce chapitre, nous définirons ce qu'est l'agression en milieu de travail et nous dresserons un portrait de la situation actuelle, c'est-à-dire la fréquence de l'agression en milieu de travail. Suite à cela, nous recenserons et nous ferons ressortir les principales caractéristiques et limites de la littérature pertinente concernant les conséquences de l'agression au travail sur la santé des individus. Finalement, nous ferons part de notre contribution à la recherche sur l'agression en milieu de travail et nous présenterons nos questions de recherche qui portent sur les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé.

1.1 Définition de l'agression en milieu de travail

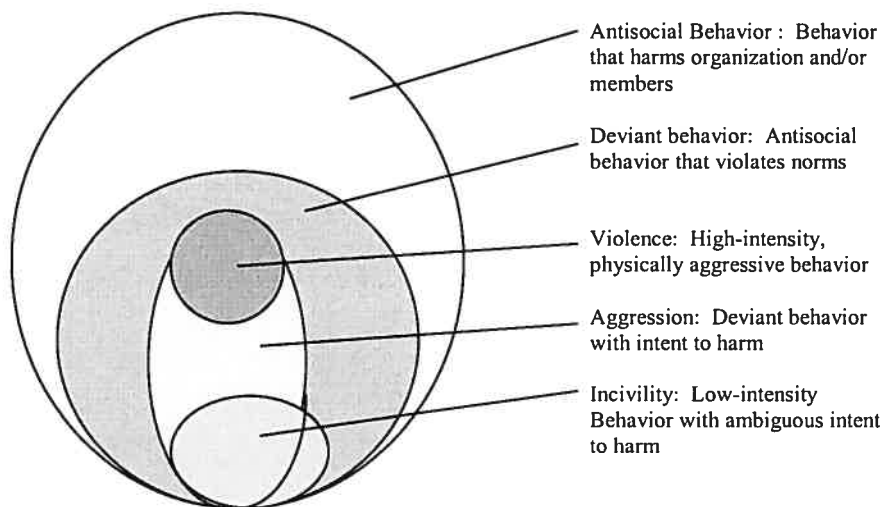
Tel que décrit dans l'étude de Andersson et Pearson (1999), l'agression au travail est une forme de maltraitance¹ en milieu de travail et de comportement antisocial. Le comportement antisocial est aussi appelé comportement contre-productif, dysfonctionnel, de délinquance ou de vengeance. L'agression en milieu de travail est ainsi un comportement injurieux ou destructeur qui viole les normes sociales. Il est déviant et est exercé avec l'intention de faire du mal à l'autre. C'est le comportement d'un membre ou d'un ex-membre d'une organisation qui contrevient aux normes en vigueur dans ce milieu et qui vise à porter atteinte à un autre membre (Courcy et Savoie, 2003). Toutefois, l'agression au travail peut aussi être perpétrée par une personne externe au milieu de travail tel un client, un

¹ Traduction française du mot anglais « mistreatment ».

bénéficiaire, le perpétreur d'un crime, etc. Selon le *Bureau of Labor Statistics* (1992), la vaste majorité de ces homicides au travail sont le résultat de vols et crimes (81,9%) par opposition à une dispute personnelle entre des collègues de travail (3,9%) (Neuman et Baron, 1997).

Souvent confondue avec l'agression au travail, la violence physique constitue une forme d'agression. Autrefois, la définition de l'agression au travail se limitait à la violence physique, mais elle s'est maintenant élargie pour y inclure aussi d'autres formes telles que le vandalisme, le sabotage, le harcèlement, l'abus physique, l'intimidation ainsi que l'homicide (Neuman et Baron, 1997). Tel que l'illustre la figure 1, l'agression au travail inclut la violence physique, ainsi que d'autres formes d'incivilités (Andersson et Pearson, 1999).

Figure 1 : L'incivilité et les autres formes de maltraitance dans les organisations (Andersson et Pearson, 1999)



Pour les besoins de ce travail et compte tenu de la multiplicité des termes utilisés en langue anglaise et française pour désigner le phénomène qui nous intéresse (violence verbale, violence physique, harcèlement, agression, menace, intimidation, etc.), nous utilisons le terme agression au travail qui, selon Andersson et Pearson (1999), inclut différents comportements déviants dont la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel et ces trois formes d'agressions sont celles qui nous intéressent particulièrement dans cette étude.

La première forme d'agression au travail étudiée, la violence physique, est définie par Andersson et Pearson (1999) comme un comportement physiquement agressif à haute intensité. Elle est caractérisée par un abus de la force par une personne envers une autre (exemples : coups, morsures, homicide, etc.) La deuxième forme d'agression, l'intimidation, caractérise les comportements d'une ou plusieurs personnes qui cherchent à effrayer, terroriser une autre personne en lui imposant sa force ou son autorité (exemples : menaces, chantage, pressions, insultes, humiliation, etc.) (Engel, 1987). L'intimidation se rapproche de la violence psychologique qui inclut les gestes et les propos émanant d'un agresseur voulant blesser une personne sur le plan émotionnel (Courcy et Savoie, 2003). Cette forme d'agression se situe dans la figure 1 parmi les types d'incivilités. L'intimidation est plus fréquente en milieu de travail que la violence physique (Greengerg et Barling, 1999), d'où l'intérêt de l'intégrer dans notre modèle de recherche afin d'assurer la pertinence pratique de notre étude. De plus, des études faites au sujet de la violence familiale ont démontré que l'intimidation précédait souvent la violence physique (Murphy et O'Leary, 1989).

Le harcèlement sexuel en milieu de travail constitue la troisième forme d'agression étudiée. Le harcèlement sexuel au travail est toute conduite se manifestant par des paroles, des actes ou des gestes à connotation sexuelle, répétée et non désirée, et qui est de nature à porter atteinte à la dignité et à l'intégrité physique ou psychologique de la personne, ou de nature à entraîner pour elle des conditions de travail défavorables ou un renvoi (regards déplacés et gênants, attouchements, remarques offensantes, invitations insistantes, etc.)². Ce comportement est généralement répétitif et constitue un enchaînement de contraintes et de torts imposés aux victimes (Foucher, Savoie et Brunet, 2003).

Comme nous venons de le mentionner, l'agression en milieu de travail peut prendre diverses formes. Il est d'ailleurs possible de décrire les différentes formes d'agression selon leur nature physique ou verbale, active ou passive et directe ou indirecte (Buss, 1961). La forme physique de l'agression inclut des actions comme l'attaque armée, la contrainte physique, les touchers non désirés, pousser ou frapper. L'agression verbale, quant à elle, est infligée par les mots. Cela se traduit par des menaces, insultes, sarcasmes ou quelconque langage pouvant être offensant pour la personne qui en est la cible.

Les formes d'agressions actives infligent des blessures à l'autre par un mauvais comportement, tandis que l'agression passive se fait par l'omission volontaire de certains comportements. Un exemple d'agression passive serait la rétention de certaines informations. La forme d'agression directe est dirigée pour faire du mal directement à la personne désignée contrairement à la forme indirecte où

² Définition en provenance de la Commission des droits de la personne du Québec disponible au site Internet www.usherbrooke.ca/harcelement/definition/harcelement.html

l'agresseur se sert d'une personne intermédiaire ou agit sur quelque chose que la victime valorise pour lui faire du mal. Insulter la victime face à face est une forme d'agression verbale directe. Par contre, répandre de fausses rumeurs à l'insu de la victime est une forme d'agression verbale indirecte. Le sabotage et le vandalisme peuvent aussi représenter des formes indirectes d'agressions au travail.

Tableau I : Exemples de huit formes d'agression en milieu de travail classés selon la typologie proposée par Buss (1961)

Dimension physique-verbale	Dimension active-passive	Dimension directe-indirecte	
		Directe	Indirecte
Physique	Active	Tuer Agresser quelqu'un Agresser quelqu'un sexuellement Jeter des regards obscènes Couper la parole Faire des gestes obscènes	Voler Saboter Endommager des biens Utiliser, dissimuler ou prendre des ressources nécessaires à la victime
	Passive	Ralentir intentionnellement le travail Refuser de fournir les ressources nécessaires Désertier des lieux quand la victime arrive Empêcher la victime de s'exprimer	Arriver en retard aux réunions Retarder le travail pour ternir la réputation de la victime Négliger le bien-être de la victime Faire en sorte que d'autres retardent certaines démarches
Verbale	Active	Proférer des menaces Hurler contre la victime Harcéler sexuellement la victime Proférer des insultes et des sarcasmes Passer outre au rang hiérarchique Faire une évaluation injuste de son rendement	Répandre des rumeurs Dénoncer Parler derrière le dos de la victime Déprécier ses opinions S'en prendre à un protégé Transmettre de l'information préjudiciable
	Passive	Négliger de rappeler la victime au téléphone Ignorer la victime Abaïsser avec semblant d'éloges Refuser les demandes de la victime	Négliger de transmettre de l'information Laisser circuler de fausses rumeurs Omettre de défendre la victime Négliger d'avertir d'un danger imminent

Source : Neuman, J. H., Baron, R. A. *Aggression in the workplace. Antisocial Behavior in Organizations*, sous la direction de R. A. Giacalone et de J. Greenberg, Beverly hills (California), Sage Publications, 1997.

Une autre définition de l'agression directe et indirecte est utilisée dans d'autres études. L'agression directe est vécue directement par la victime tandis que l'agression indirecte est vécue par des victimes secondaires, soit les personnes ayant été témoins ou ayant entendu parler d'actes de violence. Cette forme indirecte d'agression serait tout aussi dévastatrice pour les individus (Hall et Spector, 1991; Taylor, 1989).

Bref, le point commun de tous ces actes d'agression est l'évidente intention de faire du mal ou blesser quelqu'un physiquement ou psychologiquement (Baron et Richardson, 1994 ; Berkowitz, 1993 ; Neuman et Baron, 1997 ; Tedeschi et Felson, 1994).

1.2 Fréquence de l'agression en milieu de travail

Aux États-Unis environ 18 000 individus sont agressés dans leur milieu de travail chaque semaine (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 1996). Cela représente près d'un million de victimes par année, d'une forme ou l'autre d'agression au travail. Selon une étude menée par la *Northwestern National Life Insurance Company* entre 1992 et 1993, on estime que 2,2 millions de travailleurs américains furent victimes d'attaques physiques, 6,3 millions furent menacés et 6,1 millions furent harcelés. Cela constitue un travailleur à temps complet sur quatre qui est victime d'agression au travail. Désormais, l'homicide constitue la deuxième cause de mortalité en importance dans les milieux de travail (Jenkins, 1996), avec une moyenne de 20 employés

assassinés chaque semaine au travail ou en service, soit 1 000 décès par année (NIOSH, 1996).

Le phénomène est de même ampleur au Canada. Les agressions au travail se multiplient d'année en année. Selon une récente étude de l'Organisation internationale du travail, le Canada se classe au quatrième rang sur 32 pays pour le nombre d'agressions physiques, soit huit positions devant les États-Unis (Chappell et Di Martino, 1998). Entre 1975 et 1985, en Ontario, on a connu en moyenne huit homicides par année (Liss et Craig, 1988). De plus, le « *Workers Compensation Board of British Columbia* » enregistra 1 100 déclarations reliées à l'agression au travail entre 1985 et 1990 dans cette province (Boyd, 1995). Par ailleurs, le Syndicat albertain des employés du secteur public rapporta qu'au cours d'une période de trois ans, 30% de ses membres interrogés lors d'un sondage, ont dit avoir été attaqués physiquement à l'occasion du travail, 42% ont été menacés physiquement et 62% ont été menacés verbalement (Rogers et Kelloway, 1997). Une autre étude menée auprès de 603 infirmiers et infirmières de la Ville de Toronto indique que 33% d'entre eux ont subi de l'intimidation à l'occasion du travail au cours des cinq jours qui ont précédé le sondage (Graydon, Kasta et Khan, 1994). Et cela ne fait que continuer.

Au Québec, un sondage CROP mené au en août 2003 auprès de 625 personnes, révèle que 27% des travailleurs ont été témoins, l'an dernier, de violence sous une forme ou une autre. Près de 20% des répondants estiment que le phénomène s'est aggravé dans leur milieu de travail au cours des dernières années. Dans le cas précis des dommages psychologiques, le nombre de victimes indemnisées par la

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec a presque doublé depuis 10 ans. De plus, la période d'indemnisation pour ce type de cas a augmenté de 30%, alors que la hausse a été de 21% pour les lésions physiques (Jacinthe Tremblay, La Presse 22 septembre 2003). Souvenons-nous aussi qu'en 1992, quatre personnes furent tuées à l'Université Concordia par un professeur frustré (Schat et Kelloway, 2000). Puis, l'École polytechnique de Montréal fut l'enceinte d'actes de violence le six décembre 1989 lorsqu'un homme enragé pénétra les lieux de travail et tua 14 femmes. Enfin, selon une étude menée en 1995 par la FIIQ (Fédération des infirmiers et infirmières du Québec) auprès de 828 infirmières du Québec, près de 90% d'entre elles ont déjà été victimes de violence physique, de menaces d'agressions, d'attitudes ou de propos blessants, ou d'agressions à caractère sexuel. Ces agressions au travail provenaient principalement des patients, mais aussi des autres membres du personnel tels que les collègues, les superviseurs immédiats et les médecins (Rapport de recherche sur la violence faite aux infirmières en milieu de travail, FIIQ, 1995).

D'autre part, plusieurs auteurs affirment que les formes non physiques d'agressions, telles que l'intimidation, les menaces et l'abus verbal sont beaucoup plus fréquentes que la violence physique (Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Bulatao et VandenBos, 1996 ; Greengerg et Barling, 1999 ; Northwestern Life Insurance Company, 1993 ; Seger, 1993). Sachant que l'intimidation serait souvent un précurseur de la violence physique (Felson et Tedeschi, 1993 ; Murphy et O'Leary 1989), la situation est d'autant plus alarmante.

En ce qui concerne le harcèlement sexuel, des études révèlent que la fréquence de cette forme d'agression en milieu de travail est très élevée (Fitzgerald et Shullman, 1993). Ainsi, ce type de comportement au travail est largement répandu. Notamment, on estime qu'une femme sur deux sera victime de harcèlement sexuel à un moment ou l'autre de sa vie professionnelle, entraînant potentiellement des conséquences psychologiques et physiques significatives (Fitzgerald et Omerod, 1993 ; Fitzgerald, Shullman, Bailey, Richards, Swecker, Gold, Ormerod et Weitzman, 1988 ; Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald, Keita et Russo 1995 ; Martindale, 1990).

Malgré tout, de l'opinion de Painter (1987), le nombre d'agressions en milieu de travail demeure sous-évalué tant au niveau organisationnel que national. Notamment l'intimidation, contrairement à la violence physique, serait la forme d'agression la moins déclarée (Toscano et Weber, 1995). M. Spry (1998), un avocat australien, invoque quelques raisons rendant difficile l'évaluation de l'ampleur du problème. Entre autre, la victime peut avoir peur de prendre les mesures qui s'imposent pour sanctionner l'acte d'agression ou se sentir trop intimidée ou trop embarrassée pour le faire. Certains travailleurs qualifiés préfèrent tout simplement changer de lieu de travail plutôt que de porter plainte. Il arrive aussi que des employés estiment qu'il s'agit d'un conflit de personnalité plutôt que d'abus de pouvoir. De cette manière, ils minimisent sans le vouloir la gravité du problème et contribuent ainsi à faire persister ces comportements offensants. De plus, selon l'auteur Keashly (1998), certaines formes non physiques d'agression, même si elles causent beaucoup de torts, sont souvent acceptées

socialement. Cela explique peut-être pourquoi l'intimidation demeure une forme d'agression au travail peu documentée.

Si le harcèlement sexuel a suscité beaucoup d'intérêt dans les études américaines, considérablement moins d'attention a été portée aux autres formes d'agression comme l'intimidation. Peu de chercheurs se sont penchés sur la fréquence ou les conséquences de se faire engueuler, ou d'être exposé à des commentaires insultants, des critiques non méritées, des évaluations de rendement injustes et préjudiciables, des insinuations, des gestes négatifs ou des menaces de violence physique. Selon Neuman et Baron (1997), le faible nombre d'études sur ces formes d'agressions justifie le besoin de conduire d'autres études.

En somme, les données disponibles concernant la fréquence de l'agression en milieu de travail, même si elles sont extrêmement limitées et sont associées principalement aux actes de violence physique, nous obligent à reconnaître l'ampleur de ce phénomène. Les cas rapportés ne représentent probablement qu'une fraction de l'ensemble des agressions ayant lieu dans la population en général. Moins de 5% des victimes de harcèlement sexuel font part de leur expérience d'agression à une personne en position d'autorité, seulement une petite portion de ce nombre remplissent une plainte formelle auprès de leur employeur et enfin, un très faible pourcentage de victimes vont entreprendre un recours légal. Donc, les statistiques nous donneraient qu'un portrait très réduit de l'ampleur du phénomène d'agressions au travail (Fitzgerald et Shullman, 1993).

À l'occasion d'un sondage, des professionnels en ressources humaines ont rapporté des incidents impliquant des batailles à mains nues (74,8%), coups de feu (17,0%), coups de couteau (7,5%) et des viols/agressions sexuelles (6,5%) (Society for Human Resource Management, 1993 ; cité dans Neuman et Baron, 1997). De plus, dans une étude similaire faite par « *The American Management Association* » (1994), 500 gestionnaires du secteur privé ont rapporté avoir été témoins, dans leur organisation, d'incidents de violence à mains nues (4,8%), d'attaques à main armée (5,2%) et de viols/agressions sexuelles (1,0%). Dans ces deux études, la très grande majorité des incidents rapportés ne causaient pas la mort (95,0% et 92,3% respectivement), et ainsi ils n'auraient pas été inclus dans les statistiques d'agressions en milieu de travail et ce, même si ce sont clairement des exemples d'agression qui méritent notre attention (Neuman et Baron, 1997).

Par ailleurs, certaines catégories d'emplois et professions semblent être plus fréquemment exposées à l'agression en milieu de travail. En Finlande, par exemple, un sondage téléphonique réalisé par « *The Finnish Institute of Occupational Health* » a révélé que les occupations à haut niveau de risques d'agressions en milieu de travail étaient des emplois offrant des soins de santé et les services sociaux (10,5%) suivis des emplois dans le secteur du transport et trafics (6,8%) et des services et commerces (6,8%) (Piirainen, Ello, Kankaanpää, Laitinen, Lindström, Luopajarvi, Mäkelä, Pohjanpää et Riala, 1997). Notamment, des recherches menées sur les agressions infligées par des patients envers les thérapeutes (psychologues, psychiatres et travailleurs sociaux) ont révélé qu'approximativement 80% des thérapeutes seront victimes d'un incident d'abus physique ou verbal à un moment ou l'autre au cours de leur carrière (Tyron, 1986).

Les études de Kraus (1987), Davis (1987) et Castillo et Jenkins (1994) indiquent que les emplois impliquant un échange de monnaie avec le public, où les employés qui travaillent seuls ou en petit nombre, où les employés travaillent tard le soir ou tôt le matin, ou qui travaillent dans des domaines très criminalisés, ou alors quand les tâches de travail incluent la garde d'objets ou de propriétés de grande valeur, constituent des emplois dont le risque d'agression au travail est élevé (Budd, Arvey et Lawless, 1996).

Plusieurs particularités organisationnelles peuvent favoriser les agressions au travail. Le livre *La violence au travail*, publié en 2000 par le Bureau international du travail, fait le point sur 15 ans de travaux effectués en Australie. On y énumère certaines de ces particularités organisationnelles. On trouve notamment l'imprécision des rôles et des responsabilités, la mauvaise répartition de la charge de travail, l'excès de règles bureaucratiques, le manque d'autonomie dans les décisions, la culture organisationnelle centralisée, un style de gestion autoritaire et un environnement qui isole les salariés ou les groupes de salariés. «Ces constats devront être vérifiés dans le contexte québécois, mais il est clair que la violence au travail a aussi des causes organisationnelles» signale Éric Plante, membre de la chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail de l'Université Laval (Tremblay, 2003).

1.3 Conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé des individus

La démarche utilisée afin de recenser les travaux (articles de périodiques et livres) en matière d'agression au travail, fut essentiellement la consultation de bases de données informatisées telles que Proquest, Repères, Francis, Atrium, etc. Nous avons débuté par le recensement de toutes les études et ouvrages portant sur notre objet de recherche soit l'agression au travail et les trois formes retenues (violence physique, intimidation, harcèlement sexuel). Ensuite nous avons raffiné notre recherche en nous concentrant sur les travaux concernant les conséquences de l'agression au travail. Enfin, nous avons fait ressortir les études empiriques portant sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé. Les mots clés utilisés ont été les suivants :

- Violence au travail (*Workplace violence*)
- Agression au travail (*Workplace aggression*)
- Santé (*Health*)
- Comportement organisationnel (*Organizational behavior*)
- Ressources humaines (*Human resources*)
- Harcèlement sexuel (*Sexual harassment*)
- Travailleurs (*Workers*)
- Travail (*Work*)

Notre recherche a été réalisée principalement à l'aide des services des bibliothèques de l'Université de Montréal. Cependant, lorsqu'un ouvrage n'était pas disponible à ces endroits, nous avons fait appel à d'autres universités

québécoises, canadiennes et américaines afin de trouver les documents manquants. Nous avons aussi procédé à des recherches sur Internet pour avoir accès à certaines informations particulières.

Ensuite, nous avons fait la lecture des études pertinentes pour notre travail de recherche. À partir des références de chacune de ces études, nous en avons recensé d'autres. Entre autres, les études menées en collaboration avec l'auteur Kelloway ont occupé une place centrale dans cette littérature.

Notre recension nous permis de faire ressortir les principales études concernant les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé. Plus particulièrement, nous étudierons les conséquences sur deux aspects de la santé des individus, soit la santé mentale et la santé physique. Avant donc de présenter les détails de notre recension, la justification de l'intérêt particulier pour la santé comme variable dépendante sera exposée.

1.3.1 La santé comme variable d'intérêt

La santé des individus est liée à leur environnement de travail. Comme nous venons de le constater, plusieurs particularités du milieu organisationnel peuvent être stressantes et menaçantes pour le bien-être des individus. Notamment, l'agression en milieu de travail constitue un événement stressant pouvant engendrer des symptômes autant physiques que mentaux.

Dans les études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail, la santé au travail est souvent retenue comme variable dépendante. Selon Damant, Dompierre et Jauvin (1997), trois catégories de conséquences surviennent chez une victime d'agression au travail : des effets sur la santé physique, des effets sur la santé mentale et des effets sur le travail de la personne. Pour ce qui est des conséquences sur la santé physique de l'individu, les principaux effets rapportés par Damant, Dompierre et Jauvin (1997) sont les maux de tête, les problèmes digestifs, les désordres gastro-intestinaux, les nausées, une augmentation du rythme cardiaque, les blessures découlant de l'agression, les handicaps temporaires et permanents, l'insomnie, les maladies transmises sexuellement, les avortements spontanés, etc.).

Quant aux conséquences sur la santé mentale de l'individu, toujours selon Damant, Dompierre et Jauvin (1997), on trouve essentiellement le stress, les émotions liées à la frustration et à l'insécurité (la colère, la peur la surprise, l'anxiété et la tristesse), les pleurs, la détresse psychologique (idées suicidaires, fatigue mentale, développement de certains symptômes de troubles mentaux), une baisse de l'estime de soi (impuissance, abandon, honte, sentiment de culpabilité et de persécution) et l'adoption de conduites dangereuses pour la santé (consommation de drogues ou d'alcool, perte d'appétit).

Malheureusement, il n'existe pas de définition claire et intégrée de la santé au travail. Certains auteurs tels que Marshall et Cooper (1979), Ivancevich et Matteson (1980), Holt (1990) et Kahn et Byosiére (1991) ont néanmoins formulé des indicateurs de santé au travail nous permettant de mieux comprendre ce

concept (voir tableau II). Chacun de ces auteurs fait référence à des indicateurs de santé physique et mentale ainsi que d'autres indicateurs comme les symptômes organisationnels et les comportements. Le tableau II, tiré intégralement du livre de Foucher, Savoie et Brunet (2003), présente d'ailleurs la liste des indicateurs qu'il faut retenir en matière de santé au travail.

Tableau II : Liste des indicateurs retenus dans la recension des écrits (Foucher, Savoie et Brunet, 2003)

<p>Marshall et Cooper, 1979</p>	<p>Mauvaise santé physique -augmentation du rythme cardiaque -pression sanguine élevée -taux de cholestérol élevé -consommation de cigarettes -ulcères -maladies cardiovasculaires</p>	<p>Mauvaise santé mentale -bas niveau de motivation -bas niveau d'estime de soi -insatisfaction face à l'emploi -tension au travail consommation d'alcool comme échappatoire</p>	<p>Symptômes organisationnels -baisse de productivité -absentéisme -high turnover -tension au travail -consommation d'alcool comme échappatoire</p>
<p>Ivanovich et Matteson, 1980</p>	<p>Résultats Physiologiques -sérum cholestérol triglycérides -pression sanguine -taux sanguin de glucose -catécholamines</p>	<p>Comportementaux -satisfaction (travail, carrière, performance dans la vie en général, absentéisme, turnover)</p>	<p>Troubles d'adaptation -troubles cardiovasculaires -arthrite rhumatoïde -ulcères -allergies -maux de tête -anxiété -dépression -apathie -épuisement nerveux</p>
<p>Holt, 1990</p>	<p>Conséquences mineures Physiologiques -pouls, pression sanguine, tension artérielle, électrocardiogramme -taux sanguin de cholestérol et autres indicateurs métaboliques -sécrétion de catécholamines -fonction pulmonaire -sommeil, fonction digestive, habitudes alimentaires -plaintes somatiques</p>	<p>Psychologiques -insatisfaction face à l'emploi -ennui, anxiété, irritabilité, dépression -diminution de l'estime de soi -sentiment d'aliénation par rapport aux autres travailleurs -diminution de la confiance vis-à-vis l'organisation, tension, conflits -fatigue -insatisfaction généralisée -mésadaptation sexuelle</p>	<p>Comportementales sociales -attitudes punitives et autoritaires -grèves -retraite anticipée, changement d'emploi -burnout -consommation d'alcool, cigarettes et autres substances -comportements contre-productifs -voies antisociales -absentéisme -interférence dans le rôle de parents ou conjoints -interférence dans le rôle de citoyen -interférence dans les amitiés, capacité de socialiser</p>

<p>Kahn et Byostere, 1991</p>	<p>Conséquences majeures Physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -maladies cardiaques -hypertension -accidents cérébro-vasculaires -ulcères -arthrite -maux de tête -maladies respiratoires -problèmes dermatologiques -diabète -malaise diffus et généralisé -incidence générale de maladies -fréquence des visites chez le médecin ou en clinique -taux de mortalité 	<p>Psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -maladies mentales -utilisation des services de santé mentale communautaires -dépression -consommation d'alcool et de drogues -névrose -troubles de personnalité -maladies psychogéniques de masse 	<p>Comportementales et sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> -violence -comportements antisociaux -délinquance parmi les enfants des travailleurs -difficultés interpersonnelles -accidents et erreurs causant du mal à soi et à autrui -suicide
<p>Réponse au stress Physiologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -fonction cardiovasculaire < -indicateurs biochimiques -fonction gastro-intestinale -fonctionnement musculo-squelettique 	<p>Psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> -sentiment d'aliénation face à l'organisation -anxiété -ennui -burnout -engagement -confusion -dépersonnalisation -dépression -insatisfaction au travail -insatisfaction face à la vie -insatisfaction face à la charge de travail -symptômes d'excitation émotionnelle -fatigue -frustration 	<p>Comportementales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dégradation/disruption du rôle du travail tel quel : <ul style="list-style-type: none"> • Performance • Accident et erreurs • Consommation d'alcool au travail • Consommation de drogues au travail -Comportements agressifs au travail : <ul style="list-style-type: none"> • Gestes contre-productifs (voler, endommager de façon volontaire, faire circuler des rumeurs) -Fuite du travail : <ul style="list-style-type: none"> • Absentéisme • Turnover • Retraite anticipée 	

		<p>-hostilité -irritabilité -ressentiment -confiance en soi -estime de soi -adaptation sexuelle -plaintes somatiques -tension -intention de quitter -vigueur</p>	<p><i>-dégradation/disruption des rôles dans d'autres sphères de la vie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle d'époux(se) • Ami(e) • Citoyen <p><i>-Comportement d'autodestruction :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Consommation de drogues • Consommation de cigarettes • Consommation de caféine • Accidents
--	--	--	--

Comme nous pouvons le constater, de nombreuses études ont été faites afin de définir et de circonscrire ce qu'est la santé au travail. Notre intérêt pour la santé a été grandement inspiré par la littérature. De plus, ce choix rejoint une préoccupation au sein des organisations et la société en général.

De nos jours, la santé et le bien-être des employés est un sujet au cœur des préoccupations des individus, des entreprises et de la société. Les problèmes de santé peuvent bouleverser la qualité de vie de la population générale en plus d'engendrer des coûts organisationnels et sociaux (Ivancevich et Matteson, 1980). Les entreprises réalisent désormais l'importance de la santé et de la sécurité de leurs travailleurs. Les coûts organisationnels occasionnés par les problèmes de santé des travailleurs peuvent être très élevés et devenir un lourd fardeau à porter pour l'entreprise qui n'intervient pas. Entre autre, les problèmes de santé peuvent occasionner de l'insatisfaction au travail, de l'absentéisme, un faible engagement envers l'organisation, de la négligence au travail, une baisse de la productivité et des départs hâtifs. De plus, les blessures tant physiques que mentales (dépression, épuisement, choc traumatique, etc.) peuvent entraîner des coûts élevés en cotisation à la Commission de la santé et sécurité au travail et en perte de temps de travail.

En ce qui concerne les coûts pour la société, elle doit supporter financièrement les personnes ayant des problèmes de santé en déboursant de sommes d'argent afin de leur fournir les soins nécessaires et de les aider à se trouver un nouvel emploi, le cas échéant. Enfin, pour l'individu, les coûts sont évidemment la détérioration de son bien-être et de sa santé physique et/ou mentale menant parfois à l'interruption de son travail pour une période indéterminée.

Entre autre, les coûts individuels, organisationnels et sociétaux engendrés par l'agression au travail peuvent prendre des dimensions impressionnantes. Par exemple, une étude menée par le U.S. Merit Systems Protection Board (1981) auprès de 23 964 employés du gouvernement fédéral et trois autres études effectuées séparément auprès de personnes en emploi à Los Angeles (Gutek, Nekamura, Gahart, Handschumacher et Russel, 1990 ; Gutek, 1985) démontrent que 42% des femmes ont été victimes de gestes pouvant être qualifiés de harcèlement sexuel. De plus, presque une femme sur dix a été l'objet de pressions pour des faveurs sexuelles et une même proportion de femmes quittent leur emploi après avoir été victime de harcèlement sexuel. Au cours d'une période de 2 ans, l'étude projette que près de 294 000 employées du gouvernement fédéral ont été harcelées sexuellement et que près de 360 000 employées ont quitté leur emploi, ont été transférées ou réassignées, ou ont été congédié suite à du harcèlement sexuel. La plupart de ces femmes ont été victimes de harcèlement sexuel de façon répétée sur une longue période de temps s'étendant parfois sur plus de 6 mois. Ceci eu un impact économique de taille sur le gouvernement fédéral qui a dû déboursé près de 200 millions de dollars au cours des deux ans de l'étude. Ce montant représente les coûts de remplacement des employées ayant quitté leur emploi à cause du harcèlement sexuel, les coûts d'assurance pour les médicaments, les congés de maladie ainsi que les coûts associés à la baisse de productivité. Certaines femmes quittant ou perdant ainsi leur emploi sont incapables de retrouver un emploi similaire ou dans le même domaine. Le harcèlement sexuel peut donc briser une carrière ou forcer une femme à occuper un autre emploi moins payant et offrant moins d'opportunités d'avancement (Gutek et Koss, 1993). Le harcèlement sexuel peut aussi avoir d'autres conséquences négatives sur l'individu comme la

détérioration des relations interpersonnelles au travail, une baisse de l'estime de soi, de l'insatisfaction au travail et une diminution de l'engagement envers l'organisation (Bandy, 1989 ; Culbertson, Rosenfeld, Booth-Kewley et Magnusson, 1992 ; DiTomaso, 1989 ; Gutek, 1985 ; Jensen et Gutek, 1982).

La santé au travail est ainsi un enjeu pour les organisations et une variable d'intérêt en gestion des ressources humaines et en relations industrielles puisqu'elle concerne les personnes et leurs milieux de travail. C'est pourquoi nous nous y intéressons dans ce travail de recherche.

1.3.2 Les études sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé

L'analyse qui suit présente chacune des études retenues afin de mieux cerner l'état des connaissances concernant les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé.

Nous débuterons par une description des études retenues en faisant ressortir les auteurs, la ou les question(s) de recherche, les variables étudiées et les principaux résultats obtenus. De plus, tel qu'expliqué auparavant, dans cette recension nous analyserons simultanément trois formes d'agression en milieu de travail : la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel. Cependant, une seule étude sur les conséquences de l'agression au travail, parmi toutes celles recensées, n'explore ces trois formes d'agressions de façon concomitante. Certaines études combinent la violence physique et l'intimidation, alors que d'autres ne s'intéressent qu'au harcèlement sexuel. Par conséquent, nous présenterons en premier lieu,

l'étude portant sur les trois formes d'agression. Ensuite, nous présenterons chacune des autres études choisies sous deux rubriques différentes selon que leur objet de recherche concerne la violence physique et l'intimidation ou le harcèlement sexuel.

1.3.2.1 L'étude sur les conséquences de la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé

- Barling, Rogers et Kelloway (2001)

Cette étude corrélationnelle a été menée au Canada auprès de 323 infirmières, travailleuses sociales et autres spécialistes en gestion du comportement oeuvrant au domicile du client. L'échantillon utilisé est exclusivement féminin. Le but de la recherche est de découvrir si l'agression au travail a des conséquences négatives au niveau individuel et organisationnel. La variable indépendante est l'agression au travail, soit l'intégration de la violence physique, de l'intimidation et du harcèlement sexuel. Ces formes d'agression au travail sont étudiées de façon combinée et non séparément. La variable médiatrice est la peur de futures agressions. Les variables dépendantes sont l'humeur négative, les difficultés cognitives, la justice, l'engagement organisationnel, la négligence au travail et la performance organisationnelle. Les résultats indiquent que l'agression en milieu de travail n'a aucun effet direct significatif sur la santé mentale (humeur négative et difficultés cognitives des individus), sur l'engagement organisationnel et sur la performance organisationnelle. Elle a un effet direct significatif et positif sur la peur de futures agressions. Cette peur joue un rôle de variable médiatrice entre

l'agression au travail et l'humeur négative des individus. L'humeur négative entraîne, par la suite, des difficultés cognitives.

1.3.2.2. Les études sur les conséquences de la violence physique et de l'intimidation en milieu de travail sur la santé.

Les études présentées sous cette première rubrique examinent les effets de la violence physique et de l'intimidation au travail sur la santé des individus. Elles permettent de connaître les principaux résultats et conclusions à retenir concernant ces deux formes d'agression au travail.

- Budd, Arvey et Lawless (1996)

Ces auteurs ont mené une étude corrélacionnelle auprès de 598 adultes, hommes et femmes, travaillant à temps plein aux États-Unis. Le sondage téléphonique aléatoire utilisé pour cette étude a été élaboré et effectué en 1993 par le secteur des avantages sociaux de la «*Northwestern Life Insurance Company*» afin de produire un rapport sur l'agression en milieu de travail. Les formes d'agression au travail explorées dans cette étude sont la violence physique et l'intimidation. Cette étude tente de répondre à deux questions : Quels facteurs personnels, organisationnels et occupationnels sont associés à l'incidence de l'agression en milieu de travail? Quelles sont les conséquences de l'agression en milieu de travail pour les victimes en termes d'effets psychologiques et émotionnels? L'agression au travail agit sur les variables dépendantes telles que l'inquiétude d'être victime de futures agressions, la satisfaction au travail, le stress au travail, la peur de perdre son

emploi, l'intention d'amener une arme au travail, l'intention d'amener un fusil au travail et la peur de futures agressions. Cette peur engendre par la suite de la détresse psychologique ou physiologique, un changement d'emploi ou l'intention de changer d'emploi, un changement des heures de travail, de l'absentéisme ou une baisse de la productivité. Les résultats obtenus concernant les conséquences de l'agression au travail sur la santé indiquent que le fait de subir une agression en milieu de travail est associé avec une propension plus forte à s'inquiéter à propos de cette violence. De plus, la peur de futures agressions est associée à la détresse psychologique ou physiologique.

- Rogers et Kelloway (1997)

Ces auteurs s'intéressent aux conséquences individuelles et organisationnelles de l'agression au travail. Leur définition de l'agression en milieu de travail inclut la violence physique et l'intimidation, qu'elle ait été vécue de façon directe ou indirecte par les individus. D'après ces auteurs, la peur de futures agressions a un effet médiateur dans la relation entre l'agression et ses conséquences. Les variables dépendantes de leur modèle d'analyse représentent les conséquences de l'agression en milieu de travail. Un questionnaire fut administré à des employés entretenant un lien direct avec la clientèle (service à la clientèle, représentants, etc.) dans une grande institution financière canadienne et 258 employés ont répondu. La grande majorité des répondants étaient des femmes ($n = 231$). Toutefois, la présence de données manquantes a réduit l'échantillon utilisable pour cette étude à 194 répondants. Les résultats de cette recherche corrélationnelle démontrent que l'agression en milieu de travail n'a aucun effet direct significatif sur la santé mentale et les symptômes physiques. Cependant, elle a un effet direct significatif

sur la peur de futures agressions qui joue un rôle de médiateur entre l'agression au travail et la santé. Ainsi, la peur de futures agressions est liée négativement à la santé mentale et liée positivement aux symptômes physiques.

- Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998)

Dans cette étude corrélationnelle, les auteurs s'intéressent aux effets de l'exposition à une variété de formes d'agression au travail sur l'individu. La variable indépendante est l'agression en milieu de travail et les formes d'agressions analysées sont la violence physique et l'intimidation. Les variables dépendantes sont le bien-être individuel, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel. Cependant, les auteurs ajoutent une variable différente des études précédentes en s'intéressant à l'effet modérateur du soutien organisationnel (aide et soutien provenant des collègues de travail et des supérieurs) et du soutien social hors travail (aide et soutien provenant des amis, de la famille et du conjoint(e)). Selon les auteurs, le soutien social au travail et hors travail, considéré en tant que variable modératrice, peut réduire les effets négatifs occasionnés par l'exposition à des formes d'agressions en milieu de travail. L'étude par questionnaire a été menée auprès de 242 tenanciers de bars détenant un permis d'alcool au Royaume-Unis. L'échantillon comporte 76% d'hommes et 24% de femmes. Cependant, contrairement aux autres études, les répondants ne sont pas des victimes directes d'agressions en milieu de travail. Les tenanciers de bars ont seulement été exposés à des agressions ayant eu lieu dans leur établissement, mais n'y ont pas été impliqués directement. Ainsi, ils sont des témoins et des victimes secondaires ou indirectes de l'agression au travail. Une analyse transversale descriptive des

données a permis de découvrir que l'agression au travail, dans toutes ses formes, engendre de sérieuses conséquences sur le bien-être individuel et la satisfaction au travail. Plus la forme d'agression est grave et plus sa fréquence est élevée, plus les répondants disent ressentir des symptômes d'épuisement et de tension. Notamment, l'intimidation fréquente amène une diminution de la satisfaction au travail et du bien-être individuel en augmentant les symptômes de tension. Puis, la perception des répondants d'un soutien social permet d'atténuer les effets négatifs de l'agression au travail. Par contre, ce soutien doit être organisationnel.

- Schat et Kelloway (2000)

Cette étude de type corrélationnel examine le rôle de la perception de contrôle dans l'amélioration des conséquences négatives associées à l'expérience d'agression en milieu de travail. Les auteurs tentent de pousser plus loin l'étude précédente de Rogers et Kelloway (1997) en y ajoutant une variable indépendante mesurant les effets de la perception de contrôle des individus par rapport à leur travail (compréhension, prédiction et influence), sur les conséquences de l'agression au travail. Ils veulent savoir si la perception des travailleurs d'avoir un contrôle sur leur travail permet de diminuer la peur de futures agressions ainsi que d'autres conséquences négatives sur l'individu et l'organisation qui sont associées avec l'agression au travail telles que le bien-être émotionnel, le bien-être physique et la négligence au travail. Leur définition de l'agression au travail est la même que celle de Rogers et Kelloway (1997) et elle inclut la violence physique et l'intimidation. Les variables indépendantes sont l'agression en milieu de travail et la perception de contrôle. Les variables médiatrices sont la peur de futures agressions et le bien-être émotionnel. Comme Rogers et Kelloway (1997), les

auteurs affirment qu'il y a un lien indirect entre l'agression au travail et les conséquences engendrées. La peur est la première conséquence directe de l'agression en milieu de travail et celle-ci va induire des effets individuels et organisationnels. De plus, le bien-être émotionnel agit aussi comme variable médiatrice entre la peur et la santé physique. Enfin, les variables dépendantes sont la santé physique et la négligence au travail. Les participants proviennent de deux organisations ontariennes. Le premier échantillon est composé de 187 employés d'un hôpital et le deuxième échantillon est composé de 195 employés d'une agence qui dirige un groupe de maisons pour les personnes présentant des troubles de développement. Les échantillons regroupent majoritairement des femmes (92% et 70% respectivement). La méthode de cueillette de données utilisée est le questionnaire et les résultats obtenus dans les deux échantillons sont similaires. Ils corroborent les résultats de Rogers et Kelloway (1997). L'agression en milieu de travail a des conséquences négatives pour l'individu. De plus, la peur de futures agressions agit comme médiateur dans la relation entre l'agression et le bien-être émotionnel ainsi que le bien-être physique. Puis, le bien-être émotionnel agit comme médiateur dans la relation entre la peur et le bien-être physique. En ce qui concerne la perception de contrôle, elle engendre effectivement une réduction de la peur et une augmentation du bien-être émotionnel.

- Leblanc et Kelloway (2002)

Ces auteurs partent aussi des mêmes concepts que Rogers et Kelloway (1997) concernant les conséquences de l'agression au travail sur le bien-être individuel et organisationnel. Notamment, ils utilisent la peur comme variable médiatrice entre l'agression au travail et ses effets. Toutefois, cette étude cherche en plus à en

découvrir les causes. Les auteurs examinent les caractéristiques d'emploi permettant de prédire le risque d'agressions et ajoutent une autre distinction à l'approche de Rogers et Kelloway (1997) en tentant de voir s'il y a une différence entre la violence physique et l'intimidation initiées par le public et celle initiée par les collègues de travail. Les variables indépendantes sont le risque d'agression, la violence physique provenant du public, l'intimidation provenant du public, la violence physique provenant des collègues de travail et l'intimidation provenant des collègues de travail. Les variables intermédiaires sont la probabilité d'agressions et la peur de futures agressions. Enfin, les variables dépendantes sont le bien-être émotionnel, le bien-être psychosomatique, l'engagement affectif à l'organisation et l'intention de quitter l'organisation. L'échantillon utilisé pour cette étude corrélacionnelle est composé de 253 employés (104 hommes et 149 femmes) représentant 71 occupations provenant de différents milieux propices à l'agression en provenance de la clientèle (hôpitaux, manufactures). Les participants ont répondu à un questionnaire. Les résultats intéressants aux fins de notre recherche sont les suivants : contrairement aux résultats de l'étude de Rogers et Kelloway (1997), la peur de futures agressions n'a pas de lien négatif et significatif avec le bien-être émotionnel et psychosomatique des travailleurs. Toutefois, l'intimidation initiée par les collègues de travail a eu un effet négatif direct sur les conséquences individuelles (le bien-être émotionnel et le bien-être psychosomatique). Enfin, le bien-être émotionnel agit directement et significativement sur le bien-être psychosomatique. Les auteurs identifient une relation d'influence entre les variables dépendantes où le bien-être émotionnel est en relation positive avec le bien-être psychosomatique.

- Schat et Kelloway (2003)

Une autre étude plus récente de Schat et Kelloway s'intéresse aux conséquences néfastes de deux formes d'agression au travail (l'intimidation et la violence physique) sur l'individu et son travail. Ils cherchent aussi à savoir si le soutien organisationnel (instrumentale et informationnel) exercera un effet modérateur sur les conséquences de l'agression au travail. L'échantillon utilisé est composé de 225 employés travaillant dans le milieu de la santé en Ontario au Canada. Les emplois les plus représentés sont les infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires (44,5%), les technicien(ne)s en laboratoire (13,1%) et les travailleurs sociaux/psychologues (6,9%). Les femmes constituent 87% de l'échantillon. Les variables indépendantes sont la violence physique au travail, l'intimidation au travail et la violence secondaire au travail. Les variables dépendantes sont la peur de futures agressions au travail, le bien-être émotionnel, la santé physique, les sentiments liés à l'emploi et la négligence. À cela s'ajoutent les variables modératrices telles le soutien social instrumental et le soutien social informationnel. Le soutien social organisationnel de type instrumental est caractérisé par l'obtention d'une aide ou d'une assistance directe en cas de besoin. Le soutien social organisationnel de type informationnel est plus indirect en fournissant aux individus des ressources qu'elles peuvent utiliser pour s'aider elle-même. Les résultats obtenus confirment que le soutien social organisationnel de type instrumental et organisationnel a un effet modérateur sur les conséquences néfastes engendrées la violence physique, l'intimidation et la violence secondaire sur la santé et le travail. Le soutien social instrumental exerce un effet modérateur plus fort que le soutien social informationnel en modulant l'effet des trois formes

d'agressions sur la santé physique, le bien-être émotionnel et le travail. En ce qui concerne le soutien social informationnel, il modère significativement la relation entre la violence physique et le bien-être émotionnel. En somme, quand un employé subit de l'intimidation ou de la violence au travail, le soutien social organisationnel disponible (informationnel et instrumental) réduit les conséquences négatives sur la santé mentale, tandis que la réduction des effets négatifs sur la santé physique et le travail est associée seulement au soutien social instrumental. Toutefois le soutien social organisationnel n'a pas d'impact sur la peur de futures agressions.

Ces études sur les conséquences de la violence physique et de l'intimidation en milieu de travail apportent un éclairage intéressant quant aux effets observés sur la santé mentale et physique des individus ainsi quant à l'effet modérateur du soutien social qui nous guidera tout au long de ce travail de recherche.

1.3.2.3 Les études sur les conséquences du harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé

Les études présentées sous cette deuxième rubrique examinent les effets du harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé mentale et la santé physique des individus.

- Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997)

Dans cette étude corrélationnelle, il est question d'une troisième forme d'agression en milieu de travail : le harcèlement sexuel. Contrairement aux autres recherches, les auteurs s'intéressent aux antécédents et contextes organisationnels qui donnent lieu au harcèlement sexuel au travail et aux conséquences sur l'individu ainsi que sur l'exercice de son travail. Plus précisément, ils cherchent à déterminer les facteurs organisationnels et individuels qui ont une influence exacerbante ou modératrice sur les conséquences du harcèlement sexuel. L'élément nouveau est qu'ils partent de la proposition que le harcèlement sexuel dans les organisations est avant tout un produit des caractéristiques organisationnelles et qu'il est pertinent de l'étudier au niveau de la culture des groupes et du climat organisationnel. Ainsi, les variables indépendantes sont le contexte organisationnel et la prédominance sexuelle dans le milieu de travail. Ces deux variables sont les éléments qui, selon les auteurs, déterminent la fréquence du harcèlement sexuel. Le harcèlement sexuel produit, à son tour des effets négatifs sur le travail, la santé physiologique et psychologique. De cette façon, le harcèlement sexuel est placé comme variable intermédiaire. Les variables dépendantes sont la satisfaction au travail, le détachement de l'individu face à son travail, détachement face à son emploi, les conditions de santé physique, la satisfaction face à sa santé, et les conditions de santé mentale. Enfin, deux variables modératrices sont analysées soient la vulnérabilité personnelle et le style de réponse des travailleurs. Pour les fins de cette étude, les auteurs ont interrogé 357 femmes travaillant dans une grande entreprise de services publics sur la côte ouest des États-Unis. Les emplois occupés par les participantes varient entre des

employés travaillant sur le terrain (employés de ligne, techniciens), des professionnels (gestionnaires, ingénieurs) et des employés de bureau. La collecte des données s'est fait par questionnaire. Les employées furent invitées par le département des ressources humaines à participer à un sondage sur la qualité de vie organisationnelle. Les résultats obtenus démontrent que le harcèlement sexuel est directement lié aux conséquences sur les conditions de santé mentale. Ainsi, un haut niveau de harcèlement sexuel entraîne un haut niveau de détresse psychologique. Cependant, le harcèlement sexuel est indirectement lié aux conditions de santé physiologique. Il exerce un impact négatif sur les conditions de santé physique par l'entremise des conditions de santé mentale. Enfin, les femmes qui sont harcelées vivent plus de détresse psychologique, ont une moins bonne santé physique et sont moins satisfaites de leur santé.

- Schneider, Swan et Fitzgerald (1997)

Cette étude de type corrélationnel examine l'impact de comportements de harcèlement sexuel sur les attitudes et les comportements au travail, le bien-être psychologique et les réponses des employées féminines de deux échantillons distincts, soient 447 femmes d'une grande organisation américaine du secteur privé et 300 employées et étudiantes d'une grande université de recherche aux États-Unis. Elles furent sondées à l'aide d'un questionnaire. La variable indépendante est le harcèlement sexuel et les variables dépendantes sont les attitudes au travail (satisfaction au travail, avec les collègues, avec les superviseurs), les comportements au travail (le détachement face au travail, le détachement face à l'emploi) et la santé mentale (le bien-être psychologique, la satisfaction face à sa

vie, symptômes de stress post-traumatique). Puis, les variables contrôles sont le stress au travail en général, la disposition affective et l'attitude envers le harcèlement. Les résultats obtenus démontrent que le harcèlement sexuel, même peu fréquent, exerce un impact négatif significatif sur le bien-être psychologique et particulièrement sur les attitudes et comportements au travail des femmes. Les deux échantillons ont démontré des effets similaires en réponse au harcèlement sexuel. Dans chacun des échantillons, les femmes ayant vécu de hauts niveaux de harcèlement sexuel ont révélé avoir subi les conséquences les plus sévères concernant leur travail et leur santé mentale. Toutefois, même celles qui ont subi un niveau modéré de harcèlement sexuel ont aussi ressenti des effets significativement plus intenses que les femmes n'en ayant pas subi.

- Mueller, De Coster et Estes (2001)

Tout comme l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), l'objectif recherché par les auteurs est de faire une analyse du harcèlement sexuel en tenant compte autant des causes que des conséquences et en mettant en lumière les contextes organisationnels qui peuvent être propices au harcèlement sexuel. Toutefois, cette étude est différente car les auteurs s'intéressent aussi aux caractéristiques des victimes de harcèlement sexuel. De plus, les auteurs cherchent à savoir s'il y a des similarités entre les perceptions des hommes et des femmes vis-à-vis le harcèlement sexuel. Les variables indépendantes sont les caractéristiques de la victime (âge, éducation, stabilité d'emploi, statut marital, ethnie, etc.), les contextes organisationnels spécifiques au harcèlement sexuel (prédominance sexuelle et le climat organisationnel) ainsi que les contextes et les méthodes

modernes de contrôle des employés en gestion des ressources humaines (intégration sociale, participation des travailleurs, mobilité/développement de carrière, justice). Les variables dépendantes sont le harcèlement sexuel et les conséquences reliées au travail (le stress au travail, la satisfaction au travail et l'intention de quitter). Donc, tel que postulé par les auteurs, les contextes devraient avoir une influence directe sur le harcèlement sexuel et sur les conséquences organisationnelles. Par ailleurs, le harcèlement sexuel devrait aussi agir directement sur les conséquences organisationnelles. Cette étude a été menée, par questionnaire, auprès de 200 établissements d'une entreprise nationale oeuvrant dans l'industrie du téléphone aux États-Unis. Il y a eu 6 485 répondants à proportion égale entre les hommes et les femmes. Les résultats indiquent une relation entre le harcèlement sexuel et des conséquences organisationnelles négatives comme le stress, l'insatisfaction au travail et l'intention de quitter. Toutefois, la présence de harcèlement sexuel est principalement le produit de certains contextes organisationnels et environnements de travail déplaisants qui génèrent ces problèmes. Finalement, certains contextes organisationnels comme le soutien des collègues et du superviseur réduisent la fréquence du harcèlement sexuel autant auprès des hommes que des femmes.

Ceci complète la recension des études sur les conséquences de diverses formes d'agression sur les personnes qui la subissent. Le tableau II présente de façon synthétique les principales caractéristiques de l'étude combinant les trois formes d'agression au travail. Le tableau III présente les principales caractéristiques des études sur la violence physique et l'intimidation au travail. Enfin, le tableau IV

présente les caractéristiques des études qui ont porté sur le harcèlement sexuel au travail.

Tableau III : Synthèse de l'étude sur les conséquences de la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel en milieu de travail sur la santé

Auteurs	Question(s) de recherche	Nature de l'échantillon	Mesures pertinentes	Principaux résultats
<p>Barling, Rogers et Kelloway (2001)</p>	<p>Quelles sont les conséquences individuelles et organisationnelles de l'agression au travail (effet combiné de la violence physique, de l'intimidation et du harcèlement sexuel) ?</p>	<p>323 infirmières, travailleuses sociales et autres spécialistes en gestion du comportement oeuvrant au domicile du client. Ce sont des travailleurs canadiens. Échantillon exclusivement féminin.</p>	<p>-Harcèlement sexuel Questionnaire à 36 items. Échelle de Likert (5 pts)</p> <p>-Violence physique et intimidation Version à 15 items étendue du questionnaire de Greenberg et Barling (1999) et échelle de Likert (5 pts)</p> <p>Version à 10 items tirée du «<i>Conflict Tactics Scale</i> » et échelle de Likert (5 pts) Straus et Gelles (1986)</p> <p>-Humeur négative Version à 15 items modifiée du «<i>Mood Scale</i>» élaboré par Nowlis (1965). Échelle de Likert (5 pts)</p>	<p>1- L'agression en milieu de travail n'a aucun effet direct significatif sur la santé mentale (humeur négative et difficultés cognitives des individus), sur l'engagement organisationnel et sur la performance organisationnelle.</p> <p>2- L'agression au travail a un effet direct significatif sur la peur de futures agressions.</p> <p>3- La peur joue un rôle de variable médiatrice entre l'agression au travail et la santé mentale (humeur négative et difficultés cognitives des individus).</p> <p>4- L'humeur négative entraîne des difficultés cognitives.</p>

				-Difficultés cognitives Échelle de 12 items de Fryer et Warr (1984)	
--	--	--	--	---	--

Tableau IV : Synthèse des études sur les conséquences de la violence physique et de l'intimidation en milieu de travail sur la santé

Auteurs	Question(s) de recherche	Nature de l'échantillon	Mesures pertinentes	Principaux résultats
Budd, Arvey et Lawless (1996)	<p>1- Quels facteurs personnels, organisationnels et occupationnels sont associés à l'incidence de l'agression en milieu de travail?</p> <p>2- Quelles sont les conséquences de l'agression en milieu de travail pour les victimes en terme d'effets psychologiques et émotionnels?</p>	<p>598 adultes, hommes et femmes, travaillant temps plein aux États-Unis. Les emplois occupés par les répondants sont représentatifs de la population américaine, mis à part que les emplois professionnels et gouvernementaux qui sont sur-représentés et les emplois de vente et services qui sont sous-représentés.</p>	<p>Sondage téléphonique effectué par la <i>Northwestern Life Insurance Company</i> (1993)</p>	<p>1- Vivre une agression est associée avec une propension significativement plus forte à s'inquiéter à propos de ces agressions.</p> <p>2- La peur de futures agressions est associée à la détresse psychologique.</p> <p>3- La peur de futures agressions est associée à la détresse physique.</p>

<p>Rogers et Kelloway (1997)</p>	<p>Quelles sont les conséquences individuelles et organisationnelles de l'agression au travail ?</p>	<p>194 employés entretenant un lien direct avec la clientèle (service à la clientèle, représentants, etc.) dans une grande institution financière canadienne. La majorité des participants sont des femmes.</p>	<p>- Aggression au travail : Deux échelles de Likert (4 pts)</p> <p>- Santé mentale : Version courte du « <i>General Health Questionnaire</i> ». Échelle de Likert (7 pts)</p> <p>- Santé physique : Version modifiée du « <i>Health Scale</i> »</p>	<p>1- L'agression en milieu de travail n'a aucun effet direct significatif sur la santé mentale, sur la santé physique et sur l'engagement organisationnel.</p> <p>2- L'agression au travail a un effet direct significatif sur la peur de futures agressions.</p> <p>3- La peur joue un rôle de variable médiatrice entre l'agression au travail et ses effets.</p> <p>4- La peur a un effet négatif sur la santé mentale. Les symptômes physiques résultent de la peur et de l'état de la santé mentale.</p> <p>5- La peur a un effet négatif sur la santé physique.</p> <p>6- La santé mentale agit directement sur la santé physique.</p>
<p>Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998)</p>	<p>Quel est le rôle de la perception du support social dans l'amélioration des conséquences de l'agression au travail ?</p>	<p>242 tenanciers de bars détenant un permis d'alcool au Royaume-Unis. 76% des répondants sont des hommes et 24% sont des femmes.</p>	<p>- Aggression au travail : Échelle de Likert (7pts)</p> <p>- Soutien social organisationnel : Échelle de Likert (4 pts)</p> <p>- Soutien social (famille, amis) : Échelle de Likert (2 pts)</p> <p>- Santé : « <i>General Well-being Questionnaire</i> » de Cox et al. (1983)</p>	<p>1- L'agression au travail, dans toutes ses formes, engendre des conséquences néfastes sur le bien-être individuel.</p> <p>2- Plus la forme d'agression est grave et plus sa fréquence est élevée, plus les répondants disent ressentir des symptômes d'épuisement et de tension.</p> <p>3- L'intimidation fréquente entraîne une diminution du bien-être individuel et augmente les symptômes de tension.</p> <p>4- La perception de soutien social permet d'améliorer les effets de l'agression au travail. Par contre, ce soutien doit être organisationnel.</p>

<p>Schat et Kelloway (2000)</p>	<p>Quels sont les effets de la perception de contrôle sur les conséquences de l'agression au travail ?</p>	<p>Les participants proviennent de deux organisations ontariennes. Premier échantillon : 187 employés d'un hôpital. Deuxième échantillon : 195 employés d'une agence qui dirige un groupe de maisons pour les personnes présentant des troubles du développement. Les deux échantillons sont composés majoritairement de femmes (92% et 70%)</p>	<p>- Aggression au travail : Combinaison d'une échelle utilisée par Rogers et Kelloway (1997) et Barling (1999). Échelle de Likert (4 pts) - Bien-être émotionnel : « <i>General Health Questionnaire</i> ». Échelle de Likert (7 pts) - Santé physique : Version modifiée du « <i>Health Scale</i> ». Échelle de Likert (7 pts)</p>	<p>1- Les résultats corroborent ceux de Rogers & Kelloway (1997) 2- L'agression en milieu de travail n'a aucun effet direct significatif sur la santé mentale, sur la santé physique et sur l'engagement organisationnel. 3- L'agression au travail a un effet direct significatif la peur de futures agressions. 4- La peur joue un rôle de variable médiatrice entre l'agression au travail et ses effets sur la santé mentale et la santé physique. 5- La peur a un effet négatif sur la santé mentale. 6- La peur a un effet négatif sur la santé physique 7- La santé mentale a un effet direct sur la santé physique. 8- Le bien-être émotionnel module partiellement la relation entre la peur et le bien-être somatique. 9- La perception de contrôle engendre une réduction de la peur et une augmentation du bien-être émotionnel.</p>
<p>Leblanc et Kelloway (2002)</p>	<p>Quels sont les déterminants et conséquences de l'agression au travail ?</p>	<p>254 employés (104 hommes et 149 femmes) représentant 71 occupations provenant de différents milieux propices à l'agression en provenance de la clientèle (hôpitaux, manufactures).</p>	<p>- Violence au travail : Version modifiée du questionnaire de Rogers et Kelloway. Échelle de Likert (5 pts) - Intimidation au travail : Trois échelles de Likert (3 pts, 5 pts et 5 pts)</p>	<p>1- La peur de futures agressions n'a pas de lien avec le bien-être émotionnel et physique des travailleurs. 2- L'agression au travail initiée par les collègues de travail entraîne un effet négatif direct sur le bien-être émotionnel et physique. 3- Le bien-être émotionnel agit directement et significativement sur le bien-être physique de l'individu.</p>

			<p>- Bien-être émotionnel : « <i>General Health Questionnaire</i> ». Échelle de Likert (7 pts)</p> <p>- Bien-être physique : « <i>Somatic Health Scale</i> ». (Spence, Helmreich et Pred, 1987) Échelle de Likert (7 pts)</p>	
<p>Schat et Kelloway (2003)</p>	<p>Est-ce que le soutien social organisationnel de type instrumental et informationnel aura un effet modérateur sur les conséquences négatives de l'agression au travail ?</p>	<p>225 employés travaillant dans le milieu de la santé dans la province de l'Ontario au Canada. Les emplois les plus représentés sont les infirmier(ère)s et infirmier(ère)s auxiliaires (44,5%), les technicien(ne)s en laboratoire (13,1%) et les travailleurs sociaux/psychologues (6,9%) Femmes = 87% Hommes = 13%</p>	<p>Violence physique : Échelle de Rogers et Kelloway (1997). Échelle de Likert (4 pts)</p> <p>Intimidation : Échelle de Rogers et Kelloway (1997). Échelle de Likert (4 pts)</p> <p>Bien-être émotionnel : « <i>General Health Questionnaire</i> » (Banks et al., 1980) Échelle de Likert (7 pts)</p>	<p>1. Le soutien social organisationnel de type instrumental et organisationnel a un effet modérateur sur les conséquences néfastes engendrées la violence physique, l'intimidation et la violence secondaire sur la santé et le travail.</p> <p>2. Le soutien social organisationnel de type instrumental exerce un effet modérateur plus fort que le soutien social organisationnel de type informationnel en modulant l'effet des trois formes d'agressions sur la santé physique, le bien-être émotionnel et le travail.</p> <p>3. Le soutien social organisationnel de type informationnel modère significativement la relation entre la violence physique et le bien-être émotionnel.</p> <p>4. La combinaison du soutien social organisationnel de type informationnel et instrumental réduit les conséquences négatives de la violence physique et de l'intimidation sur la santé mentale.</p> <p>5. Seul le soutien social organisationnel de type instrumental réduit les conséquences négatives de la violence physique et de l'intimidation sur la santé physique et le travail.</p> <p>6. Le soutien social organisationnel (informationnel et instrumental) n'a pas d'impact sur la peur de futures agressions.</p>

<p>Schneider, Swan et Fitzgerald (1997)</p>	<p>Quels sont les impacts de comportements harcelant sexuellement sur les attitudes au travail, les comportements au travail, le bien-être psychologique et les réponses des travailleurs féminins ?</p>	<p>Deux échantillons: Premier échantillon : 447 employés féminins d'une grande entreprise du secteur privé dans le Nord-Ouest des États-Unis. Deuxième échantillon : 300 employées et étudiantes d'une faculté d'une université de recherche américaine.</p>	<p>Détresse psychologique: MHI (Veit et Ware, 1983) et CR-PTSD (Derogatis, 1983) Échelle de Likert (5 pts)</p> <p>Santé physique : «<i>Health Conditions Index</i>» et «<i>Retirement Descriptive Index</i>»</p>	<p>1- Le harcèlement sexuel, même peu fréquent, exerce un impact négatif significatif sur le bien-être psychologique et particulièrement sur les attitudes et comportements au travail des femmes. 2- Dans chacun des échantillons, les femmes ayant vécu de hauts niveaux de harcèlement sexuel ont aussi subi les pires conséquences reliées au travail et à la santé mentale. 3- Même celles qui ont subi un niveau modéré de harcèlement sexuel ont aussi ressenti des effets significativement plus intenses que les femmes n'en ayant pas subi.</p>
			<p>Harcèlement sexuel : «<i>Sexual Experiences Questionnaire</i> ». Échelle de Likert (5 pts)</p> <p>Santé mentale : «<i>Mental Health Index</i> », «Satisfaction With Life Scale» et «<i>Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder Scale</i>»</p>	

<p>Mueller, De Coster et Estes (2001)</p>	<p>Quels sont les déterminants et conséquences organisationnels et individuels du harcèlement sexuel au travail ?</p>	<p>200 établissements d'une entreprise nationale oeuvrant dans l'industrie du téléphone aux États-Unis. Il y a 6485 répondants à proportion égale entre hommes et femmes.</p>	<p>Harcèlement sexuel : Échelle de Likert (5 pts) (De Coster et al., 1999)</p> <p>Conséquences organisationnelles et individuelles : 3 Échelle de Likert (4 pts, 3 pts et 4 pts)</p>	<p>1- Il y a une relation entre le harcèlement sexuel et des conséquences organisationnelles négatives comme le stress et la baisse de la satisfaction au travail et l'intention de quitter</p> <p>2- La présence de harcèlement sexuel et de ses effets négatifs sont principalement le produit de contextes organisationnels et d'un environnement de travail déplaisant.</p> <p>3- Certains contextes organisationnels comme le soutien des collègues et du superviseur réduisent le harcèlement sexuel autant pour les hommes que les femmes.</p>
--	---	---	--	---

1.4 Synthèse et analyse critique des études

À la lumière de la revue de la littérature, nous pouvons dégager certaines différences et similitudes entre les études que nous venons de vous présenter. Nous allons brièvement les exposer en plus de faire une analyse des principales limites des études.

1.4.1 Principales caractéristiques des études

La comparaison des modèles de recherche, des échantillons et des résultats des études nous ont permis de faire ressortir les principales caractéristiques communes ou propres à chacune des études sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé que voici.

- Les modèles de recherche

Nous constatons que malgré les différentes approches utilisées dans les études recensées, chacune d'entre elles s'intéressent aux conséquences de l'agression au travail.

Certaines études telles que celle de Budd, Arvey et Lawless (1996), de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), de Mueller, De Coster et Estes (2001) et Rogers et Kelloway (2002) s'intéressent à la fois aux causes et aux conséquences de l'agression au travail. Elles explorent les facteurs personnels, occupationnels et organisationnels pouvant donner lieu à l'agression au travail.

L'agression en milieu de travail est ainsi utilisée en tant que variable médiatrice. Les approches utilisées dans ces études proviennent principalement des postulats faits par les auteurs voulant que l'agression en milieu de travail soit avant tout, un produit des contextes.

D'autre part, plusieurs études explorées dans la revue de la littérature, incluent à leur modèle de recherche une ou plusieurs variables médiatrices ou modératrices. Notamment, les recherches de Barling, Rogers et Kelloway (2001), Budd, Arvey et Lawless (1996), Rogers et Kelloway (1997), Schat et Kelloway (2000) et Leblanc et Kelloway (2002) associent l'agression au travail à la peur de futures agressions. Celle-ci joue un rôle médiateur entre l'agression et les conséquences qui en découlent. Ainsi, il n'y aurait pas de lien direct, mais modulé entre l'agression et les autres conséquences engendrées par celle-ci. De plus, l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin Gelfrand et Magley (1997), de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) et celle de Schat et Kelloway (2003) ajoutent à la relation entre l'agression au travail et ses conséquences, des variables modératrices qui pourraient potentiellement intervenir sur les conséquences de l'agression au travail. L'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) et celle de Schat et Kelloway (2003) font entrer le soutien social organisationnel et/ou hors travail comme variable modératrice. Selon eux, le soutien social a un effet modérateur sur la relation entre l'agression en milieu de travail et le bien-être en venant en atténuer les effets négatifs de l'agression. Quant à l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin Gelfrand et Magley (1997), ils proposent que la relation entre le harcèlement sexuel et ses conséquences soit modérée par la vulnérabilité et par le style de réponse des individus face à une telle situation.

Enfin, tous les auteurs des huit études présentées incluent à leur modèle de recherche des variables dépendantes touchant l'individu et/ou l'organisation. Celles-ci regroupent principalement la santé mentale, la santé physique, les attitudes au travail et les comportements au travail. Ceci est particulièrement intéressant pour notre étude, car nous désirons examiner les conséquences de l'agression au travail sur la santé mentale et physique des travailleurs. Ainsi, nous avons accès à de nombreuses données à ce sujet et nous pouvons ainsi nous inspirer des conséquences décrites dans ces recherches pour notre étude.

- Les échantillons

Nous constatons que les études de Rogers et Kelloway (1997), de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998), de Schat et Kelloway (2000 et 2003), de Barling, Rogers et Kelloway (2001) et de Leblanc et Kelloway (2002) utilisent des échantillons de personnes exerçant des fonctions où le risque d'agression au travail est très élevé. Ce sont des emplois qui requiert un contact direct avec le public et qui sont souvent situés dans un environnement stressant, achalandé et propice à une promiscuité entre individus qui peut favoriser l'émergence de comportements agressifs. Ces lieux sont : les hôpitaux, manufactures, bars, maisons de personnes avec troubles de développement, institutions financières, etc. Les autres études se composent de participants représentant les emplois de la population en général ou des emplois à moindres risques.

De plus, les échantillons varient selon leur taille. Nous retrouvons dans l'étude de Rogers et Kelloway (1997) le plus petit échantillon (194 employés) et dans

l'étude de Mueller, De Coster et Estes (2001), le nombre le plus élevé de répondants (6 485). Ensuite, certains échantillons proviennent d'une seule organisation. C'est le cas, entre autre, des études de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), de Mueller, De Coster et Estes (2001) et de Rogers et Kelloway (1997), tandis que les autres recherches comme celle de Schat et Kelloway (2003) regroupent plusieurs organisations, parfois à la grandeur du pays concerné.

D'autre part, la majorité des auteurs choisissent des échantillons composés d'hommes et de femmes lorsqu'ils examinent l'agression au travail. Cela est notamment le cas dans l'étude de l'intimidation et de la violence physique. Toutefois, cela peut varier selon l'objectif visé par l'étude et selon la prédominance sexuelle d'un établissement ou d'une profession. Entre autre, l'étude de Fitzgrald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), celle de Schneider, Swan et Fitzgerald (1997) et celle de Barling, Rogers et Kelloway (2001) observent un échantillon composé de femmes seulement. Ce choix est motivé par la nature de leur objet de recherche qui porte entièrement ou en partie sur le harcèlement sexuel. Les auteurs préfèrent n'interroger que des femmes, car elles sont considérées dans la littérature comme étant les plus importantes victimes de cette forme d'agression. De plus, les femmes sont différentes des hommes quant à la façon dont elles subissent les conséquences du harcèlement sexuel et quant aux agressions dont elles seront victimes (Barling, Dekker, Loughlin, Kelloway, Fullagar, Johnson, 1996 ; Leblanc et Kelloway, 2000). Ainsi, compte tenu que notre étude porte sur trois formes différentes d'agression en milieu de travail, il serait intéressant d'approfondir le sujet avec des participants des deux sexes.

- Les principaux résultats

Tous les résultats présentés confirment l'existence de conséquences néfastes dues à l'agression au travail et ce, quel qu'en soit la forme exprimée : intimidation, violence physique ou harcèlement sexuel. Ces conséquences sont d'ordre individuel (bien-être émotionnel et physique, détresse psychologique, épuisement, tension, anxiété, stress, etc.) et organisationnel (satisfaction au travail, négligence, intention de quitter, l'engagement organisationnel, baisse de productivité, etc.)

Cependant, plusieurs études comme celles de Budd, Arvey et Lawless (1996), de Rogers et Kelloway (1997), de Schat et Kelloway (2000), de Barling, Rogers et Kelloway (2001) et de Leblanc et Kelloway (2002) concluent à un effet médiateur de la peur de futures agressions entre l'agression en milieu de travail et ses conséquences. En d'autres termes, ces études indiquent qu'il n'existe pas de relation directe entre l'agression au travail et les effets sur l'individu et son travail. Cette relation serait plutôt indirecte. Toutefois, les études ne sont pas toutes unanimes sur ce point. Une étude récente de Leblanc et Kelloway (2002) ne démontre aucun lien entre la peur de futures agressions et les conséquences de l'agression au travail. Selon leurs résultats, l'agression au travail aurait un effet non modulé sur les conséquences individuelles et organisationnelles. Cela est dû au fait que l'étude de Leblanc et Kelloway (2002) fait des distinctions quant à la nature des agressions (violence physique ou intimidation) et à la provenance des agressions (public ou collègues de travail). Ainsi, seule l'intimidation provenant des collègues de travail engendre des conséquences négatives sur la santé des travailleurs et sur l'organisation. Cette relation est directe. Elle ne subit pas d'effet

médiateur de la peur de futures agressions. Cependant, les auteurs considèrent ces résultats comme un raffinement apporté aux études antérieures de Schat et Kelloway (2001) et Rogers et Kelloway (1997) et non pour les infirmer.

Par ailleurs, les études corrélationnelles de Rogers et Kelloway (1997), Schat et Kelloway (2000), Barling, Rogers et Kelloway (2001), Leblanc et Kelloway (2002) et Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) notent tous un fait important : lorsque la santé mentale d'un individu est atteinte, elle entraîne inévitablement d'autres effets néfastes au niveau physique et organisationnel.

De plus, les résultats de l'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) et de Schat et Kelloway (2003) amènent un élément nouveau à la relation entre l'agression au travail et ses diverses conséquences en ajoutant l'effet modérateur du soutien social organisationnel. Ce soutien permet de réduire les impacts négatifs de l'agression sur l'individu et son travail. Les résultats démontrent les conséquences néfastes de l'intimidation et la violence physique sur le bien-être de l'individu (fatigue, irritabilité, confusion, peur, tension anxiété), sa satisfaction au travail et son engagement envers l'organisation varie selon le niveau de soutien social disponible.

Enfin, les recherches de Budd, Arvey et Lawless (1996), de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) et de Mueller, De Coster et Estes (2001) amènent une perspective nouvelle en s'intéressant aux contextes organisationnels pour comprendre la relation entre l'agression au travail et ses conséquences. Ils mettent en lumière le rôle facilitateur des contextes

organisationnels dans l'émergence de l'agression au travail. Celle-ci entraînera, par la suite, des conséquences négatives sur l'individu et l'organisation.

1.4.2 Principales limites des études

Il est possible de dégager certaines limites des études antérieures qui justifient notre démarche. Dans cette section, nous soulèverons divers points importants à surveiller, à corriger ou qui pourraient constituer une opportunité d'amélioration.

- Peu d'études

Malgré l'importance du phénomène d'agression en milieu de travail, peu de recherches empiriques systématiques et rigoureuses ont été faites pour enquêter sur ce phénomène et ses conséquences, un constat partagé par plusieurs auteurs (Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Barling, Rogers et Kelloway, 2001 ; Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley, 1997 ; Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998 ; Schat et Kelloway, 2003 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997). Nous avons recensé seulement six études pertinentes sur les conséquences de la violence physique et l'intimidation, trois études sur les conséquences du harcèlement sexuel et seulement une étude sur les conséquences de ces trois formes d'agressions au travail sur la santé. Très peu d'études empiriques s'intéressent aux conséquences individuelles et organisationnelles de l'agression au travail (Budd, Arvey et Lawless, 1996). De ce fait, les études empiriques sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé sont d'autant plus rares, d'où l'intérêt de notre recherche. Il faut dire cependant que l'agression en milieu travail est un objet

d'étude relativement nouveau. Les études empiriques sont donc assez récentes et nous pouvons anticiper la publication d'autres études au cours des prochaines années.

- Formes d'agressions retenues

Il y a très peu de recherches examinant d'autres formes d'agressions au travail autrement moins intenses que la violence physique. La majorité des études scientifiques empiriques examinent presque exclusivement les formes d'agressions qui sont physiques, actives et directes (Baron, 1993 ; Mantell, 1994). Il y aurait place à des études portant sur les autres formes d'agression au travail de type verbal, passif et indirects. Entre autre, la majorité des recherches définissent l'agression en milieu de travail seulement par la violence physique ou par une combinaison de violence physique et d'intimidation. Parmi les études présentées dans notre revue de la littérature, six recherches (Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Leather, Lawrence, Beale et Dickson, 1998 ; Leblanc et Kelloway 2002 ; Rogers et Kelloway, 1997 ; Schat et Kelloway, 2000 et 2003) n'analysent que la violence physique et l'intimidation. Aucune de ces études n'inclut le harcèlement sexuel. Le harcèlement sexuel, même si on lui reconnaît des effets tout aussi dévastateurs pour l'individu et l'organisation que la violence physique et l'intimidation, a toujours été étudié séparément. Nous avons donc inclus à notre analyse trois études sur le harcèlement sexuel. Ces études sont celles de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), Mueller, De Coster et Estes (2001) et Schneider, Swan et Fitzgerald (1997). Ainsi, nous combinerons les trois formes d'agression (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) à notre étude. Seule

l'étude de Barling, Rogers et Kelloway (2001) s'intéresse aux trois formes d'agressions. Cependant, elle étudie leur effet sur la santé des individus de façon intégrée. Elle ne fait pas de distinction entre chacune de ces formes afin de connaître leurs impacts respectifs. Notre étude examinera la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel de manière séparée afin de bien mesurer et distinguer les conséquences de chacune de ces formes d'agressions au travail sur les individus.

- Nature des échantillons

Plusieurs études sur l'agression en milieu de travail, se basent entièrement ou presque entièrement sur des échantillons de personnes s'identifiant comme des victimes ou ayant été souvent questionné sur leur expérience et les effets négatifs qu'elles ont vécus (Jenkins, Layne et Kisner, 1992 ; Martindale, 1990). Même si cela est nécessaire pour développer des portraits de victimes ou d'incidents, cela ne permet pas révéler des modèles de risques ou des corrélations et conséquences de l'agression en milieu de travail auprès de la population générale en emploi (Budd, Arvey et Lawless, 1996). Cette méthode peut aussi engendrer certains biais comme une distorsion de la mémoire des événements et de faux souvenirs. Malgré que cette méthode soit très utilisée dans l'analyse de l'agression au travail, les études sur les conséquences de l'agression au travail que nous avons retenues et que nous avons présentées auparavant n'utilisent pas d'échantillons composés uniquement de victimes.

De plus, la nature de l'échantillon peut varier selon le sexe des répondants. La majorité des études sur les conséquences de formes d'agression en milieu de travail telles que l'intimidation et la violence physique utilisent des échantillons mixtes, mais en matière de harcèlement sexuel, plusieurs recherches préfèrent des échantillons féminins. C'est le cas notamment de l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) ainsi que celle de Schneider, Swan et Fitzgerald (1997). À ces études s'ajoute aussi celle de Barling, Rogers et Kelloway (2000). Ce choix est justifié par le fait que plusieurs recherches démontrent que la grande majorité des cibles d'actes sérieux de harcèlement sexuel sont des femmes (Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley, 1997 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997) et que les agresseurs sont des hommes (Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997), d'où l'intérêt pour des échantillons féminins. De surcroît, ce que les hommes considèrent être du harcèlement sexuel diffère de la perception des femmes (Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997). Notre étude sera menée auprès d'un échantillon mixte, ce qui permettra une généralisation aux hommes et aux femmes. Toutefois, notre recension de la littérature nous incite à introduire la variable sexe comme variable de contrôle compte tenu que les expériences des hommes et des femmes sont différentes.

Par ailleurs, nous constatons un autre problème quant à la nature des échantillons utilisés dans la littérature présentée. Notamment, les données de l'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) ont été recueillies auprès de personnes n'ayant pas été victimes d'agressions au travail, mais seulement exposées à celles-ci. Elles constituent en quelque sorte des victimes

secondaires ou indirectes. Il est donc hasardeux de généraliser les résultats obtenus dans ces études à la population en général.

- Taille et provenance des échantillons

La plupart des études sur les conséquences de l'agression au travail sont basées soit sur des échantillons très petits ou concentrés dans un seul type d'emploi ou d'organisation. Par exemple, l'étude de Rogers et Kelloway (1997) n'explore qu'un petit échantillon d'employés provenant d'une seule institution financière. À cela s'ajoute l'étude de Mueller, De Coster et Estes (2001) qui utilise un échantillon très large, mais composé seulement d'individus travaillant dans la même organisation. Cela a pour effet de rendre difficile l'étude du phénomène de la violence à cause de sa faible fréquence. La variance observée dans les analyses des résultats en sera automatiquement affectée.

- Collecte des données

Toutes les études que nous avons recensées recueillent leurs données à l'aide de questionnaires. Cela a pour effet de n'amasser que des informations auto-révélées par les participants à l'étude. Cela constitue une limite à ces recherches, car il est difficile de vérifier l'exactitude et la validité de ces informations. Entre autres, dans les études de Schat et Kelloway (2000, 2003) et de Leblanc et Kelloway (2002), les mêmes individus ont fourni les données nécessaires pour les variables indépendantes et dépendantes. Cela augmente la possibilité de biais de la méthode commune. Malgré tout, nous sommes conscients qu'il n'existe pratiquement pas

beaucoup d'autres alternatives que les questionnaires pour observer les effets de l'agression au travail.

- Variance observée dans l'agression

Certaines études ne recensent que très peu de victimes directes d'agressions au travail. Par exemple, dans l'étude de Budd, Arvey et Lawless (1996), sur un échantillon de 598 répondants hommes et femmes, seulement 8,7% ou 52 individus ont révélé avoir subi de la violence physique ou de l'intimidation dans les 12 derniers mois (de juillet 1992 à juillet 1993). Un autre exemple est l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997). Elle utilise une mesure du harcèlement sexuel (Sexual Experience Questionnaire³) avec une échelle en 5 points (1 = jamais à 5 = la plupart du temps). Par contre, la moyenne est de 1,22 avec un écart-type de 0,31. Cela signifie que très peu de répondants ont réellement vécu du harcèlement sexuel au travail. Le même problème se répète dans l'étude de Rogers et Kelloway (1997) où la mesure de la fréquence de la violence physique directe est basée sur une échelle en 4 points (0 = jamais, 1 = une fois, 2 = 2 à 3 fois, 3 = 4 fois et plus) et où l'on observe une moyenne de 0,33 avec un écart-type de 0,37. On comprend alors que presque aucun répondant n'a vécu de violence physique directe. Ce nombre de victimes directes d'agressions au travail est relativement peu élevé pour être en mesure de détecter des relations significatives. Malheureusement, plusieurs études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail se buttent à ce même obstacle. Il serait donc important d'avoir recours,

³ Le Sexual Experience Questionnaire est un inventaire objectif élaboré pour sonder les cinq types de base du harcèlement sexuel. Cet instrument utilise une échelle de trois points et possède des caractéristiques psychométriques comparables aux autres inventaires psychologiques, soit la fiabilité, la validité et un coefficient de cohérence interne de 0,80. (Fitzgerald et Shullman, 1993).

dans une prochaine étude, à un échantillon plus grand de répondants afin de s'assurer d'avoir un plus grand nombre de victimes d'agression.

- Variables dépendantes retenues

Dans les études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail, les variables dépendantes généralement observées portent sur deux aspects : l'individu et le lien entre celui-ci et son organisation. En ce qui concerne les conséquences sur l'individu, les variables dépendantes les plus présentes sont : la santé/bien-être/détresse psychologique (anxiété, peur, tension, nervosité, dépression, stress, réaction de stress post-traumatique, satisfaction avec la vie, confiance en soi, etc.), la santé/bien-être/détresse/symptômes physiques (maux de tête, problèmes digestifs, problèmes respiratoires, insomnie, etc.). Pour ce qui est des conséquences organisationnelles, elles comprennent les attitudes au travail (satisfaction au travail, engagement envers l'entreprise, intention de quitter, négligence) et les comportements au travail (productivité, détachement de l'emploi ou des tâches de travail). Toutes les études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail recensées s'intéressent, à la fois, aux conséquences individuelles et organisationnelles. Aucune d'entre elles ne se penche que sur les conséquences reliées à la santé.

- Variables modératrices

Parmi les études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail, seulement trois d'entre elles utilisent des variables modératrices. Tout d'abord, il y

a l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) qui explore l'effet modérateur de la vulnérabilité et du style de réponse des victimes de harcèlement sexuel. Ensuite, l'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) ainsi que l'étude de Schat et Kelloway (2003) examinent le rôle du soutien social dans la relation entre l'agression au travail et la santé. Elle démontre que le soutien social organisationnel permet d'atténuer les conséquences négatives de l'agression au travail. La recherche menée par Mueller, De Coster et Estes (2001) s'intéresse aussi au soutien social, mais elle l'introduit comme variable indépendante. Ce nombre très restreint d'études utilisant cette variable nous empêche de pouvoir juger adéquatement de l'impact réel qu'elle exerce. Enfin, rappelons que l'étude de Leather, Beale, Cox et Dickson (1998) s'appuie sur un échantillon de personnes ayant seulement été exposé à de l'agression au travail. Aucune d'entre elles n'est une victime directe de ces agressions. Nous pouvons alors remettre en question certains de leurs résultats quant à l'effet modérateur du soutien social. Compte tenu que les personnes étudiées n'ont été que des victimes secondaires ou indirectes de l'agression au travail, nous ne pouvons généraliser, avec certitude, ces résultats aux victimes directes d'agressions.

1.5 Contribution et questions de recherche

Notre analyse critique des études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail nous mène à l'explication de l'approche que nous avons choisie d'adopter dans ce mémoire.

- Contribution à l'état des connaissances

Compte tenu de l'importance du phénomène d'agression en milieu de travail dans notre société, nous avons jugé qu'il serait tout à fait pertinent et d'actualité de l'étudier dans le cadre de cette recherche. Les auteurs (Barling, 1996 ; Barling, Rogers et Kelloway (2001) ; Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998 ; Neuman et Baron, 1997 ; Saarela et Isotalus, 1999 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997) s'entendent pour dire qu'il manque de recherches empiriques étudiant les conséquences de l'agression en milieu de travail sur les individus. Ainsi, nous allons tenter de combler cette lacune par l'apport de notre recherche à celles déjà existantes.

- Trois formes d'agression au travail

Les études s'intéressent soit à la violence physique et l'intimidation, soit au harcèlement sexuel. Jusqu'à maintenant, une seule étude a examiné toutes ces formes d'agression, mais leur effet a été étudié de façon combinée. Notre recherche étudiera aussi ces trois formes d'agression en milieu de travail, mais chacune séparément. Il sera alors possible de vérifier l'effet unique de chaque forme d'agression et également de vérifier l'influence relative de différentes formes d'agression.

- Nature, taille et provenance des échantillons

Plusieurs études utilisent des échantillons de participants composés uniquement de victimes d'agressions. Une autre étude, celle de Laurence, Beale, Cox et Dickson (1998) examine un échantillon composé seulement de personnes ayant été exposé à de l'agression au travail sans en avoir été des victimes directes. D'autres études, principalement celles portant sur le harcèlement sexuel, n'utilisent que des échantillons composés de femmes. Tout ceci ne permet pas de recueillir des informations et d'arriver à des résultats représentatifs de la population générale. Notre recherche sera effectuée à partir des données recueillies lors de l'Enquête sociale et de santé 1998 par Santé Québec. Ainsi, l'échantillon disponible sera de grande taille, hétérogène et regroupant différents emplois, diverses organisations et sera ainsi représentatif de la population québécoise en emploi.

- Variance observée dans l'agression

Afin d'éviter de faire comme certaines études sur les conséquences de l'agression en milieu de travail ne recensant que très peu de réelles victimes d'agression, nous utiliserons un échantillon de grande taille. L'Enquête sociale et de Santé (1998) nous permet d'avoir accès à un échantillon composé de milliers de personnes occupant des emplois très diversifiés. Avec un nombre de participants élevé et sachant que certaines professions et secteurs d'activité sont plus souvent la cible d'agressions au travail, le large échantillon de Santé Québec nous permettra vraisemblablement de trouver des victimes d'agression et de vérifier nos

hypothèses de recherche. Ainsi, il sera plus facile de détecter des relations significatives entre des phénomènes dont l'occurrence est assez rare.

- Variables modératrices

Finalement, nous nous distinguerons aussi des recherches antérieures en ajoutant à notre étude des conséquences de l'agression au travail, le soutien social hors travail comme variable modératrice. Nous savons que seulement trois études, parmi toutes celles observées, ont utilisé des variables modératrices. Notamment, l'étude de Leather, Beale, Cox et Dickson (1998) et celle de Schat et Kelloway (2003) nous ont inspirés dans le choix du soutien social comme variable modératrice. Contrairement à l'étude de Schat et Kelloway (2003) nous n'analyserons pas l'effet modérateur du soutien social organisationnel, mais plutôt l'effet du soutien social hors travail sur les personnes ayant été victimes d'agression au travail.

Nous sommes désormais en mesure d'énoncer nos questions de recherche :

L'agression au travail entraîne-t-elle des conséquences sur la santé des travailleurs et travailleuses ?

Le soutien social hors travail permet-il d'atténuer les conséquences sur la santé de l'agression en milieu de travail ?

Chapitre 2 Modèle de recherche

Dans ce chapitre, nous exposerons les principales théories pertinentes à l'analyse des conséquences de l'agression en milieu de travail et de l'effet modérateur du soutien social. Suite à cela, nous présenterons et expliquerons le modèle de recherche ainsi que ses variables. Finalement, nous formulerons les hypothèses du modèle de recherche.

2.1 Théorie du stress

De nombreuses études utilisent un cadre théorique général basé sur le stress inspiré du modèle «*stressor-strain*» de Pratt et Barling (1988) afin d'examiner les effets des formes d'agression au travail sur les individus. Selon ce cadre, l'agent stressant (*stressor*) constitue une caractéristique de l'environnement ou un événement. Cet agent stressant engendre du stress provoquant une réaction psychologique ou physiologique de tension (*strain*) chez l'individu. La relation entre la personne et son environnement est alors vécue par celle-ci comme taxant ou excédant ses ressources et mettant ainsi en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984). D'après ce cadre théorique, les formes d'agression sont considérées comme des agents stressants liés au travail qui peuvent avoir des effets similaires, sinon plus néfastes, que tous les autres agents stressants du milieu de travail. De ce fait, l'exposition à des formes d'agression en milieu de travail comme l'intimidation, le harcèlement sexuel et la violence physique peut être associée à un éventail d'effets négatifs qui sont communément associés au stress

occupationnel, tels que l'insatisfaction au travail, une détérioration du bien-être et une augmentation du détachement psychologique (Beehr, 1995 ; Cooper, 1985, 1986 ; Cox, 1978, 1985).

Comme n'importe quel autre agent stressant, les formes d'agression en milieu de travail consistent principalement en des événements qui, de façon isolée peuvent paraître mineurs, mais une fois cumulés, peuvent être aussi stressants que d'autres événements moins fréquents, mais plus graves (Fitzgerald, Swan et Magley, 1997). De plus, étant un agent stressant dans l'environnement de travail, les effets de l'agression au travail sur le bien-être général, la satisfaction au travail et l'attachement à l'organisation sont tout aussi présent lorsqu'il est question des formes bénignes telles que l'intimidation tout comme les manifestations plus extrêmes comme la violence physique (Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998).

2.1.1 Le soutien social dans les modèles de stress

Dans un autre ordre d'idées, Whittington et Wykes (1989) ont avancé que le soutien social, en particulier, pourrait jouer un rôle important dans la réduction de tout effet néfaste provenant de l'exposition à une forme ou l'autre d'agression en milieu de travail. Cependant Barling (1996), dans sa recension de la littérature, n'a pas réussi à trouver des soutiens empiriques à cette hypothèse (Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998). Théoriquement, le soutien social peut avoir trois types d'effets possibles en rapport avec le stress : directement atténuer la force de l'agent stressant ; directement agir sur les conséquences concernant la santé et le

bien-être de l'individu ; ou agir comme effet tampon ou modérateur entre l'agent stressant et ses effets (Beehr, 1995 ; Marcelissen, Winnubst, Buunk et De Wolff, 1988). Toutefois, le soutien empirique de l'effet bénéfique du soutien social est équivoque (Atkinson, Liem et Liem, 1986 ; Beehr, 1995). Certains chercheurs concluent qu'il existe une très faible ou aucune relation négative entre le soutien social et les agents stressants du milieu de travail, une faible ou moyenne relation entre le soutien social et les effets sur l'individu, et une confusion totale au sujet de l'hypothèse de l'effet modérateur (Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998). Notre étude va donc apporter une analyse supplémentaire de cet effet modérateur qui demeure peu étudié dans la littérature.

2.1.2 Stress post-traumatique

Suivant un cadre plus spécifique de la théorie du stress, un grand nombre d'études ont examiné les effets d'événements traumatiques comme le naufrage d'un bateau, l'écrasement d'un avion et des explosions (Edwards, 1976 ; Henderson et Bostscok, 1977 ; McCaffry, 1989). On y suggère que les personnes subissant certaines formes d'agression au travail comme de la violence physique ou de l'intimidation peuvent éprouver des réactions de stress post-traumatique similaires aux victimes de désastres (Barling, 1996 ; Braverman, 1992 ; Wykes et Whittington, 1991). De telles réactions peuvent se traduire en conséquences tant psychologiques (anxiété, tension, nervosité, dépression) (Henderson et Bostscok, 1977 ; McCaffry, 1989), que physiques (insomnie, maux de tête) (Baron, 1993 ; Braverman, 1992 ; McCaffry, 1989 ; cités dans Rogers et Kelloway, 1997) et organisationnelles (diminution du moral, augmentation du désir de quitter

l'organisation) (Haggerty, 1993 ; McFarlane, 1989 ; Schultz, 1987). D'ailleurs, plusieurs hypothèses concernant les conséquences de l'agression en milieu de travail proviennent d'une base théorique tirée des modèles d'expériences traumatiques (Hobfoll, 1991). Ces modèles spécifient que des conséquences psychologiques graves peuvent suivre un événement traumatisant, et ce, particulièrement quand les victimes sont isolées l'une de l'autre, que leurs croyances sont ébranlées et qu'elles manquent de stratégies de protection en réponse à ces événements (Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997).

Donc, le modèle «stressor-strain» et celui du choc traumatique ont largement guidé les recherches sur les conséquences de l'agression en milieu de travail. Entre autre, ils ont été très utilisés dans la compréhension des effets sur l'individu de formes d'agressions au travail comme l'intimidation et la violence physique. Par contre, ces modèles n'ont pas été appliqués au harcèlement sexuel.

2.2 Un modèle théorique du harcèlement sexuel

Un récent modèle théorique concernant le harcèlement sexuel a été développé par Fitzgerald, Hulin et Drasgow (1992) et ensuite expliqué par Fitzgerald et Shullman (1993). Ce modèle théorique propose que le harcèlement sexuel est le produit de certains facteurs des contextes de travail et organisationnel. Ce harcèlement sexuel entraîne, par la suite, des conséquences négatives sur trois catégories de variables : le travail, la santé mentale et la santé physique. Les auteurs de ce modèle soutiennent aussi que des variables individuelles telles que la

vulnérabilité de l'individu et son style de réponse peuvent influencer la relation entre le harcèlement sexuel et ses effets (Morrow, McElroy et Phillips, 1994). L'étude de Mueller, De Coster et Estes (2001) s'inspire aussi de ce modèle théorique pour son étude sur les déterminants et conséquences organisationnelles et individuelles du harcèlement sexuel au travail. Notre recherche sera également influencée, en partie, par ce modèle théorique.

2.3 Théorie du soutien social

De nombreuses études démontrent que les personnes entourées d'un(e) conjoint(e), d'amis et de membres de leur famille leur procurant des ressources psychologiques et matérielles sont en meilleure santé que les personnes avec un réseau de soutien social moins élaboré (Braodhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin et Gehlbach (1983). Ainsi, le soutien social contribue au bien-être des individus (Cohen et Syme, 1985 ; House, 1981 ; Kessler et MacLeod, 1985 ; Turner, 1983 ; Wallston, Alagna, DeVellis et DeVellis, 1983). Il y a une corrélation positive entre le soutien social et le bien-être individuel autant au niveau des effets sur la santé mentale que physique (Cohen et Wills, 1985). Le mécanisme par lequel le soutien social agit sur la santé mentale et physique reste cependant à clarifier. De façon générale, il est possible de prétendre qu'un manque de relations sociales positives peut entraîner des conséquences psychologiques négatives chez l'individu comme l'anxiété et la dépression. À son tour, cet état mental peut influencer la santé physique soit par un effet direct sur les processus physiologiques engendrant une propension à développer certains maux

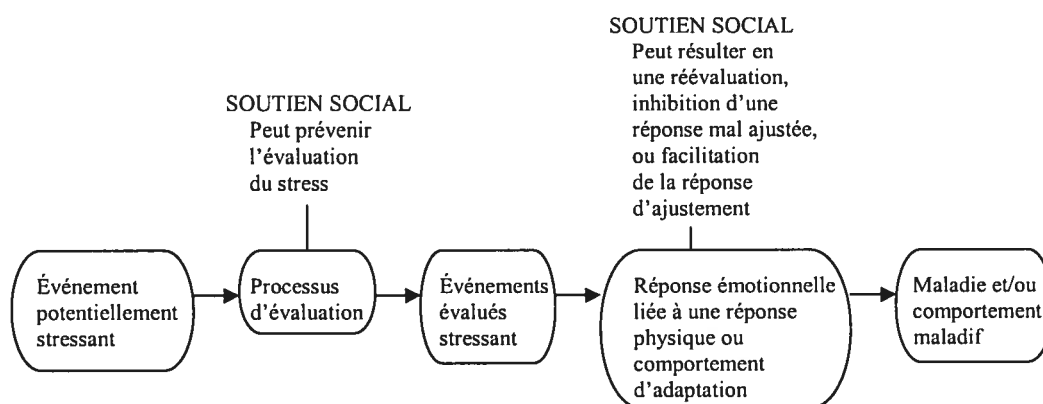
ou par un effet sur le comportement de l'individu augmentant ses risques de maladies ou de mortalité (Cohen et Wills, 1985).

Selon Cohen et Wills (1985), il existe deux modèles quant à la relation entre le soutien social et ses effets sur le bien-être individuel. Le premier modèle est celui de l'effet direct ou « main effect ». Ce modèle propose que le soutien social ait un effet sur le bien-être seulement ou principalement pour les personnes vivant du stress. Selon ce modèle, un effet bénéfique généralisé du soutien social peut se faire sentir chez l'individu qui détient un large réseau social, car ce réseau lui procure des expériences positives régulières ainsi que des rôles sociaux stables et valorisés socialement par sa communauté. Cette forme de soutien serait ainsi reliée à son bien-être général parce qu'il procure des effets positifs, de la stabilité dans sa vie et une reconnaissance de sa valeur en tant que personne. De plus, l'intégration de l'individu dans un réseau social peut l'amener à éviter certaines situations négatives qui autrement, aurait pu augmenter ses risques de vivre des désordres mentaux et physiques.

Le deuxième modèle est le modèle de protection/modération ou « buffering model ». Dans ce modèle, le soutien social protège l'individu contre l'influence potentiellement malsaine d'événements stressants. Suivant ce modèle, le soutien social peut agir à deux endroits différents dans la relation causale entre le stress et les conséquences sur la santé de l'individu. Au premier endroit, le soutien social peut intervenir entre la situation stressante (ou l'anticipation de l'événement stressant) et la réaction de stress en atténuant ou en prévenant la réponse de stress. Au deuxième endroit, un soutien social adéquat peut intervenir entre la situation de

stress et le déclenchement d'un effet pathologique en réduisant ou en éliminant la réaction de stress ou alors en influençant directement les processus physiologiques. Ainsi, toujours au deuxième endroit, le soutien social peut alléger l'impact du stress en procurant une solution au problème, en réduisant l'importance du problème perçu par l'individu, en tranquillisant le système neuroendocrinien pour que la personne réagisse moins fort au stress perçu, ou en facilitant des comportements sains (House, 1981).

Figure 2 : Les deux endroits où le soutien social peut interférer avec le lien causal entre l'événement stressant et le maux (Cohen et Wills, 1985).



Cependant, selon Cleary et Kessler (1982) et Thoits (1982), plusieurs études ont trouvé des effets significatifs du soutien social sur la relation entre le stress et la tension engendrée par celui-ci. Par contre, peu d'études ont trouvé des effets de modération ou de protection du soutien social dans la relation entre le stress et la tension.

Finalement, d'après la théorie du soutien social, on peut distinguer quatre formes de soutien social. Ces formes ont été catégorisées par Cohen et Wills (1985), mais proviennent du recensement de plusieurs études issues des auteurs suivants : Antonucci et Depner (1982), Berrera et Ainlay (1983), Caplan (1979), Gottlieb (1978), House (1981), ainsi que Silver et Wortman (1980).

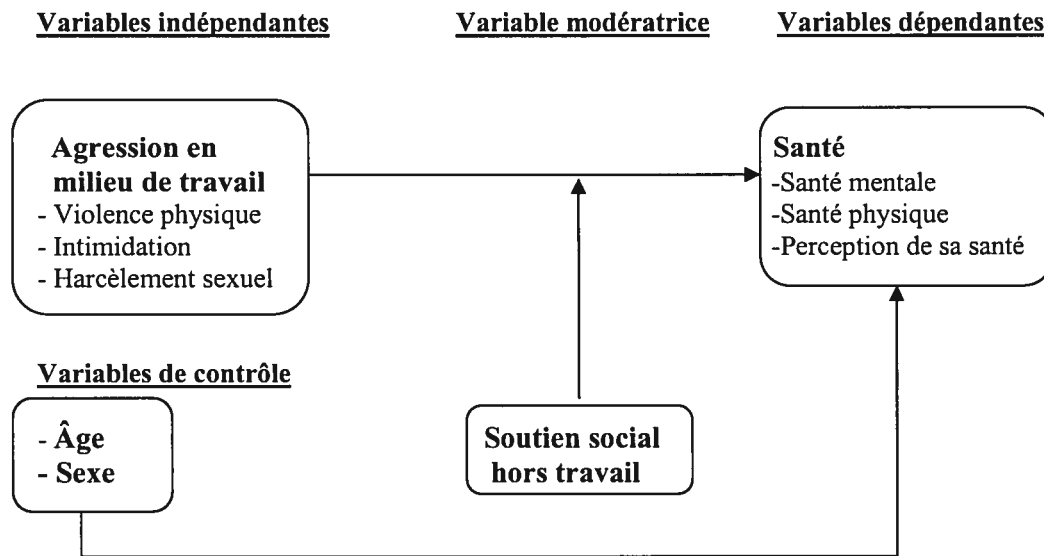
La première forme de soutien social est le soutien lié à l'estime. Ce soutien procure de l'information à l'individu en regard de l'estime de l'acceptation par ses pairs. La deuxième forme de soutien est le soutien informationnel. Il sert à la définition, la compréhension et l'adaptation d'événements problématiques. La troisième forme est le compagnonnage social. C'est le fait de passer du temps avec d'autres lors de loisirs ou activités récréatives. Enfin, la quatrième forme est le soutien instrumental. C'est l'apport d'aide financière, de ressources matérielles et de services.

Toutes ces formes de soutien social sont interreliées et permettent à l'individu de réduire son stress et d'éviter ainsi des réactions négatives pour sa santé mentale et physique. Cependant, pour que le soutien social soit effectif par la réduction des effets négatifs des agents stressants, la source de soutien doit être en congruence ou de même nature que le besoin d'adaptation de l'individu (Cohen et McKay, 1984 ; Cohen et Wils, 1985 ; Wilcox et Vernberg, 1985). La source de soutien social doit être celle qui rejoint le plus les besoins de l'individu pour faire face aux stress vécu. Par exemple, certains auteurs tels que Blau (1981), Fenlason et Beehr (1994), Gangster, Fusilier et Mayer (1986), LaRocco et Jones (1978) et Leiter (1991) ont trouvé que le soutien social (particulièrement celui provenant des

superviseurs) est associé à une réduction du stress occasionné par le travail. D'autre part, les résultats d'une étude de Etzion (1984) et de Billings et Moos (1982), démontrent que les hommes et les femmes, face au même agent ou événement stressant, utilisent différentes sources de soutien social. Face à un stress provenant de leur environnement de travail, les hommes obtiennent des effets modérateurs du soutien social à l'aide de relations au sein même de leur milieu de travail (superviseurs, collègues), tandis que les femmes recherchent ce soutien auprès de sources externes de leur vie de tous les jours (famille, ami(e)s). D'après les résultats de l'étude de Etzion et Pines (1981), cela peut s'expliquer par le fait que les femmes parlent davantage avec les autres afin de réduire leur stress. Ainsi, elles utilisent des sources de soutien social externes à la situation stressante. Les hommes parlent moins à propos de leur stress. Ils bénéficient donc davantage des sources de soutien au travail qui permettent une compréhension immédiate de la situation de stress.

2.4 Modèle de recherche

Nous venons d'exposer différentes théories appliquées à la compréhension de l'agression au travail ayant largement été utilisées ou, du moins, ayant inspirées les études sur l'agression en milieu de travail. Le modèle de recherche de la présente étude est aussi guidé par ces théories.

Figure 3 : Modèle de recherche

Ce modèle de recherche met en relation des variables inspirées de la littérature concernant l'agression au travail et ses conséquences. Comme l'ont fait plusieurs auteurs tels que Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998), Barling, Rogers et Kelloway (2001), Leblanc et Kelloway (2002), Rogers et Kelloway (1997), Schat et Kelloway (2000 et 2003) et Schneider, Swan et Fitzgerald (1997), nous utilisons l'agression au travail comme variable indépendante. Tout comme ces études, nous observons différentes formes de cette agression telles que la violence physique et l'intimidation. Toutefois, nous y ajoutons aussi le harcèlement sexuel.

De plus, toutes les études que nous avons analysées démontrent un lien direct ou indirect significatif entre l'agression au travail et la santé physique et mentale des individus. Plusieurs de ces recherches de type corrélationnel incluent la peur comme variable médiatrice et confirment que l'agression au travail est bel et bien reliée au bien-être somatique et émotionnel de l'individu. Cependant, notre modèle

n'utilise pas cette variable médiatrice, car c'est la relation directe entre l'agression au travail et la santé qui nous préoccupe. Par ailleurs, tel que développé par l'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) et celle de Schat et Kelloway (2003), notre modèle inclut le soutien social comme variable modératrice. Contrairement à leurs études, cependant, nous nous intéressons seulement au soutien social hors travail. Nous pensons que cette variable peut atténuer l'impact de l'agression au travail sur la santé des individus. Nous l'évaluerons afin de savoir si effectivement, elle influencera cette relation.

Enfin, nous utilisons des variables de contrôle pour s'assurer que les résultats ne seront pas faussés. Notamment, nous contrôlons le sexe, car la littérature indique les femmes et les hommes vivent des expériences différentes en matière d'agression au travail (Leblanc et Kelloway, 2000). Les femmes sont plus souvent victimes de certaines formes d'agression au travail comme le harcèlement sexuel, que les hommes (Barling,, Dekker, Loughlin, Kelloway, Fullagar, et Johnson, 1996; Fitzgerald, Drasgow, Hulin Gelfrand et Magley, 1997 ; Mueller, De Coster et Estes, 2001 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997) et qu'elles réagissent plus fortement au harcèlement sexuel que la gente masculine (Barling, Dekker, Loughlin, Kelloway, Fullagar, et Johnson, 1996; Morrow, McElroy et Phillips, 1994 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997). De plus, la majorité des études sur le harcèlement sexuel démontrent que les agresseurs sont des hommes (Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997). Nous contrôlerons aussi l'âge, car des études démontrent que les femmes plus jeunes et célibataires ont plus de risques de subir du harcèlement sexuel (De Coster, Estes, Mueller, 1999 ; Fain et Anderton, 1987 ; Gutek, 1985). Également, l'étude de Budd, Arvey et Lawless (1996) ainsi que

celle de Jenkins, Layne et Kisner (1992) suggèrent que les employés âgés ont plus de risques d'être victime de différentes formes d'agression. Des études suggèrent aussi que les femmes très scolarisées, ayant un statut plus élevé dans la hiérarchie organisationnelle, plus jeunes, célibataires et étant perçues comme recherchant un statut élevé constituent, en quelque sorte, une menace à l'autorité masculine traditionnelle, ce qui les rend plus propice à subir du harcèlement sexuel (De Coster, Mueller et Estes, 1999 ; Gartner et MacCarthy, 1991 ; O'Brien, 1991). Ces variables pourraient avoir une influence sur les résultats, c'est pourquoi nous les contrôlons.

2.4.1 La définition des variables du modèle de recherche

Voici la définition conceptuelle des variables comprises dans le modèle de recherche afin d'en comprendre un sens exact.

Variables indépendantes :

- 1- La violence physique. La violence physique est caractérisée par un abus de la force par une personne envers une autre (exemple : coups, morsures, etc.)
- 2- L'intimidation. Elle caractérise une ou plusieurs personnes cherchant à effrayer, terroriser l'autre en lui imposant sa force ou son autorité (menace, chantage, pressions, insulter, etc.).
- 3- Le harcèlement sexuel. Toute conduite se manifestant par des paroles, des actes ou des gestes à connotation sexuelle, répétée et non désirée, et qui est de nature à porter atteinte à la dignité et à l'intégrité physique ou psychologique de la personne, ou de nature à entraîner pour elle des

conditions de travail défavorables ou un renvoi (regards déplacés et gênants, attouchements, remarques offensantes, invitations insistantes, etc.)

Variable modératrice :

- 1- Soutien social hors travail. Niveau de soutien avec des personnes significatives dans l'entourage familial ou social de l'individu.

Variables dépendantes :

- 1- Santé physique. État de celui dont l'organisme fonctionne normalement en absence de maladie.
- 2- Santé mentale. L'état d'équilibre et d'harmonie psychique d'une personne à un moment donné.
- 3- Perception de sa santé. La perception que les individus ont de leur santé en général lorsqu'ils se comparent à d'autres personnes du même âge.

Ces définitions sont de nature conceptuelles, mais le chapitre suivant offrira des définitions opérationnelles détaillées.

Variables de contrôle :

1. Sexe. Être un homme ou une femme.
2. Âge. Temps écoulé depuis la naissance

2.5 Hypothèses

Le modèle de recherche présenté met en lumière les relations qui seront testées dans cette étude. Au total, douze hypothèses ont été formulées. Les neuf premières hypothèses concernent les relations entre l'agression au travail et la santé. Les trois dernières hypothèses traiteront de l'effet modérateur du soutien social hors travail sur la santé.

L'ensemble de la littérature recensée nous permet de croire en une relation directe entre l'agression au travail et la santé. La théorie du stress nous indique que les formes d'agressions au travail comme la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel sont des agents stressants qui peuvent provoquer une réaction négative de tension qui peut être psychologique ou physiologique. Les symptômes physiologiques peuvent varier (maux de tête, migraines, troubles digestifs, insomnie, fatigue, problèmes respiratoires, perte ou gain de poids etc.) tout comme les symptômes psychologiques (détresse psychologique, anxiété, colère, irritabilité, stress, nervosité, dépression, etc.). Certains auteurs comparent même l'ampleur des réactions à celles ressenties lors d'événements traumatiques.

Plus précisément, des études viennent confirmer l'existence d'une relation directe entre l'agression au travail et la santé. Notamment, les résultats de l'étude de Budd, Arvey et Lawless (1996) démontrent un lien entre l'agression au travail et la santé mentale. De plus, Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) dégagent aussi des conclusions appuyant une relation significative entre les formes d'agressions en milieu de travail et des effets négatifs sur le bien-être individuel

tels que des symptômes de tension et d'épuisement. En outre, les recherches de Rogers et Kelloway (1997), Schat et Kelloway (2000, 2003), Barling, Rogers et Kelloway (2001) et Leblanc et Kelloway (2002) obtiennent des résultats confirmant une relation significative entre l'agression au travail et les conséquences sur le bien-être physique et mental que ce soit par l'intermédiaire ou non de la peur de futures agressions. Enfin, les études sur le harcèlement sexuel menées par Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), Schneider, Swan et Fitzgerald (1997) et Mueller, De Coster et Estes (2001) obtiennent des résultats venant appuyer l'hypothèse qu'il existe une relation entre le harcèlement sexuel au travail et la santé mentale. Seule l'étude de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) confirme une relation entre le harcèlement sexuel et la santé physique. Ainsi, nous sommes en mesure de croire que les hypothèses suivantes sont bien fondées et que nous devrions observer, dans notre étude, des résultats similaires à ces recherches. Afin de mesurer adéquatement les effets des agressions au travail sur la santé mentale, nous utiliserons la détresse psychologique comme indicateur. Quant à la santé physique, nous regarderons certains problèmes de santé habituellement associés aux agressions en milieu de travail.

H1 : La violence physique sera associée positivement à la détresse psychologique.

H2 : L'intimidation sera associée positivement à la détresse psychologique.

H3 : Le harcèlement sexuel sera associé positivement à la détresse psychologique.

H4 : La violence physique sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

H5 : L'intimidation sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

H6 : Le harcèlement sexuel sera associé positivement aux problèmes de santé physique.

H7 : La violence physique sera associée négativement à la perception des individus de leur santé.

H8 : L'intimidation sera associée négativement à la perception des individus de leur santé.

H9 : Le harcèlement sexuel sera associé négativement à la perception des individus de leur santé.

Les trois dernières hypothèses concernent le rôle du soutien social dans la relation entre l'agression et la santé. L'utilisation de cette variable modératrice a été inspirée par l'étude de Leather, Beale, Cox et Dickson (1998) et Schat et Kelloway (2003). Leurs résultats démontrent que le soutien social dont dispose l'individu permet effectivement d'améliorer les conséquences négatives de l'agression au travail. Toutefois, ce soutien social doit être organisationnel. Dans l'étude de Leather, Beale, Cox et Dickson (1998), le soutien social généré par la famille et les amis n'a pas permis de réduire les effets néfastes vécus par les victimes d'agression au travail et ce, malgré le fait que le soutien social hors travail ait été plus élevé que celui disponible dans l'entreprise. Ceci pourrait vouloir dire que le soutien social doit provenir de la même source ou du même environnement que l'agent stressant pour avoir un effet modérateur sur les conséquences

engendrées par cette source de stress (Beehr, 1995). Suivant cette logique, le soutien social organisationnel serait plus en mesure de réduire les effets négatifs de l'agression au travail que le soutien social hors travail.

D'autre part, la recherche menée par Mueller, De Coster et Estes (2001) s'intéresse aussi au soutien social, mais elle l'introduit comme variable indépendante. L'étude conclut que le soutien social organisationnel permet de réduire les risques de harcèlement sexuel dans l'organisation. Ce soutien provenant des collègues de travail et des superviseurs donne aux individus une impression de pouvoir et d'engagement envers la protection de tous et de soi-même contre le harcèlement sexuel. Même si la variable soutien social est utilisée comme variable indépendante, ces résultats nous démontrent l'impact que peut produire le soutien social dans un contexte d'agression en milieu de travail.

Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a trouvé d'effet modérateur engendré par le soutien social hors travail dans la relation entre l'agression et la santé. Cependant, compte tenu que les résultats concernant l'effet modérateur du soutien social organisationnel sont concluants, nous croyons que le soutien social hors travail pourrait aussi engendrer des résultats similaires. Le soutien de la famille et des amis pourrait être tout aussi bénéfique pour l'individu victime d'agression au travail que celui provenant de l'organisation. Ce soutien pourrait lui permettre de parler de ce qu'il a vécu, ce qu'il ressent et ainsi lui donner la chance de ventiler certains sentiments négatifs tout comme cela est fait auprès d'un collègue de travail ou d'un supérieur. Les conséquences négatives (détresse psychologique et symptômes physiques) engendrées lors d'agressions en milieu de travail pourraient

être ainsi atténuées. Cependant, le nombre très restreint d'études utilisant cette variable nous empêche de pouvoir juger adéquatement de l'impact réel qu'elle peut avoir. Enfin, il convient de rappeler que l'étude de Leather, Beale, Cox et Dickson (1998) ne s'appuie que sur un échantillon de personnes ayant été exposées à des agressions au travail. Aucune d'entre elles n'est une victime directe de ces agressions. Nous pouvons donc remettre en question leurs résultats. En conséquence, il serait pertinent de tester l'impact du soutien social hors travail auprès d'un échantillon de personnes ayant été directement victimes d'agression en milieu de travail. C'est pour ces raisons que nous proposons les hypothèses suivantes dans notre étude sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé.

H10 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et la détresse psychologique. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et la détresse psychologique.

H11 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et les problèmes de santé. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et les problèmes de santé.

H12 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et la perception des individus

de leur santé. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et la perception des individus de leur santé.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre présente les différentes caractéristiques de l'étude. Ensuite, nous exposerons le plan d'observation et le plan d'analyse.

3.1 Caractéristiques de l'étude

L'étude du phénomène d'agression au travail peut se faire de plusieurs façons en utilisant différents types d'approches. Nous avons choisi d'effectuer la présente étude selon une approche bien précise que nous allons maintenant exposer. Pour ce faire, nous allons décrire l'étude, son but, sa visée, son approche et la nature des données utilisées.

3.1.1 Le but de l'étude

Cette étude de l'agression au travail se veut une recherche de type fondamental. Elle s'intéresse à un phénomène directement en lien avec la discipline des relations industrielles et a pour but de faire avancer la théorie dans ce domaine. Contrairement à la recherche appliquée, nous ne tenterons pas de régler un problème pratique de la réalité. Nous essayerons plutôt d'en comprendre son fondement.

L'agression en milieu de travail est un phénomène de plus en plus présent dans les entreprises et touche tous les paliers de la hiérarchie. Les conséquences

peuvent être désastreuses pour l'organisation qui fermera les yeux sur cette problématique. Ces conséquences entraînent de nombreux coûts financiers et humains comme de l'absentéisme, des problèmes de santé, une détérioration du climat de travail, une perte de ressources humaines, etc. L'étude de l'agression au travail touche de près différents domaines au cœur des relations industrielles tels que la santé et la sécurité au travail et la gestion des ressources humaines. C'est pourquoi nous orientons notre étude sur ce sujet.

3.1.2 La visée de l'étude

Tout d'abord, ce travail de recherche est à caractère explicatif, car il vise à cerner la force de la relation entre les formes d'agression au travail et la force de ses impacts sur la santé des individus. Cependant, elle n'est pas descriptive, car nous ne cherchons pas simplement à faire l'état d'une situation. Nous voulons avant tout, découvrir s'il existe une réelle relation entre l'agression au travail et la santé mentale et physique.

Par ailleurs, cette recherche est explicative et prédictive parce qu'elle offre un modèle d'analyse permettant d'expliquer et de prédire la relation entre l'agression au travail et ses conséquences. Elle nous donnera l'opportunité de dégager des résultats permettant de prédire les conséquences des comportements agressifs sur la santé des travailleurs et de voir l'impact des certaines actions afin de modérer les effets néfastes.

Malgré que l'agression au travail est un sujet relativement nouveau, ce travail de recherche n'est pas exploratoire, car l'étude de ce phénomène est bien documentée. Même si plusieurs auteurs affirment qu'il manque de recherches empiriques concernant ses déterminants et conséquences sur l'individu (Barling 1996 ; Schat et Kelloway 2000), les données disponibles sont suffisantes pour faire un bon portrait de la situation et donner des pistes valables de recherches. Notamment, les recherches de Kelloway et de ses collaborateurs (1997, 2000, 2002 et 2003) ainsi que le modèle de stress appliqué à l'étude de l'agression (Barling, 1996), explorent les pistes principales en matière d'agression au travail.

3.1.3 L'approche favorisée

Dans le cadre de cette recherche, nous utiliserons l'approche hypothético-déductive. Regardons de plus près en quoi elle consiste.

La construction part d'un postulat ou concept postulé comme modèle d'interprétation ou phénomène étudié. Ce modèle génère, par un travail logique, des hypothèses, des concepts et des indicateurs auxquels il faudra rechercher des correspondants dans le réel (Quivy et Campenhoudt, 1995).

Nous avons utilisé cette méthode pour l'étude de l'agression au travail, car nous partons de connaissances et de théories déjà documentées dans la littérature qui nous permettent de développer notre propre modèle. Effectivement, des recherches ont déjà exploré le phénomène d'agression au travail et nous guident pour l'élaboration de nos propres postulats et hypothèses sans avoir à faire d'observation

préalable de la réalité. Notamment, nous nous inspirons des études de Barling (1996), Barling, Rogers et Kelloway (2001), Budd, Arvey et Lawless (1996), Leblanc et Kelloway (2002), Muller, Coster et Estes (2001), Rogers et Kelloway (1997), Schat et Kelloway (2000 et 2003) et plusieurs autres, qui ont analysé, sous une forme ou une autre, la relation entre l'agression au travail et ses conséquences. Donc, à partir des données et résultats obtenus lors de recherches précédentes, nous sommes en mesure d'établir un modèle de recherche et des hypothèses pertinentes, ainsi que de définir nos concepts et indicateurs.

3.1.4 La nature des données

Compte tenu que l'agression au travail est un sujet observable à l'aide d'enquêtes, la majorité des études disponibles dans la littérature est empirique et l'analyse des données est quantitative. Notre recherche ne fait pas exception et utilisera des données exclusivement quantitatives qui seront analysées statistiquement. Ces données ont été recueillies par Santé Québec lors de l'enquête sociale et de santé (1998) effectuée auprès d'un échantillon représentatif des ménages provenant de la population québécoise.

3.1.5 Le type de recherche

Il y a très peu d'études empiriques longitudinales axées sur le processus examinant les conséquences de l'agression au travail. Notre recherche ne fait pas exception à l'approche majoritaire. L'enquête sur laquelle nous basons notre étude, trace un portrait de la situation québécoise en matière de violence au travail tel que

vécu au cours d'une seule année seulement. Ainsi, notre recherche est axée sur le contenu. Elle fait en quelque sorte un examen transversal du phénomène en l'étudiant à un moment et à un endroit donné.

3.2 Le plan d'observation

Maintenant que nous avons élaboré notre modèle d'analyse, défini nos hypothèses et nos variables, il convient maintenant d'opérationnaliser ces variables afin de tester nos hypothèses. Pour ce faire, nous avons déterminé la structure de preuve, le niveau d'analyse, l'échantillon à observer, choisi une méthode de collecte de données, exposerons notre instrument d'observation, s'assurerons de la validité de la recherche et définirons nos indicateurs ainsi que leur mesure. Voyons ensemble chacun de ces éléments.

3.2.1 Structure de la preuve

Ce travail de recherche est fondé sur les données existantes de l'enquête sociale et de santé (1998) menée par Santé Québec. Les données étudiées ici proviennent directement des résultats obtenus lors de ce sondage questionnaire effectué auprès de la population québécoise.

3.2.2 Niveau d'analyse

Dans cette enquête, le niveau d'analyse est l'individu. Peu d'études sur l'agression au travail se sont penchées sur la situation canadienne et encore moins concernant les répercussions de cette violence sur la population québécoise. C'est pourquoi nous avons choisi d'explorer ce champ.

3.2.3 Population, unité d'analyse et échantillonnage

La population visée par l'enquête sociale et de santé (1998) couvre 97,3% de l'ensemble de la population québécoise. C'est celle habitant l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuite (2,7%). Un ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel ailleurs. L'unité d'analyse est chaque personne de plus de 15 ans habitant ce lieu de résidence privé.

Afin de déterminer quelles personnes seraient interrogées, Santé Québec a procédé à un échantillonnage des ménages admissibles sur le territoire du Québec. L'ensemble du territoire a été découpé en petites aires géographiques appelées unités primaires d'échantillonnage (UPE). L'échantillon a été sélectionné en deux étapes. Tout d'abord, un échantillon aléatoire d'UPE a été choisi avec probabilités proportionnelles au nombre de ménages privés recensés en 1991. Ensuite, Santé Québec a procédé à l'énumération des logements privés pour établir une liste

exhaustive des logements appartenant à chaque UPE sélectionnée. Puis, les logements ont été tirés de façon systématique à partir d'un point de départ aléatoire. Ainsi, l'échantillon est représentatif de la population québécoise sur le plan du sexe, de l'âge des participants et de la distribution géographique du lieu de résidence.

La taille de l'échantillon a été déterminée à 15 330 logements. À ce nombre sont venus s'ajouter 79 autres logements ayant été découvert lors de la collecte des données et 1 292 autres logements ont été retranchés, car ils n'étaient pas admissibles lors de l'enquête. Au total, 14 117 ménages ont été admissibles à l'enquête et sur ce nombre, 11 986 ont répondu au questionnaire informatisé rempli par l'intervieweur (QRI) en présence de celui-ci. Ces ménages abritaient un total de 30 386 individus de tous âges dont 24 127 d'entre eux étaient âgés de 15 ans et plus, donc admissibles au questionnaire auto-administré (QAA). Cependant, seulement 20 773 d'entre eux y ont répondu. Donc, au total, 30 386 personnes ont répondu au QRI et 20 773 personnes ont répondu au QAA. Le taux de réponse au QRI est de 82% et de 84% pour le QAA.

En ce qui concerne l'échantillon visé par notre travail de recherche, il est composé seulement des personnes ayant été en situation d'emploi au cours des douze derniers mois précédant leur entrevue. Cela représente 11 717 personnes du nombre total de répondants à l'enquête de Santé Québec (1998). De cette façon, nous excluons les étudiants, les personnes aux foyer, les retraités et les chômeurs. De cet échantillon de 11 717 personnes, nous avons retiré les valeurs manquantes pour obtenir un échantillon final de 10 769 personnes. Malgré le fait que nous

utilisons un échantillon composé seulement de personnes en emploi, celui-ci demeure représentatif de la population totale québécoise sur quant à l'âge, au sexe des répondants et à la distribution géographique du lieu de résidence.

3.2.4 Méthode de collecte de données

L'enquête de Santé Québec s'est déroulée de janvier 1998 à décembre 1998 afin de tenir compte du caractère saisonnier des problèmes de santé et de certains comportements reliés aux habitudes de vie. L'intervieweur devait faire une liste des logements privés situés sur le territoire déterminé au moment de l'enquête. Dans chaque ménage sélectionné, une entrevue assistée par ordinateur, à l'aide du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) a été effectuée avec un répondant clé. Le répondant-clé est une personne âgée de 18 ans et plus qui répond au nom des autres occupants du même ménage aux questions contenues dans le QRI. Un montant de 15\$ lui était alloué pour sa participation. De plus, un questionnaire auto-administré (QAA) a été rempli par toutes les personnes de 15 ans et plus du même ménage.

Chaque personne devait remettre à l'intervieweur le questionnaire rempli et placé dans une enveloppe cachetée. Lorsqu'un membre du ménage n'était pas présent au logement sélectionné, l'intervieweur devait tenter, au moins à six reprises, d'établir le contact en prenant soin de varier l'heure et le jour de ses tentatives. Les ménages où aucune personne ne pouvait s'exprimer en français ou en anglais et ainsi ne pouvaient pas répondre au questionnaire rempli par

l'intervieweur (QRI) ou au questionnaire auto-administré (QAA), étaient exclus de l'échantillon.

Enfin, la gestion de la collecte de données a été confiée au Groupe Léger et Léger inc. Toutefois, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a été associé de près à chacune des étapes de la réalisation de la collecte de données et a assuré un contrôle régulier des activités.

3.2.5 Instrument d'observation

Les instruments de l'enquête ont été élaborés par Santé Québec avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les outils principaux, le questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) et le questionnaire auto-administré (QAA), ont été repris des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, mais adaptés aux besoins de l'enquête sociale et de santé (1998).

Le QRI débute par une section d'identification. Celle-ci contient des renseignements administratifs et permet d'établir la liste des membres du ménage et leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté aux fins de l'entrevue. Après cette section, on recueille des renseignements portant sur chacun des membres de la maisonnée auprès d'un informateur clé. Ce dernier devait être âgé d'au moins 18 ans et être en mesure de répondre à des questions sur la santé pour chacun des membres du ménage. Les thèmes présents sont l'incapacité et la limitation d'activité, les recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, etc.

Quant au QAA, celui-ci est destiné à toutes les personnes de 15 ans et plus du ménage et comporte des questions sur la perception de l'état de santé, les habitudes de vie, l'autonomie décisionnelle au travail, diverses manifestations liées à la santé mentale et au suicide, l'environnement de soutien, la famille, etc.

Les thèmes abordés dans le QRI et le QAA sont nombreux et les mêmes que dans les enquêtes des années antérieures. Toutefois, pour l'utilité de notre travail, nous nous intéresserons qu'aux thèmes touchant directement l'agression au travail, c'est-à-dire l'intimidation, le harcèlement sexuel, la violence physique et ses éventuelles répercussions sur la santé (la détresse psychologique, les problèmes de santé physique et la perception des individus de leur santé). De plus, nous utiliserons les résultats obtenus aux questions portant sur l'environnement de soutien social et les variables que nous contrôlons (âge, sexe). Ces thèmes sont abordés séparément, soit dans le QRI ou le QAA. Ainsi, toutes les informations relatives à ce travail de recherche se retrouvent dans les deux questionnaires.

3.3 Validité de l'étude

Nous allons aborder dans cette section les deux aspects distincts de la validité de la présente étude, soit la validité interne et la validité externe afin de juger de la solidité de notre démarche scientifique.

3.3.1 Validité interne

En général, Santé Québec a gardé le même libellé des questions ayant été élaboré lors des précédentes éditions de cette enquête (1987 et 1992-1993) afin d'assurer la comparabilité des données entre les enquêtes. Certaines questions ont été changées ou abandonnées, mais seulement dans le but de rendre plus actuels les indicateurs utilisés. Toutefois, tous les changements ou ajouts étaient déjà validés, provenaient d'autres enquêtes populationnelles ou ont été approuvés par le comité d'orientation et le comité scientifique de l'enquête.

De plus, l'informatisation du questionnaire de l'intervieweur a été confiée à la firme INFO 01. L'ISQ a été associé étroitement à chacune des étapes de la réalisation et de la validation de l'instrument informatisé.

Par ailleurs, compte tenu de la nouveauté que constituait, pour la majorité des intervieweurs, la manipulation des ordinateurs, le transfert de données par voie de modem et l'utilisation du QRI informatisé, Santé Québec a procédé à un pré-test de la formation et des procédures de collecte de données. Ce pré-test a été effectué en 1997 par la firme de sondage Groupe Léger et Léger inc. auprès de 251 ménages québécois. Ceci a permis d'apporter les dernières corrections aux instruments d'enquête.

Enfin, pour le QAA et le QRI, les premières vérifications du contenu des questionnaires ont été effectuées par la firme de sondage le Groupe Léger et Léger inc. De surcroît, un minimum de 10% des ménages de chaque intervieweur ont fait

l'objet d'une entrevue de contrôle par les intervieweurs de l'équipe téléphonique en vue de vérifier la qualité des renseignements recueillis au domicile des répondants.

3.3.2 Validité externe

Nous croyons que nous pourrions généraliser nos résultats avec l'ensemble de la population québécoise en situation d'emploi parce que l'échantillon utilisé est représentatif de la population en générale. Toutefois, nous avons des doutes quant au transfert et à la réappropriation de nos résultats pour l'étude et l'avancement d'autres terrains. Nous pensons que la culture de la population de notre échantillon risque d'influencer considérablement les résultats et ainsi être difficilement comparables lors de l'étude d'autres pays ou cultures.

3.4 Mesure des variables

Dans cette partie, nous présentons sous forme de tableaux, les variables, le type de variables, les indicateurs et l'étendue de l'échelle permettant l'encodage des données. Ces tableaux permettent de comprendre la façon dont sont mesurées et opérationnalisées chacune des variables. Les données inscrites aux tableaux sont extraites des questionnaires (QAA et QRI) et des documents d'encodage de l'enquête sociale et de santé (1998) de Santé Québec. Nous débuterons par les variables indépendantes (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel), suivi des variables dépendantes (la santé mentale, la santé physique et la perception

de sa santé), la variable modératrice (le soutien social hors travail) et les variables de contrôle (âge et sexe). Selon les variables, le référent temporel est différent. Par exemple, pour les indicateurs de l'agression en milieu de travail, le référent temporel est « au cours des 12 derniers mois », alors que pour la détresse psychologique, le référent temporel est « au cours de la semaine dernière ». Ainsi, le référent temporel est adapté à la nature du phénomène.

Tableau VI : Les variables indépendantes - L'agression au travail

VARIABLES	TYPES DE VARIABLES	INDICATEURS (QAA ET QRI)	ÉTENDUE DE L'ÉCHELLE
1. La violence physique	Ordinale	Au cours des 12 derniers mois, au travail, avez-vous subi de la violence physique ?	1) Jamais 2) De temps en temps 3) Souvent 4) Très souvent
2. L'intimidation	Ordinale	Au cours des 12 derniers mois, au travail avez-vous subi de l'intimidation ?	1) Jamais 2) De temps en temps 3) Souvent 4) Très souvent
3. Le harcèlement sexuel	Ordinale	Au cours des 12 derniers mois, au travail avez-vous été l'objet de parole ou de gestes à caractère sexuel non désirés ?	1) Jamais 2) De temps en temps 3) Souvent 4) Très souvent

Tableau VII : Les variables dépendantes – La santé

VARIABLES	TYPES DE VARIABLES	INDICATEURS (QAA ET QRI)	ÉTENDUE DE L'ÉCHELLE
1. Santé mentale (détresse psychologique)	Nominale (dichotomique)	A quelle fréquence au cours de la semaine dernière... 1) Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ? 2) Senti(e) seul(e) ? 3) Eu des blancs de mémoire ? 4) Senti(e) découragé(e) ou eu les bleus ? 5) Senti(e) tendu(e) ou sous pression ? 6) Laissé(e) emporté(e) contre quelqu'un ou quelque chose ? 7) Senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ? 8) Ressenti des peurs ou craintes ? 9) Eu des difficultés à vous souvenir des choses ? 10) Pleuré facilement ou sur le point de pleurer ? 11) Senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ? 12) Senti(e) négatif(ve) envers les autres ? 13) Senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ? 14) Fâché(e) pour des choses sans importance ?	Échelle de détresse psychologique (PSI) 0 = Bas à moyen 1 = Élevé

2. Santé physique (problèmes de santé physique)	Continue	Prévalence des problèmes de santé 1) Rhume des foins 2) Autres allergies 3) Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme 4) Hypertension 5) Ulcères d'estomac 6) Autres troubles digestifs 7) Migraines ou maux de tête fréquents	La somme des problèmes de santé physique (de 0 à 7)
3. Perception de sa santé	Ordinale	Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...	1) Moyenne à Mauvaise 2) Bonne 3) Très bonne 4) Excellente

Concernant les indicateurs de santé mentale, le Québec dispose de peu de données permettant d'estimer la santé mentale de l'ensemble de la population. Les enquêtes de Santé Québec permettent de dépasser les données d'utilisation des services et d'apprécier la santé mentale des québécois. Lors de l'enquête sociale et de santé (1998), une estimation indirecte de la santé mentale des Québécois a été effectuée, principalement à l'aide de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14). Cet indice permet de mesurer le niveau de détresse psychologique de la population (Enquête sociale et de santé, 1998). Le niveau de détresse psychologique « sévère » dans la population a été déterminé en référence à des normes publiées par Boyer, Prévillle, Légaré et Valois (1993) (Réseau de santé mentale FRSQ).

Par la suite, l'analyse permet de caractériser les personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique ainsi que de mesurer certaines conséquences de cet état. En somme, l'indice de détresse psychologique de Santé Québec permet de mesurer l'état de la santé mentale de la population québécoise (Enquête sociale et de santé, 1998). L'IDPESQ ne permet pas de déterminer la présence de troubles psychiatriques spécifiques. Il mesure une symptomatologie non spécifique que plusieurs chercheurs désignent «détresse psychologique» (Réseau de santé mentale FRSQ).

Cet indice est une adaptation du «Psychiatric Symptom Index», développé et validé par Ilfeld (1976 et 1978) (Enquête sociale et de santé, 1998). Le «Psychiatric Symptom Index», devenu après traduction «l'échelle de détresse psychologique de l'enquête de Santé Québec» provient du HSCL mis au point par Derogatis. Il contient 28 questions présentant le poids le plus élevé sur les facteurs dépression, anxiété, irritabilité et problèmes cognitifs. Ilfeld ajoute un item portant sur le sentiment de solitude. Le «Psychiatric Symptom Index» est finalement constitué de 29 items associés aux états dépressifs, aux états anxieux, à certains troubles cognitifs et d'agressivité. Le répondant mentionne qu'il a rencontré, au cours de la dernière semaine, les symptômes décrits par le biais d'une échelle de 4 points variant de 1 (jamais) à 4 (très souvent). L'IDPESQ-14 est une version abrégée de l'échelle de détresse psychologique tirée de l'enquête de Santé Québec (IDPESQ-29). Elle contient 14 items (Réseau québécois de la recherche sur le vieillissement).

L'IDPESQ14 appartient à une famille d'échelles qui postulent l'existence d'un continuum de santé/maladie mentale, avec à une extrémité la réaction de tristesse normale et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman, 1989, 1990 ; Gold, 1990 ; cités dans l'enquête sociale et de santé, 1998). Cet indice n'a pas été conçu pour distinguer l'ensemble des psychopathologies. Il s'agit plutôt d'une mesure non spécifique qui recouvre deux des plus importants syndromes observés en santé mentale : la dépression et l'anxiété (Enquête sociale et de santé, 1998).

Les études épidémiologiques menées à l'aide de mesures de détresse psychologique fournissent des résultats relativement stables. Approximativement 15% à 20% de la population générale présente un problème de détresse psychologique sévère (Ilfeld, 1978 ; Kaplan et autres, 1987 ; Link et Dohrenwend, 1980 ; Prévile, 1995 ; Robins et Regier, 1991 ; Tousignant, 1992 ; cités dans l'Enquête sociale et de santé, 1998). C'est donc en référence à ces résultats que le seuil de sévérité de l'IDPESQ14 a été fixé au 80^e percentile de la distribution des valeurs obtenues à cet indice lors de l'enquête Santé Québec, 1987 (Boyer et autres, 1993 ; cité dans l'Enquête sociale et de santé, 1998). Donc, la variable détresse psychologique a été recodée de manière dichotomique afin de refléter cette réalité en plus du fait que cette variable ne présente pas une distribution normale. Les répondants ont été divisés en deux catégories : ceux présentant un niveau faible à moyen de détresse psychologique et ceux présentant un niveau élevé de détresse suivant le point de séparation défini par Santé Québec.

Les résultats des analyses touchant la fiabilité de l'IDPESQ14 suggèrent une consistance interne appréciable de l'échelle (alpha de Cronbach de 0,92). De plus, les questions portent sur les sentiments ressentis au cours de la dernière semaine et non sur les derniers mois. Les résultats qui seront générés seront d'autant plus fiables.

Concernant les symptômes physiques choisis pour mesurer la santé physique des répondants, ceux-ci proviennent directement de l'enquête sociale et de santé, 1998 de Santé Québec. La manière de colliger les données sur les problèmes de santé est la même que celle utilisée dans l'enquête Santé Québec de 1987, qui était calquée sur la méthode employée pour analyser les données de l'enquête Santé Canada de 1978. Elle consiste à réunir, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Dans l'ensemble, les problèmes déclarés peuvent être des maladies ou des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Dans environ 80% des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin. Cette information provient des réponses obtenues pour environ 90% des problèmes de santé. Chaque problème de santé déclaré est codé selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1997, cité dans l'enquête sociale et de santé, 1998). En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont été regroupés en 31 catégories incluant la catégorie «autres» qui regroupe les problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population (Enquête sociale et de santé, 1998).

Il faut rappeler que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une personne-clé devait répondre aux questions sur la santé du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) pour l'ensemble des membres du ménage sélectionné. Une sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible (Enquête sociale et de santé, 1998).

Pour les besoins de cette étude, nous ne retenons que les indicateurs de santé pertinents à notre objet de recherche, c'est-à-dire les symptômes physiques susceptibles d'avoir un lien avec l'agression au travail. Ce choix n'a pas été fait aléatoirement. Il est basé principalement sur les indicateurs utilisés dans la littérature sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé. Notamment, nous avons repris de nombreux indicateurs du «Health Survey» élaboré par Spence, Helmreich et Pred (1987). Parmi ces indicateurs, nous retrouvons des items concernant les problèmes de digestion, les maux de tête et les problèmes respiratoires. Ce choix a aussi été fait en fonction des indicateurs mesurés dans l'enquête sociale et de santé (1998) par Santé Québec. Cela explique pourquoi nous n'utilisons que 7 indicateurs de santé physique.

De façon générale, on peut s'attendre à une augmentation de la prévalence de la morbidité déclarée liée aux problèmes de santé, en particulier de celle liée à des problèmes de longue durée, et ce, en raison du vieillissement de la population. Nonobstant cette réalité démographique, certains problèmes de santé sont susceptibles d'évoluer dans le temps, soit à la hausse soit à la baisse, en raison de changements dans les niveaux d'exposition à des facteurs environnementaux, de modifications dans les habitudes de vie, de l'accroissement de la performance des

procédures diagnostiques et d'une plus grande efficacité des interventions préventives et thérapeutiques (Enquête sociale et de santé, 1998).

Quant à la perception des répondants face à leur santé en général, cette perception ou auto-évaluation constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie, donc des aspects objectifs et subjectifs de la santé. Cet indicateur est considéré comme fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions spécifiques de la santé établies par de nombreuses études (Santé Québec, 1988 ; Shadbolt, 1997 ; cités dans l'enquête sociale et de santé, 1998)

Tableau VIII : La variable modératrice – Le soutien social hors travail

VARIABLE	TYPE DE VARIABLE	INDICATEURS (QAA et QRI)	ÉTENDUE DE L'ÉCHELLE
1. Soutien social hors travail	Ordinale (continue)	<p>Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ?</p> <p>S'il en est ainsi, combien de personnes ?</p> <p>Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e) ?</p> <p>S'il en est ainsi, combien de personnes ?</p>	<p>0) Non 1) Une 2) Deux 3) Trois 4) Quatre 5) Cinq et plus</p>

		<p>Y a-t-il dans votre entourage (vos ami(e)s ou votre famille) quelqu'un de qui vous vous sentez proche et qui vous démontre de l'affection ?</p> <p>S'il en est ainsi, combien de personnes ?</p>	
--	--	---	--

L'opérationnalisation de la variable modératrice a été faite de manière à savoir combien de personnes l'individu interrogé pouvait avoir recours en cas de besoin. Pour ce faire, nous avons calculé la moyenne du nombre de ces personnes-ressources afin de déterminer l'étendue du soutien social hors travail disponible pour chaque répondants. Ainsi, les réponses varieront de 0 à 5 personnes-ressources.

Tableau IX : Les variables de contrôle

VARIABLES	TYPES DE VARIABLES	INDICATEURS (QAA ET QRI)	ÉTENDUE DE L'ÉCHELLE
1. Sexe	Nominale (dichotomique)	Quel est votre sexe ?	0) Homme 1) Femme
2. Âge	Ordinale (continue)	Nombre d'années de vie ?	1) 15 à 17 ans 2) 18 à 19 ans 3) 20 à 24 ans 4) 25 à 29 ans 5) 30 à 34 ans 6) 35 à 39 ans 7) 40 à 44 ans 8) 45 à 49 ans 9) 50 à 54 ans 10) 55 à 59 ans 11) 60 à 64 ans 12) 65 à 69 ans

3.5 Plan d'analyse

En ce qui concerne les analyses, la préparation des données a été effectuée par Santé Québec. Les données des deux questionnaires (QRI et QAA) ont été colligées, informatisées et vérifiées. Nous allons plutôt nous attarder à l'analyse des résultats. Pour ce faire, nous commençons par des analyses descriptives univariées afin d'examiner la distribution des variables et d'obtenir une description des répondants qui composent notre échantillon. Nous faisons ressortir la moyenne, l'écart-type, la médiane, le minimum et maximum et les distributions de fréquences.

Ensuite, nous évaluons l'existence de relations significatives entre les variables de notre modèle d'analyse ainsi que la force des relations entre elles. Nous tentons ainsi de voir s'il existe effectivement une relation entre les formes d'agression au travail (violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et la santé mentale (détresse psychologique) ainsi que la santé physique (problèmes de santé physiques). Bien entendu, nous utilisons des mesures d'associations différentes selon le type de variable en étude. Nous générerons des tableaux de corrélations et procéderons à des analyses de variance.

Finalement, nous effectuons des analyses multivariées dans le but d'obtenir l'effet net des variables en relation avec les variables dépendantes. À l'aide de cette forme d'analyse, nous tentons de savoir si le soutien social a un effet modérateur entre les formes d'agressions au travail et la santé. Nous utilisons des techniques différentes, dont la régression linéaire hiérarchique et la régression

logistique. Toutes ces analyses seront exécutées à l'aide du logiciel informatique SPSS. Celles-ci nous permettront ultimement de vérifier nos hypothèses de recherche et de pouvoir en dégager des conclusions pertinentes.

Afin d'être en mesure d'effectuer ces analyses univariées, bivariées et multivariées, nous avons utilisé la pondération déterminée par Santé Québec. Tel que décrit dans l'enquête sociale et de santé 1998, la pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur, un poids, qui correspond au nombre de personnes qu'il représente dans la population, pour chacun des instruments de collecte de l'enquête. Chaque répondant s'est donc vu attribuer des facteurs de pondérations différents au QRI (questionnaire rempli par l'intervieweur) et au QAA (questionnaire auto-administré). Toutefois, compte tenu que nos variables proviennent principalement du QAA, c'est la pondération de ce questionnaire qui est retenue.

Dans le cas de l'enquête sociale et de santé 1998, le calcul du poids du répondant à un questionnaire s'est fait en trois étapes. Dans un premier temps, un poids initial a été établi pour tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population étudiée. Ce poids est défini par l'inverse de la probabilité de sélection du ménage.

Ce poids initial a ensuite été ajusté pour tenir compte de la non-réponse totale au questionnaire. Pour le QAA, des classes d'ajustement ont été définies à l'aide d'une méthode de modélisation par segmentation de la probabilité de répondre. Pour ce faire, l'algorithme CHAID (Chi-Square Automatic Interaction Detection /

détection automatique d'interaction du khi deux) mis au point par Kass (1980) a été utilisé. La construction des classes d'ajustement pour la non-réponse totale au QAA a été faite séparément pour chacune des régions sociosanitaires. Bien que le modèle pouvait différer d'une région à une autre, des variables comme «être ou non le répondant clé du ménage», «avoir ou non consommé des médicaments prescrits», la période de collecte, le lieu de naissance, le groupe d'âge et le sexe ont souvent été liées au fait de répondre ou non.

La troisième étape de la pondération permet de s'assurer que la distribution des répondants selon l'âge, le sexe et la région sociosanitaire, est conforme à celle de la population visée par l'enquête. Les données utilisées pour cet ajustement proviennent des estimations de la population vivant en ménages privé tenant compte du sous-dénombrement au recensement canadien de 1996, à partir desquelles, la Direction des statistiques sociales et démographiques de l'ISQ (institut de la statistique du Québec) a fait une projection pour l'année 1998.

Pour le QAA, un simple facteur d'ajustement a servi de multiplicateur pour les poids de tous les répondants appartenant à un même groupe d'âge et ayant le même sexe à l'intérieur d'une région sociosanitaire donnée.

Il est à noter qu'à toutes les étapes de pondération, tant pour le QRI que pour le QAA, une attention particulière a été accordée aux poids extrêmes; des ajustements ont donc été faits pour ramener le plus possible les valeurs jugées aberrantes ou extrêmes à l'intérieur de limites raisonnables.

La pondération établie par Santé Québec nous assure que l'échantillon retenu est représentatif de la population de personnes en emploi. Cependant, la présence de valeurs manquantes dans la base de données est de nature à biaiser les analyses. Pour corriger ce problème, nous avons retiré les observations avec des valeurs manquantes sur l'une ou l'autre des variables à l'étude et corrigé la pondération pour refléter le nombre réel d'observations retenues. C'est donc le poids de Santé Québec que nous avons multiplié par le ratio suivant : la base de données épurée (10 769) divisé par le nombre d'observations pondéré (10 949). Bref, la pondération initiale a été ajustée pour tenir compte de la réduction du nombre d'observations suite à l'élimination en fonction des valeurs manquantes. Toutes les analyses ont été réalisées en fonction de ce nouveau poids. Soulignons aussi qu'elles ont toutes été réalisées avec la même taille d'échantillon ce qui facilitera la comparaison des analyses.

Finalement, en ce qui concerne les analyses bivariées, plus précisément pour les analyses de variances, les variables indépendantes et dépendantes n'ont pas été recodées (regroupées en catégories ou dichotomisées) afin de ne pas perdre d'informations et pour mieux observer les relations ainsi que parce que l'exigence de la normalité ne s'applique pas en ce qui concerne les analyses de variances.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

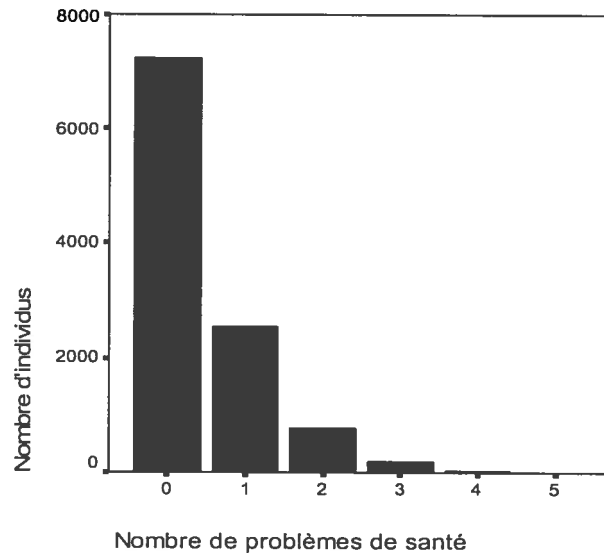
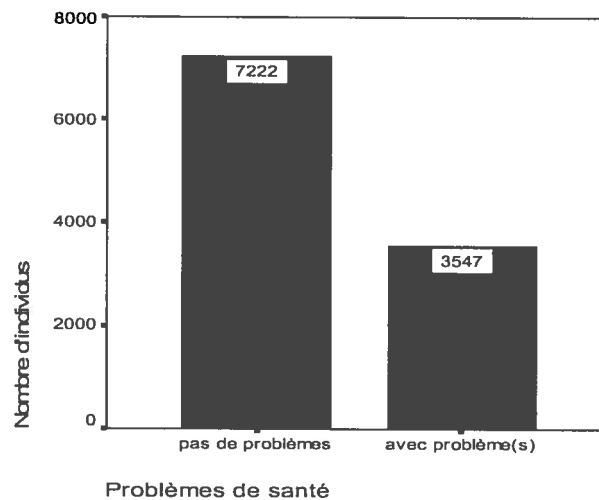
Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats découlant des analyses statistiques effectuées. Dans la première section, nous ferons ressortir et discuterons quelques faits marquants concernant les résultats des analyses descriptives des variables retenues. Ensuite, dans la deuxième section, nous exposerons les résultats des analyses bivariées. Finalement, une troisième section sera consacrée aux résultats des analyses multivariées.

4.1 Résultats des analyses descriptives

Les tableaux X, XI, XII et XIII exposés ci-dessous présentent les statistiques descriptives des variables dépendantes, indépendantes, modératrices et de contrôle. Ces tableaux nous permettront d'observer la distribution des résultats à l'aide d'informations telles que la valeur accordée aux réponses, les fréquences en termes de pourcentages, l'étendue, la moyenne et l'écart-type, selon le cas. Il nous sera ainsi possible de dresser le portrait descriptif des répondants qui composent notre échantillon et de faire ressortir certains faits marquants concernant la distribution de ces derniers pour certaines variables.

Tableau X : Analyses descriptives des variables dépendantes

Variables	Valeurs	n	%	Étendue		Moyenne	Écart-type
				Min	Max		
Santé mentale (détresse psychologique)	0 (Non) 1 (Oui)	8324 2445	77,3% 22,7%	—	—	—	—
Santé physique (symptômes)	0 (Non) 1 (Oui)	7222 3547	67,1% 32,9%	—	—	—	—
1 Rhume des foins	1 (Non) 2 (Oui) 9 (Ne sait pas)	9541 1220 8	88,6% 11,3% 0,1%	—	—	—	—
2 Autres allergies	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	9398 1358 14	87,3% 12,6% 0,1%	—	—	—	—
3 Emphysème/ bronchite/toux/ asthme	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	10330 439 0	95,9% 4,1% 0%	—	—	—	—
4 Hypertension	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	10271 493 0	95,4% 4,6% 0%	—	—	—	—
5 Ulcères d'estomac	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	10663 96 5	99,0% 0,9% 0,1%	—	—	—	—
6 Troubles digestifs	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	10533 233 3	97,8% 2,2% 0%	—	—	—	—
7 Migraines/ maux de tête fréquents	0 (Non) 1 (Oui) 9 (Ne sait pas)	9799 1970 0	91,0% 9,0% 0%	—	—	—	—
Nombre de problèmes de santé physique	0 problème 1 problème 2 problèmes 3 problèmes 4 problèmes 5 problèmes	7222 2550 772 188 31 5	67,1% 23,7% 7,2% 1,7% 0,3% 0,0%	—	—	0,45	0,74
Perception de sa santé	1 (Moyenne à mauvaise) 2 (Bonne) 3 (Très bonne) 4 (Excellente)	583 3550 4449 2187	5,4% 33,0% 41,3% 20,3%	1	4	2,77	0,83

Figure 4 : Nombre de problèmes de santé physique par individu**Figure 5 : Présence de problème(s) de santé physique chez les individus**

En ce qui a trait à la santé physique des répondants, nous remarquons que 67,1% des répondants n'ont aucun des problèmes de santé étudiés, tandis que 32,9% des répondants ont au moins un problème de santé. Parmi les problèmes de santé physique étudiés, les plus répandus sont les allergies (12,6%), le rhume des

foins (11,3%) et les migraines ou maux de tête fréquents (9,0%). L'hypertension (4,6%) vient juste après, suivi de l'emphysème/ bronchite/ toux/ asthme (4,1%), les troubles digestifs (2,2%) ainsi que les ulcères d'estomac (0,9%).

Figure 6 : Le niveau de détresse psychologique des répondants

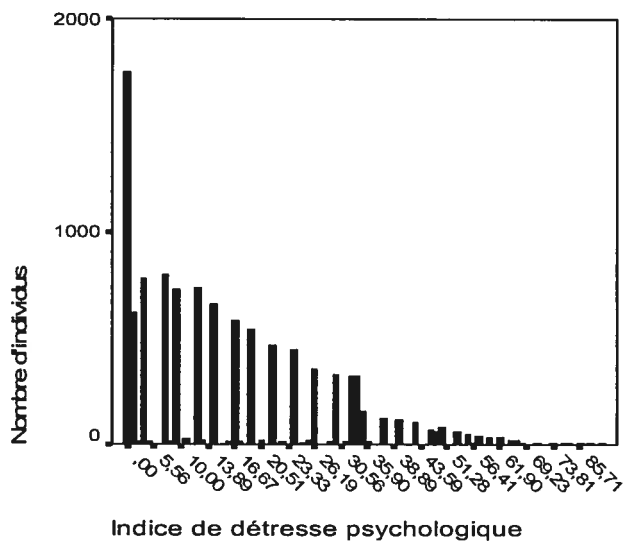
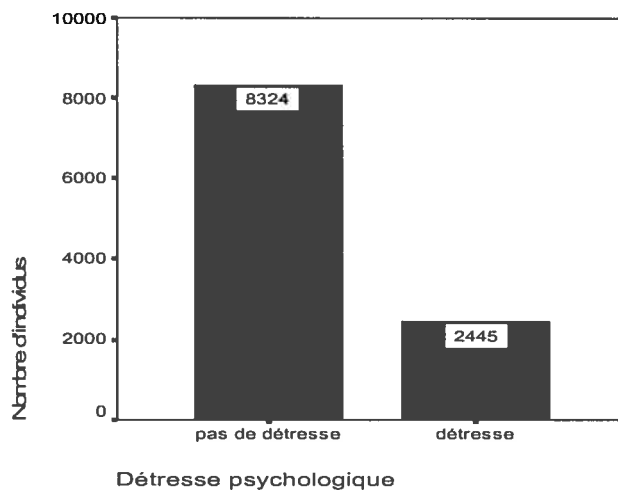
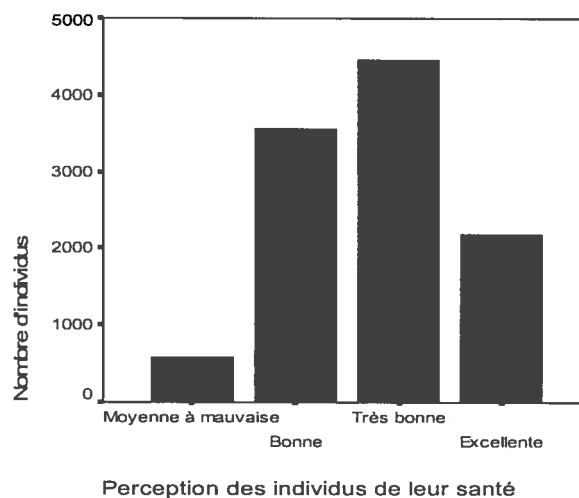


Figure 7 : Le niveau de détresse psychologique des répondants (catégorisé)



Afin de mesurer la santé mentale et physique des répondants, nous avons utilisé l'indice de détresse psychologique de Santé Québec ainsi que certains symptômes physiques énumérés au tableau X. En ce qui concerne la santé mentale, nous remarquons que près de 20% de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique. Ces personnes ont obtenu un score de 26,19 et plus selon l'indice de détresse psychologique de Santé Québec. Ceci indique qu'il s'agit bien d'un problème de santé publique d'une envergure considérable. La figure 6 présente la distribution des répondants, de façon continue, quant à leur niveau de détresse psychologique. La figure 7 présente la distribution des mêmes répondants lorsque que nous établissons une catégorie élevée de l'indice de détresse et une catégorie faible de l'indice de détresse psychologique en utilisant le point de séparation 26.19 tel que défini par Santé Québec.

Figure 8 : La perception des individus de leur santé



Par ailleurs, la majorité des répondants qualifie leur santé en général de bonne à excellente lorsqu'ils se comparent aux autres personnes de leur âge. Seulement 5,4% des individus interrogés considèrent leur santé comme étant moyenne à mauvaise.

Ces données concernant la santé mentale et physique vont nous permettre d'interpréter les résultats que nous obtiendrons lors des analyses bivariées et multivariées entre les variables d'agression en milieu de travail, de santé et de soutien social hors travail afin de dégager l'impact réel engendré par les différentes formes d'agressions au travail sur la santé physique et mentale.

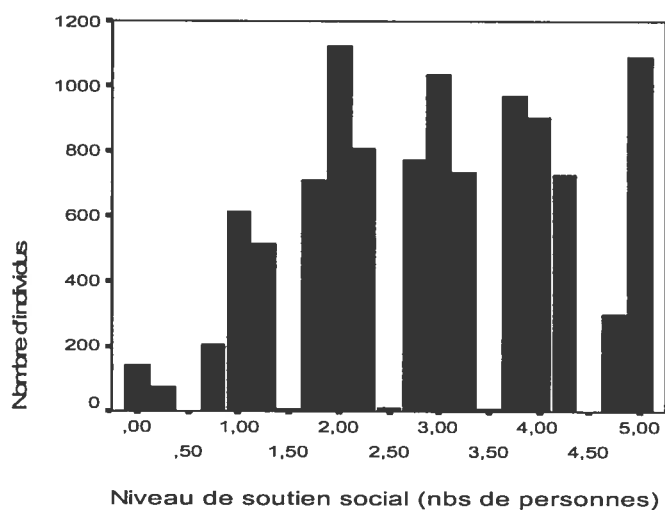
Tableau XI : Analyses descriptives des variables indépendantes

Variables	Valeurs	n	%	Étendue		Moyenne	Écart-type
				Min	Max		
Subi de la violence physique	0 (jamais)	10459	97,1%	—	—	—	—
	1 (temps en temps, assez souvent, tout le temps)	310	2,9%				
Subi de l'intimidation	0 (Jamais)	8864	82,3%	—	—	—	—
	1 (Temps en temps, assez souvent, tout le temps)	1906	17,7%				
Subi du harcèlement sexuel	0 (Jamais)	10280	95,5%	—	—	—	—
	1 (Temps en temps, assez souvent, tout le temps)	489	4,5%				

À la lumière du tableau XI, nous remarquons que peu de répondants affirment avoir subi une forme ou l'autre d'agression au travail. Ce constat est le même que dans les études présentées dans la revue de la littérature. Toutefois, l'intimidation semble être la forme d'agression la plus fréquente avec 17,7% des répondants disant en souffrir. Selon les données, les répondants en sont victimes cinq fois plus souvent que de violence physique et de harcèlement sexuel. Tel qu'avancé dans la littérature, cela peut être attribué au fait que l'intimidation précède souvent la violence physique. Ainsi, nous pouvons supposer que cette forme d'agression insidieuse pourrait avoir plus d'impact sur la santé des individus de par sa fréquence plus élevée et son caractère plus répétitif que la violence physique. Ces résultats viennent aussi réaffirmer l'importance de faire des études sur l'intimidation au travail.

Tableau XII : Analyses descriptives de la variable modératrice

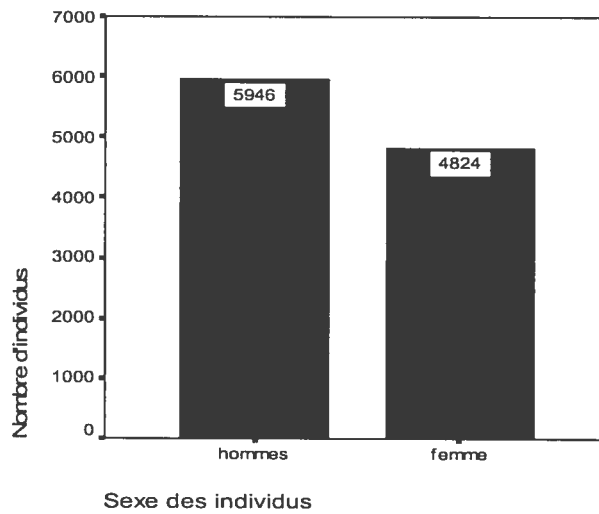
Variable	Valeurs	N	%	Étendue		Moyenne	Écart-type
				Min	Max		
Soutien social hors travail (Nombre d'amis, et membres de la famille disponibles)	0	145	1,3%	0	5	2,94	1,28
	0,33	76	0,7%				
	0,5	2	0,0%				
	0,67	208	1,9%				
	1	611	5,7%				
	1,33	514	4,8%				
	1,5	8	0,1%				
	1,67	708	6,6%				
	2	1125	10,4%				
	2,33	807	7,5%				
	2,5	14	0,1%				
	2,67	774	7,2%				
	3	1037	9,6%				
	3,33	735	6,8%				
	3,5	7	0,1%				
	3,67	971	9,0%				
	4	905	8,4%				
	4,33	728	6,8%				
	4,5	2	0,0%				
	4,67	302	2,8%				
5	1092	10,1%					

Figure 9 : Le niveau de soutien social hors travail des répondants

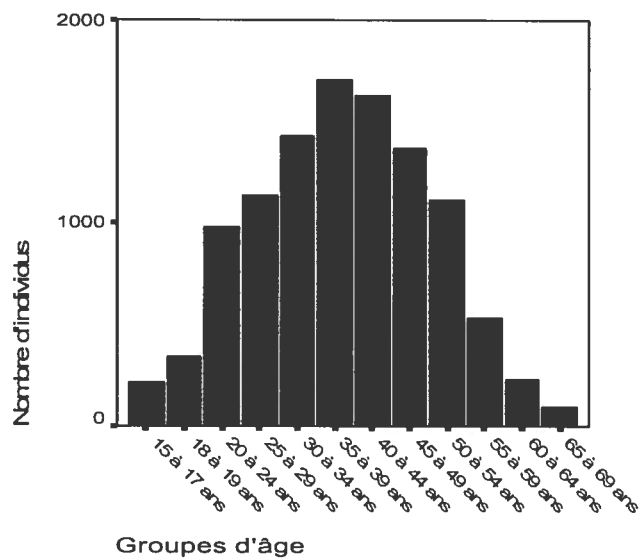
Pour ce qui est de la variable modératrice, le soutien social hors travail est de moyen à élevé. Près de 70% des personnes composant l'échantillon compte sur deux à cinq amis ou membres de leur famille pour se confier, recevoir de l'aide et recevoir de l'affection. Ceci démontre que la majorité des répondants n'est pas démunie lorsque vient le moment de faire face à une situation difficile.

Tableau XIII : Analyses descriptives des variables de contrôle.

Variables	Valeurs	N	%	Étendue		Moyenne	Écart-type
				Min	Max		
Sexe	1 (Homme)	5946	55,2%	—	—	—	—
	2 (Femme)	4824	44,8%	—	—	—	—
Âge	4 (15-17 ans)	214	2,0%	4	15	9,23	2,36
	5 (18-19 ans)	340	3,2%				
	6 (20-24 ans)	979	9,1%				
	7 (25-29 ans)	1134	10,5%				
	8 (30-34 ans)	1427	13,3%				
	9 (35-39 ans)	1704	15,8%				
	10 (40-44 ans)	1630	15,1%				
	11 (45-49 ans)	1367	12,7%				
	12 (50-54 ans)	1110	10,3%				
	13 (55-59 ans)	532	4,9%				
	14 (60-64 ans)	232	2,2%				
	15 (65-69 ans)	98	0,9%				

Figure 10 : Le sexe des répondants

En ce qui concerne les variables de contrôle, nous remarquons que notre échantillon est plus fortement représenté par des hommes (55,2%) que des femmes (44,8%).

Figure 11 : L'âge des répondants

Enfin, la distribution des âges suit une courbe normale débutant à 15 ans et se terminant à 69 ans. La moyenne d'âge des participants se situe entre 35 et 39 ans.

4.2 Résultats des analyses bivariées et multivariées

Dans cette section, nous effectuerons différentes analyses afin de savoir s'il existe des relations significatives entre les variables indépendantes et dépendantes et de vérifier si nos hypothèses de recherche seront confirmées ou infirmées. Pour ce faire, nous utiliserons des tableaux de corrélations, des analyses de chi-carré et des analyses de variance (ANOVA), dépendamment de la nature des variables indépendantes. Nous utiliserons aussi des régressions logistiques pondérées ainsi que des régressions linéaires hiérarchiques.

4.2.1 Les corrélations

Nous débutons par un tableau exposant les corrélations entre les variables indépendantes (la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel), les variables dépendantes (la détresse psychologique, les problèmes de santé et la perception de sa santé), la variable modératrice (le soutien social hors travail) et les variables de contrôle (l'âge et le sexe).

Tableau XIV : Analyses de corrélation (coefficient de Pearson)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Détresse psychologique	.								
2. Problèmes de santé physique	0,05***	.							
3. Perception de sa santé	-0,16***	-0,12***	.						
4. Violence physique	0,04***	0,02**	-0,03**	.					
5. Intimidation	0,19***	0,05***	-0,07***	0,23***	.				
6. Harcèlement sexuel	0,10***	0,05***	-0,01	0,20***	0,27***	.			
7. Soutien social hors travail	-0,12***	0,02*	0,07***	-0,01	-0,02*	0,01	.		
8. Âge	-0,09***	-0,01	-0,03***	-0,02	-0,08***	-0,09***	-0,06***	.	
9. Sexe	0,08***	0,12***	-0,01	0,02	0,03**	0,13***	0,15***	-0,06***	.

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

n = 10 769

Ce tableau XIV nous éclaire sur les le sens et la force des relations entre les différentes variables. Parmi les relations significatives, nous dégageons certains constats. Premièrement, chacune des formes d'agression étudiées (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) est en relation positive significative avec la détresse psychologique et les problèmes de santé. Ainsi, lorsque les individus vivent des agressions au travail, leur niveau de détresse psychologique et le nombre de problèmes de santé augmentent. Nous remarquons également que l'intimidation est la forme d'agression au travail ayant le plus d'effet sur la détresse psychologique. Elle affiche une corrélation deux fois plus forte avec la détresse psychologique que le harcèlement sexuel et jusqu'à cinq fois plus forte que la violence physique. Nous constatons aussi que la violence physique est la forme d'agression au travail ayant le moins d'effet sur les problèmes de santé. Cette relation est beaucoup moins forte et significative qu'avec les deux autres formes d'agression.

Quant à la perception des individus de leur santé, nous constatons qu'elle est en relation négative significative avec seulement deux des trois formes d'agressions au travail. Lorsque les individus comparent leur santé avec d'autres personne de leur groupe d'âge, ils la qualifient de façon moins bonne quand ils vivent de la violence physique et de l'intimidation. Par contre, le harcèlement sexuel n'a pas d'impact significatif sur la perception des individus de leur santé.

Par ailleurs, nous remarquons que la détresse psychologique est en relation positive significative avec les problèmes de santé. Ainsi, plus les individus de détresse psychologique, plus ils ont des problèmes de santé. Ces résultats vont de

pair avec la littérature qui suggère que la détérioration du bien-être mental entraîne une diminution du bien-être physique. En ce qui concerne l'état de santé général, les individus qui vivent de la détresse psychologique ou qui ont de nombreux problèmes de santé, ont plus tendance à percevoir leur état de santé général comme étant moins bon. Toutefois, dans tous ces cas, il est aussi possible de conclure à la relation inverse.

Pour ce qui est du soutien social hors travail, il est lié significativement et négativement à la détresse psychologique. Plus le soutien social augmente, moins les individus vivent de la détresse psychologique. Par contre, nous n'arrivons pas aux mêmes résultats quant à la relation entre les problèmes de santé et le soutien social hors travail. Le soutien social ne permet pas de réduire les problèmes de santé physique. Quant à la relation entre la perception des individus de leur santé et le soutien social hors travail, la relation est positive et significative. L'augmentation du soutien social est associée à une meilleure perception des individus de leur santé.

Enfin, les variables de contrôle nous apportent certaines ramifications intéressantes. Entre autre, plus une personne est âgée, moins elle est victime d'intimidation et de harcèlement sexuel. Nous remarquons aussi que le soutien social diminue, au fur à mesure que l'âge de la personne augmente. Quant à sa santé, plus une personne est âgée, moins elle vit de détresse psychologique et moins elle qualifie sa santé générale de manière positive. Cependant, l'âge n'a pas de lien significatif avec les problèmes de santé. Pour ce qui est du sexe des répondants, les femmes sont plus sujettes à être victime d'intimidation et de

harcèlement sexuel que les hommes. Elles ont aussi plus tendance à vivre de la détresse psychologique et à avoir plus de problèmes de santé que les hommes, mais elles bénéficient de plus de soutien social à l'extérieur du travail que la gente masculine.

4.2.2 Les analyses de variance (ANOVA)

Les analyses de variances nous permettent d'ajouter des informations supplémentaires quant au sens et à la force des relations entre les variables, dépendant du niveau d'exposition (jamais, de temps en temps, souvent, très souvent) aux trois différentes formes d'agressions au travail. Les analyses de variance sont d'ailleurs plus appropriées pour vérifier les relations bivariées compte tenu de la nature des variables.

4.2.2.1 Analyses entre les formes d'agression au travail et la santé mentale

Nous commencerons par les analyses de variance entre les trois formes d'agression et la santé mentale mesurée à l'aide de l'indice de détresse psychologique.

Tableau XV : Analyses de variance entre la violence physique et la détresse psychologique

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	15311,06	3	5103,68	23,50	0,00
Intra-groupes	2337890,80	10765	217,17		
Total	2353201,87	10768			

Tableau XVI : Comparaisons multiples entre la violence physique et la détresse psychologique

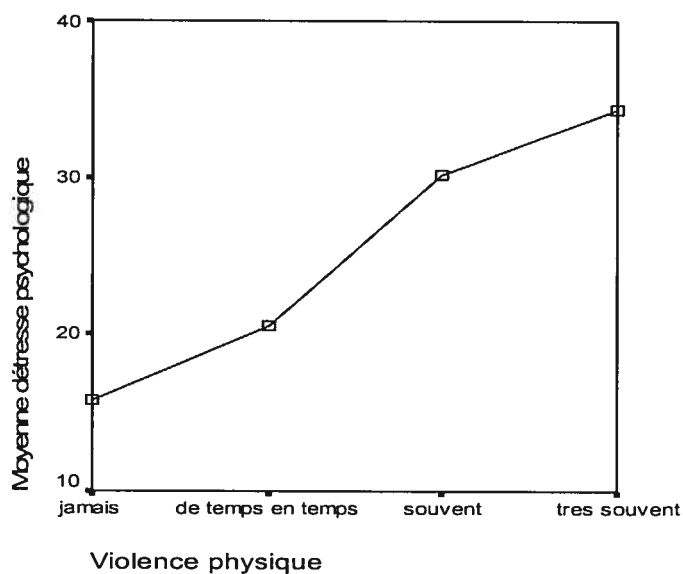
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) violence	(J) violence				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	De temps en temps	-4,76***	0,90	0,000	-7,28	-2,23
	Souvent	-14,36***	3,07	0,000	-22,94	-5,74
	très souvent	-18,50***	3,99	0,000	-29,64	-7,35
de temps en temps	Jamais	4,76***	0,90	0,000	2,23	7,28
	Souvent	-9,61*	3,19	0,029	-18,53	-0,68
	très souvent	-13,74**	4,08	0,010	-25,15	-2,33
souvent	Jamais	14,36***	3,07	0,000	5,78	22,94
	De temps en temps	9,61*	3,19	0,029	0,68	18,53
	très souvent	-4,13	5,03	0,879	-18,19	9,92
Très souvent	Jamais	18,50***	3,99	0,000	7,35	29,64
	De temps en temps	13,74**	4,08	0,010	2,33	25,15
	Souvent	4,13	5,03	0,879	-9,92	18,19

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 12 : Comparaisons multiples entre la violence physique et la détresse psychologique



Les tableaux XV et XVI ainsi que la figure 12 indiquent qu'il y a une relation positive significative entre la violence physique au travail et la détresse psychologique. Lorsque nous comparons les différents niveaux de violence vécue par les répondants, nous remarquons que dès que les individus sont victimes de violence physique, ils ressentent de la détresse psychologique. Notamment, entre ne «jamais» subir de la violence physique et «de temps en temps» il y a une différence de moyennes de détresse psychologique significative. Les résultats soutiennent ainsi l'hypothèse 1 qui énonce que la violence physique sera associée positivement à la détresse psychologique.

Tableau XVII : Analyses de variance entre l'intimidation et la détresse psychologique

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	133540,06	3	44513,35	215,88	0,000
Intra-groupes	2219661,81	10765	206,19		
Total	2353201,87	10768			

Tableau XVIII : Comparaisons multiples entre l'intimidation et la détresse psychologique

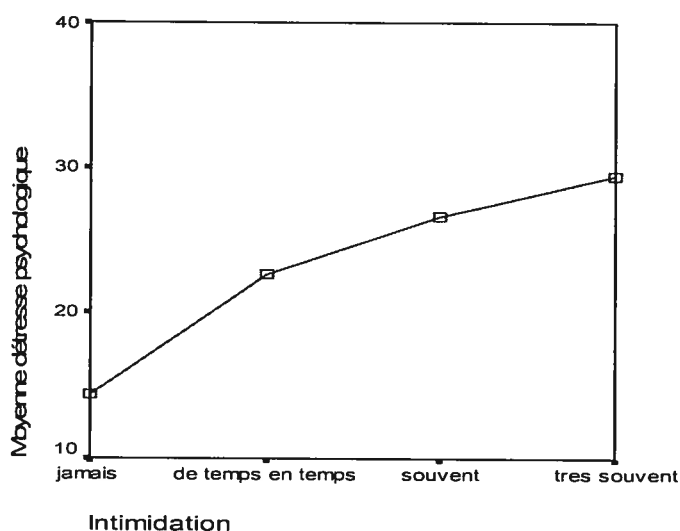
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) intimidation	(J) intimidation				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	de temps en temps	-8,26***	0,39	0,000	-9,35	-7,17
	Souvent	-12,23***	0,93	0,000	-14,83	-9,63
	très souvent	-15,03***	1,72	0,000	-19,83	-10,23
de temps en temps	Jamais	8,26***	0,39	0,000	7,17	9,35
	Souvent	-3,97**	0,99	0,001	-6,73	-1,21
	très souvent	-6,77**	1,75	0,002	-11,65	-1,88
souvent	Jamais	12,23***	0,93	0,000	9,63	14,83
	de temps en temps	3,97**	0,99	0,001	1,21	6,73
	très souvent	-2,80	1,94	0,556	-8,23	2,63
Très souvent	Jamais	15,03***	1,72	0,000	10,23	19,83
	de temps en temps	6,77**	1,75	0,002	1,88	11,65
	Souvent	2,80	1,94	0,556	-2,63	8,23

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 13 : Comparaisons multiples entre l'intimidation et la détresse psychologique



Les tableaux XVII et XVIII ainsi que la figure 13 démontrent qu'il y a une relation positive significative entre l'intimidation au travail et la détresse psychologique. Lorsque nous comparons les différents niveaux de violence vécue par les répondants, nous remarquons que plus les individus sont victimes d'intimidation, plus ils ressentent de la détresse psychologique. Nous remarquons, tout comme pour la violence physique, qu'entre ne «jamais» subir d'intimidation et en subir «de temps en temps» il y a une différence significative. Ceci signifie qu'à partir du moment où l'individu vit de l'intimidation, cela a un impact sur sa santé mentale. Mis à part entre «souvent» à «très souvent» où la différence de moyennes n'est pas significative, cette différence de moyennes de détresse psychologique continue de s'accroître plus la fréquence de l'intimidation augmente. Ces résultats soutiennent ainsi l'hypothèse 2 qui énonce que l'intimidation sera associée positivement à la détresse psychologique.

Tableau XIX : Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et la détresse**psychologique**

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	38977,76	3	12992,59	60,44	0,000
Intra-groupes	2314224,11	10765	214,98		
Total	2353201,87	10768			

Tableau XX : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la**détresse psychologique**

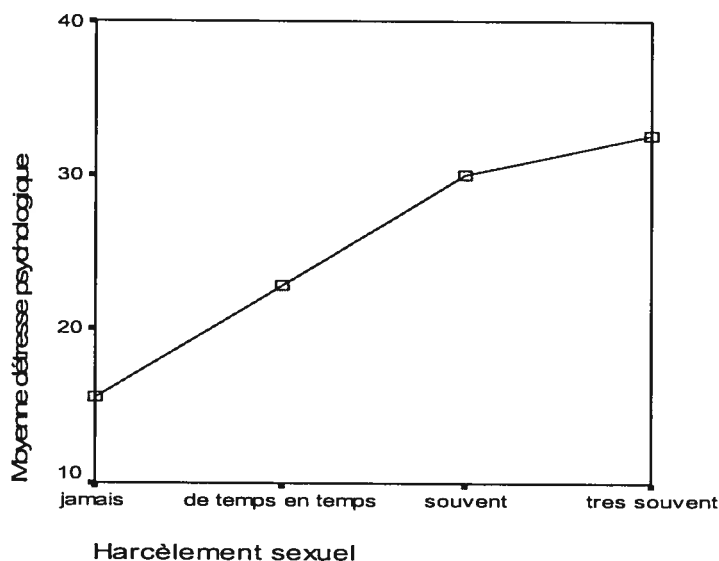
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) harcèlement sexuel	(J) harcèlement sexuel				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	De temps en temps	-7,24***	0,747	0,000	-9,32	-5,15
	Souvent	-14,35***	1,76	0,000	-19,29	-9,42
	Très souvent	-16,98***	3,42	0,000	-26,54	-7,42
de temps en temps	Jamais	7,24***	0,75	0,000	5,15	9,32
	Souvent	-7,12**	1,90	0,003	-12,44	-1,79
	Très souvent	-9,74	3,49	0,051	-19,51	0,02
souvent	Jamais	14,35***	1,76	0,000	9,42	19,29
	De temps en temps	7,12**	1,90	0,003	1,79	12,44
	Très souvent	-2,63	3,84	0,926	-13,37	8,11
Très souvent	Jamais	16,98***	3,42	0,000	7,42	26,54
	de temps en temps	9,74	3,49	0,051	-0,02	19,51
	Souvent	2,63	3,84	0,926	-8,11	13,37

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 14 : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la détresse psychologique



Pour ce qui est de l'impact du harcèlement sexuel au travail sur la santé mentale des individus, les tableaux XIV et XX ainsi que la figure 14 montrent qu'il y a une relation positive significative entre le harcèlement sexuel au travail et la détresse psychologique. Dès qu'un individu vit du harcèlement sexuel au travail, son niveau de détresse psychologique augmente. Entre ne «jamais» subir de la violence physique et en subir «de temps en temps» et entre «de temps en temps» et «souvent» il y a une différence significative. Par contre les écarts signalés entre vivre du harcèlement sexuel «souvent» et «très souvent», ne le sont pas. Les résultats soutiennent ainsi l'hypothèse 3 prévoyant que le harcèlement sexuel sera associé positivement à la détresse psychologique.

4.2.2.2 Analyses entre les formes d'agression au travail et la santé physique

Voyons la suite des analyses de variance, cette fois-ci, entre les trois formes d'agression au travail et la santé physique mesurée avec les problèmes de santé physique des individus.

Tableau XXI : Analyses de variance entre la violence physique au travail et les problèmes de santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	5,66	3	1,89	3,50	0,02
Intra-groupes	5807,64	10765	0,54		
Total	5813,30	10768			

Tableau XXII : Comparaisons multiples entre la violence physique et les problèmes de santé physique

		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) violence	(J) violence				Borne inférieure	Borne supérieure
Jamais	de temps en temps	-0,12	0,05	0,081	-0,24	0,01
	souvent	0,02	0,15	1,000	-0,41	0,44
	très souvent	-0,39	0,20	0,285	-0,94	0,17
De temps en temps	jamais	0,12	0,05	0,081	-0,01	0,24
	souvent	0,13	0,16	0,876	-0,31	0,58
	très souvent	-0,27	0,20	0,623	-0,84	0,30
souvent	jamais	-0,02	0,15	1,000	-0,44	0,41
	de temps en temps	-0,13	0,16	0,876	-0,58	0,31

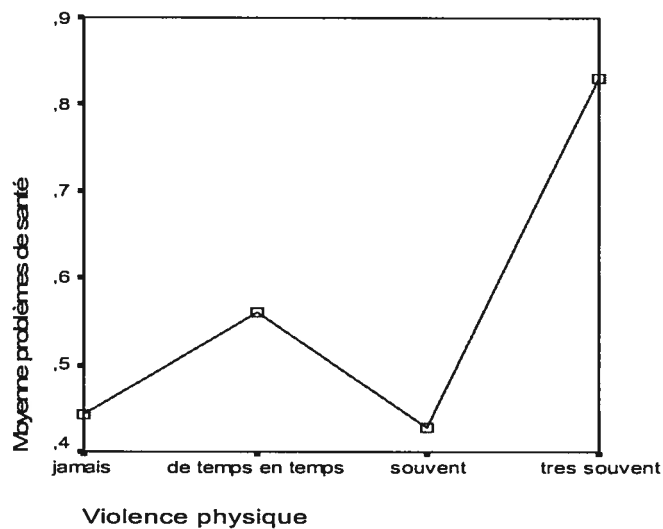
	très souvent	-0,40	0,25	0,461	-1,10	0,30
très souvent	jamais	0,39	0,20	0,285	-0,17	0,94
	de temps en temps	0,27	0,20	0,623	-0,30	0,84
	souvent	0,40	0,25	0,461	-0,30	1,10

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 15 : Comparaisons multiples entre la violence physique et les problèmes de santé physique



Lorsque nous procédons à des analyses de variance nous remarquons que la relation entre la violence physique au travail et la santé physique est significative, mais n'est pas linéaire. Il est donc difficile de tirer des conclusions sur le sens de la relation. Ainsi, la violence au travail a un impact sur la santé physique des individus, mais celui-ci est faible. Les résultats confirment l'hypothèse 4 prévoyant que la violence physique sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

Tableau XXIII : Analyses de variance entre l'intimidation et les problèmes de santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	15,01	3	5,00	9,29	0,000
Intra-groupes	5798,29	10765	0,54		
Total	5813,30	10768			

Tableau XXIV : Comparaisons multiples entre l'intimidation et les problèmes de santé physique

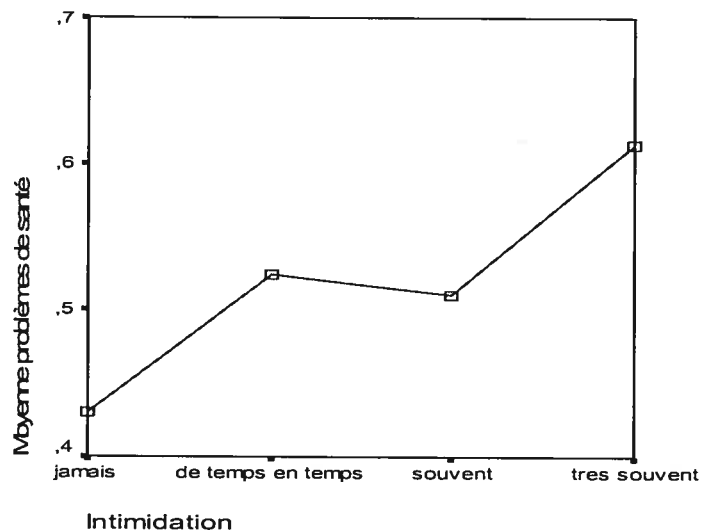
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) intimidation	(J) intimidation				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	De temps en temps	-0,09***	0,02	0,000	-0,15	-0,04
	souvent	-0,08	0,05	0,408	-0,21	0,05
	très souvent	-0,18	0,09	0,228	-0,43	0,06
De temps en temps	jamais	0,09***	0,02	0,000	0,04	0,15
	souvent	0,01	0,05	0,995	-0,13	0,15
	très souvent	-0,09	0,09	0,807	-0,34	0,16
souvent	jamais	0,08	0,05	0,408	-0,05	0,21
	De temps en temps	-0,01	0,05	0,995	-0,15	0,13
	très souvent	-0,10	0,10	0,789	-0,38	0,18
très souvent	jamais	0,18	0,09	0,228	-0,06	0,43
	De temps en temps	0,09	0,09	0,807	-0,16	0,34
	souvent	0,10	0,10	0,789	-0,18	0,38

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 16 : Comparaisons multiples entre l'intimidation et les problèmes de santé physique



La relation entre l'intimidation et les problèmes de santé physiques est positive et significative. Lorsqu'un individu est victime d'intimidation dans son milieu de travail, ses problèmes de santé physique augmentent. Entre ne «jamais» subir d'intimidation au travail et en vivre «de temps en temps» la différence de moyennes est significative. Ceci indique que dès qu'un individu est victime d'intimidation, ses problèmes de santé augmentent. Par contre, les autres niveaux d'exposition à cette forme d'agression ne sont pas significatifs avec les problèmes de santé ressentis. Donc, nous ne pouvons pas étendre nos conclusions plus loin, tel que peut nous indiquer la série de points illustrée à la figure 16. Les résultats soutiennent ainsi l'hypothèse 5 énonçant que l'intimidation sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

Tableau XXV : Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	14,18	3	4,73	8,77	0,000
Intra-groupes	5799,12	10765	0,54		
Total	5813,30	10768			

Tableau XXVI : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé physique

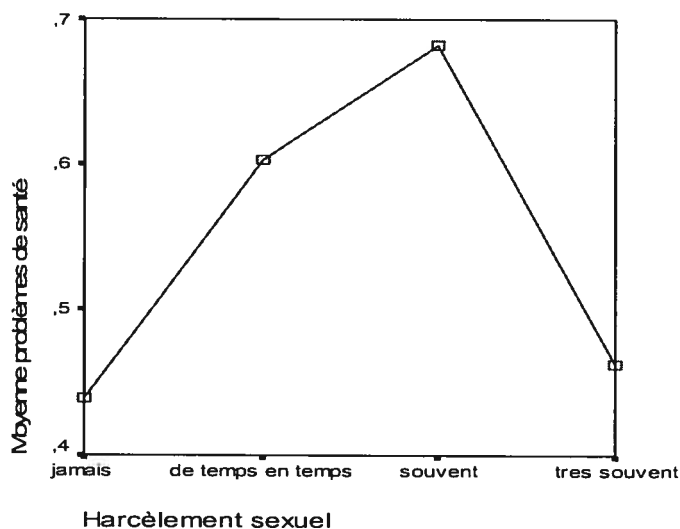
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) harcèlement sexuel	(J) harcèlement sexuel				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	de temps en temps	-0,16***	0,04	0,000	-0,27	-0,06
	souvent	-0,24	0,09	0,056	-0,49	0,00
	très souvent	-0,02	0,17	0,999	-0,50	0,45
de temps en temps	jamais	0,16***	0,04	0,000	0,06	0,27
	souvent	-0,08	0,10	0,875	-0,35	0,19
	très souvent	0,14	0,18	0,887	-0,35	0,63
souvent	jamais	0,24	0,09	0,056	0,00	0,49
	de temps en temps	0,08	0,10	0,875	-0,19	0,35
	Très souvent	0,22	0,19	0,729	-0,32	0,76
très souvent	jamais	0,02	0,17	0,999	-0,45	0,50
	de temps en temps	-0,14	0,18	0,887	-0,63	0,35
	souvent	-0,22	0,19	0,729	-0,76	0,32

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 17 : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et les problèmes de santé physique



Enfin, le harcèlement sexuel au travail est en relation significative positive avec les problèmes de santé vécus par les individus. Toutefois, cela est seulement vrai lorsque nous comparons les individus n'ayant «jamais» vécu de harcèlement sexuel avec ceux qui en vivent «de temps en temps». Nous ne pouvons pas dégager les mêmes conclusions entre les individus subissant du harcèlement sexuel «de temps en temps» à «souvent» ou de «souvent» à «très souvent», car ces résultats ne sont pas significatifs. Les résultats soutiennent l'hypothèse 6 prévoyant que le harcèlement sexuel serait associé positivement aux problèmes de santé physique.

4.2.2.3 Analyses de variance entre les formes d'agression et la perception des individus de leur santé

Finalement, voici les analyses de variance entre les trois formes d'agression au travail et la perception des individus de leur santé.

Tableau XXVII : Analyses de variance entre les la violence physique et la perception des individus de leur santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	10,99	3	3,66	5,28	0,001
Intra-groupes	7463,09	10765	0,69		
Total	7474,08	10768			

Tableau XXVIII : Comparaisons multiples entre la violence physique et la perception de sa santé

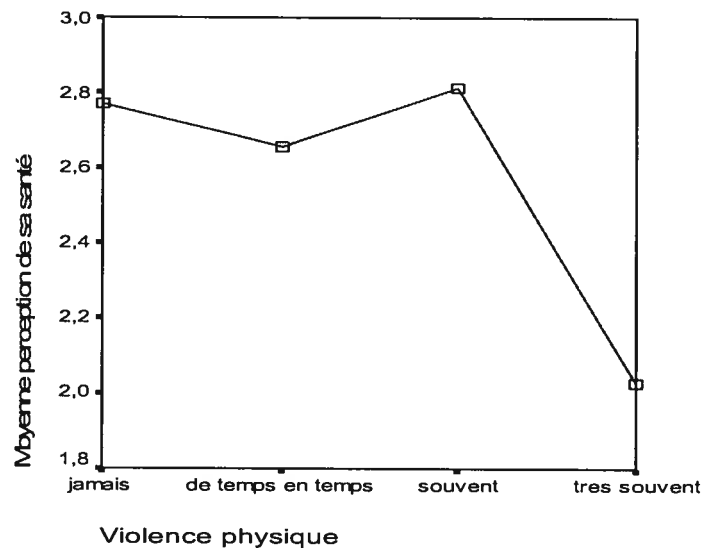
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) violence	(J) violence				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	de temps en temps	0,11	0,05	0,170	-0,03	0,26
	souvent	-0,04	0,17	0,996	-0,53	0,44
	très souvent	0,74*	0,23	0,013	0,11	1,37
de temps en temps	Jamais	-0,11	0,05	0,170	-0,26	0,03
	souvent	-0,16	0,18	0,855	-0,66	0,35
	très souvent	0,63	0,23	0,061	-0,02	1,27
souvent	Jamais	0,04	0,17	0,996	-0,44	0,53
	de temps en temps	0,16	0,18	0,855	-0,35	0,66
	Très souvent	0,79	0,28	0,054	-0,01	1,58
très souvent	Jamais	-0,74*	0,23	0,013	-1,37	-0,11
	de temps en temps	-0,63	0,23	0,061	-1,27	0,02
	souvent	-0,79	0,28	0,054	-1,58	0,01

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 18 : Comparaisons multiples entre la violence physique et la perception de sa santé



Les tableaux XXVII et XXVIII nous permettent de constater qu'il y a une relation négative significative entre la violence physique et la perception des individus de leur santé. Lorsque nous comparons les individus n'ayant «jamais» vécu de violence physique avec ceux en vivant «très souvent», la différence de moyenne est significative. Ainsi, pour que la violence physique ait un impact sur la perception des individus de leur santé, il faut qu'ils en subissent un niveau très élevé. Une personne qui est victime d'un haut niveau de violence physique qualifiera sa santé de manière moins bonne qu'une personne qui n'en vit pas. Ceci soutient l'hypothèse 7 énonçant que la violence physique soit associée négativement à la perception des individus de leur santé.

Tableau XXIX : Analyses de variance entre les l'intimidation et la perception des individus de leur santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	43,01	3	14,34	20,77	0,000
Intra-groupes	7431,07	10765	0,69		
Total	7474,08	10768			

Tableau XXX : Comparaisons multiples entre l'intimidation et la perception de sa santé

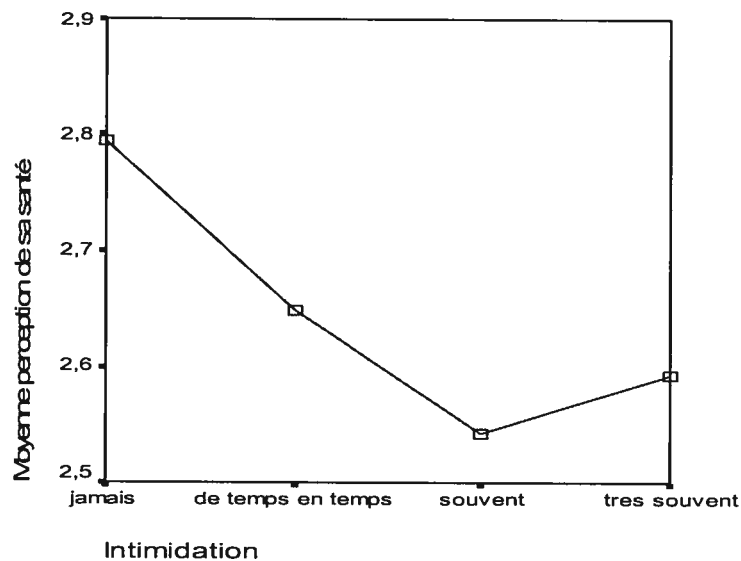
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) intimidation	(J) intimidation				Borne inférieure	Borne supérieure
jamais	de temps en temps	0,15***	0,02	0,000	0,08	0,21
	Souvent	0,25***	0,05	0,000	0,10	0,40
	très souvent	0,20	0,10	0,255	-0,08	0,48
de temps en temps	Jamais	-0,15***	0,02	0,000	-0,21	-0,08
	Souvent	0,11	0,06	0,328	-0,05	0,27
	très souvent	0,06	0,10	0,960	-0,23	0,34
souvent	Jamais	-0,25***	0,05	0,000	-0,40	-0,10
	de temps en temps	-0,11	0,06	0,328	-0,27	0,05
	très souvent	-0,05	0,11	0,977	-0,36	0,26
Très souvent	Jamais	-0,20	0,10	0,255	-0,48	0,08
	de temps en temps	-0,06	0,10	0,960	-0,34	0,23
	Souvent	0,05	0,11	0,977	-0,26	0,36

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 19 : Comparaisons multiples entre l'intimidation et la perception de sa santé



Il y a une relation négative significative entre l'intimidation et la perception des individus de leur santé. Les individus qui subissent de l'intimidation qualifient leur santé en général comme étant moins bonne. Notamment, entre les individus n'étant «jamais» victimes d'intimidation au travail et ceux en vivant «de temps en temps» ou «souvent» la différence de moyennes est significative. Par contre, la comparaison entre les autres niveaux d'exposition à de l'intimidation n'est pas possible compte tenu que les résultats ne sont pas significatifs. Toutefois, les résultats soutiennent l'hypothèse 8 énonçant que l'intimidation sera en relation négative avec la perception des individus de leur santé.

Tableau XXXI : Analyses de variance entre le harcèlement sexuel et la perception des individus de leur santé

	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,34	3	0,78	1,122	0,339
Intra-groupes	7471,74	10765	0,69		
Total	7474,08	10768			

Tableau XXXII : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la perception de sa santé

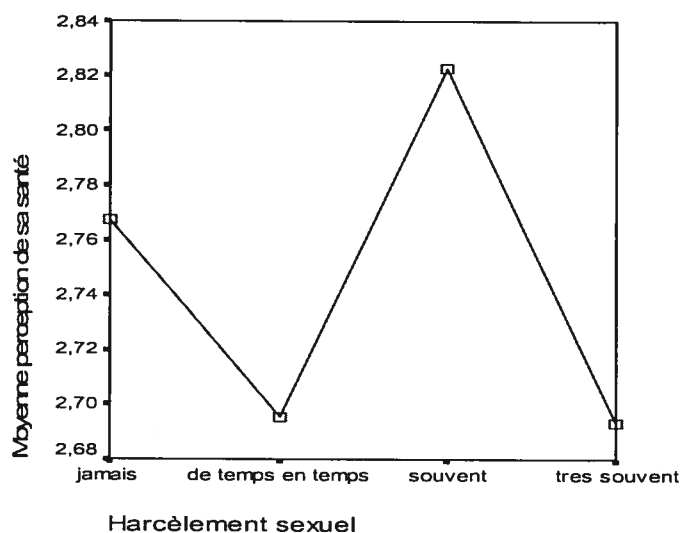
		Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
(I) harcèlement sexuel	(J) harcèlement sexuel				Borne inférieure	Borne supérieure
Jamais	de temps en temps	0,07	0,04	0,408	-0,05	0,19
	souvent	-0,06	0,10	0,960	-0,34	0,23
	très souvent	0,07	0,19	0,986	-0,47	0,62
de temps en temps	jamais	-0,07	0,04	0,408	-0,19	0,05
	souvent	-0,13	0,11	0,710	-0,43	0,18
	très souvent	0,00	0,20	1,000	-0,55	0,56
Souvent	jamais	0,06	0,10	0,960	-0,23	0,34
	de temps en temps	0,13	0,11	0,710	-0,18	0,43
	très souvent	0,13	0,22	0,950	-0,48	0,74
Très souvent	jamais	-0,07	0,20	0,986	-0,62	0,47
	de temps en temps	-0,00	0,20	1,000	-0,56	0,55
	souvent	-0,13	0,22	0,950	-0,74	0,48

* La différence de moyennes < 0,05

** La différence de moyennes < 0,01

*** La différence de moyennes < 0,001

Figure 20 : Comparaisons multiples entre le harcèlement sexuel et la perception de sa santé



En terminant, pour ce qui est du harcèlement sexuel, la relation entre cette forme d'agression au travail et la perception des individus de leur santé n'est pas significative. Ainsi, tel que mis en lumière dans les analyses de corrélations au tableau XIV, le harcèlement sexuel n'a pas d'effet sur la perception des individus de leur santé. Les résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse 9 prévoyant que le harcèlement sexuel serait associé négativement avec la perception des individus de leur santé.

4.2.2 Les régressions

Nous avons procédé à des analyses multivariées afin d'obtenir l'effet net des variables en relations avec les variables dépendantes. Selon le type de variable, nous utiliserons un type différent de régression. La détresse psychologique et les problèmes de santé physique seront analysés à l'aide de régressions logistiques et

la perception des individus de leur santé sera étudiée avec une régression linéaire hiérarchique.

4.2.2.1 Les régressions logistiques avec la détresse psychologique

Tableau XXXIII : Régression logistique pondérée de la détresse psychologique

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4
Variables	Coefficients de régression B			
Âge	-0,087***			
Sexe	0,388***			
Violence		-0,137		
Intimidation		0,951***		
Harcèlement sexuel		0,366***		
Soutien social hors travail			-0,263***	
Interaction 1 (violence et soutien social)				0,031
Interaction 2 (intimidation et soutien social)				-0,004
Interaction 3 (harcèlement sexuel et soutien social)				-0,231**
Khi-deux	156,20***	328,61***	192,96***	8,96*

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

Le tableau XXXIII nous permet de faire ressortir les relations significatives entre les variables indépendantes et les variables de contrôle et la détresse psychologique. Nous remarquons dans le bloc 1 que plus les individus sont âgés, moins ils vivent de la détresse psychologique et que les femmes ont tendance à vivre plus de détresse psychologique que les hommes. De plus, le chi-carré nous indique que lorsque nous contrôlons les autres variables, l'âge et le sexe ajoutent significativement à l'explication de la détresse psychologique.

Quant au bloc 2, seul l'intimidation et le harcèlement sexuel sont en relation positive significative avec la détresse psychologique. C'est-à-dire que plus l'individu subit de l'intimidation ou du harcèlement sexuel, plus il vivra de la détresse psychologique. La violence physique n'est pas liée significativement à la détresse. Tout comme l'âge et le sexe lorsque nous contrôlons pour les autres variables, le deuxième bloc de variables ajoute à l'explication de la détresse psychologique.

Le bloc 3 démontre que le soutien social est lié négativement avec la détresse psychologique. Ainsi, plus les individus bénéficient d'un soutien social hors travail élevé, moins ils vivront de détresse psychologique. De plus, tel que l'indique le chi-carré, le soutien social hors travail ajoute à l'explication de la détresse psychologique lorsque toutes les autres variables sont contrôlées.

Enfin, dans le bloc 4, seule la troisième variable d'interaction entre le harcèlement sexuel et le soutien social est en lien avec la détresse psychologique.

Malgré cela le bloc est significatif. Donc, l'ensemble des variables de ce bloc ajoute à l'explication de la détresse psychologique.

4.2.2.2 Les régressions logistiques avec la variable des problèmes de santé physiques

Tableau XXXIV : Régression logistique pondérée des problèmes de santé physique

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4
Variables	Coefficients de régression B			
Âge	-0,003			
Sexe	0,533***			
Violence		0,106		
Intimidation		0,222***		
Harcèlement sexuel		0,202*		
Soutien social hors travail			0,013	
Interaction 1 (violence et soutien social)				0,025
Interaction 2 (intimidation et soutien social)				0,108*
Interaction 3 (harcèlement sexuel et soutien social)				-0,058
Khi-deux	168,01***	29,67***	0,599	6,63

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

Le tableau XXXIV nous permet de faire ressortir les relations significatives entre les variables indépendantes, les variables de contrôle et les problèmes de santé physique. Les données du premier bloc nous informent que l'âge des individus n'est pas lié aux problèmes de santé physique et que les femmes ont plus tendances à vivre des problèmes de santé physique que les hommes. De plus, lorsque nous contrôlons les autres variables, ce bloc de variables ajoute significativement à l'explication des problèmes de santé physique.

Quant au bloc 2, seuls l'intimidation et le harcèlement sexuel sont en relation positive significative avec les problèmes de santé physique. Plus l'individu subit de l'intimidation et/ou du harcèlement sexuel, plus il aura des problèmes de santé physique. La violence physique n'est pas liée significativement aux problèmes de santé. Malgré cela, lorsque nous contrôlons pour les autres variables, ce bloc de variables ajoute significativement à l'explication des problèmes de santé physique.

Quant aux blocs 3 et 4, le tableau démontre que seule la variable d'interaction entre l'intimidation et le soutien social ajoute des informations supplémentaires à l'explication des problèmes de santé physique. Mis à part cette variable, ni le soutien social hors travail, ni les autres variables d'interactions ne sont liées aux problèmes de santé physique.

4.2.2.3 Les régressions linéaires hiérarchiques avec la variable de la perception de sa santé

Tableau XXXV : Régression linéaire hiérarchique de la perception des individus de leur santé

	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4
Variables	Coefficients de régression standardisés Bêta			
Âge	-0,035***			
Sexe	-0,014			
Violence		-0,011		
Intimidation		-0,076***		
Harcèlement sexuel		0,007		
Soutien social hors travail			0,073***	
Interaction 1 (violence et soutien social)				-0,022*
Interaction 2 (intimidation et soutien social)				-0,004
Interaction 3 (harcèlement sexuel et soutien social)				-0,004
Variation de F	7,39***	21,53***	55,85***	2,16

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

En ce qui concerne la perception des individus face à leur état de santé, le tableau XXXV nous informe sur les relations significatives entre cette variable et les variables indépendantes ainsi que les variables de contrôle et la variable modératrice. Tout d'abord, parmi les variables du premier bloc, seul l'âge est lié significativement à la perception des individus de leur santé. Les résultats concernant le sexe des répondants ne sont pas significatifs. La relation négative entre l'âge et la perception de santé nous indique que plus les individus sont âgés, moins ils qualifient leur santé comme étant bonne. En somme, le bloc 1 ajoute significativement à l'explication de la perception de la santé des individus lorsque nous contrôlons les autres variables.

Le deuxième bloc de variables portant sur les agressions au travail, démontre une relation négative significative entre l'intimidation et la perception de sa santé, mais aucune autre relation significative en ce qui concerne la violence physique et le harcèlement sexuel. Malgré tout, ce deuxième bloc de variables ajoute des informations supplémentaires significatives à l'explication de la perception de sa santé lorsque nous écartons les autres variables.

Ensuite, le soutien social hors travail situé dans le troisième bloc, est lié négativement à la perception des individus de leur santé. C'est-à-dire que plus une personne bénéficie d'un large soutien social hors du travail, moins elle qualifiera sa santé de mauvaise. Cette variable ajoute aussi à l'explication de la perception de sa santé lorsque nous contrôlons les autres variables.

Enfin, aucune des variables d'interaction du quatrième bloc n'est significative, sauf l'interaction entre la violence physique et le soutien social qui est négative et faiblement significative. Cependant, compte tenu que le sens de la relation va à l'encontre des hypothèses au sujet de l'effet modérateur du soutien social hors travail, nous écarterons ce résultat. Malgré que cette variable contribue à expliquer la perception des individus de leur santé, le bloc n'est pas significatif.

Chapitre 5 : Discussion

5.1 Discussion des résultats

Les résultats des différentes analyses descriptives, bivariées et multivariées effectuées au chapitre précédent nous ont permis de faire ressortir les relations significatives entre les variables du modèle de recherche. En conformité avec les théories et les connaissances générées par les études antérieures, nous avons formulé douze hypothèses. Nous sommes désormais en mesure d'émettre certains constats. Dans cette section, nous présenterons la synthèse des principaux résultats obtenus à l'aide des différentes analyses et vérifierons si les hypothèses que nous avons formulées sont confirmées ou non. Nous tenons à souligner qu'aux fins de cette étude, nous baserons nos conclusions principalement sur les résultats des analyses bivariées, car les analyses multivariées servent avant tout à vérifier si les variables d'interaction influencent les relations entre les variables indépendantes et dépendantes. Les analyses multivariées apportent des informations supplémentaires à la compréhension des relations, mais nous ne considérons pas qu'elles permettent d'infirmer des relations solidement établies lors des analyses bivariées.

5.1.1 L'agression au travail

Peu de répondants affirment avoir subi une forme ou l'autre d'agression au travail et l'intimidation semble être la forme d'agression la plus fréquente avec 17,7% des répondants affirmant en souffrir. Selon les résultats, les répondants sont victimes d'intimidation trois à six fois plus souvent que la violence physique et le harcèlement sexuel. Ces résultats sont conformes à la littérature (Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Bulatao et VandenBos, 1996 ; Greengerg et Barling, 1999 ; Northwestern Life Insurance Company, 1993 ; Seger, 1993) voulant que l'intimidation soit plus fréquente en milieu de travail que la violence physique. Ils viennent aussi réaffirmer l'importance de s'intéresser à l'intimidation au travail

Par ailleurs, notre étude confirme l'intérêt de se pencher sur diverses formes d'agression en milieu de travail plutôt que d'utiliser une source synthétique.

5.1.2 L'âge et le sexe des répondants

Nous remarquons que notre échantillon de personnes en emploi est plus fortement composé d'hommes (55,2%) que de femmes (44,8%). Les résultats des analyses descriptives et des analyses bivariées corroborent ceux des auteurs tels que Barling, Dekker, Loughlin, Kelloway, Fullagar, et Johnson (1996), Fitzgerald, Drasgow, Hulin Gelfrand et Magley (1997), Mueller, De Coster et Estes (2001), ainsi que Schneider, Swan et Fitzgerald (1997) voulant que les femmes soient plus sujettes à être victime de l'intimidation et de harcèlement sexuel et qu'elles réagissent plus fortement aux agressions en milieu de travail que les hommes en

terme de détresse psychologique et de problèmes de santé physique. Malgré tout, les femmes bénéficient de plus de soutien social à l'extérieur du travail que la gente masculine.

D'autre part, la distribution des âges suit une courbe normale débutant à 15 ans et se terminant à 69 ans. La moyenne d'âge des participants se situe entre 35 et 39 ans. Nous remarquons que plus une personne est âgée, moins elle est victime d'intimidation et de harcèlement sexuel. Également, plus une personne est âgée, plus elle qualifie sa santé de façon négative. Toutefois, plus celle-ci est âgée, moins elle vit de détresse psychologique. Nous constatons aussi que le soutien social diminue, au fur à mesure que l'âge de la personne augmente

5.1.3 L'agression au travail et la santé mentale

En ce qui concerne la santé mentale des individus, nous avons établi trois hypothèses.

H1 : La violence physique sera associée positivement à la détresse psychologique.

H2 : L'intimidation sera associée positivement à la détresse psychologique.

H3 : Le harcèlement sexuel sera associé positivement à la détresse psychologique.

Ces hypothèses furent testées à l'aide de l'indice de détresse psychologique de l'Enquête sociale et de santé (1998) de Santé Québec.

Les analyses bivariées auxquelles nous avons procédé nous permettent de constater que chacune des formes d'agression au travail étudiées est en relation positive et significative avec la détresse psychologique. Lorsqu'un individu est victime de violence physique, d'intimidation ou de harcèlement sexuel, son niveau de détresse psychologique augmente. Nous constatons également que l'intimidation est corrélée de deux à cinq fois plus fortement avec la détresse psychologique que les deux autres formes d'agressions. Ces résultats sont en accord avec la littérature (Braverman, 1992 ; Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998 ; Leblanc et Kelloway, 2002 ; Rogers et Kelloway, 1997 ; Schat et Kelloway, 2000 ; Wykes et Whittington, 1991) voulant que l'intimidation ait des impacts sur la santé mentale aussi considérable ou plus encore que la violence physique.

Malgré l'effet plus mitigé de la violence physique sur la détresse psychologique révélé dans les analyses multivariées, l'ensemble des variables d'agression au travail ajoutent à l'explication de la détresse psychologique lorsque nous contrôlons l'âge et le sexe. De plus, tel que mentionnée auparavant, aux fins de cette étude, nous basons nos conclusions principalement sur les résultats des analyses bivariées, car les analyses multivariées servent avant tout à vérifier si les variables d'interaction influencent les relations entre les variables indépendantes et dépendantes. Ainsi les résultats des analyses multivariées ne viennent pas infirmer des résultats solidement établis lors des analyses bivariées.

Donc, suivant cette approche, les résultats obtenus confirment les hypothèses 1 à 3 inclusivement. Nous pouvons donc soutenir que l'agression au travail affecte

directement les individus en entraînant des effets néfastes sur leur santé mentale. Notons que ces résultats corroborent ceux des auteurs qui ont également démontré ces associations de façon empirique (Barling, Rogers et Kelloway (2001) ; Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley, 1997 ; Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998 ; Leblanc et Kelloway, 2002 et 2003 ; Mueller De Coster et Estes, 2001 ; Rogers et Kelloway, 1997 ; Schat et Kelloway, 2000 ; Schneider, Swan et Fitzgerald, 1997).

Par ailleurs, la détresse psychologique est en relation positive significative avec les problèmes de santé. Toutefois, nous ne pouvons savoir avec certitude si c'est la détresse psychologique qui influence les problèmes de santé ou si c'est la relation inverse qui se produit. Cependant, un tel lien entre les résultats corroborent ceux obtenus lors d'études précédentes telles que celle de Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997), Leblanc et Kelloway (2002), Rogers et Kelloway (1997) et Schat et Kelloway (2000) voulant que la détérioration du bien-être mental entraîne une diminution du bien-être physique.

5.1.4 L'agression au travail et la santé physique

Pour ce qui est de la santé physique des individus, trois hypothèses furent testées.

H4 : La violence physique sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

H5 : L'intimidation sera associée positivement aux problèmes de santé physique.

H6 : Le harcèlement sexuel sera associé positivement aux problèmes de santé physique.

Pour ce faire, nous nous sommes basés sur différents problèmes de santé souvent associés aux formes d'agression au travail que nous étudions.

L'analyse de corrélation démontre que chacune des formes d'agression au travail (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) étudiées est en relation positive significative avec les problèmes de santé physique. Nous remarquons également que le harcèlement sexuel et l'intimidation sont les deux formes d'agression au travail ayant les liens les plus forts avec les problèmes de santé. Elles affichent une corrélation deux fois plus élevée avec les problèmes de santé que la violence physique. De plus, lorsque nous contrôlons l'âge et le sexe, l'ensemble des variables d'agression au travail ajoute significativement à l'explication des problèmes de santé physique. Ainsi, lorsque les individus vivent des agressions au travail le nombre de problèmes de santé vécus augmente. Nous pouvons affirmer que les hypothèses 4, 5 et 6 sont confirmées. Ainsi, la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel entraînent des conséquences néfastes sur la santé physique des individus.

En somme, les résultats obtenus corroborent ceux des études recensées dans la revue de la littérature (Barling, Rogers et Kelloway (2001) ; Budd, Arvey et Lawless, 1996 ; Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley, 1997 ; Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson, 1998 ; Leblanc et Kelloway, 2002 ; Rogers et Kelloway, 1997 ; Schat et Kelloway, 2000 et 2003)

5.1.5 L'agression au travail et la perception des individus de leur santé

Quant aux impacts des formes d'agression au travail sur la perception des individus de leur santé, trois autres hypothèses furent testées.

H7 : La violence physique sera associée négativement à la perception des individus de leur santé.

H8 : L'intimidation sera associée négativement à la perception des individus de leur santé.

H9 : Le harcèlement sexuel sera associé négativement à la perception des individus de leur santé.

Les analyses descriptives démontrent que la majorité des répondants qualifient leur santé en général de bonne à excellente lorsqu'ils se comparent aux autres personnes de leur âge et que seulement 5,4% des individus interrogés considèrent leur santé comme étant moyenne à mauvaise.

L'ensemble des analyses bivariées nous permettent de constater que seules la violence physique et l'intimidation sont en relation négative significative avec la perception des individus de leur santé. Ainsi, plus les individus sont victimes de violence physique ou d'intimidation, moins ils qualifient leur santé de façon positive. Quant au harcèlement sexuel, il n'a pas d'impact significatif sur la perception des individus de leur santé.

L'ensemble des trois formes d'agression au travail ajoute des informations supplémentaires significatives à l'explication de cette variable dépendante lorsque nous contrôlons l'âge, le sexe, le soutien social hors travail et les variables d'interaction.

Nous appuyant sur les analyses bivariées, nous sommes en mesure de conclure que seules les hypothèses 7 et 8 sont confirmées et non l'hypothèse 9. Donc, la violence physique et l'intimidation sont en relation positive significative avec la perception des individus de leur santé. Le harcèlement sexuel n'a aucun effet sur cette variable. Cela veut dire que plus une personne vit de violence physique et/ou d'intimidation, plus elle percevra sa santé de façon négative.

Étant donné qu'aucune des études sur lesquelles nous basons notre recherche ne s'intéresse à la relation entre l'agression au travail et la perception des individus de leur santé, nous ne pouvons pas faire de comparaisons entre nos résultats et les leurs. Seule l'étude sur le harcèlement sexuel menée par Fitzgerald, Drasgow, Hulin, Gelfrand et Magley (1997) étudie cette variable, mais elle n'est pas en relation directe avec le harcèlement sexuel. Selon cette étude, le harcèlement sexuel agit sur la satisfaction face à sa santé par l'entremise de santé mentale et la santé physique. Les femmes harcelées sexuellement vivent plus de détresse psychologique, ce qui a un impact négatif sur leur santé physique et par la suite, sur leur satisfaction face à leur santé. Compte tenu que la relation observée n'est pas la même, nous ne pouvons nous appuyer sur leurs conclusions.

5.1.6 Le soutien social hors travail

Le soutien social hors travail constitue la variable modératrice de notre modèle de recherche. Cela consiste en l'étendue du réseau social dont un individu dispose pour lui venir en aide lors de durs moments. Les hypothèses testées furent les suivantes :

H10 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et la détresse psychologique. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et la détresse psychologique.

H11 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et les problèmes de santé. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et les problèmes de santé.

H12 : Le soutien social hors travail va influencer la relation entre l'agression (i.e., violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) et la perception des individus de leur santé. C'est-à-dire que le soutien social hors travail va atténuer la relation positive entre l'agression et la perception des individus de leur santé.

Les résultats des analyses descriptives démontrent que la majorité des répondants ont accès à un réseau social hors travail d'étendue moyenne à élevée. Près de 70% des personnes composant l'échantillon étudié a dans son entourage

deux à cinq amis ou membres de leur famille à qui ils peuvent se confier, recevoir de l'aide et recevoir de l'affection. Nous pouvons alors présumer que ces individus détiennent les ressources nécessaires pour faire face aux situations difficiles. Nous prévoyons donc que la variable de soutien social hors travail aura comme effet d'atténuer les impacts des agressions au travail sur la santé des individus.

Les analyses bivariées nous ont permis de découvrir que le soutien social hors travail est lié significativement et négativement à la détresse psychologique. Plus le soutien social augmente, moins les individus vivent de la détresse psychologique. Par contre, le soutien social hors travail ne permet pas de réduire les problèmes de santé. Quant à la relation entre perception des individus de leur santé et le soutien social hors travail, la relation est positive et significative. Plus le soutien social augmente, plus les individus qualifient leur santé comme étant bonne.

De plus, nous avons créé des variables d'interaction en combinant chacune des variables d'agression au travail avec le soutien social hors travail. En contrôlant certaines variables telles que l'âge le sexe, les agressions au travail et le soutien social hors travail, nous remarquons que seule la variable d'interaction entre le harcèlement sexuel et le soutien social est en lien avec la détresse psychologique. Les variables d'interactions entre le soutien social et la violence physique et entre le soutien social et l'intimidation ne sont pas significatives. Malgré cela, l'ensemble des variables d'interactions ajoute à l'explication de la détresse psychologique. Quant aux problèmes de santé physique, seule la variable d'interaction entre l'intimidation et le soutien social est liée significativement, mais

ce lien est faible. Enfin, pour ce qui est de la perception des individus de leur santé, seule la variable d'interaction entre la violence physique et le soutien social y est liée significativement, mais là encore, ce lien est faible.

Bref, les résultats confirment les hypothèses 10 et 12 et non l'hypothèse 11. Donc, nous pouvons conclure que le soutien social hors travail atténue la relation positive entre l'agression au travail et la détresse psychologique ainsi que la perception des individus de leur santé, mais il n'agit pas sur les problèmes de santé physique. C'est-à-dire que le soutien social hors travail permet d'atténuer les conséquences négatives de l'agression au travail sur la santé mentale et sur la perception des individus de leur santé. Par contre, il ne réduit pas les effets néfastes de l'agression au travail sur les problèmes de santé.

Ici encore, nous pouvons difficilement comparer nos résultats à ceux d'autres études antérieures, car l'étude de Leather, Lawrence, Beale, Cox et Dickson (1998) ne trouve pas d'effet modérateur significatif du soutien social hors travail entre l'agression au travail et la santé, mais elle ne se basait pas sur un échantillon de victimes directes et tout comme l'étude de Schat et Kelloway (2003) elle conclut à un effet modérateur provenant exclusivement du soutien social organisationnel. Nous ne détenons donc pas de comparatifs à notre étude.

En somme, dix hypothèses sont confirmées et deux hypothèses ne le sont pas. Nous sommes maintenant en mesure d'affirmer que les trois formes d'agression au travail (violence physique, intimidation, harcèlement sexuel) sont associées positivement et significativement à la détresse psychologique et aux problèmes de

santé physique. Seules la violence physique et l'intimidation ont une influence négative significative sur la perception des individus de leur santé. Le harcèlement sexuel n'y est pas associé significativement. Enfin, le soutien social hors travail atténue les conséquences de l'agression au travail sur la détresse psychologique et la perception des individus de leur santé, mais n'a pas d'effet modérateur quant aux problèmes de santé physique.

5.1.7 Les théories en matière d'agressions en milieu de travail

Les résultats obtenus dans cette étude sont majoritairement en accord avec les différentes théories développées en matière d'agressions au travail. Notamment, les résultats concernant les conséquences de la violence physique, de l'intimidation et du harcèlement sexuel sur la santé mentale et physique des individus vont dans le sens de deux théories : la théorie du stress et la théorie du stress post-traumatique. Nos résultats concordent avec la théorie du stress développé par Pratt et Barling (1988) proposant que les formes d'agressions sont considérées comme des agents stressants liés au travail qui peuvent être associés à un éventail d'effets négatifs qui sont communément associés au stress occupationnel, tels que la détérioration du bien-être et une augmentation du détachement psychologique. De plus, nos résultats sont similaires à ce qu'avançait la théorie du stress post-traumatique, c'est-à-dire que les personnes subissant une ou plusieurs formes d'agression au travail, peuvent éprouver des réactions de stress post-traumatique similaires aux victimes de désastres (Barling, 1996 ; Braverman, 1992 ; Wykes et Whittington, 1991). Ces réactions peuvent, entre autre, se traduire en

conséquences psychologiques et physiques (Baron, 1993 ; Braverman, 1992 ; Henderson et Bostscock, 1977 ; McCaffry, 1989).

Quant à la théorie du soutien social, telle que développée par de nombreux auteurs, elle suggère que le soutien social joue un rôle important dans la réduction des effets néfastes provenant de l'exposition à une forme ou l'autre d'agression au travail sur la santé mentale et physique des individus. Cependant, nos résultats ne sont que partiellement en accord avec cette théorie compte tenu que seuls les effets de l'agression au travail sur la détresse psychologique et sur la perception des individus de leur santé ont été atténués par le soutien social hors travail.

5.2 Limites de l'étude

Comme toute autre étude, l'Enquête sociale et de santé (1998) effectuée par Santé Québec comporte des limites auxquelles il faut prêter attention. Santé Québec en identifie quelques-unes que voici.

Tout d'abord, il est impossible, comme toutes les enquêtes populationnelles, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autre, par le phénomène de désirabilité sociale, ou encore, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement. Les renseignements portant sur les membres du ménage, recueillis au QRI, peuvent manquer de précision quand ils proviennent d'une tierce personne. Toutefois, dans les faits, ce dernier problème ne s'est pas

présenté pour près de 50% des répondants de 15 ans et plus, c'est-à-dire pour les 11 986 répondants clés que compte l'ensemble des 24 127 adultes visés par le QRI.

Par ailleurs, une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé (1998) permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre les sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. Cependant, ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.

Une autre limite est que chacune des formes d'agression au travail n'a pu être mesurée que par un item. Ainsi, nous avons peu d'indicateurs pour mesurer l'ampleur de la variable d'agression. Cependant, combiner les indicateurs d'agression en milieu de travail en une même échelle pourrait s'avérer erroné en soi puisque les trois formes d'agression sont de nature bien différente. Donc, même si notre approche nous expose à une erreur de mesure par l'utilisation d'item unique, nous évitons toutefois le risque de combiner dans une même échelle des indicateurs qui ont une signification pratique bien différente les uns des autres.

Il existe également une limite quant aux problèmes de santé retenus pour cette étude. Nous sommes conscients que certains autres problèmes de santé physique inspirés de la littérature auraient été pertinents à ajouter à notre étude. Toutefois, notre recherche est restreinte aux indicateurs mesurés par Santé Québec dans l'enquête sociale et de santé (1998).

Finalement, compte tenu que notre recherche est basée sur l'Enquête sociale et de santé (1998) de Santé Québec nous sommes soumis aux limites de l'approche par questionnaire. La méthodologie applicable en matière d'agression au travail ne nous permet pas d'y échapper. Cependant, de par leur provenance, nous pouvons croire que les données recueillies par Santé Québec sont valides et fiables, ce qui nous permet d'obtenir des résultats empreint d'exactitude.

5.3 Pistes de recherche futures

De toute évidence, dans les recherches futures qui porteront sur les conséquences de l'agression au travail sur la santé mentale et physique et à l'effet modérateur du soutien social hors travail sur cette relation, une attention particulière devra être portée aux limites que nous venons d'exposer. En effet, il serait souhaitable de recueillir les données sur les problèmes de santé physique auprès de la personne directement concernée. Il serait aussi pertinent d'effectuer des études longitudinales sur les conséquences de l'agression en milieu de travail afin d'en cerner les impacts sur la santé encore plus efficacement. D'autre part, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur le soutien social en comparant les effets du soutien social organisationnel à ceux du soutien social hors travail, afin de savoir lequel a le plus d'impact sur le bien-être mental et physique de la victime d'agression en milieu de travail. Il serait aussi pertinent de connaître les conditions permettant de maximiser l'effet de ce soutien social sur les individus. De cette manière, de nouvelles pistes de solutions pourraient être apportées aux gestionnaires au prises avec le problème grandissant et très préoccupant des agressions au travail.

5.4 Implications pour la pratique

Nous savons désormais que les agressions au travail entraînent des effets néfastes tant sur la santé mentale que physique des individus et que certaines de ces conséquences nocives peuvent être atténuées par le soutien social disponible à l'extérieur du milieu de travail. Nous connaissons également les coûts individuels, organisationnels et sociaux associés aux conséquences de l'agression en milieu de travail. Notamment, les problèmes de santé des employés victimes d'agression peuvent occasionner des insatisfactions, de l'absentéisme, un faible engagement envers l'organisation, de la négligence au travail, une baisse de productivité et des départs hâtifs. À cela s'ajoutent des blessures tant physiques que psychologiques (dépression, épuisement, choc traumatique) pouvant entraîner des coûts élevés en cotisation à la Commission de la santé et sécurité au travail, en perte de temps de travail et en assurances collectives. Ainsi, les gestionnaires d'organisations doivent aménager des pratiques saines en matière de gestion des ressources humaines afin de prévenir les agressions au travail et d'intervenir auprès des victimes. Voici quelques pistes de solutions afin d'atténuer les conséquences néfastes de l'agression au travail sur la santé.

Tout d'abord, il est nécessaire d'agir à source même du problème, soit l'occurrence des agressions au travail. L'organisation peut se prémunir d'un programme de prévention des agressions au travail. Ce programme viserait à reconnaître les situations à risque, à prévenir leur détérioration et à gérer l'intervention à la suite d'un incident. Une politique de tolérance zéro pourrait être instaurée face à tout comportement de violence physique, d'intimidation et de

harcèlement sexuel en milieu de travail. Celle-ci serait appuyée par la haute direction.

Ensuite, il serait préférable de former les cadres et superviseurs sur le phénomène de l'agression au travail pour qu'ils soient en mesure de prévenir les agressions en détectant les individus et les comportements à risques et pour qu'ils sachent comment agir suite à une agression afin de fournir l'aide nécessaire aux victimes.

Il est aussi nécessaire d'encourager les victimes d'agression à dénoncer ces gestes. Cela peut se faire auprès du supérieur immédiat, de la gestion des ressources humaines, du représentant syndical, du comité santé et sécurité du travail ou d'un ombudsman. Cette initiative donnerait ainsi l'opportunité aux victimes de parler de l'événement qui vient de se produire.

De plus, il serait intéressant pour les organisations d'offrir un temps d'arrêt de travail à la victime, suite à une agression, afin de lui permettre de se reposer et de rechercher du soutien auprès de sa famille et ses ami(e)s. L'entreprise pourrait aussi instaurer des mesures à même son établissement afin d'intervenir rapidement auprès des employés victimes d'agressions pour leur fournir un suivi thérapeutique (programme d'aide aux employés), un groupe de soutien et une réintégration progressive au travail. Ces stratégies pourraient réduire significativement les conséquences des mauvais traitements.

Enfin, il est possible de créer un comité d'intervention en matière d'agression au travail qui veillerait à l'application de la politique de tolérance zéro, à la sensibilisation et à la prévention des agressions sur le terrain ainsi qu'au suivi des cas litigieux.

Conclusion

Ce mémoire a été réalisé à l'aide des données de l'Enquête sociale et de santé (1998) menée par Santé Québec. Ce mémoire avait pour principal objectif d'identifier les conséquences de l'agression au travail sur la santé mentale, la santé physique et sur la perception des individus de leur santé. Il avait aussi pour but de découvrir si le soutien social hors travail a un effet modérateur sur les conséquences de ces agressions au travail sur la santé. En fait, les statistiques évoquées au premier chapitre ont bien démontré que l'agression au travail est un problème important de santé publique au sein de la population en emploi, et que leurs impacts se font ressentir autant chez les travailleurs que les organisations et la société dans son ensemble. La revue de la littérature sur le sujet nous a permis de voir l'état des connaissances concernant les agressions au travail et d'élaborer notre orientation de recherche par rapport aux études précédentes. L'objet de ce mémoire est sans aucun doute très pertinent pour les champs des relations industrielles, car il touche un aspect bien précis de la vie au travail qui regroupe plusieurs domaines ou disciplines tels que la santé et la sécurité du travail et la gestion des ressources humaines.

En rapport avec cet objet de recherche, deux questions de recherche ont été formulées. L'une cherche à savoir si l'agression au travail entraîne des conséquences sur la santé mentale, la santé physique et sur la perception des travailleurs et travailleuses de leur santé. L'autre tente de découvrir si le soutien social hors travail permet d'atténuer les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé.

Ensuite, afin d'élaborer notre modèle conceptuel, nous nous sommes inspirés principalement des recherches de Kelloway (1997, 2000, 2002 et 2003) et des théories sur le stress (Pratt et Barling, 1988) et le soutien social (Cohen et Wills, 1985). La variable indépendante, l'agression au travail, a été définie par trois formes d'agression, soit la violence physique, l'intimidation et le harcèlement sexuel. La variable dépendante, la santé, a été considérée par trois dimensions soit la santé mentale, la santé physique et la perception de sa santé. La santé mentale fut mesurée avec l'indice de détresse psychologique et la santé physique fut mesurée à l'aide de différents problèmes de santé physique, en provenance de l'Enquête sociale et de santé (1998) de Santé Québec. La variable modératrice est le soutien social hors travail et les variables de contrôle sont l'âge et le sexe des répondants.

Suite à l'élaboration du modèle conceptuel, douze hypothèses ont été formulées. Les trois premières hypothèses visaient à savoir si une ou plusieurs des trois formes d'agression au travail (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) sont associés à la détresse psychologique. Les hypothèses 4, 5 et 6 cherchaient un lien entre l'une ou l'autre des trois formes d'agression et les problèmes de santé physique. Les hypothèses 7, 8 et 9 reprenaient à nouveau cette formulation, mais en tentant de trouver un lien entre les formes d'agressions et la perception des individus de leur santé. Enfin les trois dernières hypothèses prévoyaient que le soutien social au travail viendra atténuer les effets néfastes des trois formes d'agression sur la détresse psychologique (hypothèse 10), sur les problèmes de santé physique (hypothèse 11) et sur la perception des individus de leur santé (hypothèse 12).

Ces hypothèses de recherche ont été testées à partir des données de l'Enquête sociale et de santé (1998) de Santé Québec qui ont fait l'objet d'analyses statistiques univariées, bivariées et multivariées. L'échantillon utilisé regroupait toutes les personnes en emploi sur un échantillon total de plus de 20 000 répondants de la population québécoise.

Bien que notre étude ne confirme pas toutes les hypothèses énoncées, elle est tout de même parvenue à quelques conclusions intéressantes. D'abord en ce qui a trait aux conclusions concerne la santé mentale, les trois formes d'agression au travail (violence physique, intimidation et harcèlement sexuel) sont associées significativement et positivement à la détresse psychologique. Ainsi, plus un individu vit de l'agression au travail, plus sa santé mentale en est affectée. Au sujet de la santé physique, là aussi, toutes les formes d'agression au travail sont liées de façon positive et significative aux problèmes de santé. Donc, plus une personne vit de la violence physique, de l'intimidation et/ou du harcèlement sexuel, plus elle aura des problèmes de santé et du même fait, moins elle sera en bonne santé physique. Quant au résultats sur la perception des individus de leur santé, seul le harcèlement n'y est pas lié positivement et significativement. Cela revient à dire, que plus une personne vit de la violence physique et/ou de l'intimidation, plus il percevra sa santé de manière négative. Enfin, nos conclusions concernant le soutien social hors travail révèlent que celui-ci atténue les effets néfastes de l'agression au travail seulement sur la santé mentale et la perception des individus de leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

Andersson L. M. et Pearson, C. M. (1999). Tit for tat ? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*, 24, 452-471.

Antonucci, T. C. et Depner, C. E. (1982). Social support and informal helping relationships. In T. A. Wilss (Ed.), *Basic processes in helping relationships* (pp. 233-254). New York: Academic Press.

Atkinson, T., Liem, R. et Liem, J. H. (1986). The social costs of unemployment : implications for social support. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 317-331.

Audet N., Lemieux M. et Cardin J.F. (2001). Enquête sociale et de santé 1998 - Cahier technique et méthodologique : Définition et composition des indices, 2, Montréal, *Institut de la statistique du Québec*, 215 p.

Bandy, N. (1989). Relationships between male and female employees at Southern Illinois University. Unpublished doctoral dissertation, College of Education, Southern Illinois University, Carbondale, IL.

Banks, M. J., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N.J., Stafford, E. M. et Wall, T. D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indication of mental health in occupational settings. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.

Barling, J. (1996). The prediction, experience, and consequences of workplace violence. VandenBos G.R. et E.Q. Bulatao, (Eds.), *Violence on the Job*, Washington, DC: American Psychological Association.

Barling, J., Dekker, I., Loughlin, C. A., Kelloway, E. K., Fullagar, C. et Johnson, D. (1996). Prediction and replication of the organizational and personal consequences of workplace sexual harassment. *Journal of Managerial Psychology*, 11 (5), 4-25.

Barling, J., Rogers, A.G. et Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: Organizational and personal consequences of sexual harassment and workplace violence for in-home workers. *Journal of occupational Health Psychology*, 6 (3), 255-269.

Baron, S. A. (1993). Violence in the workplace: A prevention and management guide for business. Ventura, CA: Pathfinder.

Baron, R. A. et Richardson, D. R. (1994). Human aggression, New York : Plenum Press.

Beerh, T. A. (1995). Psychological stress in the workplace. London: Routledge.

Berkowitz, L. (1993). Agression: It's causes, consequences, and control. New York: McGraw-Hill.

- Berrera, M., Jr. et Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support : A conceptual and empirical analysis. *Journal of community Psychology*, 11, 133-143.
- Billings, A. G. et Moos, R. H. (1982). Work stress and the stress-buffering roles of work and family resources. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 215-232.
- Blau, G. (1981). An empirical investigation of job stress, service length, and job strain. *Organizational behavior and Human Performance*, 27, 279-302.
- Boyd, N. (1995). Violence in the workplace in British Columbia: A preliminary investigation. *Canadian Journal of Ciminology*, 37, 491-519.
- Boyer, R. et autres (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie*, 38 (6), 339-343.
- Braverman, M. (1992). Post-traumatic crisis intervention in the workplace. In J. C. Quick, L. R. Murphy et J. J. Hurrell (Eds.), *Stress and well-being at work* (p.299-316). Washington, DC: American Psychological Association.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Shoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. et Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Budd J. W., Arvey R. D. et Lawless P. (1996). Correlates and consequences of workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 197-210.
- Bulatao, E. Q. et VandenBos, G. R. (1996). Workplace violence: It's scope and issues. In G. R.VandenBos, et E. Q. Bulatao (Eds.), *Violence on the job*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bureau of Labor Statistic. (1992). Census of fatal occupational injuries. Washington. DC: Author.
- Buss, A. H. (1961). The psychology of aggression. New York: John Wiley.
- Caplan, R. D. (1979). Social support, person-environment fit, and coping. In L. F. Furman et J. Gordis (Eds.), *Mental health and the economy* (pp.89-131). Kalamazoo, MI: UpJohn Institute for Employment Research.
- Castillo, D. N. et Jenkins, E. L. (1994). Industries and occupations at high risk for work-related homicide. *Journal of Occupational medicine*, 36, 125-132.
- Chappell, D. et Di Martino, V. (1998). Violence at work. *International Labor Office*.
- Cleary, P. D. et Kessler, R. C. (1982). The estimation and interpretation of modifier effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 159-168.

Cohen, S. et McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis : A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. Singer, et S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol.4, pp.253-267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, S. et Syme, S. L. (Eds.). (1985a). *Social support and health*. New York: Academic Press.

Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. American psychological Association, *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.

Cooper, C. L. (1985). The stress of work: an overview. *Aviation, Space and environmental Medicine*, Juillet, 627-632.

Cooper, C. L. (1986). Job distress: recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist, *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.

Coursy, F. et Savoie A. (été 2003). L'agression en milieu de travail : qu'en est-il et que faire ?. *Gestion*, 28 (2), 19-25.

Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan.

Cox, T. (1985). The nature and management of stress, *Ergonomics*, 28, 1155-1163.

Cox, T., Thirlaway, M., Gotts et Cox, S. (1983). The nature and assessment of general well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 353-359.

Culbertson, A. L., Rosenfeld, P. Booth-Kewley, S. et Magnusson, P. (1992). Assessment of sexual harassment in the Navy: Results of 1989 Navy-wide Survey. TR-92-11. San diego, CA: Navy Personnel Research and Development Center.

Damant, D., Dompierre, J. et Jauvin, N. (1997). *La violence en milieu de travail*. CRI-VIFF.

Davis, H. (1987). Workplace homicides of Texas males. *American Journal of Public Health*, 77, 1290-1293.

De Coster, S., Estes, S. B. et Mueller, C. W. (1999). Routine activities and sexual harassment in the workplace, *Work and Occupations*, 26, 21-49.

Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R : Administration, scoring and procedures manual-II. Towson, MD: *Clinical Psychometric Research*.

DiTomaso, N. (1989). Sexuality in the workplace: Discrimination and harassment. (pp.71-90). In J. Hearn, D. L. Sheppard, P. Tancred-Sheriff et G. Burrell (Eds.), *The sexuality of organization*. London: Sage.

Edwards, J. G. (1976). Psychiatric aspects of civilian disasters. *British Medical Journal*, 1, 944-947.

Engel, F. (1987 Juillet/Août). Violence, crime, and trauma at work : An overlooked problem. *EAP Digest*, 295-299.

Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship, *Journal of Applied Psychology*, 69 (4), 615-622.

Etzion, D. et Pines, A. (1981). Sexe and culture as factors explaining reported coping behavior and burnout of human service professionals : A social psychological perspective (Working Paper No. 696/81). Tel Aviv: Tel Aviv University, The Israel Institute of Business Research.

Fain, T. C. et Anderton, D. L. (1987). Sexual harassment : Organizational context and diffuse status. *Sex Roles*, 17, 291-311.

Felson, R. B. et Tedeschi, J. T. (1993). Aggression and violence : Social interactionist Perspectives. Washington, DC : American Psychological Association.

Fenlason, K. J. et Beehr, T. A. (1994). Social support and occupational stress : Effects of talking to others. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 157-175.

FIIQ. (1995). Rapport de recherche sur la violence faite aux infirmières en milieu de travail. Décembre.

Fitzgerald, L. F., Shullman, S. L., Bailey, N., Richards, M., Swecker, J., Gold, A., Ormerod, A. J. et Weitzman, L. (1988). The incidence and dimensions of sexual harassment in academia and the workplace. *Journal of Vocational Behavior*, 32, 152-175.

Fitzgerald, L. F. et Ormerod, A. J. (1993). Breaking silence: The sexual harassment of women in academia and the workplace. In F. Denmark et M. Paludi (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories* (p.553-582). Westport, CT: Greenwood Press.

Fitzgerald, L. F. et Shullman, S. L. (1993). Sexual harassment: A research analysis and agenda for the 1990's. *Journal of Vocational Behavior*, 42, 5-27.

Fitzgerald L. F., Drasgow F., Hulin, C. H., Gelfrand M. J. et Magley V. (1997). Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: A Test of an Integrated Model. *Journal of Applied Psychology*, 82, 378-589.

Fitzgerald, L. F., Swan, S. et Magley, V. J. (1997). But was it really sexual harassment? Legal, behavioral, and psychological definitions of the workplace victimization of women. In W.T. O'Donohue (Ed.), *Sexual harassment: Theory, research, and treatment* (p.5-28). Needham Heights, MA: Allyn et Bacon.

Foucher R., Savoie, A. et Brunet, L. (2003). Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail. Les Éditions Nouvelles. Collection Psychologie industrielle et organisationnelle. Montréal, 357p.

- Fryer, D. et Warr, P. (1984). Unemployment and cognitive difficulties. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 67-68.
- Gangster, D. C., Fusilier, M. R. et Mayes, B. T. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71, 102-110.
- Gartner, R. et McCarthy, B. (1991). The social distribution of femicide in urban Canada, 1921-1988. *Law and Society Review*, 25, 287-311.
- Gold, J. R. (1990). Levels of depression. In B. B. Wolman, et G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods*, New York, John Wiley and Sons, p.203-298.
- Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Canadian Journal of Science*, 10 (2), 105-115.
- Graydon, J., Kasta, W. et Khan, P. (1994). Verbal and physical abuse of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*. Novembre-Décembre: 70-89.
- Greengerg, L. et Barling, J. (1999). Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: The roles of person behaviors and perceived factors. *Journal of organizational behavior*, 20, 897-913.
- Gutek, B. A. (1985). Sex and the workplace: The impact of sexual behavior and harassment on women, men and organization. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gutek, B.A. et Koss, M. P. (1993). Changed women and changed organizations: Consequences of and coping with sexual harassment. *Journal of Vocational Behavior*, 42, 28-48.
- Gutek, B. A., Nekamura, C.Y., Gahart, M., Handschumacher, I. et Russel D. (1990). Sexuality in the workplace. *Basic and Applied Social Psychology*, 1, 255-265.
- Hall, J. K. et Spector, P. E. (1991). Relationships of work stress measures for employees with the same job. *Work and Stress*, 5, 29-35.
- Haggerty, A. G. (Septembre, 1993). Employees needs to address workplace violence. *National Underwriter*, 68.
- Henderson, S. et Bostock, T. (1977). Coping behaviour after shipwreck. *British Journal of Psychiatry*, 131, 15-20.
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: a theory based on rapid resource loss. *Anxiety Research*, 4, 187-197.
- Holt, R. R. (1990). Occupational stress. In L. Goldberg et S. Brenitz (Éds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. (2e éd.), New York, The Free Press.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ifeld, F. W. (1976). Further valiation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39 (2), 1215-1228.
- Ifeld, F. W. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35 (4), 16-724.
- Ivancevich, J. M. et Matteson, M. (1980). *Stree and work : A managerial perspective*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Jenkins, E. L., Layne, L. A. et Kisner, S. M. (1992). Homicide in the workplace: The U.S. experience, 1980-1988. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 40, 215-218.
- Jenkins, E. L. (1996b). Workplace homicide: Industries and ocupations at high risk. *Occupational Medicine State of Art Reviews*, 11, 219-225.
- Jensen, I. et Gutek, B. A. (1982). Attributions and assignment of responsibility for sexual harassment. *Journal of Social Issues*, 38, 121-136.
- Kass, G. V. (1980). An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data. *Applied Statistics*, 29, 119-127.
- Kaplan, G. A. et autres (1987). Psychological predictors of depression: prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology*, 125 (2), 206-220.
- Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual end empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1 (1).
- Kessler, R. C. et McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. cohen et S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 219-240). New York: Academic Press.
- Khan, J.P. et Byosiere, M. (1991). Stress in organization. In M. Dunette (Éd.), *Handbook of industrial ans Organizational Psychology*, 3, 2e éd. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- Klerman, G. L. (1989). Psychiatric diagnostic categories: issues of validity and measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 26-32.
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita , G. P. et Russo, N. F. (Eds.). (1995). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kraus, J. F. (1987). Homicide while at work: Persons, industries, and occupations at high risk. *American Journal of Public Health*, 77, 1285-1289.

- LaRocco, J. M. et Jones, A. P. (1978). Coworker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations. *Journal of Applied Psychology*, 63, 629-634.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Leather P., Lawrence C., Beale D., Cox T. et Dickson R. (1998). Exposure to occupational Violence and the buffering effects of intra-organizational support. *Work and Stress*, 12, 161-178.
- Leblanc M. et Kelloway E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87,444-453.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns and predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *The Journal of Occupational Behavior*, 12, 123-144.
- Link, B. et Dohrenwend, B. (1980). Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the united States. In *Mental illness in the United states: epidemiological estimates*, New York, Praeger, 114-132.
- Liss, G. M. et Craig, C.A. (1988). Homicide in the workplace in Ontario : Occupations at risk and limitations of existing data sources. Toronto, Ontario, Canada: Ontatio Ministry of Labor.
- Mantell, M. (1994). Ticking bombs: Defusing violence in the workplace. Burr Ridge, IL: Irwin.
- Marcelissen, F. H., Winnubst, J. A. M., Buunk, B. et De Wolff, C. J. (1988). Social support and occupational stress: a causal analysis. *Social Science Medicine*, 26, 365-373.
- Marshall, J. et Cooper, C. (1979). Work experiences of middle and senior managers: the pressure and satisfaction, *International Management Review*, 19, 81-96.
- Martindale, M. (1990). Sexual harassment in the military: 1988. Arlington, VA: Defense Manpower Data Center.
- McCaffry, R. J. (1989). Civilian-related post-traumatic stress disorder: Assesment-related issues. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 72-76.
- McFarlane, A. C (1989). The treatment of post-traumatic stress disorder. *British journal of Medical Psychology*, 62, 81-90.
- Montreal University staff gunned down. (25 Août, 1992). *Calgary Herald*, p.A1.
- Morrow P. C., McElroy J. C. et Phillips C. M. (1994). Sexual harassment behaviors and work related perceptions and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 295-309.

- Mueller C. W., De Coster S. et Estes S. B. (2001). Sexual harassment in the workplace. *Work and occupations*, 28, 411-446.
- Murphy, C. M. et O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- Neuman, J. H. et Baron, R. A. (1997). Aggression in the workplace, In R.A. Giacalone et J. Greenberg (Eds.), *Antisocial behavior in organizations*, (p.37-67). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Northwestern Life Insurance Company (1993). Fear and violence in the workplace: A survey documenting the experience of American workers. Minneapolis, MN: Author.
- Nowlis, V. (1965). Research with the Mood Adjective Checklist. In S. S. Tompkins et C. E. Izard (Eds.), *Affect, cognition, and personality* (pp. 352-389). New York: Springer.
- O'Brien, R. (1991). Sex ratios and rape rates: A power-control theory. *Criminology*, 29, 99-114.
- Painter, K. (1987). It's part of the job, *employee Relations*, 9, 30-40.
- Préville, M. et autres (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- Piirainen, H., Ello, A-L., Kankaanpää, E., Laitinen, H., Lindström, K., Luopajarvi, T., Mäkelä, P., Pohjanpää, K. et Riala, R. (1997). Work and health interview study in 1997, FIOH, Helsinki, Finland (in Finnish).
- Pratt, L. I. et Barling, J. (1988). Differentiating between daily events, acute and chronic stressors: A framework and its implications. In J. J. Hurrell Jr., L. R. Murphy, S. L. Sauter, et C. L. Cooper (Eds.), *Occupational stress: Issues and developments in research* (pp. 41-51). New York: Taylor et Francis.
- Quivy R. et Campenhoudt L. V. (1995). Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, 2^e édition, Paris, 287 p.
- Robins, L. N. et Regier, D. A. (1991). Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study, New York, *The free press*, 449 p.
- Rogers K. A. et Kelloway E. K (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 63-71.
- Santé Québec, A. Émond et autres (1988). Et la santé, ça va? *Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

- Schat A. C. H. et Kelloway E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 386-402.
- Schneider K. T., Swan S. et Fitzgerald F. L. (1997). Job-related and psychological effects of sexual harassment in the workplace: Empirical evidence from two organizations. *Journal of Applied Psychology*, 82, 401-415.
- Schultz, L. G. (1987). The social worker as a victim of violence,. *Social Casework*, 68, 240-244.
- Seeger, K. A. (1993). Violence in the workplace: An assessment on the problem based on responses from 32 large corporations. *Security Journal*, 4, 139-149.
- Shadbolt, B. (1997). Some correlates of self rated health for Australian women. *American Journal of Public Health*, 80, 32-37.
- Silver, R. L. et Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber et M. E. P. Seligman (Eds.), *Human Helplessness* (pp.279-340). New York: Academic Press.
- Spence, J. T., Helmreich, R. L. et Pred, R. S. (1987) Impatience versus achievement strivings in the Type A pattern: differential effects on student's health and academic performance. *Journal of Applied Psychology*, 72, 522-528.
- Spry, M. (1998). Workplace harassment: What is it, and what should the law do about it? *The journal of Industrial Relations*, 40 (2).
- Straus, M. A. et Gelles, R. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage the Family*, 48, 465-479.
- Taylor, A. J. W. (1989). Disaster and disaster stress. New York: AMS Press.
- Thoits, P. A. (1982a). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 254-262.
- Tousignant, M. (1992). Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris, *Presses universitaire de France*, 256 p.
- Turner, R. J. (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (pp. 105-155). New York: Academic Press.
- Tyron, G. S. (1986). Abuse of therapists by patients: Anational survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 357-363.

Tedeschi, J. T. et Felson R. B. (1994). Violence, aggression, and coercive actions. Washington, DC : *American Psychological Association*.

Toscano, G. et Weber, W. (1995). Violence in the workplace : Compensation and working conditions. Washington, DC: US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics.

Tremblay, J. (22 septembre 2003). *La Presse*, Affaires D1-D2.

U.S. Merit Protection Board. (1981). Sexual harassment in the federal workplace: Is it a problem? Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Veit, C. T. et Ware, J.E. (1983). The structure of psychological distress and well-being i general populations. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 51, 730-742.

Wallston, B. S., Alagna, S. W., DeVellis, B. M., et De Vellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 4, 367-391.

Whittington, R. et Wykes, T. (1989). Invisible injury. *Nursing Times*, 84 (42),30-32.

Wilcox, B. L. et Vernberg, E. (1985). Conceptual and theoreticall dilemmas facing social support research. In I. G. Sarason et B. R. Sarason (Eds.), *Social support : Theory, research and application* (pp. 3-20). The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhof.

Wykes T. et Whittington R. (1991). Coping strategies used by staff following assault by a patient: An exploratory study. *Work and Stress*, 5, 37-48.

Sites internet :

Définition du harcèlement sexuel de la Commission des droits de la personne du Québec

www.usherbrooke.ca/harcelement/definition/harcelement.html

Institut de la statistique du Québec (Enquête sociale et de santé 1998)

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/e_soc-sante98.htm

National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH] (1996). Violence in the workplace. Parution Août 30, 2000

www.cdc.gov/niosh/violphs.html

