

Profil des victimes du harcèlement dans le secteur de la santé

Profile of victims of harassment in the health sector

Hamid Hachelafi (a)

(a)Faculté de médecine. Université Oran1.Algérie

تاريخ الإرسال: 2020-11-30 تاريخ القبول: 2021-01-07

Résumé :

L'article décrit le profil des victimes du harcèlement psychique chez le personnel de santé et identifie les facteurs de risques individuels et organisationnels responsables de la genèse du phénomène. Il s'agit d'une étude transversale descriptive d'une cohorte de 50 victimes diagnostiquées sur la base de l'inventaire des comportements hostiles de Leymann et suivi au niveau de la consultation dédiée à la santé mentale au travail. L'analyse statistique est réalisée par le logiciel Epi-info version 6.

L'étude des dossiers médicaux basée sur le canevas de suivi des victimes du harcèlement évoque les résultats suivants : le type du harcèlement est vertical descendant. Les répercussions du phénomène du harcèlement sur la vie familiale et sociale sont allégées chez 64% des cas induisant pour certaines victimes des situations de divorce. Les symptômes de la souffrance psychique sont repérables pour 82% des cas. La discrimination dans la relation au travail observée est à connotation sexuelle ou raciste.

Le désagrément psychique exprimé est induit par l'absence d'un cahier de charge établi, la confusion des rôles, et le manque de transparence dans la gestion basée essentiellement sur des affinités personnelles.

Mots clés : Harcèlement ; Victime ; Facteurs psycho-sociaux ; Souffrance psychique ; Santé mentale.

Abstract :

The article describes the profile of victims of psychological harassment among healthcare personnel and identifies the individual and organizational risk factors responsible for the genesis of the

phenomenon. It is a descriptive cross-sectional study of a cohort of 50 victims diagnosed based on Leymann's inventory of hostile behaviour and followed up at the level of the consultation dedicated to mental health at work. The statistical analysis is carried out by the software Epi-info version 6.

The study of medical files based on the monitoring framework for victims of harassment suggests the following results: the type of harassment is vertical downward. The effects of the phenomenon of harassment on family and social life are alleged in 64% of cases leading some victims to divorce situations. The symptoms of mental suffering are detectable in 82% of cases. The discrimination in the relation to work verified is of sexual or racist connotation.

Psychic inconvenience is caused by the lack of established specifications, the confusion of roles, and the lack of transparency in management, which is essentially based on personal affinities.

Keywords: Mobbing; Victim; Psycho-social factors; Psychic suffering; Mental health.

1. Introduction :

La problématique du harcèlement psychique au milieu du travail demeure un thème d'actualité qui relate une forme de violence perpétrée contre une victime souvent placardisée par l'organisation du travail. Les multiples violences au travail figurent du domaine de la psychopathologie professionnelle, et c'est «l'une des préoccupations importantes des services de médecine du travail, et plus généralement des établissements auxquels appartiennent les salariés concernés» (Pignol, 2004).

Il s'agit d'un phénomène psycho-social universel et surtout un sujet tabou occulté par ses caractéristiques sournoises et imprégné par le niveau de culture complice de l'entreprise. Ses répercussions sont multiples, tant individuelles que sur le collectif de l'entreprise, bien que «les comportements associés au harcèlement psychologique ont toujours été présents dans les mondes du travail. Ce qui est nouveau cependant, c'est leur intensité, leur fréquence et l'aggravation de ses conséquences psychopathologiques qui, à partir des années 90, ont pris une dimension alarmante dans différents pays» (Soares, 2002) et corroboré à titre indicatif par les résultats de l'enquête annuelle Quality of Work Index en Europe qui montrent que la prévalence du harcèlement moral au travail est passée de 12,4% en 2014 à 18,1% en 2018 (Sischka et al, 2018).

Le secteur de la santé est réputé comme un entonnoir de toutes les formes de détresse sociale et le milieu le plus pourvoyeur du phénomène du harcèlement à côté du secteur de l'enseignement et le secteur de services dont leurs prévalences sont chiffrées à titre indicatif à 13% dans l'administration publique et 10% dans les banques (Chappell et Di Martino ,2006).

Dans les pays Arabes, peu d'études de terrain se sont intéressées au chapitre de la victimologie inhérent à la santé mentale au travail. Ainsi, notre contribution vise à lever le voile sur le mutisme des harcelés puisque « la plupart du temps, les victimes de violences ne parlaient pas de celles-ci » (DiBaise et al, 2018) et de décrire leur profil pour élaborer des pistes de prise en charge du phénomène du harcèlement au milieu du travail selon le contexte socio-culturel local.

L'étude concerne le secteur de la santé dont la cohorte des victimes du harcèlement est identifiée dans le cadre d'une étude multicentrique de dépistage du harcèlement en milieu professionnel. Tant que les études académiques ont démontré que la violence au travail est multifactorielle et qu'elle relève de déterminants individuels et organisationnels comme expliqués par Mayhew; (2000) : «La violence au travail ne réfère pas à un problème épisodique et individuel, mais plutôt à un problème structurel et systémique enraciné dans des facteurs sociaux, économiques, organisationnels et culturels». Ainsi, nos hypothèses de recherche s'inscrivent sous cette optique :

- Le harcèlement moral dans le secteur de la santé relève des facteurs individuels propre à la victime.
- Le harcèlement moral dans le secteur de la santé relève des facteurs organisationnels propre à l'établissement de santé.

2. Objectifs :

Parmi les objectifs assignés à l'étude :

- Décrire le profil des victimes du harcèlement psychique chez le personnel de santé.
- Étudier la typologie et la dynamique du harcèlement psychique.
- Évaluer l'impact du harcèlement sur la santé et son retentissement sur la vie socio-professionnelle des victimes.

Dans le but de réaliser une meilleure prise en charge médico-psychologique des victimes du harcèlement.

3. Méthodologie de l'étude :

3.1. Définition du harcèlement :

Nous avons retenu comme définition du harcèlement : «L'enchaînement, sur une assez longue période, de propos et d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible)» (Desrumaux, 2016).

Le diagnostic clinique du harcèlement est basé sur la critériologie adoptée par le pionnier théoricien Leymann (1996) qui le définit par : «L'existence de comportements hostiles au nombre de quarante-cinq, leurs répétitivités selon une fréquence et une durée au moins 1 fois /semaine pendant au moins 6 mois ».

3.2. Les critères de sélection de l'échantillon :

- Critères d'inclusion : personnel hospitalier du secteur public.
- Critères d'exclusion : personnel nouvellement recruté ou ayant moins d'une année d'ancienneté.
- Les structures de santé du secteur privé.

3.3. Méthode d'échantillonnage :

Échantillonnage aléatoire stratifié à 2 degrés (communes de la wilaya d'Oran, structures de santé).

3.4. Type de l'étude : étude transversale descriptive.

3.5. Le recueil des données :

Il est réalisé par le questionnaire descriptif du harcèlement psychologique (De Gasparo et Grenier-Pezé, 2003) combiné au dossier de victimologie pour le suivi du devenir des victimes du harcèlement au travail (Seiller-Van Daal et al, 2001). L'étude est réalisée dans le cadre d'un suivi en consultation dédiée à la santé mentale au travail et elle s'est basée sur des entretiens semi-directifs. L'analyse statistique pour le calcul des prévalences est réalisée par le logiciel Epi-info version6.

4. Résultats :

La cohorte étudiée est constituée de cinquante sujets. L'analyse uni-variée révèle :

4.1. Les caractéristiques personnelles des victimes :

Plus de $\frac{3}{4}$ de notre échantillon sont des femmes 82%, leur âge moyen est de 38 ans, marié dans plus de la moitié des cas 60%, avec au moins un enfant à charge 62% et dont presque la moitié de leur progéniture n'a pas atteint l'âge de scolarité 40%.

Presque la moitié de l'échantillon 48% a acquis un diplôme universitaire ou il a bénéficié d'une formation professionnelle 26% relative aux métiers de la santé.

Presque la moitié 48% réside dans le centre-ville et il utilise le bus 64% comme le moyen de transport habituel pour rejoindre leur travail.

4.2. Les caractéristiques professionnelles :

Les victimes occupent le poste d'agent paramédical 68% et elles sont majoritairement titularisées dans leur poste de travail 90%, avec une ancienneté moyenne de 13 ans. Les victimes n'occupent que très rarement des postes de responsabilité 26%.

4.3. Les caractéristiques de l'environnement de travail :

4.3.1. Lieu de travail :

Presque la moitié des victimes 42% travaillent dans les établissements hospitaliers spécialisés « EHS ».

Presque la majorité des victimes 84% partagent un espace commun pour exécuter leurs tâches professionnelles.

Plus de la moitié des victimes 62% ont des collègues de travail à composante majoritaire de sexe féminin.

Plus de la moitié des victimes 66% déclarent travailler selon un régime voulu.

Seulement 28% des victimes déclarent avoir un lien affectif avec leur responsable hiérarchique quelle que soit la nature de son poste.

Presque la moitié de l'échantillon 48% juge incompatible entre les tâches exercées et les connaissances acquises au cours de leur formation initiale.

Plus de la moitié de l'échantillon 64% juge que le chacun pour soi règne au sein du collectif de travail.

L'intérêt pour le travail est grandement apprécié chez 58% de l'échantillon et il est manifesté par un surinvestissement en temps de travail 56%, ce qui donne une impression de satisfaction aux responsables pour le travail fourni selon 64%.

Presque le 1/10 de l'échantillon est un adhérent à un syndicat professionnel.

4.3.2. Modification de l'organisation de travail :

elle est ressentie chez presque la moitié de l'échantillon, et avec des indicateurs à l'exemple de l'installation d'un nouveau responsable (1/3 cas) avec un changement relatif aux techniques de travail (20%) ou une augmentation des effectifs (18%).

Les conséquences de la nouvelle organisation ont provoqué un sentiment de surcharge de travail chez 24%.

4.3.3. Discrimination dans les relations de travail :

Elle est observée chez plus du $\frac{3}{4}$ de l'échantillon qui n'arrive pas à qualifier sa nature dans la moitié des cas, mais selon 12% des cas elle est de type sexiste ou raciste.

La discrimination au travail est exprimée en fonction de la charge du travail accompli, à l'attribution du matériel, aux congés de détente ou aux durées des pauses (30%).

4.4. Qualifications des relations de travail pendant ou avant le harcèlement :

4.4.1. Avec les collègues de travail :

Elle est globalement au degré d'entente (88%), pouvant atteindre le niveau de complicité pour certains ($\frac{1}{4}$ des cas) quoique des situations de mésentente soient signalées (40 %).

4.4.2. Avec la hiérarchie :

La relation est au degré d'entente (66%), pouvant atteindre dans $\frac{1}{4}$ des cas des liens de complicité mutuelle, mais limités en nombre. Par contre, environ $\frac{1}{4}$ des cas ont une exécration relation avec leur hiérarchie ayant entraîné des situations de mésentente pour certains (22%).

4.4.3. Avec le harceleur :

Environ $\frac{1}{4}$ des cas déclare que leur relation était qualifiée d'excellente au début, or plus de la moitié des cas n'entretenait pas de relation ou elle était mauvaise.

4.5. La dynamique du phénomène du harcèlement :

4.5.1. Le harcèlement vertical :

Le plus souvent, le harcèlement est descendant (66%) par l'implication du staff administratif (62%). Dans la moitié des cas, il s'agit d'une seule personne harceleuse.

Presque la moitié des cas (46%) les harceleurs sont de sexe féminin, et ils sont âgés de 42 ans avec une ancienneté moyenne de 14 ans dans leur poste de travail.

4.5.2. Le harcèlement horizontal :

Il est retrouvé dans 36 % des cas, il s'agit dans $\frac{2}{3}$ des cas d'un groupe de harceleurs, de sexe féminin dans $\frac{3}{4}$ des cas, âgés de 38 ans et avec une ancienneté professionnelle moyenne de 12 ans dans leur poste de travail.

4.6. Les techniques du harcèlement :

4.6.1. Les techniques relationnelles :

Elles sont utilisées dans 90% des cas et elles sont de tonalité agressive pour plus de la moitié des situations.

4.6.2. Les techniques de surveillance ou persécutrices :

Elles se sont manifestées contre 54% des sujets par le contrôle lors des discussions avec leurs collègues, la durée des pauses et les absences.

4.6.3. Les techniques punitives :

Plus de la moitié des cas (54%), et elles revêtent le caractère d'humiliation devant les patients pour le $\frac{1}{4}$ des cas.

4.6.4. Les techniques d'attaque du geste de travail :

Elles sont décelées chez 42% des cas sous la forme d'injonctions paradoxales (40%) et dont le $\frac{1}{4}$ des victimes déclare être

régulièrement persécuté par le fait d'être remis en cause dans l'exécution de leurs tâches professionnelles.

4.6.5. La disqualification du poste de travail :

Elle concerne (30%) des cas, et le 1/10 des victimes est privé des tâches attribuées intentionnellement à leurs collègues dans le but de les vexer.

4.6.6. La surcharge du poste de travail :

Elle est ressentie chez 16% des cas dont presque 1/10 déclare subir une pression pour effectuer des tâches nouvelles ou inhabituelle à leur rythme de travail dans le but de les pousser à l'épuisement et de commettre des erreurs.

4.6.7. Les techniques d'isolement :

Elles sont utilisées dans 40% des cas sous forme de chantage de changement du lieu de travail et qui sont relatées par ¼ des cas.

4.6.8. Les techniques sexistes :

Elles sont retrouvées chez 20 % des cas, ce qui nous a permis de déceler deux cas de harcèlement sexuel avéré.

4.7. Les conséquences du harcèlement :

4.7.1. Sur l'emploi :

Elles sont évoquées chez 54% des cas. Presque la moitié de l'échantillon avait opté pour une mutation, motivant un changement brutal du poste de travail manifesté chez 22% des cas. Alors que d'autres ont pris un congé maladie de plus de six mois, alors que la démission est souhaitée chez 6% des cas.

4.7.2. Les répercussions sur la vie familiale et sociale :

Elles sont évoquées chez 64% des cas, dont environ le 1/3 déclare être saturé pour pouvoir gérer leurs soucis familiaux et le ¼ soutient que leurs enfants sont conjointement des victimes suite à la dégradation de la relation conjugale ou suite à leur malaise au travail.

Environ 20% des cas déclare avoir des contraintes financières liées aux congés maladie inhérentes aux hostilités vécus dans leur travail.

Environ 4% des cas de divorce sont listés et les victimes déclarent que la responsabilité du vécu familial incombe à leur vécu déstabilisant en milieu de travail.

4.8. Les causes des agissements du harcèlement :

4.8.1. Date des agissements :

Plus du 1/3 des cas déclare que le harcèlement s'était produit dans les mois qui ont suivi leur embauche.

Le 1/4 des victimes font la liaison entre le fait d'être harcelé et un éventuel désaccord personnel.

Les situations de dénonciation ou de refus signifié sont accueillies par ces hostilités dans 14% des cas.

4.8.2. Événement personnel à valeur forte survenant dans les 6 mois précédant le harcèlement :

Il est cité par 46 % des cas. L'atteinte à la santé de la victime ou d'un de ses proches est l'événement le plus cité (40 %) précédant la période du harcèlement.

4.9. Aides repérables sollicitées par la victime et les réactions repérables :

4.9.1. Le recours des victimes à un soutien est opéré par 82% des cas, soit vers l'intervention du staff administratif (54%), soit vers les acteurs médicaux (28%) et aux instances institutionnelles (24%), alors que le syndicat demeure la dernière soupape après les collègues de travail.

4.9.2. La réaction des intervenants sollicités a apporté un soutien actif pour 46% auprès des victimes pour leurs difficultés relationnelles.

Plus de la moitié de l'échantillon (62%) sollicite et discute de leur malaise au travail avec les membres de leur famille. Cependant, le recours familial est souvent décourageant vis-à-vis de la victime (38 %) et il est exprimé par un sentiment d'impuissance approuvé ou carrément une incompréhension signifiée du problème posé.

4.9.3. En cas de soutien au sein de l'entreprise, plus de la moitié de l'échantillon manifeste un désir de dévoiler leurs maux à l'extérieur de l'enceinte du service ou de l'établissement de santé, bien que la volonté manifestée de « faire payer » l'agresseur pour la souffrance subie reste faible (20%).

4.10. Type de harcèlement identifié : dans plus de la moitié des cas, il est de nature individuelle.

4.11. La victime avait déjà côtoyé des pratiques de harcèlement dans l'entreprise est pour la moitié des cas, et dont le 1/3 des cas compatit pour aider autrui qui se retrouverait dans la même situation.

4.12. Volonté explicite par le/la salarié (e) de résister aux agissements sans se plaindre est exprimée par 38 % des cas.

4.13. Tableau clinique :

Presque la moitié des cas (46%) déclare qu'ils ont consulté à cause de leur malaise au travail.

La symptomatologie liée à la souffrance psychique est repérable chez 82% des cas où les troubles du sommeil occupent la place dominante (70%), suivis par les sentiments d'un état de fatigue permanent (60%), associé à une anxiété (58%).

Un traitement médicamenteux est prescrit chez 34% des cas dont presque le ¼ de l'échantillon avait reçu une prescription de psychotropes.

La phase de décompensation marquée par les symptômes de souffrance est signalée chez 76% des cas et les pleurs sont l'expression la plus marquante (44%). Dans notre échantillon, 18% des cas manifestent dans leur récit des signes de dépression, alors que les atteintes cognitives sont citées chez ¼ de l'échantillon.

5. Discussion :

5.1. Description socio-démographique des victimes :

Au cours de notre étude, nous avons été sollicités et avec insistance pour une prise en charge urgente de la part des victimes femmes, contrairement à leurs collègues hommes. Simplement, la femme demeure le pivot de discussion de toutes les difficultés de la vie, et elle est majoritaire dans notre échantillon. En fait, la femme «est la plus motivée pour évoquer ses soucis de la vie, mais aussi ceux du travail» (Bardot, 2008).

L'âge moyen des victimes revêt la particularité de jeunesse qui trouve son explication par la composante démographique de la société Algérienne, mais pouvant être «un élément catalyseur du harcèlement par le fait que les jeunes sont super qualifiés et peuvent présenter une menace à d'autres collègues et supérieurs hiérarchiques» (Zabala, 2001).

La vie familiale des victimes fait mention de charges supplémentaires notamment pour la femme mariée, et ce fardeau socio-familial va crescendo pour leurs enfants en bas âge ou en préscolaire, ce qui interfère avec la thématique de la conciliation des temps entre la vie familiale et professionnelle où l'exemple de l'inexistence de garderie d'enfants sur les lieux de travail constitue un facteur étiologique du malaise au travail.

Les victimes disposent d'un diplôme universitaire ou de formation de technicienne supérieure dans les métiers de la santé, et notre échantillon ne comprend pas des illettrés, ce qui oriente que les victimes discutent de leur malaise au travail avec un niveau de connaissances très acceptable.

Les contraintes de stabilité par rapport au lieu de résidence ou de déplacement ne sont pas soulignées comme des soucis majeurs par rapport à la population générale, mais elles «peuvent être considérés comme des facteurs para-professionnels prédisposant au stress» (Laraqui et al, 2008).

Finalement, il ressort que les facteurs individuels de vulnérabilité (âge, sexe, statut matrimonial, charge socio-familiale) prédisposent à la victimisation, alors que le niveau d'instruction favorise la dénonciation des situations d'abus dans le travail et formalise un civisme émergent.

5.2. Description socio-professionnelle :

Tout le corpus professionnel du secteur de la santé est représenté dans notre étude, or le personnel paramédical occupe la place prépondérante par le fait qu'il est majoritaire dans les structures hospitalières où il accomplit sa charge horaire complète dans son service d'affectation ce qui l'expose davantage à des hostilités de nature diverse.

La notion de précarité dans le poste de travail ne figure pas dans les caractéristiques du statut du poste de travail. De même, la controverse de manque d'expérience est démontrée par le fait que l'ancienneté moyenne est de 13 ans. Les victimes du harcèlement ne sont pas toutes des subordonnées, et certaines d'entre elles occupent des postes de responsabilité au sein de leur service, mais sous une étiquette de gestion symbolique et non-rémunérée à l'exemple de chef d'équipe.

Les victimes du harcèlement travaillent dans des enceintes cloisonnées (les établissements spécialisés « EHS ») où les relations se tissent aisément par facteur de temps et dans le clanisme et le tiraillement pour l'élaboration des unités de soins monopolisées par la motivation de commande et de soumission et qui concourent à

l'émergence du harcèlement comparé aux structures de soins de base où les sites sont dispersés.

La majorité des victimes partage un espace commun de travail au sein du service, ce qui augmente davantage le temps de fréquentation au cours du travail individuel, mais aussi dans les moments de pauses.

Le sexe féminin est majoritaire, ce qui induit tacitement une sphère de collègues de travail de même sexe, cela peut prédire que la séparation de genre au travail obéit inconsciemment aux principes culturels et sociaux de la population d'étude.

La qualité de la relation de travail entre deux personnes du même sexe, ici les femmes, est exposée le plus souvent aux tempéraments de chacune d'elles. Ainsi, les temps de pause sont quotidiennement des périodes de répit pour débattre de tous les maux de la vie, ce qui peut constituer occasionnellement une source exploitée à mal dans le processus du harcèlement par la torpille des secrets de la vie privée des victimes, et à preuve évidente selon leur récit, que l'individualisme et le chacun pour soi prônent comme une couronne relationnelle au sein du groupe de travail. Le même constat obéit en référence aux principes moraux inculqués de par la religion et la tradition où une infime proportion du personnel féminin entretient un lien affectif avec leur responsable hiérarchique sans autant être signifiant de dérapage comportemental.

Le fait que les victimes pensent travailler selon un régime imposé par leur hiérarchie implique la perte de leur autonomie dans l'exécution de leurs tâches et elles sont noyées dans la monotonie, ce qui indique que la motivation au travail demeure une ressource à l'épanouissement constant selon les situations conflictuelles.

L'incompatibilité entre le modèle de formation initiale et les contraintes de terrain est ressentie comme une charge additive prédisposant à la genèse du malaise au travail et qui se cumulent dès le déroulement des stages de formation tant pour les études médicales ou paramédicales, puisque «la formation est vécue comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes en stage» (Auslender, 2017).

Les résultats relatifs aux items sur l'intérêt manifesté au contenu du travail effectué, du surinvestissement au temps dans le travail et le sentiment de donner une satisfaction aux responsables par le travail fourni soulignent à travers leurs réponses un désintérêt manifesté comme un indicateur d'une phase de souffrance au travail causée essentiellement par les comportements hostiles du harcèlement. Or, un pourcentage infime sauvegarde une dynamique, un dévouement et intérêt pour leur travail, une distinction expliquée

par la nature des mécanismes d'adaptation aux situations de conflit et les modes de coping déployés pour amortir le choc psychologique du harcèlement.

Le fait d'être membre d'un syndicat professionnel n'est pas une opportunité pour les attitudes du harcèlement, car le statut syndical offre traditionnellement des avantages à ses membres par les relations d'affinité et d'entente entretenues avec le staff administratif.

La perception tangible d'une modification organisationnelle au travail est pressentie comme un événement occasionnel et à forte charge émotionnelle avec les probables liens entre l'émergence du phénomène du harcèlement et les accompagnements induit par ce changement (changement technique, style de gestion, ...) avec leurs conséquences qui en découlent.

La discrimination dans la relation de travail observée est à connotation sexuelle, puisque « les femmes étaient plus souvent jugées dans le registre de l'être que dans celui du faire » (Leymann, 1996) ou à caractère raciste (en référence à l'origine ethnique et culturelle), et à manifestation se rapportant à la charge de travail accomplie ou dans l'attribution du matériel, de congés ou à des horaires de pause. Ce désagrément exprimé est induit par l'absence d'un cahier de charge établi, la confusion des rôles, le manque de transparence de gestion basée essentiellement sur des affinités personnelles.

La qualification des relations de travail pendant ou avant le harcèlement avec les collègues de travail quoique l'entente règne à proportion majoritaire, mais elle n'a pas empêché que des situations de mésentente soient signalées durant leur parcours professionnel. La nature de ce type de relation signe que l'isolement volontaire au sein du groupe de travail ne figure pas dans la majorité des cas et que les mésententes sont fréquentes vue le croisement ou le cumul des facteurs de consolidation qui concourent à l'édification des relations entre les collègues de travail (temps, espace, nature de la composante du groupe du même sexe, même corporation et statut matrimonial).

La nature de la relation avec la hiérarchie est le plus souvent bien encadrée et limitée, avec un respect mutuel conservé mis à part quelques situations conflictuelles notées.

Avant le déclenchement des périodes du harcèlement, la relation de travail entre la victime et son harceleur est variable et elle n'avait pas une étiquette précise, mais dans la majorité des situations et au moindre degré elle était au moins neutre.

Conséquemment, parmi les facteurs organisationnels qui exacerbent le processus du harcèlement, mentionnons «les charges de

travail excessives, la dotation inadéquate, le recours excessif aux heures supplémentaires (obligatoires ou volontaires), le manque de soutien de la direction dans la déclaration des cas de violence au travail et l'absence de conséquences perçues lorsque des actes de violence sont commis» (Nowrouzi-Kia et al, 2018).

5.3. La typologie du harcèlement :

Dans le harcèlement vertical descendant où l'implication du staff administratif assure une couverture immune du harceleur vis-à-vis de la victime. Il s'agit d'une «une violence psychologique dissimulée, mais elle se produit entre les travailleurs de différents échelons hiérarchiques au sein d'une organisation, y compris ceux de la direction» (Cantey, 2013).

Il n'existe pas de différence de genre pour être un agresseur impliqué dans le processus du harcèlement.

L'âge et l'ancienneté des harceleurs dans leur poste de travail sont des indicateurs de leur pouvoir ancré avec le temps au sein du service et de l'établissement. La soumission du reste du collectif de travail est le corollaire d'une pratique ordinaire d'un pouvoir exercé.

Dans le harcèlement horizontal, ses caractéristiques se distinguent par le nombre des personnes impliquées. Le plus souvent, il s'agit d'un groupe dont l'âge et l'ancienneté ne sont pas obligatoirement un critère avantageux pour l'exercice de ces pratiques, bien que «La violence horizontale a l'effet le plus durable sur le bien-être émotionnel des travailleurs» (Bloom, 2019).

5.4. La dynamique du harcèlement :

Les techniques du harcèlement sont basées sur les modes de communication agressive marquant un désintérêt et de la déconsidération envers la victime. Le harceleur marque son autorité abusive par le contrôle systématique et habituellement discriminatif à propos des moments de pause et les absences. L'humiliation est centrée sur l'image de marque d'autorité à travers les verbalisations et les remarques devant un public étranger à l'établissement. Comme on peut citer dans cette rubrique de comportements hostiles : «le fait de s'approprier le mérite pour le travail de quelqu'un d'autre, la grossièreté, le langage abusif, l'humiliation, la surveillance excessive et la propagation de rumeurs» (Blackstock et al, 2018).

Les techniques sexistes sont essentiellement des brimades de nature sexiste ce qui évoque la finesse des renseignements extirpées sur la vie privée lors des discussions entre les collègues de travail à l'encontre de la victime. Ainsi , le harcèlement sexuel demeure de loin un autre sujet tabou bien que notre étude nous a permis d'élucider

indirectement des mises à nu des cas victimes de ce type de harcèlement, ce qui dénote que «les répercussions négatives du harcèlement sexuel sur le travail ne dépendent ni du modèle de la société ni de la culture, c'est universel» (Merkin et shah,2014).

La non-définition des tâches précises selon un cahier de charges, l'absence d'un style de gestion réglementé, l'absence de traditions de briefing du groupe de travail par leur responsable, sont autant des facteurs qui concourent à exploiter couramment ces défaillances organisationnelles comme un moyen pour faire noyer les harcelés qui n'arrivent plus à distinguer entre les situations d'abus et les normes de la pratique professionnelle et la réglementation en vigueur, comme elles sont assujetties à des techniques punitives sans motif.

5.5. Les conséquences socio-professionnelles du harcèlement :

L'atteinte de la stabilité familiale à travers les formules de déstabilisation de la victime dans le but de l'éloigner de son lieu habituel de travail à de graves préjudices.

L'atteinte de la vie familiale par le malaise au travail véhiculé démontre la transposition entre la vie privée et la vie professionnelle du salarié. Ainsi, la femme se retrouve incapable de gérer au mieux sa vie dans les deux sens, professionnelle et familiale.

Le profil de notre échantillon d'étude évoque que les victimes sont des femmes mariées à charge d'enfants. Il s'agit d'une virée inévitable vers le désastre familial, et les perturbations du vécu des enfants en face d'un parent déstabilisé où la vie conjugale est fragilisée davantage par un déséquilibre persistant qui conduit parfois au divorce.

Les pertes financières suites aux arrêts de travail aggravent le préjudice ressenti, bien que notre échantillon soit composé dans sa majorité de couple qui travaille.

La mutation préconisée de façon brutale est un moyen souvent employé par la victime pour fuir les hostilités et de substituer l'environnement professionnel stressant et agressif, mais il s'agit d'une décision ardue puisque la plupart des cas ont passé une durée moyenne de plus de 10 ans dans leur poste de travail.

Alors que la démission est souhaitée, mais elle n'est pas effective à cause, des contraintes financières et l'impossibilité de récupérer un second poste dans la fonction publique.

La désadaptation au nouveau poste de travail ou au nouvel arrivant au cours de l'embauche ou d'une nouvelle affectation ou une

promotion dans un poste de responsabilité et la nouvelle organisation du travail comprenant tous les changements possibles sont des facteurs probables de genèse du harcèlement dans l'enceinte hospitalière dans la majorité des situations.

Les situations controversées exposant à des pratiques abusives sont sanctionnées par des hostilités. Ce typage du mode relationnel dans l'organisation du travail est un inducteur direct dans le phénomène du harcèlement, ce qui est souligné par Ferris (2004).

Les malentendus et les désaccords personnels de nature privée sont autant des facteurs pour transformer un conflit en harcèlement au travail. Comme l'activité syndicale peut être un facteur de causalité du harcèlement.

La prédisposition vers une victimisation par le facteur de vulnérabilité préexistante à travers les événements malheureux de la vie ne peut être évoquée au moins pour le reste de l'échantillon.

5.6. Les supports de soutien des victimes :

La nature de l'aide sollicitée est en premier lieu exprimée au sein de l'établissement dans la plupart des cas, puis la famille occupe une place importante au sein de la société. Généralement, il s'agit d'un refuge attesté.

Le recours aux instances extra-muros demeure limité, mais il est présent, notamment vers les instances judiciaires ce qui dénote une culture de civisme pour aborder les situations conflictuelles au travail et qui a fait son émergence ces dernières années dans la société Algérienne.

Malgré les efforts déployés par les victimes, juste un faible pourcentage a obtenu un soutien actif pour défendre leurs causes et leur recours faisait l'objet d'un dévoilement extra-muros de l'événement. Son explication réside par le fait que «le soutien de la famille et des amis est essentiel pour surmonter les conséquences psychiques du harcèlement. Paradoxalement, on assiste à un relâchement, voire un éparpillement du réseau social, d'une part, lassé par le fait que ces personnes ressassent leur histoire, d'autre part, pouvant mettre en doute la réalité du harcèlement. En effet les stratégies mises en place par les victimes pour tenter de se défendre sont souvent perçues comme des stratégies «paranoïaques» primaires sans prendre en compte la composante réactionnelle» (Conne-Perréard, 2006), et qui peut expliquer que la violence notamment psychologique est sous-déclarée au milieu du travail.

À ces modes de recours, échappatoires, certaines victimes manifestent une volonté individuelle de défendre eux même leur droit

et de résister frontalement, car l'aide et les conseils apportés par la famille, les amis, les avocats et les médecins ont de peu d'effet. Bien que l'empathie sociale auprès des victimes et aux bons moments est cruciale.

La tolérance envers ses semblables est une entité ancrée chez le personnel de la santé, mais défendre leurs droits demeure une motivation exprimée. Le harcèlement dans le secteur de la santé est une pratique vécue et constatée. Bien que les victimes compatissent pour aider autrui qui se retrouveraient dans la même situation, mais le reste marque un désintéret en face de l'événement, ce qui témoigne de la dislocation du noyau du groupe de travail. Hoel et Cooper (2000) concluent que «l'effet de mobbing semble s'étendre au-delà des victimes qui sont actuellement exposées à l'affect et aussi ceux qui ont été mobbed dans le passé, ainsi que celles qui avaient été témoins».

5.7. Impact du harcèlement sur la santé des victimes :

Le personnel de santé consulte rarement pour ses problèmes de santé, cet acte est lui-même un indicateur du degré de souffrance subi, puisque les victimes ont déclaré que le motif de leur consultation relevait de leur malaise au travail et qui corrobore que «si le harcèlement est loin d'être une pratique nouvelle, ses conséquences psychopathologiques prennent en revanche des formes plus graves qu'il y a trente ans» (Duarte et Dejours, 2019).

Le cortège symptomatique décrit par les victimes du harcèlement est constitué par les signes de détresse psychologique où «l'atteinte de la santé mentale, est une forme de pénibilité morale» (Grebott, 2007).

Les troubles de sommeil sont les signes annonciateurs du déséquilibre psychique des victimes.

La dépression installée peut faire le lit de maladies associées, telles que les maladies cardio-vasculaires. Ce risque est d'autant plus grand que la durée d'exposition aux hostilités est prolongée, comme l'indique Kivimäki et al, (2003).

La consommation régulière des tranquillisants et des antidépresseurs est établie de façon significative chez les victimes des violences psychologiques (Fond, 2018), et elle déterminerait une stratégie de défense individuelle ou collective (Lutz et Cleren, 2013).

Les pleurs de femmes ne signent pas toujours une vulnérabilité de la personnalité, mais un indice de souffrance au travail et «une réponse à un stress émotif» (Soares, 2000).

En plus, les atteintes cognitives consistent dans «le manque de concentration pour la résolution des problèmes ou des situations de travail, le manque de sécurité continu et le pouvoir d'entreprendre des initiatives meurtri au fil du temps par la persécution» (Hoel et al, 2002).

L'atteinte psycho-cognitive se répercute négativement sur l'exécution des tâches du travail, ainsi, «le mobbing cause des changements de comportement parmi les employés, tels que les sous-performances et le comportement imprudent et déraisonnable» (Giga et al, 2003), et qui concourent à créer un état de manque de confiance qui prédispose à commettre des erreurs médicales (Favre et al, 2018).

Il n'est pas étonnant d'observer des situations de désintérêt du personnel de santé dans leur travail, et de leur état de fatigue qui ne cesse d'être rappelé à chaque occasion, ce qui est qualifié par certains auteurs de «burn-in» ou de «démission intérieure», c'est-à-dire être présent de corps au travail, mais absent d'esprit ou physiquement malade (Legault faucher ,2009).

Les comportements agressifs envers le collectif de travail ou le mauvais accueil des patients peuvent être des conséquences du phénomène et une expression comportementale d'une souffrance ou d'un malaise au travail.

6. Conclusion :

Au terme de l'analyse des résultats de notre étude, nous répondons à nos questions de recherche :

1. Le harcèlement au travail peut être favorisé par les facteurs individuels (âge, sexe, statut matrimonial) qui peuvent constituer une faille pour placardiser les victimes du harcèlement ou de sombrer dans la victimisation excessive si les contraintes psycho-sociales se greffent sur les conditions de travail dégradantes.
2. Le harcèlement au travail est inhérent aux facteurs organisationnels dont les failles de gestion sont en premium la sentinelle du processus du harcèlement et de sa pérennisation.

Le harcèlement psychique est comme tout incident lié à la violence au travail doit s'intégrer comme une entité nosographique tangible dans les tableaux des maladies professionnelles.

La déclaration du phénomène à titre d'accident de travail permet d'élaborer dans l'immédiat un schéma directeur pour le dépistage précoce des victimes du harcèlement dans l'enceinte de

l'entreprise et d'assurer leur suivi médico-psychique, tout en prenant en compte une meilleure gestion des ressources humaines, notamment pour les sujets agressifs ou violents au travail.

Il est capital que la législation du travail en Algérie accorde une voie de recours judiciaire au profit des victimes du harcèlement psychique qui doit figurer dans le code du travail dans le cadre de la préservation de la santé des travailleurs.

Au final, la préservation de la dignité du salarié est une obligation morale et juridique qui incombe à la responsabilité de l'employeur censé de la faire respecter, et comme prêché par Hirigoyen (2016) : «L'homme n'est pas une simple ressource jetable, mais une personne globale qui doit être respectée dans son identité et sa singularité».

7. Références :

1. Auslender,V.(2017) Le livre des maltraitances faites aux étudiants en santé. Soins62, pp : 56-59.
2. Bardot, F. (2008) La santé des femmes au travail ? Une question sans intérêt en médecine du travail ? Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement ; 69:120-122.
3. Blackstock,S.Salami,B.Cummings, G. (2018) Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review. Journal Nurse Management.26(8) :972-991.
4. Bloom, E. M. (2019) Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. Nursing Forum, vol. 54, n° : 1, p. 77-83.
5. Cantey, S. W. (2013) Recognizing and stopping the destruction of vertical violence. American Nurse Today, vol. 8, no 2 p. 14.
6. Chappell D, Di Martino V. (2006) Violence at work (Third edition). Geneva : International Labour Office.
7. Conne-Perréard, E. (2006) Atteintes à la santé et harcèlement moral. Revue Ethique et Santé ; 3: 102-105 .
8. De Gasparo, C. Grenier-Pezé, M. (2003) Etude d'une cohorte clinique de patients harcelés. Document pour le médecin du travail ; INRS, n° :95.
9. Desrumaux, P. (2016) Harcèlement au travail. Psychologie du travail et des organisations. pp : 231-235.
10. DiBaise, M. Tshuma, L. Ryujin, D. LeLacheur, S. (2018) Perceived Discrimination, Harassment, and Abuse in Physician Assistant Education: A Pilot Study. The Journal of Physician Assistant Education 29 (2) : 77-85.
11. Duarte, A.Dejours, C. (2019) Le harcèlement au travail et ses conséquences psychopathologiques : une clinique qui se transforme. L'évolution Psychiatrique. Vol : 84, issue 2, pp : 337-345.
12. Faivre, G., Kielwasser, H., Bourgeois, M., Panouilleres, M., Loisel, F., Obert, L. (2018) Burnout syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research 104, 1291-1295.

13. Ferris, P. (2004) A preliminary typology of organizational response to allegations of workplace bullying: See no evil, hear no evil, and speak no evil. *British Journal of Guidance and Counseling*; 32, 389-395.
14. Fond, G. (2018) *Je fais de Ma Vie un Grand Projet*. Flammarion.
15. Giga, S I. Hoel, H. Cooper, C L. (2003) Violence and stress at work in the postal sector. *Publications du Bureau International du Travail, Genève*.
16. Grebot, E. (2007) *Harcèlement moral au travail. Identifier, prévenir, désarmer*. Eyrolles éditions d'organisation.
- Hirigoyen, MF. (2016) *Le harcèlement moral, un symptôme de la société moderne*. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Vol174, issue7, pp : 575-579.
17. Hoel, H. Cooper, C.L. (2000) *Destructive Conflict and Bullying at Work*. Unpublished report. University of Manchester Institute of Science and Technology.
18. Hoel, H. Sparks, K. Cooper, CL. (2002) *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Rapport de commission de l'Organisation Internationale du Travail « OIT », Genève.
19. Kivimäki, M., Virtanen, M. Vartia, M. Elovainio, M. Vahtera, J. Keltikangas-Järvinen L. (2003) *Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression*. *Occupational and Environmental Medicine*; 60:779-783.
20. Laraoui, O. Laraoui, S. Tripodi, D. Caubet A. Verger, C. Laraoui, C.H. (2008) *Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude Multicentrique*. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* ; 69:672-682.
21. Legault faucher, M. (2009) *Vous avez dit présentéisme ? Prévention au travail ; hiver 2009 ; 37 :35-38*.
22. Leymann, H. (1996) *Mobbing. La persécution au travail*. Paris : Seuil.
23. Lutz, G. et Cleren, P. (2013) « *Mésusages de substances psychoactives en milieu professionnel. III Interaction conduites de consommation/travail. Déterminants du milieu professionnel susceptibles d'induire ou renforcer les consommations de Substances psychoactives* », *Alcoologie et addictologie*, vol. 35, n° 3, p. 261-27.
24. Mayhew, C. Quinlan, M. (2000) *The relationship between precarious employment and patterns of occupational violence : survey evidence from seven occupations* in K Isaksson et al, *Health Effects of the New Labour Market*, Kluwer/Plenum Publishers, New York, 183-205.
25. Merkin, R. Shah, MK. (2014) *The impact of the sexual harassment on job satisfaction, turn over attention, and absenteeism: findings from Pakistan compared to the United states*. Springer plus; 3:pp:215-228.
26. Nowrouzi-Kia, B. Iisidro, R. Chai, E. Usuba, K. et Chen, A. (2018) *Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses : A systematic review*. *Agression et comportement violent*, vol. 44 p. 1-7.
27. Pignol, P. (2004) *La victimologie professionnelle, enjeux et perspectives*. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*; 65, n° : 1, 41-53.

28. Seiller-Van Daal, E. Litzenberger, B. Drida, M. Hansmaennel, M G.Brom, M. (2001) Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement ; 62, n° : 5, 407-449.
29. Sischka, P. E., Schmidt, A. F., & Steffgen, G. (2018) Further evidence for criterion validity and measurement invariance of the Luxembourg Workplace Mobbing Scale. European Journal of Psychological Assessment. Advance online publication
30. Soares, A. (2002) Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail. Performances, 3, 16-26.
31. Soares, A. (2000) Au cœur des services : les larmes au travail. Revue Pistes. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2-2.
32. Zabala,IP.(2001) Mobbing.Edition Sale terrae.Espagne.