



## Analyse psycho-sociale et culturelle du harcèlement sexuel dans le secteur de la santé

التحليل النفسي، الاجتماعي والثقافي للتحرش الجنسي في القطاع الصحي.

Hachelafi Hamid<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Faculté de médecine; Université Oran1; Algérie)

Soumis le : 22/05/2022/

; accepté le : 04/06/2022

### Résumé:

Les objectifs de l'étude sont d'identifier les facteurs favorisant personnels et professionnels du harcèlement sexuel et de décrire ses modes d'expression chez le personnel de santé. Il s'agit d'une étude transversale descriptive touchant 22 établissements de santé. Le dépistage du harcèlement est réalisé par le questionnaire de Leymann couplé aux entretiens semi-structurés avec le recueil des données sur les modèles des dossiers d'investigation clinique de victimologie.

La prévalence du harcèlement est de 16,7 % et les comportements hostiles à connotation sexuelle représentent 13,5 %. L'analyse multivariée identifie que les infirmières mariées sans enfants à charge représentent des facteurs de risque et de sous-déclaration atténués par des facteurs socioculturels (stigmatisation, peur de la vengeance des familles, anxiété de perdre leur emploi).

La perception du harcèlement sexuel au travail obéit à des variantes socioculturelles, à l'exemple de la manipulation sexiste, les notions de consentement, et les attouchements corporels.

**Mots clés :** Harcèlement sexuel ; Violence ; Intimidations ; Agression sexuelle.

ملخص:

تهدف الدراسة إلى تحديد العوامل الشخصية والمهنية المساعدة لظاهرة التحرش الجنسي في الوسط المهني ووصف طرق التعبير عنه بين عمال قطاع الصحة. هذه دراسة وصفية مقطعية شملت 22 مؤسسة صحية. لقد تم تشخيص التحرش باستخدام استبيان ليومان

\* Hachelafi Hamid: hachelafimed@gmail.com.

"Leymann" إلى جانب المقابلات نصف الموجهة لجمع البيانات من خلال نماذج ملفات التحقيق في علم الضحايا السريرية.

بلغت نسبة انتشار ظاهرة التحرش المعنوي 16.7٪ بينما أظهرت نسبة السلوكيات العدائية ذات الدلالة الجنسية 13.5٪. يحدد التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات أن الممرضات المتزوجات بدون أطفال معالين يمثلون عوامل خطر وعناصر لعدم الإبلاغ التي تعتبرها العوامل الاجتماعية والثقافية؛ وصمة العار، الخوف من انتقام الأسرة، والقلق من فقدان الوظيفة.

يخضع تصور التحرش الجنسي في العمل للاختلافات الاجتماعية والثقافية، مثل مفاهيم: التلاعب الجنسي، الرضا بالعلاقة الجنسية، واللمس الجسدي. الكلمات المفتاحية: التحرش الجنسي؛ العنف؛ التهيب؛ الاعتداء الجنسي.

## **I- Introduction :**

Le choix de la population étudiée cible le secteur de la santé en raison de sa spécificité organisationnelle, de la nature de ses services et le fait que l'hôpital est considéré comme l'entonnoir de la détresse sociale auquel le personnel hospitalier peut être directement exposé. Ainsi, toutes les formes de la violence sociale se greffent sur la sphère professionnelle, comme le harcèlement sexuel. Certes, les études épidémiologiques et statistiques servent de cadre pour expliquer les phénomènes psychosociaux selon des déterminants à l'échelle collective, mais l'apport des connaissances en sciences sociales permet de découvrir les racines de l'insatisfaction individuel au travail et de décrypter les représentations sociales et culturelles qui imagent la perception du harcèlement sexuel au milieu de travail. Ainsi, " l'hôpital n'apparaît donc pas comme une " petite île ", mais comme ayant une culture qui est créée à la fois par sa population et qui est contrainte par le contexte dans lequel se situent les individus et l'institution elle-même " (Shahaduz, 2013).

Les objectifs de notre recherche sont : de décrire comment le harcèlement sexuel s'exprime et se comporte dans la population du personnel de santé, de décrire les variables socio-démographiques et professionnelles des victimes de harcèlement sexuel, et d'évaluer l'impact du harcèlement sexuel sur la santé mentale et le parcours professionnel des victimes.

## **II– Méthodes et Matériels :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée dans les établissements de santé publique de la ville d'Oran, en Algérie.

Le dépistage du harcèlement est effectué par le questionnaire de Leymann couplé aux entretiens semi-structurés avec recueil des données basé sur les modèles des dossiers d'investigation clinique en victimologie.

Les analyses bivariées et multivariées sont réalisées par le logiciel Spss. L'intervalle de significativité est déterminé à une valeur  $p < 0,05$ .

## **III-Résultats et Discussion :**

**3.1. Caractéristiques de l'échantillon :** l'étude a concerné 22 établissements de santé situés dans la ville d'Oran et qui comprend en détails : 1 centre hospitalier universitaire ; 5 hôpitaux spécialisés en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie et ophtalmologie ; 2 hôpitaux et 14 centres de santé de proximité.

La taille de l'échantillon est composée de 1058 sujets.

**3.2. Caractéristiques sociodémographiques des victimes :** la majorité de l'échantillon est de sexe féminin ( $N = 750$ ,  $P = 70,9 \%$ ) avec un âge moyen de 38 ans [19-68 ans].

Plus de la moitié de l'échantillon est mariée ( $N = 617$ ,  $P = 58,3 \%$ ).

L'analyse bivariée entre les facteurs personnels et le harcèlement (Tableau 1 et Tableau 2) révèle une différence significative pour le statut marital (sujet marié), sans enfant à charge, avec une formation universitaire, et parcourant une distance de 11 à 50 Km du domicile au travail.

**3.3. Caractéristiques professionnelles de l'employé :** le personnel de santé est titulaire dans son poste de travail (81,1 %) avec une ancienneté professionnelle moyenne de 12 ans.

La moitié de l'échantillon occupe le poste de travail en qualité d'infirmier (49 %), spécialisé dans les soins généraux (28,4 %).

Un tiers du personnel de santé travaille la nuit (29,2 %).

Le tableau croisé des variables professionnelles et le harcèlement (Tableau 3) indique une association significative pour les variables : le statut du poste de travail (titulaire), le personnel infirmier (soins généraux, spécialisé, laborantin), le personnel administratif ou agent de sécurité, le poste de responsabilité en tant que responsable d'unité ou chef d'équipe, et le travail de jour dans les centres de santé de proximité.

**3.4. Prévalence du harcèlement :** elle est estimée à 16,7 %. (Intervalle de confiance : [13,8 % et 18,2 %]).

**3.5. Description générale du harcèlement :** La typologie des comportements de harcèlement extraits de la 3ème et 5ème catégorie de la classification des comportements hostiles de Leymann montre : plus de la moitié des victimes rapportent des calomnies et des médisances.

Les comportements hostiles à connotation sexuelle sont rapportés par 13,5 % des victimes.

Les attouchements à connotation sexuelle sont rapportés par 4,5 % des cas.

**3.6. Source du harcèlement :** pour les trois quarts des cas, le comportement hostile provient de la hiérarchie.

**3.7. Conséquences du harcèlement sur la victime :** les  $\frac{3}{4}$  des victimes attribuent leurs problèmes de santé aux actions hostiles. Plus de la moitié souffrent de problèmes de santé mentale et de maladies psychosomatiques à composante neuropsychiatrique (migraine, troubles du sommeil, anxiété, etc.) et de problèmes digestifs (syndrome du côlon irritable, etc.).

L'étude ne rapporte qu'un seul cas exprimant des idées suicidaires liées à son environnement de travail hostile.

Plus de la moitié des victimes rapportent leurs dépendances, mais à des proportions minimales aux analgésiques, aux anxiolytiques et aux somnifères.

Plus de la moitié des victimes rapportent des effets du harcèlement sur leur carrière professionnelle, et le  $\frac{1}{3}$  des cas ont pris des congés ou demandé une mutation.

**3.8. Nature du soutien des victimes.** le soutien familial est noté dans près de la moitié des cas (43,5 %) (Tableau 4).

### **3.9. La description du harcèlement :**

La comparaison de la prévalence du harcèlement entre les pays mérite de considérer les spécificités socioculturelles des populations étudiées et l'intégration de la variante culturelle dans l'organisation du travail. À titre d'exemple de la perception du harcèlement sexuel entre les femmes américaines et norvégiennes (Parker, et al., 2003) ou dans le monde arabe, " la violence chez les infirmières peut être sous-déclarée, du moins officiellement, et que les tendances à la sous-déclaration peuvent varier selon les régions du monde. Par exemple, il a été noté que les femmes du Moyen-Orient seraient très hésitantes à admettre un harcèlement sexuel. Ainsi, certaines différences régionales pourraient refléter, au moins dans une certaine mesure, la sensibilité culturelle de l'exposition à la violence, en particulier le harcèlement sexuel" (Spector, et al, 2014).

Les stratagèmes adoptés dans le harcèlement sexuel sont précédés des techniques de soumission si les efforts de séduction du harceleur échouent dans un premier temps. Ainsi, les premières tentatives dans le processus peuvent inculquer des harceleurs opportunistes ou ceux qui revêtent la carapace du harceleur charmeur qui est "à la recherche d'une intimité abusive" (Cailleau, et al, 2018). En conséquence, la marginalisation imposée aux victimes les conduit à être seules dans leur anxiété et leur culpabilité. Par la suite, le discrédit causé par les médisances et les calomnies représente le principal préjudice des victimes. En effet, les établissements de santé sont les lieux où se construit la vie communautaire et le brassage des relations est une source d'information sur la vie privée d'autrui, mais il peut générer secondairement un thème de moquerie et de critique dans les situations conflictuelles et adopté dans un style vexatoire lors du processus de harcèlement.

Les comportements à connotation sexuelle renvoient à des situations d'attouchements corporels ou des contacts physiques limités sans atteindre des situations de viol. Certes, dans la communauté arabo-musulmane où le viol à l'hôpital est un acte fortement condamné et le traumatisme de " la victime par le viol, s'il est commis avec pénétration est alors plus destructeur que la tentative de viol ou les attouchements "(Denis, et al, 2020). De ce fait, la dénonciation de l'agression sexuelle est immédiate et très médiatisée.

Le harcèlement sexuel existe dans le secteur de la santé (Nora, et al., 2002), avec une forte prévalence estimée à 69 % dans l'étude de Steven par exemple (Daugherty, et al, 1998) et touchant tous les niveaux de la corporation médicale, lors de la formation ou des périodes de stages (Vukovich, 1996).

En Algérie, la loi qui interdit le harcèlement sexuel au travail (Journal Officiel de la République Algérienne, 2004), n'a pas amélioré la situation et il reste un tabou sournois par le silence des victimes et les lacunes observées dans la loi qui ne reconnaît qu'un seul coupable hiérarchique, alors que notre étude révèle que des collègues de même rang professionnel sont impliqués dans le processus du harcèlement.

### **3.10. Facteurs individuels et professionnels favorisant le harcèlement :**

Le niveau d'instruction permet de distinguer une gestion despotique responsable d'une situation d'abus de pouvoir et de rejeter les situations de profit. Par conséquent, la victime instruite est la cible du harceleur.

La précarité du poste de travail expose les victimes à la soumission aux impératifs de l'organisation du travail et à l'humeur des harceleurs. Les salariés « contractuels » s'engouffrent dans le silence et ils récapitulent précipitamment par une forme d'abdication de façade. En revanche, les salariés titulaires acquièrent le privilège de confronter les harceleurs.

Les infirmières sont quasiment présentes dans leur poste de travail et le climat relationnel est fortement investi dans ses différentes dimensions. Par exemple, les infirmières en soins généraux sont plus nombreuses et plus stables dans presque toutes les équipes de jour et de nuit, ce qui les rend plus vulnérables aux comportements hostiles. En effet, on estime que les infirmières sont 4 à 16 fois plus susceptibles d'être victimes d'un acte violent que la plupart des autres groupes professionnels (Anderson, 2006).

Le harcèlement sexuel reste un autre sujet tabou, bien qu'il soit identifié et évalué par des études dans le secteur hospitalier (Frank, Brogan, & Schiffman, 1998).

Dans le domaine des relations de travail, la perception de la discrimination à connotation sexuelle indique habituellement que "les femmes étaient plus fréquemment jugées dans le registre de l'être que dans celui du faire» (Molinier, 2008).

### **3.11. Nature des contraintes psychosociales :**

La fluidité du discours des femmes hospitalières s'explique par leur nature extravertie et en même temps par leur disponibilité à écouter les autres, surtout lorsque la dyade est féminine. Dans le cas contraire, les femmes " adoptent un style de communication plus participatif et impliquent plus facilement le patient dans la discussion (par exemple, avec des phrases telles que " N'est-ce pas ? " ou " Qu'en pensez-vous ? "). Ils sont plus volontiers d'accord avec le patient, encouragent et rassurent ceux qui le sont le plus fréquemment. De manière non verbale, elles montrent des comportements plus chaleureux (sourires plus fréquents). " (Cousin & Mast, 2010). De plus, cette caractéristique comportementale féminine conduirait à une abondance de symptômes de leur plaidoirie dans les entretiens cliniques.

Il ressort que les femmes restent le point central de la discussion de toutes les difficultés de la vie. Elles sont les plus motivées à parler de leurs soucis privés, d'autant plus que leur niveau d'éducation leur permet de verbaliser ouvertement leurs problèmes. De plus, leurs contraintes en rapport avec la sphère professionnelle, d'autant plus qu'elles restent plus vulnérables à la maladie comparé aux hommes, à cause de la persistance

des inégalités sociales, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport intitulé "Femmes et santé".

En outre, dans un environnement fortement féminisé, tel que le secteur de la santé, un problème psycho-social qui concerne particulièrement les femmes, où l'articulation de la vie professionnelle et la vie familiale est également perçue et vécue comme un problème personnel et qui perpétue le débat informel dans les coulisses des services hospitaliers. En effet, dans une étude portant sur 243 infirmières, " les résultats ont montré que la surcharge de travail et les horaires de travail irréguliers étaient les prédicteurs significatifs du conflit travail-famille et que le conflit travail-famille était associé à une moindre satisfaction au travail et à la vie " (Yildirim & Aycan, 2008).

Les contraintes psychosociales qui pèsent sur la vie familiale des victimes du harcèlement mentionnent comme un fardeau supplémentaire, surtout pour la femme mariée. Cette double charge va crescendo avec les jeunes enfants ou les enfants en âge préscolaire, et elle est accrue par l'absence de garderie d'enfants sur le lieu de travail, d'autant que la charge financière est dépendante même pour les adolescents et les adultes vivant sous leur toit.

Par conséquent, les problèmes liés aux relations de travail, tels que les situations conflictuelles qui se transforment en relations de perversité, de domination et de manipulation sous l'égide des comportements de harcèlement moral, se greffent sur le thème de la conciliation de la sphère travail-famille. Ainsi, la féminisation des professions tombe dans le fossile. Il peut s'agir d'une " négociation sur les facilités au travail (malléabilité de la charge et des horaires de travail en contrepartie de formes d'allégeance au supérieur hiérarchique...) ou d'une politique d'accréditation pour la promotion professionnelle et pour briser les personnes ciblées par le supérieur hiérarchique "(Hachelafi, 2020). Dans cette situation, "la femme est commode comme un instrument de frappe. Sinon, elle peut faire objet de situation de séduction dans le cas de harcèlement sexuel au travail" (Leymann & Gustafsson , 1996).

La transposition entre la vie familiale et la vie professionnelle s'ajoute à une double pression sur la victime du harcèlement, surtout pour la femme mariée et silencieuse par peur des représailles et des actes de vengeance de la part de ses familles ou de la perte de son emploi face à un processus de harcèlement sexuel. Cependant, l'inconvénient pour le harceleur est de prioriser les femmes " déflorées " (mariées, veuves, divorcées), car la femme vierge et célibataire représente sur le plan socio-culturel arabo-musulman le portrait d'une femme pudique et innocente qui aurait préservé son hymen jusqu'à la nuit de noces. Par

conséquent, le harceleur évite ce type de cible et de traçabilité avec pour conséquences des poursuites judiciaires avec des peines aggravées ou la réparation du préjudice par un mariage forcé.

Les victimes ressentent un manque d'intérêt, ce qui peut être un autre indicateur d'une phase de souffrance au travail causée principalement par un comportement hostile. Le cortège symptomatique décrit par les victimes du harcèlement est celui d'une souffrance psychologique qui se manifeste par " la dépression, l'anxiété, la tension, le stress, y compris pour le personnel de santé " (Paice, et al, 2004). En conséquence, la consommation des tranquillisants s'établit de manière significative, notamment chez les femmes ayant subi un conflit récent sur le lieu de travail (Appelberg, et al, 1993), et elles consomment quatre fois plus d'anxiolytiques et sept fois plus de somnifères (Seiller-Van Daal, et al, 2001).

Au cortège symptomatique inhabituel, les pleurs des femmes ne signalent pas toujours une faiblesse de la personne, mais ils sont une indication de la souffrance au travail. Ainsi, les pleurs sont une forme de communication non verbale qui exprime l'impuissance et le besoin de réconfort et d'empathie. Selon plusieurs auteurs, les larmes ont un effet cathartique qui libère le stress et les émotions de l'individu, produisant ainsi un effet de décharge psychique.

Les dommages cognitifs sont le manque de concentration pour résoudre des problèmes ou des situations de travail, l'absence de sécurité continue et le pouvoir d'entreprendre des initiatives meurtri au fil du temps par la persécution (Hoel, et al, 2002).

Il n'est pas surprenant d'observer des situations de désintérêt du personnel de santé pour son travail et son état de fatigue qui est constamment rappelé à chaque occasion, ce qui est qualifié de " burn-in ". Ainsi, les comportements agressifs envers le groupe de travail ou le mauvais accueil des patients peuvent être les conséquences d'un harcèlement et l'expression comportementale d'une souffrance ou d'une insatisfaction au travail.

Les troubles du cycle menstruel sont corrélés de manière significative avec les émotions et les effets provenant d'un environnement sociétal ou professionnel fortement hiérarchisé (Tamara, et al, 2003) et avec un impact négatif notable sur la vie génitale des victimes du harcèlement (Goldstein, et al , 1999).

Parmi les conséquences du harcèlement sur la vie professionnelle, la mutation préconisée brutalement est un moyen habituellement comme un mode échappatoire aux hostilités et à un changement de



l'environnement professionnel. La démission est souhaitée, mais elle n'est pas effective, à cause des contraintes financières et de l'impossibilité de trouver un autre poste dans la fonction publique ultérieurement.

### **3.12. Les mécanismes de défense des victimes du harcèlement :**

Le harcèlement sexuel dans le secteur de la santé est une expérience observée. Certaines victimes sympathisent pour aider d'autres personnes qui seraient dans la même situation, mais d'autres victimes montrent un désintérêt pour le drame, ce qui marque la dislocation du collectif de travail.

Les stratégies de défense "coping" centrées sur l'émotion renvoient principalement à la recherche d'un soutien psychologique. Ainsi, la nature de l'aide recherchée dans un premier temps par la victime s'exprime au sein de l'institution dans la plupart des cas. Bien que la famille occupe une place centrale dans la société et elle constitue son seul refuge garanti.

Les recours procéduraux devant les tribunaux sont limités. Cette nouvelle situation émerge dans la société et la culture organisationnelle de l'entreprise s'en imprègne pour faire face aux situations conflictuelles au travail.

Cependant, malgré les efforts déployés par les victimes, seul le soutien actif pour défendre leurs causes est limité.

Outre les modes de recours traditionnels, les victimes peuvent manifester leur volonté de défendre elles-mêmes leurs droits et de procéder à une confrontation frontale, l'aide et les conseils fournis par l'entourage familial ou médical n'ayant que peu d'effet. Cette forme de confrontation de l'agresseur harceleur par un refus exprimé, tant verbal que comportemental, fait suite au " sentiment d'être traité injustement " (Hoad, 1993).

Cependant, la distanciation et l'évitement du conflit répertoriés comme un mécanisme de libération supposent, " pour pouvoir accepter de vivre la peur ou l'angoisse d'élaborer un mode d'adaptation-négociation avec la réalité " (Lhuillier, 2008). Ce type de comportement se greffe en fonction de la typologie des victimes, comme les sujets vulnérables dans une organisation de travail. Comme l'explique Dorothy Wigmore (1995), "les agressions dans les environnements de soins obligent les travailleurs à essayer de négocier le conflit entre leur rôle de victime et de soignant. Les attitudes condescendantes et dédaigneuses des hommes à l'égard des femmes sont un facteur du silence des travailleuses agressées. Dans de nombreux contextes, les femmes qui tentent de dénoncer les abus se font dire qu'elles sont trop émotives et que leur crédibilité est mise à mal.

## **Analyse psycho-sociale et culturelle du harcèlement sexuel dans le secteur de la santé**

---

Elles craignent que le fait d'admettre leurs sentiments de vulnérabilité n'ouvre la porte à la remise en question de leur compétence, mais aussi ne renforce les stéréotypes sur l'incompétence des femmes. Ainsi, pour préserver leur estime de soi, les femmes choisissent de se taire, d'oublier l'incident et de tenter de paraître fort " .

Le recours des victimes aux instances administratives est de très faible proportion. Il est le dernier recours pour informer les responsables sur les anomalies ou les dérives commises ou existantes sur le lieu de travail, mais sans mentionner la qualification de harcèlement sexuel. La laïcité administrative s'inscrit dans une culture hiérarchique qui favorise le harcèlement sous toutes ses formes. Par exemple, " une analyse de régression logistique multivariée a montré que la probabilité d'être victime de harcèlement était 2,58 fois plus élevée chez les infirmières dans une culture hiérarchique que chez les infirmières dans une culture relationnelle " (An & Kang, 2016).

Les victimes qui ont déposé des plaintes auprès des autorités judiciaires pour harcèlement, bien qu'il n'existe actuellement aucun amendement condamnant le harcèlement moral sur le lieu de travail dans la législation algérienne. Il s'agit sûrement d'un acte délibéré pour éviter la stigmatisation de la société.

Le recours aux syndicats est limité, pour leur incapacité de résoudre ce type de situation conflictuelle ou pour avoir montré "la passivité complice" du personnel administratif.

Le recours aux diverses formes culturelles à étiquette religieuse témoigne d'une forme d'étourdissement cognitif et émotionnel des harcelés fragilisés par la torture psychique au travail. En effet, " il s'agit d'examiner la notion de traumatisme non pas en fonction de la gravité de l'événement, mais en prenant en compte les capacités de résilience du sujet, la disponibilité des défenses mobilisables ou non face à une situation traumatique, et enfin le sens qu'elle revêt pour la victime (Houllé, et al, 2017).

L'absentéisme et les congés maladies sont des moyens de recours pour les salariés contractuels pour éviter d'être la cible des harceleurs. De même, l'obtention d'un changement de poste de travail est une autre tactique médicalisée qui facilite une distanciation salutaire.

### **IV- Conclusion:**

Le harcèlement sexuel affecte remarquablement la corporation des infirmières en raison de leur présence continue et régulière sur leur lieu

de travail et de l'absence des fiches de poste dont les missions et les tâches restent floues.

L'absence d'un cahier de charge précisant les tâches et les prérogatives de chacun, et le manque de formation pour la gestion des différentes corporations du secteur de la santé prédisposent à la genèse de pratiques malsaines et aux procédés de bricolage spontané et personnalisé pour dissiper les responsabilités.

La confusion entre les notions de responsabilité et l'autorité du grade crée l'abus de pouvoir pour les uns et la mutinerie et la résistance pour les autres.

Les sujets harcelés ont contracté des problèmes de santé en majorité à composante psychosomatique et la fuite vers la médicalisation de leur souffrance par des conduites addictives diversifiées ou par les arrêts de travail.

La sollicitation du soutien des victimes à autrui est essentiellement un recours pacifique vers leur famille.

Les victimes de harcèlement sexuel souffrent en silence, surtout les infirmières mariées ou occupant un poste précaire (personnel de nettoyage...).

L'amélioration des conditions de travail et de sécurité des travailleurs est une priorité continue pour une santé préservée des diverses nuisances et une ressource pour amortir les pressions des facteurs psychosociaux tels que les conflits et la violence. L'assainissement des relations de travail par la création des espaces de discussion internes permet de verbaliser les souffrances sournoises et de faire des démarches anticipatives pour traiter à temps les situations de conflit, de tension ou de malaise qui peuvent légitimement refaire surface, mais qui peuvent être des fatalités lorsqu'elles évoluent dans un climat d'indifférence ou de silence de culpabilité et de dépression.

## **- Annexes :**

**Tableau (1) : Associations Harcèlement et facteurs de risque personnels**

**Analyse psycho-sociale et culturelle du harcèlement sexuel dans le secteur de la santé**

Facteurs de risque personnels personnels	Harcèlement				P
	Oui		Non		
	N	%	N	%	
Mariée	94	53,1	523	59,4	0,013692
Sans charge d'enfants	83	46,9	326	37,0	0,0075
Niveau d'instruction universitaire	84	47,5	393	44,5	0,00000115
Distance entre domicile- lieu de travail (11-50 km)	46	26,0	296	33,6	0,0451

**Source :** Résultats de l'étude.

**Tableau(2) :** Croisement des variables harcèlement et statut matrimonial.

Statut matrimonial	Harcèlement				P
	Oui		Non		
	N	%	N	%	
Célibataire	68	38,5	260	29,6	NS
Marié	94	53,1	523	59,4	0,013692
Divorcé	15	8,4	69	7,8	NS
Veuve	0	0	29	3,2	NS
Total	177	100	881	100	NS

**Source:** Résultats de l'étude.

**Tableau (3) :** Associations Harcèlement et facteurs de risque professionnels.

Facteurs de risque professionnels		Harcèlement				P
		Oui		Non		
		N	%	N	%	
Statut	Titulaire	156	88,1	698	79,3	0,00025
Catégorie professionnelle	Infirmiere	115	64,9	403	45,7	0,000026
	Administration	16	9,0	135	15,3	0,0291
	Personnel de soutien	22	12,4	211	24	0,00080
Infirmière	Soins	68	38,4	232	57,6	0,000026
	Specialisée	29	16,3	113	28,0	0,00089
	Laborantine	8	4,5	46	11,5	0,00026
Personnel de soutien	Agent de sécurité	1	0,5	38	18	0,0408
Poste de responsabilité	Chef d'unité	13	7,34	16	17,6	0,000039
	Chef d'équipe	11	6,21	25	27,4	0,0131
Travail de jour	Oui	113	63,8	636	72,2	0,0258
Nature de établissement	Hopital	25	14,1	62	7,0	0,00173
	Polyclinique	33	18,7	310	35,2	0,00001

**Source:** Résultats de l'étude.

**Tableau (4) :** La nature de la réaction des victimes.

Nature de la réaction	Victimes	Pourcentage
Confrontation	109	61,5
Recours à la justice	4	2,2
Résiliation religieuse	2	1,1

**Source:** Résultats de l'étude.

**-Références:**

## Analyse psycho-sociale et culturelle du harcèlement sexuel dans le secteur de la santé

---

- An, Y., & Kang, J. (2016). Relationship between Organizational Culture and Workplace Bullying among Korean Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 10(3), pp. 234-239. doi:10.1016/j.anr.2016.06.004.
- Anderson, C. (2006). Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *Journal of Professional Nursing*, 22(5), pp. 289-295. doi:10.1016/j.profnurs.2006.07.007
- Appelberg, K., Romanov, K., Honkasalo, M., & Koskenvuo, M. (1993). The use of tranquilizers, hypnotics and analgesics among 18592 Finnish adults: associations with recent interpersonal conflicts at work or with a spouse. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(11), pp. 1315-1322. doi:10.1016/0895-4356(93)90100-F
- Cailleau, V., Harika-Germaneau, G., Delbrei, A., & Jaafari, N. (2018). Le stalking : de la « poursuite romantique » à la prédation sexuelle. *La Presse Médicale*, 47(6), pp. 510-518. doi:10.1016/j.lpm.2018.03.002.
- Cousin, G., & Mast, M. (2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Med Suisse*, 4(257), pp. 1444-1447.
- Daugherty, S., Baldwin, D., & Rowley, B. (1998). Learning, Satisfaction, and Mistreatment During Medical Internship A National Survey of Working Conditions. *Journal of the American Medical Association*, 279(15), pp. 1194-1199. doi:10.1001/jama.279.15.1194
- Denis, I., Brennstuhl, M., & Tarquinio, C. (2020). Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*, 29(4), pp. 198-217. doi:10.1016/j.sexol.2020.05.001.
- Frank, E., Brogan, D., & Schiffman, M. (1998). Prevalence and Correlates of Harassment among US Women Physicians. *Arch Intern Med*, 158(4), pp. 352-358. doi:10.1001/archinte.158.4.352
- Goldstein, I., Shapiro, D., Chicz-DeMet, A., & Guthrie, D. (1999). Ambulatory Blood Pressure, Heart Rate, and Neuroendocrine Responses in Women Nurses During Work and Off Work Days. *Psychos Med*, 61(3), pp. 387-396. doi:10.1097/00006842-199905000-00020
- Hachelafi, H. (2020). *Burnout chez la femme – conciliation travail et famille*. Algérie: El-Moutakef.
- Hoad, C. (1993). Violence at work: Perspectives from research among 20 British employers. *Security Journal*, 4(2), pp. 64-86.
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. (2002). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Rapport de la commission de l'Organisation Internationale du Travail « OIT », Genève.
- Houllé, W., Silès, J., Tarquinio, P., & Tarquinio, C. (2017). Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), pp. 121-129. doi:10.1016/j.ejtd.2017.03.008
- Journal Officiel de la République Algérienne. (2004, Novembre 10). Loi n° : 04-15 du code de la procédure pénale, Article 341-bis.

- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *Journal of work and organizational psychology*, 5(2), pp. 251-275. doi:10.1080/13594329608414858
- Lhuillier, D. (2008). *Cliniques du travail*. France: ères.
- Molinier, P. (2008). Interroger la santé au travail dans une perspective de genre. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69(2), pp. 111-113. doi:10.1016/j.admp.2008.03.004
- Nora, L. M.-S., Nora, L., McLaughlin, M., Fosson, S., Stratton, T., Murphy-Spencer, A., . . . et al. (2002). Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Academic Medicine*, 77(12), pp. 1226-1234. doi:10.1097/00001888-200212000-00018
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., & Firth-Coze, J. (2004). Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*, 329(7467), pp. 658-659. doi:10.1136/bmj.38133.502569.AE
- Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., Lacost, H., & Roberts, J. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of organizational behavior*, 24(4), pp. 389-416. doi:10.1002/job.198
- Seiller-Van Daal, E., Litzenberger, B., Drida, M., Hansmaennel, M., & Brom, M. (2001). Résultats d'une enquête sur le harcèlement moral. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 62(5), pp. 407-449. doi:ADMP-09-2001-62-5-1250-3274
- Shahaduz, Z. (2013). Hospital as the Microcosm of the Broader Society: Ethnography in a Bangladeshi Hospital. *Journal of Anthropology and Societies*, 37(3), pp. 45-62. doi:10.7202/1024078ar
- Spector, P., Zhiqing, E., Zhou, X., & Xuan, C. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), pp. 72-84. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.
- Tamara, L., Newton, C., & Philhower, B. (2003). Socioemotional Correlates of Self-Reported Menstrual Cycle Irregularity in Premenopausal Women. *Psychosomatic Med*, 65(6), pp. 1065-1069. doi:10.1097/01.psy.0000097346.39776.59
- Vukovich, M. (1996). The prevalence of sexual harassment among female family practice residents in the United States. *Violence Vict*, 11(2), pp. 175-180. doi:PMID: 8933712
- Yildirim, D., & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work-family conflict: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), pp. 1366-1378. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.10.010