



La violence psychologique dans l'établissement hospitalier algérien : cas de deux services du CHU de Tizi- Ouzou

Mobbing in Algerian Hospitals :the Case of two Units of the Teaching Hospital of Tizi-Ouzou

IDIRI Ouahiba*

Université Alger2 (Algérie)

ouahibaidiri@gmail.com

Pr. KHELIFANE Rachid

Université Tizi Ouzou (Algérie)

rachidkh67@yahoo.fr

<p>Résumé:</p>	<p>Informations sur l'article :</p>
<p><i>L'objectif de cette étude est de mettre la lumière sur la prévalence d'un risque psychosocial majeur: la violence psychologique au travail. Dans ce but, une étude descriptive a été réalisée auprès d'un échantillon non probabiliste composé de (124) médecins et infirmiers au centre hospitalo- universitaire de Tizi-Ouzou. La violence psychologique est explorée par l'inventaire de Heinz Leymann, et le dépouillement ainsi que les analyses descriptive et analytique ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 20. Cette recherche a révélé que la prévalence de la violence psychologique selon la définition de Leymann est de (45,16%), celle de la violence déclarée est de (54,03%), taux très élevés comparés à la littérature. Une mise en place immédiate de stratégies et politiques de prévention et de prise en charge, s'avère plus que justifiée.</i></p>	<p>Reçu: 11/07/2021 Acceptation : 20/11/2021</p> <p>Mots clés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Risques psychosociaux ✓ Violence psychologique ✓ Inventaire de Leymann
<p>Abstract :</p>	<p>Article info :</p>
<p><i>This study aims to shed light on the prevalence of a major psychosocial risk: workplace mobbing. To this end, a descriptive study was carried out on a non-probability sample made up of (124) doctors and nurses at the Teaching Hospital of Tizi-Ouzou. The Heinz Leymann Inventory was applied to assess mobbing. Tabulation as well as descriptive and analytical analyses were performed using SPSS version 20 software. The research revealed that the prevalence of mobbing as defined by Leymann is (45.16%) while that of reported mobbing is (54.03%). These rates are very high compared to existing data. An urgent implantation of strategies and policies for prevention and care is needed.</i></p>	<p>Received :11/07/2021 Accepted :20/11/2021</p> <p>Keywords:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Psychosocial risks ✓ Mobbing ✓ Leymann's inventory

* IDIRI Ouahiba

❖ **INTRODUCTION** : le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations, tant au regard de son contenu et de son organisation qu'au chapitre des liens d'emploi. En effet, que ce soit en raison du développement de nouvelles technologies liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation, ou des nouveaux modes de gestion, on assiste à une intensification du travail et à une précarisation des liens d'emploi. Ces transformations du travail ont souvent été analysées pour les bienfaits économiques qu'elles procurent aux entreprises dans un marché mondialisé. Toutefois, plusieurs études ont montré qu'elles engendrent aussi des effets néfastes sur la santé, par conséquent des coûts économiques et sociaux (Vézina, Bourbonnais, Brisson, et Trudel, 2008).

Le secteur de la santé n'échappe pas à la règle : réformes, contraintes budgétaires, pressions des normes réglementaires ou professionnelles visant à renforcer la qualité et la sécurité des soins face aux exigences croissantes des usagers, ajoutées à certaines contraintes propres au secteur hospitalier. Le personnel hospitalier se trouve non seulement exposé à la surcharge émotionnelle causée par la confrontation avec la souffrance des patients ou à la mort, mais également à de fortes contraintes dues au contact direct avec le public extérieur, qui entraînent une surcharge de travail ne permettant pas toujours de répondre rapidement aux demandes des patients. La dégradation de la qualité de vie au travail, qui se traduit généralement par une augmentation de la fréquence et de la durée des arrêts de travail et un mauvais climat social (pouvant engendrer la maltraitance des patients), contribuent à l'émergence des risques psychosociaux.

Les risques psychosociaux sont des problèmes de management donc des problèmes d'organisation du travail (Bilheran et Adam, 2011). Le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail les définit comme risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (Gollac, 2012).

Les risques psychosociaux posent des problèmes difficiles car ils prennent naissance là où les comportements psychiques individuels les plus intimes entrent en symbiose avec les comportements sociaux les plus complexes : ceux des hommes au travail (Nasse et Légeron, 2008). Ils font référence aux situations et aux conséquences sur la santé de processus organisationnels, sociaux et psychologiques, émergeant des situations d'interaction de travail, ils englobent principalement le stress, les souffrances, le burn-out mais aussi la violence au travail.

La violence au travail porte atteinte à la dignité de millions de personnes dans le monde, et affecte pratiquement tous les secteurs et toutes les catégories de travailleurs, mais elle menace particulièrement le secteur de la santé. Les établissements sanitaires, et en particulier l'hôpital, sont des terrains propices aux manifestations de violence (Cooper, 2002), et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un quart des violences au travail s'exercerait dans le secteur de la santé (Thomas, 2010, p. 125).

Reconnue comme un problème sérieux dans de nombreux pays industrialisés, la violence à l'encontre du personnel soignant est en fait un phénomène mondial. Au-delà des frontières, des cultures, des conditions de travail et des groupes professionnels, la violence dans les services de santé est une épidémie qui touche toutes les sociétés, y compris celles des pays en développement. Des études fiables ont montré la prévalence de la violence dans ce secteur et ont souligné l'urgence à sensibiliser l'opinion quant à l'importance de ce problème (Esfahani et Shahbazi, 2014 ; Fontes, Santana, Pelloso et carvalho, 2013., Iglesias et Vallejo, 2012., Jiao et al, 2014 ., Kitaneh et Hamdane, 2012., Liu et al, 2015 ., Shahbazi, Naami et Aligholizadeh, 2013 ., Teymourzadeh, Rashidian, Arab, Akbari-Sari et Hakimzadeh, 2014).

D'après le Bureau International du Travail (BIT) la violence serait: toute action, tout incident, ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail.

Cette définition peu restrictive inclut donc la notion de violences et d'agressions physiques d'une part et celle de violences psychologiques d'autre part.

Selon l'OMS, la violence psychologique est l'exercice intentionnel d'un pouvoir, avec éventuellement menace du recours à la force physique, à l'encontre d'une personne ou d'un groupe, portant préjudice à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Le terme recouvre les agressions verbales, les brimades, les tracasseries, les harcèlements, les critiques persistantes, les humiliations et les menaces. Heinz Leymann quant à lui, a défini la violence psychologique au travail ou « mobbing » en anglais comme étant une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou plusieurs personnes de son environnement de travail, qui visent de manière continue et répétée à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter, ou encore à l'exclure ou à l'isoler, une fois par semaine ou plus, pendant une durée d'au moins six mois (Langevin, François, Boini et Riou, 2011).

La violence psychologique est une maladie organisationnelle rongearde qui dégrade les conditions de travail, la santé mentale des individus et envenime les rapports sociaux au travail, elle prend une ampleur importante dans les organisations contemporaines (Soares, 2002).

Selon une étude irlandaise menée par la HSA (Health and Safety Authority) en 2001, l'expérience de la violence psychologique est étroitement associée à des réactions de stress. Dans ce même ordre d'idées, selon les recherches menées par O'Moore (2000), (40%) des victimes rapportent que les brimades ont une incidence sur leur santé physique et (43%) sur leur santé mentale. Par conséquent, respectivement (26%) et (92%) d'entre elles, ont eu recours à un traitement médical ou psychiatrique, ou à une aide professionnelle. Une personne interrogée sur cinq déclare prendre des médicaments suite à cette expérience.

En outre, ces victimes de la violence psychologique semblent rencontrer des problèmes plus aigus que les personnes agressées par des patients ou des proches. Il est intéressant de noter que, si les victimes de brimades font souvent état d'une santé normale avant leur expérience de violence, nombre d'entre elles soulignent que cette expérience a détruit leur santé mentale et physique (Einarsen et Mikkelsen, 2003).

Dans une étude menée sur le personnel d'un hôpital autrichien, Niedl (1996) a constaté que les personnes faisant état de brimades présentaient des taux de dépression, de plaintes psychosomatiques, d'anxiété et d'irritation supérieurs à celles qui n'avaient pas subi ces expériences, des résultats similaires ont été trouvés dans bon nombre d'autres études (Mackensen von Astfeld, 2000) et (Mikkelsen & Einarsen, 2001). Des symptômes classiques de stress, comme l'insomnie, la mélancolie, l'apathie sont des résultats habituels (Björkqvist et al, 1994., Quine, 1999) (Di Martino, Hoel et Cooper, 2003, p. 67).

Plusieurs études mettent en évidence un taux plus élevé de cas de pathologie mentale ou de détresse psychique dans les populations rapportant de la violence psychologique sur le lieu de travail (Maitre et Servant, 2012). Ainsi, dans une étude prospective interrogeant plus de 5000 femmes travaillant dans l'aide aux personnes âgées, Rugulies et al (2012) retrouvent que le fait d'être victime de violence psychologique sur son lieu de travail est prédictif de développer un syndrome dépressif majeur, même chez les personnes ne présentant aucun signe de pathologie psychiatrique à leur inclusion.

Dans le même sillage, l'étude de (Zafar et al, 2013), a rapporté que (16,5%) des médecins et infirmiers pakistanais ont subi la violence physique et (72,5%) du personnel interrogé ont été victimes de violence psychologique au cours des douze derniers mois, cette dernière impacte négativement la santé mentale en termes de ruminations insupportables, irritabilité, agressivité, anxiété, dépression, crainte et méfiance, isolement et solitude.

Dans les cas de violence psychologique les plus graves, des syndromes de stress post-traumatiques ont souvent été diagnostiqués (Leymann et Gustafsson, 1996). Il a également été avancé que, dans bien des cas, les victimes de violence psychologique faisaient état de

niveaux de stress post-traumatiques nettement supérieurs que les patients souffrant de syndromes de stress post-traumatiques diagnostiqués suite à un accident traumatisant (Einarsen et al, 1999., Mikkelsen et Einarsen, 2002) (Di Martino et al, 2003, p. 67).

D'autre part l'étude de Benhassine (2011) a permis de vérifier la relation entre la lombalgie et les facteurs psychosociaux (dont la violence psychologique) sur une population de soignants hospitaliers algériens, et a démontré de ce fait une corrélation très significative entre le mal de dos et la plupart de ces facteurs. La violence psychologique au travail multiplie le risque de lombalgie par (3.8). La violence psychologique peut entraîner des conséquences préjudiciables pour la santé, mais aussi un coût important pour l'organisation, selon Soares (2002), elle est la cause d'une dégradation et une désintégration du climat organisationnel, impliquant une réduction de la qualité et de la quantité du travail, des difficultés pour le travail en équipe, une détérioration de l'image de l'organisation, des primes d'assurance élevées et une augmentation des coûts reliés aux services juridiques. Ainsi Leymann (1990) a estimé que la violence psychologique coûte à l'organisation entre (30000) et (100000) dollars américains par personne et par année.

Kivimäki et al (2000) ont pu observer que les personnels hospitaliers finlandais victimes de la violence psychologique avaient pris (26%) de congés maladie, plus que le personnel épargné, et a estimé jusqu'à (125 000) livres sterling le coût annuel de l'absentéisme pour cause de violence psychologique uniquement.

La violence psychologique est associée à l'insécurité et à l'absence d'initiative (Leymann, 1992). Ces réactions de la part de la cible peuvent avoir des effets au niveau de l'organisation: manque de motivation et de créativité, multiplication des accidents et des erreurs. Ces réactions ont été confirmées par une étude allemande (Meschkutat et al, 2002) qui a démontré que (72%) des victimes étaient démotivées, (59%) socialement marginalisées et (33%) persuadées d'avoir commis des erreurs.

Selon une étude nationale irlandaise (HSA, 2001), environ (15%) des victimes de violence psychologique ont demandé une mutation interne. Une étude nationale allemande (Meschkutat et al, 2002) a démontré que (31%) des victimes avaient demandé une mutation volontaire, tandis que (6%) des victimes y avaient été contraintes (Di Martino et al, 2003, p. 67).

Les répercussions de la violence psychologique sur le lieu de travail vont au-delà des personnes directement concernées. De nombreuses études ont démontré l'existence d'un effet multiplicateur sur les témoins (Carter et al, 2013). Les recherches ont démontré que les témoins d'actes de violence pouvaient nourrir une crainte par rapport à ce type d'actes à l'avenir et subir, de ce fait, des effets négatifs semblables aux victimes directes de l'agression ou de l'attaque (Leather et al, 1998) (Di Martino et al, 2003, p. 67).

En 2001, Dejours a conclu que la persécution d'une personne a de puissants effets d'intimidation sur les collègues qui découvrent l'impunité dont jouit l'agresseur (Soares, 2002). Enfin, la gravité des effets de la violence psychologique est évidente, du fait qu'un nombre considérable de suicides puissent être liés à ces expériences (Leymann, 1993).

La littérature algérienne reste pauvre sur la question, seules quelques études ont été répertoriées au moment de la rédaction de ce travail, et c'est dans ce contexte que la présente étude s'est donné pour objectif principal de répondre au questionnement suivant : quelle est la prévalence de la violence psychologique chez les médecins et infirmiers travaillant dans un établissement hospitalier algérien ?

Cette enquête va permettre entre autres de faire un descriptif des différents aspects de la violence psychologique auxquels sont exposés les salariés (fréquence et durée d'exposition aux situations de violence, auteurs de la violence,...) et de proposer des mesures préventives et adéquates.

❖ MATERIEL ET MÉTHODE

✓ **Échantillon d'étude** : Cette enquête transversale sur la violence psychologique au travail, visant à estimer la prévalence du phénomène, a été menée au niveau des services de médecine interne et des urgences (médicales et chirurgicales) de l'unité Nedir Mohammed appartenant au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Tizi-Ouzou, sise au centre ville de la wilaya. L'enquête a ciblé tous les médecins et infirmiers des deux services. La procédure d'échantillonnage est non probabiliste. L'étude a opté pour une approche raisonnée, couplée à la méthode de boule de neige. Les objectifs de la recherche ont été clairement exposés aux participants, ces derniers étaient informés de leur possibilité de refuser de participer à l'enquête et du caractère anonyme et confidentiel des traitements statistiques des questionnaires. Les salariés inclus devaient occuper leurs emplois depuis plus de six mois.

La répartition des participants en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Description de l'échantillon d'étude.

	Femmes N=76 (61,30%)		Hommes N= 48 (38,70%)		Échantillon d'étude N=124(100%)	
	N	%	N	%	N	%
Âge(années)						
< 25	11	14,47	02	04,16	13	10,50
25 – 35	43	56,58	19	39,59	62	50,00
36 - 45	18	23,68	18	37,50	36	29,00
46 – 55	04	05,27	09	18,75	13	10,50
Situation familiale						
Célibataire	36	47,36	12	25	48	38,70
Marié	38	50,00	36	75	74	59,68
Divorcé	02	02,64	00	00	02	1,62
Niveau d'études						
Secondaire	13	17,10	11	22,92	24	19,35
Universitaire	63	82,90	37	77,08	100	80,65
Service						
Urgences	49	64,48	21	43,75	70	56,50
Médecine interne	27	35,52	27	56,25	54	43,50
Catégorie Professionnelle						
Infirmier	55	72,37	27	56,25	82	66,10
Médecin	21	27,63	21	43,75	42	33,90
Ancienneté (années)						
< 5	35	46,05	13	27,08	48	38,70
5- 14	36	47,37	23	47,92	59	47,59
15- 24	04	05,27	08	16,66	12	09,68
25- 35	01	01,31	04	08,34	05	04,03

On a donc sollicité (201) participants, (170) ont rempli et retourné leur auto- questionnaire, soit un taux de réponse de (85%). Sur cet échantillon, (46) participants ont été exclus des

analyses, (10) parce qu'ils avaient une ancienneté inférieure à six mois, et (36) parce que les données sociodémographiques du questionnaire étaient manquantes.

Ainsi, l'échantillon non probabiliste comporte (124) participants dont (61,30%) de femmes, l'âge moyen est de $34,64 \pm 7,34$ avec un minimum de (22) ans et un maximum de (54) ans. (66,10%) de notre échantillon sont des infirmiers, nos participants sont majoritairement des universitaires et ce, à (80,65%), (59,68%) sont mariés et travaillent dans le pavillon des urgences, le nombre moyen d'années de travail s'élève à $7,95 \pm 6,61$ avec un minimum d'un an et un maximum de (31) ans, c'est donc un échantillon jeune au beau milieu de sa carrière professionnelle.

❖ **Matériel :** la violence psychologique au travail est particulièrement difficile à évaluer, dans ce contexte nous avons adopté l'instrument élaboré par Heinz Leymann qui présente les avantages d'avoir une large couverture de situations et des qualités psychométriques satisfaisantes.

Le LIPT (Leyman Inventory of Psychological Terrorization) diagnostique la violence psychologique au travail. Il a été publié pour la première fois en 1990 dans sa langue d'origine l'allemand. Sa version française établie par Niedhammer et collaborateurs a été validée en février 2006 lors d'une enquête transversale menée par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) dans la population salariée de la région Provence-Alpes- Côte d'Azur (PACA). L'étude portait sur un large échantillon de (3132) hommes et de (4562) femmes de différents secteurs d'activité et différents métiers (Niedhammer, David, & Degioanni, 2006). (Niedhammer, David et Degioanni, 2006).

Le questionnaire est composé de deux parties : la première comporte 45 situations de violence au travail. Ces items sont issus d'entretiens individuels réalisés par Leymann au cours des années 1980. Ils sont regroupés en cinq grandes catégories selon leur visée :

1) Agissements empêchant la personne de s'exprimer ; 2) Agissements visant à isoler la personne ; 3) Agissements visant à discréditer la personne dans le travail ; 4) Agissements visant à déconsidérer la personne auprès des collègues et 5) Agissements visant à compromettre la santé de la personne. Une question ouverte a été ajoutée permettant de préciser d'autres situations si nécessaire.

La seconde partie inclut des questions relatives, entre autres, à la fréquence et la durée d'exposition à ces situations, l'existence ou non de cette violence actuellement, sur le (les) auteurs de cette violence, sur le soutien social. Elle comporte également une question demandant si, suivant la définition donnée de la violence psychologique au travail, les personnes considèrent qu'elles y ont été exposées au cours des 12 derniers mois (pour écarter toute confusion sur ce sujet) et quelles explications elles en donnent. Enfin la dernière question porte sur le fait d'avoir été témoin de violence psychologique au travail. Ainsi nous obtenons trois définitions de la violence psychologique au travail, celle de Leymann qui ne reconnaît comme victime de violence psychologique au travail que l'exposition à au moins une des 45 situations durant au moins six mois et à une fréquence d'au moins une fois par semaine, celle qui se base sur l'auto- déclaration de la victime en répondant à la question « considérez vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois ? », et une troisième définition, celle qui combine les deux premières, dite restrictive.

❖ **Les propriétés psychométriques de la version française de l'instrument de Leymann :** La structure factorielle des 45 items a été explorée à l'aide d'analyses en composantes principales, suivies de rotation oblique. Le diagramme des valeurs propres indiquait une cassure à 5 facteurs mais aussi à 8 facteurs. Le choix a été fait de retenir 8 facteurs car chacun des facteurs 6, 7 et 8 avait 3 items avec une contribution significative. Cette solution à 8 facteurs explique (38%) de la variance et permet de retrouver globalement les catégories de Leymann. Les résultats montrent donc une cohérence satisfaisante dans l'interprétation des facteurs qui permettent entre autres de distinguer différents types de violence, en termes de gravité et d'atteintes, ils montrent également la meilleure performance en termes de validité prédictive et convergente de la définition combinée de l'exposition, par rapport à la définition de Leymann seule (Niedhammer et al, 2006).

Pour les besoins de notre étude, une traduction arabe a été élaborée à partir de la version française (Niedhammer et al, 2006), et afin de mesurer la validité du contenu, la version ainsi traduite a été soumise à plusieurs experts (enseignants et professeurs de l'université Mouloud Mammeri), le coefficient d'accord inter- juges est satisfaisant (plus de 80%), ce qui valide la pertinence, l'exhaustivité et la représentativité des items de l'inventaire. La version arabe a été testée auprès de 20 médecins et infirmiers afin d'en déterminer la compréhensibilité et l'acceptabilité.

Concernant la fiabilité, la cohérence interne évaluée par le coefficient alpha de Chronbach est satisfaisante (0,80), et la corrélation split-half ou Rho de Spearman qui vaut (0,80) est également satisfaisante.

❖ **Analyses statistiques**

Des statistiques descriptives (effectifs, fréquences, moyennes, médianes, écart-type...), et analytiques (χ^2 pour la comparaison entre sexes, coefficient de corrélation de Pearson (r) pour explorer les éventuelles associations) ont été menées à l'aide du logiciel IBM SPSS version 20.

❖ **RÉSULTATS :** (87) participants sur (124) ont vécu au moins une des (45) situations de l'inventaire (Tableau 2). En moyenne, les salariés sont exposés à 5 situations, avec un minimum d'une situation et un maximum de 16.

La violence selon la définition de Leymann sévit dans notre échantillon à une fréquence de (45,16%) soit (56) participants. Les personnes se déclarant comme victimes de la violence psychologique sont au nombre de (67) soit (54,03%). Ces résultats montrent que la grande majorité de ceux qui sont définis comme étant exposés à la violence selon Leymann se déclarent également exposés. La durée moyenne de la violence est de (92) mois, le minimum est de (12) mois, le maximum est de (372) mois ; la médiane est à (72) mois.

Alors que 49 victimes (39,51%) continuent à être harcelées au moment de l'enquête, 38 (30,64%) ne le sont plus, soit parce qu'elles ont changé de service ou de poste (8,87%), soit parce que la violence a cessé pour une quelconque raison, c'est le cas de (21,77%).

Tableau 2 : Prévalence d'exposition aux 45 situations de Leymann dans l'échantillon d'étude et comparaison entre femmes et hommes.

Items de l'inventaire	Femmes		Hommes		
	N =76 (61,30%)		N= 48 (38,70%)		
	N	%	N	%	
1. Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer.	9	11,84	6	12,50	NS
2. Vous êtes constamment interrompu(e) lorsque vous vous exprimez.	18	23,68	5	10,42	NS
3. D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer.	24	31,58	2	4,17	NS
4. On crie après vous, on vous injurie à haute voix.	8	10,52	6	12,50	NS
5. Critique permanente à propos de votre travail.	17	22,37	10	20,83	NS
6. Critique permanente à propos de votre vie privée.	11,31		12,08		NS
7. Harcèlement téléphonique.	0	0	00		NS
8. Menaces verbales	12	15,79	5	10,42	NS
9. Menaces écrites.	0	0	00		NS
10. Regards ou gestes méprisants	16	21,05	5	10,42	NS
11. On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres.	12	15,79	13	27,08	NS
12. On ne vous adresse pas la parole.	10	13,16	9	18,75	NS
13. On ne veut pas être abordé par vous.	2	2,63	12,08		NS
14. On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres.	1	1,31	00		NS
15. On interdit à vos collègues de vous parler.	1	1,31	00		NS
16. On fait comme si vous n'existiez pas	2	2,63	12,08		NS
17. On s'adresse à vous seulement par écrit.	0	0	00		NS
18. On ne vous confie aucune tâche, vous n'avez pas de travail.	1	1,31	00		NS
19. On vous confie des tâches sans intérêt.	2	2,63	12,08		NS
20. On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences.	3	3,95	24,17		NS
21. On vous donne sans cesse de nouvelles tâches.	13	17,10	6	12,50	NS
22. On vous confie des tâches humiliantes.	2	2,63	12,08		NS
23. On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences.	11	14,47	12,08		NS
24. On dit du mal de vous dans votre dos.	20	26,31	16	33,33	NS
25. On propage des rumeurs fausses sur vous.	11	14,47	6	12,50	NS
26. On vous ridiculise devant les autres.	11,31		24,17		NS
27. On vous soupçonne d'être psychologiquement malade.	00		00		NS
28. On veut vous contraindre à un examen psychiatrique.	00		00		NS
29. On se moque d'un handicap que vous avez.	00		00		NS
30. On imite votre allure, votre voix et vos gestes, afin de vous ridiculiser	11,31		12,08		NS
31. On attaque vos opinions politiques ou religieuses.	11	14,47	9	18,75	NS
32. On attaque ou on se moque de vos origines.	00		0	0	NS
33. Vous êtes obligé(e) de mener des travaux qui blessent votre conscience	00		2	4,17	NS
34. On juge votre travail de façon injuste et blessante.	15	19,73	14	29,17	NS
35. On met vos décisions en question.	56,58		00		NS
36. On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants	79,21		8	16,67	NS
37. On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles.	00		0	0	NS
38. On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé.	12	15,79	12	25,00	NS
39. Malgré votre mauvaise santé, vous êtes obligé(e) de faire un travail nuisible à votre santé.	8	10,52	1	2,08	NS
40. On vous menace de violences corporelles.	1	1,31	1	2,08	NS
41. On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement	8	10,52	5	10,42	NS
42. Vous êtes physiquement maltraité(e).	0	0	0	0	NS
43. Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire.	0	0	1	2,08	NS
44. Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail	0	0	1	2,08	NS
45. On en vient à des agressions sexuelles envers vous.	1	1,31	0	0	NS

Test du χ^2 : *p < 0,05. ** p < 0,01. *** p < 0,001.

Le tableau 3 présente la prévalence d'exposition à la violence psychologique au travail selon ses différentes caractéristiques.

Tableau 3:Prévalence d'exposition à la violence psychologique au travail dans l'échantillon d'étude.

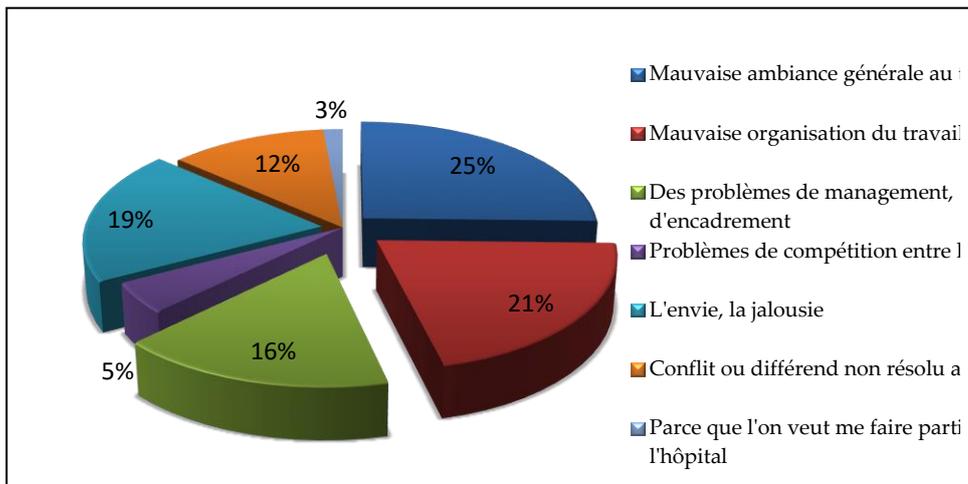
	Échantillon d'étude	
	N	%
Exposition à au moins une situation		
Oui	87	70,00
Non	37	30,00
Nombre moyen de situations chez les exposés ± écart- type		05 ± 02,96
Durée moyenne (en mois) de l'exposition chez les exposés ± écart- type		92 ± 70,00
Fréquence des situations chez les exposés		
Tous les jours	02	02,30
Presque tous les jours	13	14,94
Au moins une fois par semaine	41	47,12
Au moins une fois par mois	12	13,80
Rarement	19	21,84
Exposition selon Leymann (1)		
Oui	56	45,16
Non	31	25,00
Déclaration d'exposition (2)		
Oui	67	54,03
Non	20	16,13
Exposition selon la définition restrictive ou combinée (3)=(1) et (2)		
Oui	50	40,32
Non	37	29,84

Sur les (87) exposés à la violence psychologique, on notera que l'auteur de la violence est d'abord le collègue dans (55,17%), puis le supérieur dans (41,38%) des cas.

Le plus souvent, la victime se dit harcelée par une personne, quelquefois jusqu'à cinq personnes dans (85%) des cas; mais ils peuvent être plus de cinq à se liguier contre une seule personne, c'est ce que rapportent (15%) des victimes.

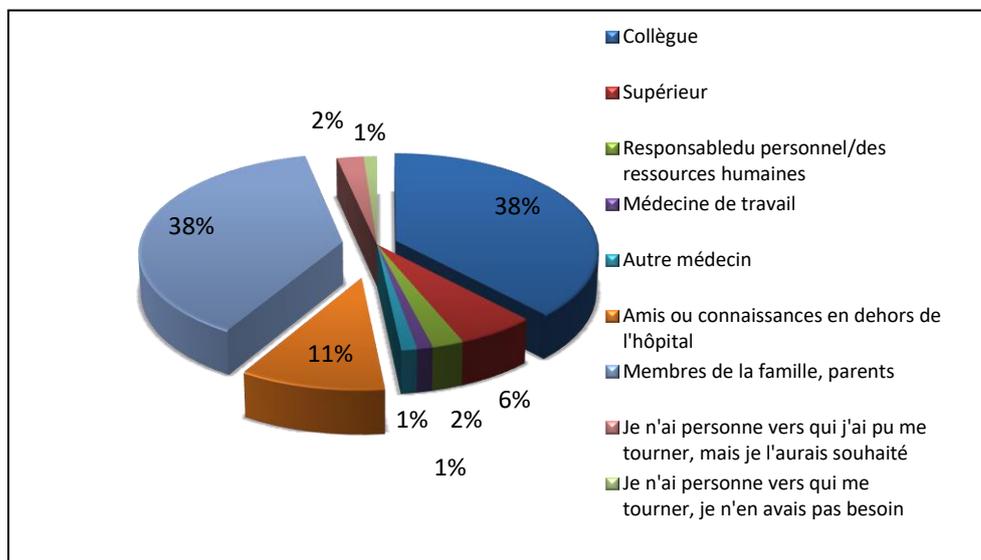
Ces dernières attribuent les comportements hostiles à leur rencontre par ordre de fréquence décroissant à: une mauvaise ambiance générale au travail (25,35%) et une mauvaise organisation du travail (20,90%), l'envie et la jalousie (19,40%), des problèmes de management et d'encadrement (16,41%) (Figure 1).

Figure 1 : Les causes de la violence psychologique selon les victimes



Les acteurs de la violence psychologique sont aussi bien des hommes que des femmes dans (57,47%) mais également des hommes dans (22,99%) des cas, puis des femmes dans (19,54%) des cas. Les victimes de la violence psychologique parlent souvent de leurs situations (84 sur 87) et ne sont que (3 cas) qui ont choisi de se taire et ne pas se plaindre. Dans le but de résoudre leur problème, les victimes s'adressent de façon égale, dans (37,93%) des cas à leurs collègues de travail et aux membres de la famille et leurs parents, puis par ordre décroissant, à leurs amis ou connaissances en dehors de l'hôpital (10,35%), à leurs supérieurs (5,74%), et au responsable du personnel/des ressources humaines (2,30%) (Figure 2).

Figure 2 : Les personnes soutenant les victimes de la violence psychologique



Enfin, (82) sur (87) victimes de violence psychologique sont aussi témoins de situations de violence psychologique dans leurs services ou unités contre autrui.

❖ **DISCUSSION** : ce travail a permis d'estimer la prévalence de la violence psychologique chez les médecins et infirmiers des services de médecine interne et des urgences (médicales et chirurgicales) du CHU Tizi-Ouzou, selon trois définitions : la première définition, celle de Leymann, a conduit à une prévalence de (45,16%), la deuxième définition celle qui est basée sur la déclaration d'exposition a fournit une prévalence de (54,03%), la troisième et dernière définition, la plus restrictive combinant à la fois la définition de Leymann et la déclaration par le participant, soutient une prévalence de (40,32%). Des taux alarmants comparés aux études à l'échelle nationale (Benhassine, 2011) ou internationale (Niedhammer et al, 2006).

Des études ont montré que l'exposition à la violence psychologique mesurée par le LIPT, était positivement associée à des symptômes dépressifs, à des troubles du sommeil, à une consommation de psychotropes, à des symptômes de stress post- traumatique. De plus, les salariés exposés à la violence psychologique selon la définition restrictive sont plus souvent en arrêt de plus de huit jours (5 à 6 fois plus) et plus souvent hospitalisés (4,5 à 6,5 fois plus) pour dépression, troubles anxieux ou autres affections mentales que les non-exposés (Niedhammer et al, 2006).

En outre, la plupart des exposés à la violence psychologique ont été témoins de violence envers autrui sur le lieu de leur travail, des travaux ont rapporté les effets négatifs, non seulement pour les personnes cibles, mais aussi pour les témoins qui vivent une détresse psychologique plus élevée (Branch, Ramsay et Barker, 2013., Carter et al, 2013) (cité dans : Soares, 2002).

Aucun facteur individuel et professionnel (sexe, âge, niveau d'études, catégorie professionnelle et ancienneté) ne semble s'associer de manière significative aux aspects de la violence psychologique au travail. Les principaux aspects de la violence s'expriment d'abord par des agissements empêchant la personne de s'exprimer comme lui interdire de parler, ou l'ignorer en s'adressant exclusivement aux autres, ou encore la critiquer en permanence à propos de son travail, puis en second lieu par des agissements visant à déconsidérer la personne auprès des collègues en disant du mal à son insu, en jugeant son travail de façon injuste et blessante ou en attaquant ses opinions politiques et religieuses. L'auteur de ces comportements manipule les relations du travail et use de l'attaque sur la personne pour déstabiliser sa victime touchant ainsi à sa réputation ô combien précieuse (pour la femme en particulier). Ce résultat est corroboré par plusieurs études qui ont montré l'effet délétère de la violence psychologique sur la santé mentale et ses retombées négatives sur la qualité des soins prodigués aux malades (Belayachi et al, 2010., Benhassine, 2011., Carmi-illuz et al, 2005., Ferrinho et al, 2003., Teymourzadeh et al, 2014 ., Zafar et al, 2013).

Cette étude a montré que les collègues étaient les principaux auteurs de la violence psychologique aussi bien les hommes que les femmes. Ces derniers harcelaient leurs victimes pendant une période moyenne de (92) mois. Par ailleurs, et dans le but de chercher du soutien, la victime s'adressait aux collègues et aux membres de sa famille, et préférait ne pas dénoncer la violence auprès du responsable du personnel ou des ressources humaines ou des autorités comme les syndicats ou l'inspection du travail. Ce résultat pourrait être expliqué partiellement par le contexte socioculturel de la région mais aussi par l'absence, au sein de l'hôpital, d'une politique claire anti- violence, voire d'une culture de dénonciation, la peur des conséquences d'une telle procédure surtout que la violence psychologique est difficile à prouver, la peur des représailles et l'absence de soutien et d'encouragement de la part de ses supérieurs et collègues pour signaler de tels comportements. Ces résultats sont cohérents avec ceux de plusieurs études (Benhassine, 2011., Carter et al, 2013., Kitaneh et Hamdane, 2012), qui avaient également montré les difficultés et les barrières que rencontrait le personnel

soignant pour déclarer la violence psychologique en l'absence de l'aiguillon des impératifs réglementaires.

Les limites de cette recherche sont nombreuses. D'abord, l'absence de représentativité de l'échantillon est notée. Les résultats couvrent les services de médecine interne et des urgences (médicales et chirurgicales), ils n'engagent que l'échantillon de l'étude et ne peuvent être généralisés.

Notons qu'un biais dans la participation peut toutefois être intervenu et altérer les estimations des prévalences d'exposition à la violence psychologique vu l'absence de randomisation.

Notons aussi la probabilité d'un biais de déclaration, les données étant recueillies dans leur intégralité via un auto-questionnaire, même si ce biais a pu être limité du fait du caractère anonyme du questionnaire.

Enfin, un biais de rappel ou de mémorisation pourrait intervenir dans les résultats et sous-estimer les données puisque cette étude est rétrospective obligeant le participant à se rappeler des faits passés au cours des 12 derniers mois, mais ce mode de recueil était nécessaire.

Néanmoins, cette recherche présente des points forts : d'abord parce qu'un instrument de réputation internationale aux qualités psychométriques vérifiées et validées a été utilisé dans le strict anonymat assurant la fiabilité des informations recueillies, ensuite, la rareté des travaux algériens menés dans le but de diagnostiquer la violence psychologique dans le milieu hospitalier justifie pleinement, à mon sens, cette démarche.

❖ **CONCLUSION** : Cette étude a permis de dresser un premier état des lieux de la violence psychologique chez les médecins et infirmiers des services de médecine interne et des urgences (médicales et chirurgicales) du CHU de Tizi-Ouzou, des chiffres alarmants et inquiétants qui justifieraient une mise en place immédiate de stratégies et politiques de prévention et de prise en charge, et faire face à l'absence de réelles volontés d'intervenir à plusieurs niveaux.

La violence psychologique constitue un des risques psychosociaux les plus lourds des conséquences pour la santé des salariés, mais également pour l'équilibre et le bon fonctionnement de l'organisation, de ce fait elle doit s'imposer comme étant une priorité de la santé publique.

Comme la qualité des soins et services est liée au bien-être des personnels médical et soignant, l'établissement hospitalier doit être en mesure : premièrement de reconnaître l'importance du phénomène et de l'intérêt qu'ont les parties concernées, entre autres la direction, d'agir sur ce dernier, deuxièmement d'avoir recours à une démarche structurée et intégrée d'intervention fondée sur une compréhension du phénomène, particulièrement de ses causes d'ordre organisationnel.

Comme prévention primaire, mentionnons l'établissement de politiques et de règles organisationnelles ciblant les facteurs organisationnels prédisposant à la violence psychologique ; la modification des valeurs organisationnelles pour promouvoir la coopération et la collaboration, plutôt que la concurrence et la compétition.

Quant à la prévention secondaire, il peut être envisagé d'accroître la sensibilisation des gestionnaires et des salariés au phénomène de la violence psychologique au travail, dans le cadre d'un programme de formation, afin de dépister les cas de violence et intervenir en cette matière.

Enfin, pour faciliter le règlement des cas problématiques, des cours en gestion de conflits peuvent être offerts aux gestionnaires et aux salariés. L'application de sanctions disciplinaires pour les auteurs de violences et la prise en charge médicale et psychothérapeutique des victimes sont recommandées.

Espérons que ces résultats puissent fournir un point de départ pour des recherches et études ultérieures, de nombreuses analyses restent encore à mener (il conviendrait de pouvoir étendre l'enquête à tout l'établissement hospitalier en incluant les pôles administratif et technique), et beaucoup de pistes et associations restent encore à exploiter comme vérifier l'impact de la violence psychologique sur la santé en général, la santé mentale en particulier.

❖ Bibliographie :

1. Benhassine, W. (2011). *Lombalgie et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna*. Thèse de Doctorat en sciences médicales non publiée, Université Hadj Lakhdar, Batna, Algérie.
2. Belayachi, J., Berrechid, K., Amlaiky, F., Zekraoui, A., Abouqal, R. (2010). *Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: Prevalence, predictive factors, and psychological impact*. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5(27),pp. 1-7.
3. Bilheran, A., Adam, P. (2011). *Risques psychosociaux en entreprise: les solutions psychologiques et juridiques*. Paris: Armand Colin.
4. Branch, S., Ramsay, S., Barker, M. (2013). *Workplace bullying, mobbing and general harassment: A review*. *International Journal of Management Reviews*,15(3),pp. 280-299.
5. Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T., Shvatzman, P. (2005). *Verbal and physical violence towards hospital and community-based physicians in the Negev: An observational study*. *Bio Med Central Health Services Research*, 5(54), pp.1-6.
6. Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., Illing, J. (2013). *Workplace bullying in the UK National Health Service: A questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting*. *Bio Med Journal open*3,pp. 1-12.
7. Di Martino, V., Hoel, H., Cooper, C- L. (2003). *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu du travail*. Luxembourg : Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.
8. Esfahani, A- N., Shahbazi, G. (2014). *Workplace bullying in nursing: The case of Azerbaijan province, Iran*. *Iran J Nurs Midwifery Res*,19(4), pp.409-415.
9. Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A- R., Conceição, C., Flores, I., Santos, O. (2003). *Patterns of perceptions of workplace violence in the portuguese health care sector*. *Human Resources for Health*,1, pp.1-11. Voir le lien: <http://www.human-ressources-health.com/content/1/1/11>
10. Fontes, K- B., Santana, R- G., Pelloso, S-M., Carvalho, M- D. (2013). *Factors associated with bullying at nurses' workplaces*. *Rev Lat Am Enfermagem*,21(3),pp.64-758.
11. Gollac, M., Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Voir le lien : <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/var/storagerapports- publics/114000201/0000>.
12. Gollac, M. (2012). *Les risques psychosociaux au travail : d'une question de société à des questions scientifiques*. *Travail et emploi*, 129,pp. 5-10.
13. Iglesias, L., Vallejo, B. (2012). *Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample*. *Contemp Nurse* 42(1), pp.2-10.
14. Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Hao, Y. (2014). *Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: Across-sectional survey*. *Bio Med Journal open*5,pp. 1-9.
15. Kitaneh, M., Hamdane, M. (2012). *Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: A cross-sectional study*. *Bio Med Central Health Services Research*, 12 (46),pp. 1-9.
16. Langevin, V., François, M., Boini, S., Riou, A. (2011). *Risques psychosociaux, outils d'évaluation : Leymann inventory of psychosocial terror (Lipt)*. *Documents pour médecin du travail*, 129,pp. 101-105.
17. Leymann, H. (1990). *Mobbing and psychological terror at workplaces*. *Violence and Victims*, 5(2), pp.119-126.
18. Leymann, H. (1993). *Mobbing : La persécution au travail*. Paris : Le seuil.
19. Liu, H., Zhao, S., Jiao, M., Wang, J., Peters, D- H., Qiao, Y., Wu, Q. (2015). *Extent, nature and risk factors of workplace violence in public tertiary hospitals in China: A cross-section survey*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6),pp.6801-6817.
20. Maitre, E., Servant, D. (2012). *Violence et travail, enjeux actuels*. *La lettre du psychiatre*, 8(5),pp. 138-141.
21. Nasse, P., Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Voir le lien : <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/PRP/084000156/0000>

22. Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S. (2006). *La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT)*. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 54(3),pp. 245-262.
23. Rugulies, R., Madsen, I-E., Hjarsbech, P-U., Hogh, A., Borg, V., Carneiro, I-G., Aust, B. (2012). *Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers*. *Scand j work Environ Health*, 38(3),pp. 218-227.
24. Shahbazi, G., Naami, A., Aligholizadeh, S. (2013). *An empirical study of the relationship between three components of paternalistic leadership and workplace bullying: The case of an Iranian bank*. *World Applied Sciences Journal*, 22(12),pp.1814-1821.
25. Soares, A. (2002). *Quand le travail devient indécent : Le harcèlement psychologique au travail*. Montréal : CSQ.
26. Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A., Hakimzadeh, S-M.(2014). *Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran*. In *J Health Policy Manag*, 3(6),pp.301-305.
27. Thomas, A. (2010). *Les risques psychosociaux, la violence et les professionnels de santé*. In N. Combalbert (Ed.), *La souffrance au travail : Comment agir sur les risques psychosociaux*, pp. 120-129. Paris : Armand Colin.
28. vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C.,Trudel, L. (2008). *La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail*. In J.P. Brun et P.S. Fournier (Eds), *La santé et la sécurité du travail : problématiques en émergence et stratégies d'intervention*. Collection santé et sécurité du travail ,pp. 11-26, Quebec : Les pressesde l'université Laval.
29. Zafar, W., Siddiqui, E., Ejaz, K., Shehzad, M- U., Khan, U-R., Jamali, S., Razzak, J-A. (2013). *Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: Results from Karachi, Pakistan*. *J Emerg Med*,45(5), pp.761-772.