

# Les déterminants socio-psychologiques du harcèlement moral dans le secteur de la santé.

## The socio-psychological determinants of harassment in the health sector.

Hamid Hachelafi (1).

(1) Faculté de médecine. Université Oran1. Algérie.

.....  
Date de réception:12/09/2022. Date d'acceptation:29/09/2022 date de publication:11/12/2022

### Résumé :

Les facteurs psychosociaux constituent un problème de santé au travail. Il s'agit d'une étude transversale descriptive comportant 1058 sujets du personnel de santé de la ville d'Oran en Algérie. L'enquête de dépistage est réalisée par un questionnaire incluant les 45 agissements hostiles de la classification de Leymann. La prévalence du harcèlement est évaluée à 16,7 %.

L'analyse statistique multivariée révèle parmi les déterminants individuels et professionnels ayant une forte liaison significative sont : le niveau d'instruction (RR=1,34), le lieu de résidence (RR=1,48), le trajet parcouru domicile-lieu de travail (RR=0,75), le statut du poste de travail (RR=0,65), le poste de responsabilité (RR=1,17), le travail de nuit (RR=1,44) et la nature de l'établissement (RR=1,50).

Les connaissances à partir du terrain d'étude et l'analyse pluridisciplinaire des résultats de l'enquête de dépistage du harcèlement moral permettent de répondre aux impératifs de sauvegarder une santé mentale équilibrée.

**Mots clés :** Harcèlement ; Violence ; Victimes ; Intimidations ; Facteurs psycho-sociaux.

### Abstract

Psychosocial factors are an occupational health problem. This is a descriptive cross-sectional study of 1058 health personnel in the city of Oran, Algeria. The screening survey was carried out by means of a questionnaire including the 45 Leymann hostile behaviors. The prevalence of harassment was estimated at 16.7%.

The multivariate analysis reveals that the individual and professional determinants with a strong significant link are: the level of education (RR=1.34), the place of residence (RR=1.48), the distance travelled between home and work (RR=0.75), the status of the work station (RR=0.65), the position of responsibility (RR=1.17), night work (RR=1.44), the nature of the establishment (RR=1.50).

The knowledge gained from the study field and the multidisciplinary analysis of the results of the harassment screening survey make it possible to respond to the imperatives of safeguarding

balanced mental health.

**Keywords** : Harassement ; Violence ; Victims; Mobbing; Psychosocial factor.

## **1. Introduction :**

Les facteurs psychosociaux constituent des thématiques d'actualité dans les politiques de santé au travail. La thématique du harcèlement moral au travail soulève des questionnements à des échelles individuelles et collectives pour sa compréhension et pour élaborer un plan de sa prise en charge efficace.

La recherche académique Arabophone est pauvre par rapport à la quantification du phénomène qui demeure banalisé au sein même de la communauté scientifique.

Notre travail de recherche s'intègre dans une démarche académique de santé au travail pour répondre à un besoin en rapport avec le programme national du ministère de la Santé axé sur le harcèlement et le burn-out au travail.

L'adoption du protocole de dépistage du harcèlement avec le recueil des données, puis secondairement confrontées aux méthodes d'exploitation statistique permettent des perspectives pour l'identification des facteurs de risques individuels et professionnels qui favorisent le phénomène psycho-social pathologique en milieu du travail.

## **2. Objectifs :**

Les objectifs assignés à l'étude sont :

- Estimer la prévalence du harcèlement psychologique dans le secteur de la santé.
- Identifier les facteurs favorisant dans les caractéristiques propres du salarié et ceux de son environnement professionnel.

## **3. Méthodologie de l'étude :**

### **3.1- Les critères de sélection de l'échantillon :**

L'échantillon de l'étude est le personnel hospitalier du secteur public de la wilaya d'Oran en Algérie.

Les critères d'exclusion sont le personnel ayant moins d'une année d'ancienneté et ceux du secteur privé.

L'échantillon est recruté parmi les secteurs professionnels à risque selon la littérature internationale.

Le diagnostic du harcèlement est établi par la présence d'au moins un des agissements constitutifs du harcèlement, selon l'inventaire de Leymann (Leymann, 1996), associé à la notion de répétitivité de ces agissements avec une fréquence d'au moins une fois par semaine pendant au moins les douze derniers mois, avec un retentissement négatif sur la santé ou sur la profession.

### **3.2. Méthode d'échantillonnage :**

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive. L'échantillonnage est réalisé en grappes à trois degrés selon le lieu d'implantation géographique des structures sanitaires, le statut des structures hospitalières et les catégories professionnelles. L'étude s'est déroulée sur une période de six mois. Nous avons pour objectif d'étudier au moins 1000 sujets.

### **3.3. Recueil des données :**

Par le questionnaire de dépistage qui comporte les données sociodémographiques, professionnelles et la description du harcèlement.

### **3.4. Étude statistique :**

Est réalisée par le logiciel Epi-info version 6. Les analyses bivariées sont réalisées pour tester la relation en considérant la variable dépendante le harcèlement et les variables indépendantes les facteurs individuels et professionnels. L'analyse multivariée est réalisée par le logiciel SPSS version 8 par les techniques de régression logistique.

## **4. Résultats :**

L'étude a touché deux centres hospitalo-universitaires, sept établissements hospitaliers spécialisés (EHS), deux établissements publics hospitaliers (EPH) et quatorze établissements de santé de proximité (EPSP).

Nous avons obtenu 1058 questionnaires administrés soit un taux de participation de 98,4%.

### **4.1. Les caractéristiques personnelles :**

L'échantillon est à composition majoritaire féminine (70,9%), ayant un âge moyen de 38 ans, marié (58,3%), sans enfants à charge dans 1/3 des cas et dont (45%) de l'échantillon ont un diplôme universitaire et plus de la moitié réside dans la ville d'Oran.

### **4.2. Les caractéristiques professionnelles :**

Le personnel de santé est titulaire dans son poste de travail (80,7%) dont (49%) occupe le poste d'agent paramédical spécialisé en soins généraux (28,4%).

Le personnel de santé occupe rarement des postes de responsabilité (12,3%). Un trajet de plus de 10 km de son lieu de résidence vers son lieu de travail est parcouru par (37,3%) du personnel hospitalier.

L'ancienneté moyenne dans le poste de travail est de 12 ans (Min : 1 an et Max : 40 ans). Une proportion de (79,8%) du personnel fait partie des effectifs d'établissements compris entre 50 à 500 salariés.

### 4.3. Description du harcèlement psychologique :

La prévalence calculée est de 16,7% (177 sujets) correspondant aux critères de diagnostic du harcèlement selon Leymann.

Le  $\frac{3}{4}$  des victimes du harcèlement a subi des hostilités de nature à empêcher la personne harcelée de s'exprimer ou de la déconsidérer auprès de ses collègues. Les médisances et les calomnies (62,7%) occupent une place prépondérante dans l'inventaire des comportements hostiles subis par les victimes et 13,5% des harcelés déclarent avoir subi des comportements à connotation sexuelle.

Les agissements hostiles proviennent dans  $\frac{3}{4}$  des cas de la hiérarchie avec des agissements axés sur la perturbation des voies de communication et le discrédit des victimes au sein du groupe de travail.

Les agissements hostiles débutent dans la moitié des cas lors d'une réorganisation du travail. Le  $\frac{3}{4}$  des victimes attribue leurs problèmes de santé aux agissements hostiles perçus dans leur milieu du travail dont plus de la moitié souffrent des problèmes de santé mentale et de maladies à étiquette psychosomatique. L'étude rapporte un cas exprimant des idées suicidaires.

L'apport du soutien aux victimes tire sa source de la famille (43,5%) tandis que celui de l'administration reste faible (9,6%).

### 4.4. Facteurs individuels favorisant le harcèlement :

L'analyse bivariée (Tableau1) retrouve une relation significative chez le sujet marié, sans enfants à charge, ayant un niveau universitaire, habitant dans la ville d'Oran et parcourant une distance entre 1 et 50 Km.

**Tableau 1. Les associations le harcèlement et les facteurs personnels**

Facteurs de risque personnels	Harcèlement				P
	Harcelés		Non harcelés		
	N	%	N	%	
Marié	94	53,1	523	59,4	0,013692
Sans enfant à charge	83	46,9	326	37,0	0,0075
Niveau universitaire.	84	47,5	393	44,5	0,0000011
Trajet domicile-travail entre 1 à 50 Km.	46	26,0	296	33,6	0,0451

**La source :** Résultats de l'étude.

### 4.5. Facteurs professionnels favorisant le harcèlement :

L'analyse bivariée (Tableau2) montre une association significative concernant le statut du poste de travail (titulaire), occupant les postes de travail : agent paramédical (soins, spécialisé ou laborantin), agent administratif ou agent technique (agent de sécurité), avec la notion de responsabilité sur le lieu de travail à titre de chef d'unité ou chef d'équipe, et travaillant les heures de jour.

L'analyse bivariée des risques professionnels (Tableau 2), montre une association significative chez les sujets travaillant dans des établissements hospitalo-universitaires (CHU et EHS) dont l'effectif total est au-delà de 101 sujets.

L'analyse multivariée est réalisée par plusieurs modèles pour évaluer le degré d'association (Tableaux 3 et 4).

La méthode d'analyse statistique adoptée est la régression logistique pas à pas descendante selon l'approche de Hosmer et Lemeshow. Il s'agit d'un modèle complet en emboîtement comprenant toutes les variables significatives et qui va procéder par élimination de certaines variables pour ne retenir à la fin que les variables à forte association. Le critère d'élimination de la variable est validé si la modification est significative au seuil de 5 % avec l'utilisation du test de Wald.

**Tableau 2 : Les associations entre le harcèlement et les facteurs favorisant professionnels.**

Facteurs de risque professionnels		Harcèlement				P
		Harcelés		Non harcelés		
		N	%	N	%	
Statut du poste de travail « Titulaire »		156	88,1	698	79,3	0,00025
Catégorie professionnelle	Paramédical	115	64,9	403	45,7	0,000026
	Administratif	16	9,0	135	15,3	0,0291
	Ouvriers	22	12,4	211	24	0,00080
Catégorie paramédicale	Soins	68	38,4	232	57,6	0,000026
	Spécialisé	29	16,3	113	28,0	0,00089
	Laborantin	8	4,5	46	11,5	0,00026
Catégorie des agents techniques	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		113	63,8	636	72,2	0,0258
Nature de l'établissement	EPH	25	14,1	62	7,0	0,00173
	EPSP	33	18,7	310	35,2	0,00001

Source : Résultats de l'étude.

#### 4.5.1. Modèle des données brutes :

Il ressort de ce premier modèle que les variables les plus discriminées à effet indépendant sont : le niveau d'instruction (RR=1,33), le lieu de résidence (RR=1,45), le trajet parcouru domicile-lieu de travail (RR=0,75), le statut du poste de travail (RR=0,61), le poste de responsabilité (RR=1,18), le travail de nuit (RR=1,38), la nature de l'établissement (RR=1,51) et l'effectif de l'établissement de santé (RR=3,47) (Tableau 3).

Ce modèle d'analyse nous a permis de réaliser secondairement une autre série d'analyses statistiques en prenant en compte uniquement les variables qui sont significativement associées au risque de survenue du harcèlement pour obtenir le modèle final.

**Tableau3 : Modèle 1 de l'analyse multivariée des données brutes.**

Variable explicative	$\beta$	S.E.	Wald	Exp( $\beta$ )
Matrimonial	,0727	,1441	,2548	1,0755
Nombre d'enfants	-,1018	,0811	1,5762	,9032
<b>Niveau d'instruction</b>	<b>,2918</b>	<b>,1111</b>	<b>6,8937</b>	<b>1,3389</b>
<b>Trajet domicile-lieu travail</b>	<b>-,2764</b>	<b>,1063</b>	<b>6,7591</b>	<b>,7585</b>
<b>Statut poste travail</b>	<b>-,4924</b>	<b>,2338</b>	<b>4,4344</b>	<b>,6111</b>
Catégorie paramédicale	,0133	,0740	,0324	1,0134
Corps administratif	-,2268	,3330	,4639	,7971
Catégorie des agents techniques	,0151	,1132	,0178	1,0152
<b>Poste de responsabilité</b>	<b>,1729</b>	<b>,0617</b>	<b>7,8545</b>	<b>1,1887</b>
<b>Travail de jour</b>	<b>,3275</b>	<b>,1960</b>	<b>2,7921</b>	<b>1,3875</b>
<b>Nature établissement</b>	<b>,4168</b>	<b>,1560</b>	<b>7,1397</b>	<b>1,5171</b>

Source : Résultats de l'étude.

#### 4.5.2. Modèle final :

Il ressort de ce modèle les variables les plus discriminées à effet indépendant sur le harcèlement sont : le niveau d'instruction (RR=1,34), le lieu de résidence (RR=1,48), le trajet parcouru domicile-lieu de travail (RR=0,75), le statut du poste (RR=0,65), le poste de responsabilité (RR=1,17), le travail de nuit (RR=1,44), la nature de l'établissement (RR=1,50) et l'effectif de l'établissement (RR=3,55) (Tableau 4).

Au cours de la procédure descendante, dans les différents modèles, on retrouve les mêmes variables indépendantes associées significativement au risque de harcèlement.

Notons que l'effectif des établissements est associé au risque relatif le plus élevé et par conséquent, il représente un facteur de risque important.

De même, la nature de l'établissement, le lieu de résidence, le travail de jour et le niveau d'instruction sont des facteurs constamment associés au risque de harcèlement. Par ailleurs d'autres variables très significatives dans l'analyse bivariée sont très faiblement significatives dans l'analyse multivariée, à l'exemple du statut matrimonial, le nombre d'enfants à charge et le statut du poste de travail.

Pour conclure la partie de l'analyse statistique, nous citons que le rapport de recherche est du domaine de l'écriture comme l'avait écrit Michel Volle « le style mathématique est le meilleur pour décrire un édifice logique achevé, mais le style littéraire est le seul capable d'expliquer les choix sur lesquels cet édifice est fondé » (Volle, 1980).

**Tableau 4 : Modèle final de l'analyse multivariée.**

Variable	$\beta$	S.E.	Wald	Exp( $\beta$ )
<b>Niveau d'instruction</b>	<b>,2933</b>	<b>,0848</b>	<b>11,9598</b>	<b>1,3408</b>
Trajet domicile-lieu travail	-,2797	,1057	7,0039	,7560
<b>Statut poste travail</b>	<b>-,4303</b>	<b>,2231</b>	<b>3,7211</b>	<b>,6503</b>
Poste de responsabilité	,1614	,0600	7,2449	1,1752
<b>Travail de jour</b>	<b>,3686</b>	<b>,1914</b>	<b>3,7089</b>	<b>1,4457</b>
Nature établissement	,4062	,1548	6,8848	1,5011

**Source** : Résultats de l'étude.

## 5. Discussion :

Notre recherche est une étape pour la compréhension de l'une des problématiques qui ronge le monde du travail, car en Algérie les travaux portant sur l'étude des liens entre les facteurs psychosociaux au travail et l'état de santé mentale sont rares (Hachelafi, 2021).

À savoir que « les personnes ayant été atteintes d'au moins un trouble mental courant ont significativement plus de difficultés générales au travail ainsi que plus de relations de travail difficiles avec les employeurs, en comparaison avec les personnes sans trouble mental. » (Nicolas, et al, 2017).

### 5.1. Caractéristiques de l'échantillon :

Le sexe Ratio de l'échantillon de l'étude ne correspond pas à la population démographique de la ville d'Oran recensée par l'ONS (office national statistiques), mais par rapport à la population hospitalière, la tranche des femmes dépasse celle des hommes notamment dans les maternités.

Notre échantillon comprend toutes les catégories sociales en fonction de leur statut matrimonial ; 58,3 % sont mariés (Vs 32,5 % par rapport à la population d'Oran-ONS), alors que le reste vit en situation de célibat, ce qui peut indiquer que la femme qui travaille dans le secteur de la santé occupe une échelle de valeur socio-économique reluisante, ce qui constitue un bon indicateur pour son émancipation (mariage, ...).

À noter qu'environ 10 % des sujets sont soit des femmes divorcées ou veuves (Vs 4,7 % de la population d'Oran-ONS 1998 -), ce qui peut indiquer que les structures de santé peuvent constituer des couverts de l'entraide sociale.

Le niveau d'instruction indique une amélioration dans la qualité de formation pour le personnel de santé comparé au taux total de l'analphabétisme en Algérie (20,2 % à Oran- ONS 1998- Vs 2,6 % dans la population d'étude).

Le problème d'instabilité selon le mode de contractualisation ne concerne que certains postes (nettoyage, gardiennage), car la sous-traitance est réduite en Algérie.

Le secteur privé est exclu de l'étude à cause de la non-déclaration officielle de ses salariés auprès des organismes d'assurance et la mobilité informelle du personnel de santé vers le secteur privé ce

qui peut induire une sous-déclaration des effectifs et un biais de sélection.

## **5.2. Description du harcèlement moral :**

Les études de prévalence du harcèlement dans le secteur de santé au niveau international à titre d'indicateurs comparatifs sont limitées en nombre et certaines sont très généralistes (Di Martino, 2002).

Les agissements les plus identifiés portent sur l'empêchement de la personne harcelée de s'exprimer ou de la déconsidérer auprès de ses collègues.

Les corporations professionnelles, notamment médicales et paramédicales dans le même service sont souvent disloquées et habituellement, les consignes sont instruites selon un mode verbal et hiérarchique qui exclut une partie du collectif de travail, et souvent « certains harceleurs experts dans l'art de la communication paradoxale engendrant une sidération cognitive et élaboratrice chez la personne cible » (Grebot, 2006).

Les techniques d'isolement adoptées contre les harcelés s'appuient essentiellement sur la rupture de la communication.

La déconsidération par les médisances et les calomnies représentent l'essentiel du préjudice cité habituellement par les victimes du harcèlement. Ainsi, Zapf (Zapf, et al, 1996) retrouvait en premier les rumeurs, suivies de l'isolement social et les agressions verbales puis venaient les mesures organisationnelles, puis l'attaque de la vie privée et en dernier la vie professionnelle.

En milieu de soins, le harcèlement sexuel existe (Nora, et al, 2002), il atteint une prévalence importante (Daugherty, et al, 1998) et touche tous les niveaux de la pratique médicale, de formation ou de stages (Vukovich, 1996).

La violence physique est occasionnelle et demeure similaire à celle mentionnée dans la littérature (Einarsen & Skogstad, 1996).

Les agissements hostiles proviennent principalement de la hiérarchie, et ce qui est expliqué par l'étude de Zapf (Zapf, et al, 1996) qui suggérait le fait d'attaquer la vie privée était la stratégie préférée des collègues et moins des supérieurs, car cela requérait des connaissances sur la vie privée des salariés qui étaient plus rarement à la disposition des employeurs.

Dans notre étude, nous avons constaté que les agissements débutent lors d'une réorganisation du travail (changement de chef hiérarchique, restructuration des services, nouvelles acquisitions des techniques ou de matériels, changement des équipes ou des effectifs, ...). En fait, « le harcèlement implique la perméabilité de la hiérarchie et de l'organisation » (Grebot, 2007).

La souffrance psychique exprime un malaise sur le lieu de travail, et elle est verbalisée sous forme de qualificatifs de stress,



anxiété, angoisse, malaise dans le travail. Les études ont indiqué que les victimes du harcèlement se plaignaient des tableaux sémiologiques de souffrances physiques, psychiques et à retentissement social, entraînant une augmentation de l'incidence de nombreuses maladies, telles que des troubles psychosomatiques (courbatures, hypertension artérielle, fatigue chronique et insomnie) et des troubles psychiatriques (niveau élevé d'anxiété, dépression et tentatives de suicide) (Grebott, 2007).

Le répertoire des maladies psychosomatiques est considérable dans la population des harcelées. Il s'agit des affections articulaires, à l'exemple des troubles musculo-squelettiques ou des affections dermatologiques, à l'exemple des cas de psoriasis et de chute de cheveux qui sont « comme indicateur sensible social » (Bungener, 2006).

Notre étude rapporte un cas exprimant des idées suicidaires liées à son environnement hostile au travail. À savoir que « l'idéation suicidaire est toujours présente avant une tentative de suicide ou un suicide complété » (Soares, 2005).

### **5.3. Facteurs individuels personnels :**

Le sexe n'est pas un facteur protecteur, et il peut être expliqué par des fluctuations et à la spécificité de notre échantillonnage qui est une population essentiellement féminine, « bien que globalement, en matière de violence, les agresseurs sont plus susceptibles d'être des hommes, tandis que les victimes sont plus susceptibles d'être des femmes » (Schneider, 2002). La littérature n'apporte pas de résultats concluants sur l'item de l'âge des victimes du harcèlement (Suhaila & Rampal, 2012).

Les femmes divorcées sont le plus souvent des victimes de harcèlement à caractère sexuel. Les femmes mariées à charge importante d'enfants ont recours à la patience et le mutisme pour acquérir une paix morale ou des faveurs professionnelles (allongement du temps de pause, des autorisations de sorties ou des absences...) dans le but de mieux concilier leur vie professionnelle et familiale (Hachelafi, 2020).

L'acquisition du savoir permet de connaître les droits des fonctionnaires, de faire la distinction entre une gestion autoritaire responsable et un abus de pouvoir à partir d'un poste de responsabilité, de déclarer les pratiques malsaines, de rejeter les situations de profits ou de manque du sens de responsabilité.

Notre constat dans la population de l'étude est que la jeune génération diplômée est confrontée aux situations hostiles et permanentes en milieu du travail.

Les sujets qui parcourent de longues distances pour travailler, fuient les situations conflictuelles et s'arrangent habituellement pour éviter les harceleurs en s'intégrant dans les équipes de nuit, ainsi la planification temporelle sert d'abri contre les hostilités en limitant leur contact avec le personnel du service hospitalier.

#### **5.4. Facteurs individuels professionnels :**

La précarité du poste de travail expose aisément les victimes pour se soumettre aux impératifs de l'organisation du travail et à l'humeur des harceleurs, ainsi elles s'engouffrent dans le silence et dans l'intolérance dissimulée. Cette catégorie des victimes est unanime pour préserver leur poste de travail. Elles rivalisent en apparence jusqu'à leur titularisation.

Le fait d'atteindre l'âge de la retraite n'épargne pas d'être la cible de comportements hostiles de harcèlement. Pour Hannabus, « on retrouverait plus de victimes dans les contrats à courte durée car ce seraient des emplois ou on trouverait plus de harceleurs déterminés à contrôler où de superviser un service à l'aide des demandes déraisonnables, de critiques et de mépris d'exploitation des autres » (Hannabus, 1998).

Les agents paramédicaux sont au 1<sup>er</sup> rang des victimes du harcèlement, suivis par la corporation médicale puis les ouvriers professionnels et le personnel administratif. La corporation paramédicale est très présente dans les structures de santé en comparaison avec le temps de passage réel de la corporation médicale. Le climat relationnel est plus approfondi dans ses différentes dimensions ce qui est confirmé par le risque que les infirmières sont de 4 à 16 fois plus en danger d'être victimes d'un acte violent qui ne le sont la plupart des autres groupes professionnels (Anderson, 2006) et (Ferns, 2006).

Les femmes de ménage sont la tranche qui est ciblée souvent pour des intentions sexuelles à cause de leur statut matrimonial vulnérable de veuves ou de divorcées.

Les victimes du harcèlement parmi le personnel administratif, sont habituellement les secrétaires qui sont la cible du harcèlement sexuel.

Les postes de responsabilité (chef d'unité et chef d'équipe) contrairement aux postes de gestion supérieure n'offrent pas une autonomie complète, puisqu'elle est toujours indexée à l'autorité du chef de service, alors que le poste de chef d'équipe est nommé par une décision locale sans rémunération supplémentaire.

Le travail de nuit est un mode échappatoire surtout quand il existe la contrainte de l'éloignement et de trajet.

Les structures de santé cloisonnées (EHS) qui regroupent un ensemble de services en un monobloc facilitent la mobilité inter-services de son personnel et elles induisent un fort brassage relationnel. Tandis que les structures de soins de proximité ont des horaires de travail réduits, et conséquemment un temps de contact superficiel entre le collectif de travail.

Dans le secteur de santé privé, la littérature rapporte que « les travailleurs de la santé dans le secteur privé sont moins harcelés que dans le secteur public » (Steinman, 2003).

La prévalence du harcèlement dans les établissements de santé ayant un effectif trop important reconforte l'explication liée à la nature de l'établissement. Car cette proportion compose généralement ceux des établissements hospitaliers spécialisés, alors que le harcèlement est très réduit dans les structures à effectif limité comme dans les salles de soins ou les polycliniques. Einarsen (Einarsen & Skogstad , 1996) a retrouvé plus de salariés harcelés dans les entreprises de plus de 50 salariés que dans les entreprises de moins de 10 salariés.

L'analyse multivariée nous a permis de retenir les facteurs de risques les plus importants de manière décroissante, à savoir : l'effectif de l'établissement de santé, la nature de l'établissement, le lieu de résidence, le travail de jour, le niveau d'instruction, le poste de responsabilité, le trajet parcouru du domicile vers le lieu de travail et le statut du poste de travail. Ainsi, les acteurs de la prévention sont interpellés pour être à l'écoute des travailleurs dont leurs doléances paraissent englouties par des contrariétés psycho-sociales, mais dont leur prolongement est précurseur des phénomènes de violence et de malaise au travail.

## **6. Conclusion :**

L'identification des facteurs favorisant le harcèlement nous permettent de répondre respectivement :

Le harcèlement est significatif pour les sujets mariés par rapport aux célibataires qui sont la catégorie qui supporte ce malaise professionnel, en vue de constituer des perspectives d'une vie familiale stable.

Le harcèlement est plus important parmi la corporation paramédicale qui est expliqué par une présence continue et régulière dans leurs postes de travail et l'absence de cahiers de charge dont les missions et les tâches restent confuses.

Le harcèlement est significativement important dans les structures de santé à effectif important et dont la nature de leurs statuts est à caractère hospitalo-universitaire, notamment dans les structures cloisonnées en des sites réduits, à l'exemple des établissements hospitaliers spécialisés ce qui favorise la fréquence des hostilités à cause de la durée de présence en groupe, une monotonie dans le travail et l'absence d'un espace de détente en dehors des locaux de soins durant les heures de pause.

Les victimes du harcèlement ont eu des problèmes de santé dans la majorité à composante psychosomatique et une fuite vers la médicalisation de leur souffrance par des conduites addictives diversifiées ou aux arrêts de travail. Le recours à autrui est essentiellement un recours pacifique vers leurs familles.

Notre étude nous a permis de dépister des cas de harcèlement sexuel dans le secteur de la santé, parmi le personnel féminin occupant des postes variés.

Les victimes du harcèlement souffrent en silence, notamment

la catégorie du personnel féminin, mariée ou occupant un poste précaire et instable.

Les mécanismes d'évitement sont l'exercice en solitude ou le travail de nuit pour certains sujets.

L'absence de cahier de charge précisant de manière claire les tâches et les prérogatives de chacun et le manque de formation en matière de gestion des situations conflictuelles par rapport aux différentes corporations du secteur de la santé prédisposent à la genèse des pratiques malsaines par une gestion personnalisée dans le rôle de la responsabilité.

La confusion entre les notions de responsabilité et l'autorité du grade créent des situations d'abus de pouvoir pour certains et de la mutinerie et la résistance pour d'autres.

## 7- Références :

1. 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
2. Bungener, C. (2006). Alopécie : les fondements de la souffrance. *Oncologie*, 8(5), pp. 489-493. doi:10.1007/s10269-006-0396-0
3. 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
4. Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector –country. *Organisation Internationale du Travail*, Geneve.
5. Einarsen, S., & Skogstad, A. (1996). Epidemiological finding of bullying. *European Journal Work Organisational psychology*, 5(2), pp. 185-201. doi:10.1080/13594329608414854
6. Ferns, T. (2006). Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standard*, 21(13), pp. 42-46. doi:10.7748/ns2006.12.21.13.42.c6389
7. Grebot, E. (2006). Un cas de harcèlement moral au travail : approche transactionnelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(7), pp. 590-595. doi:10.1016/j.amp.2006.06.008
8. Grebot, E. (2007). Harcèlement moral au travail. Identifier, prévenir, désamorcer. Paris, France: Eyrolles.
9. Hachelafi, H. (2020). Burn- Out chez la femme – conciliation travail famille. Algérie: El-moutakef.
10. Hachelafi, H. (2021). Profil des victimes du harcèlement dans le secteur de la santé. *La revue de Prévention & Ergonomie*, 15(1), pp. 21-41.
11. Hannabuss, S. (1998). Bullying at work. *Library management*, 19(5), pp. 304-310.
12. Leymann, H. (1996). *Mobbing. La persécution au travail.* (Seuil, Trad.) Paris, France.
13. Nicolas, C., Chawky, N., Jourdan-Ionescu, C., Drouin, M.-S., Page, C., Houlfort, N., & Beauchamp, G. (2017). Stresseurs professionnels et troubles mentaux courants : quels liens de causalité ? *Encéphale*, 44(3), pp. 200-207. doi:10.1016/j.encep.2017.01.004
14. Nora, L., McLaughlin, M., Fosson, S., Stratton, T., Murphy-Spencer, A., Fincher, R., . . . Seiden, D. (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

15. Schneider, S. (2002). Évolution de la criminalité : État de la recherche. Ministère de la justice, Canada. Récupéré sur [https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr02\\_7/rr02\\_7.pdf](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr02_7/rr02_7.pdf)
16. Signorelli, M., Costanzo, M., Cinconze, M., & Concerto, C. (2013). What kind of diagnosis in a case of mobbing: post-traumatic stress disorder or adjustment disorder? *BMJ Case Rep.* doi:10.1136/bcr-2013-010080
17. Soares, A. (2005). Vivre au travail quand tout lâche, quand tout casse, quand tout clashes : harcèlement moral et pensées suicidaires. Dans J. Chavagnat, *Prévention du suicide*. France: John Libbey Eurotext.
18. Steinman, S. (2003). Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study: South Africa. International Labour Office.
19. Suhaila, O., & Rampal, K. (2012). Prevalence of sexual harassment and its associated factors among registered nurses working in government hospitals in Melaka State, Malaysia. *Med J Malays*, 67(5), pp. 506-517. doi: PMID: 23770869.
20. Volle, M. (1980). *Le métier de statisticien*. Paris, France: Hachette.
21. Vukovich, M. (1996). The prevalence of sexual harassment among female family practice residents in the United States. *Violence and Victims*, 11(2), pp. 175-180. doi: PMID: 8933712
22. Zapf, D., Knorz, C., & Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors and job content-Social work environment and health outcomes. *European Journal of work and organizational psychology*, 5(2), pp. 215-237. doi:10.1080/