



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Amar Téliidji – Laghouat

Faculté de Médecine

Mémoire de fin d'étude

Pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine

Harcèlement moral chez les médecins: enquête à la wilaya de Laghouat

Soutenu publiquement le 23 juin 2025

Présentée par:

Hannani Imane

Ayad Ikram

Benlaria Bakhta Afaf

Encadrée par:

Pr. Barkati Ismahane

Les membres de jury:

Le président: Dr. Bellouachrani

L'examineur: Dr. Labouabi.S

Année universitaire: 2024/2025

Remerciements

Nous remercions le bon Dieu de nous avoir donné le courage et la volonté pour réaliser ce travail. On commence par rendre grâce à ALLAH et à sa bonté ; pour la patience ; la compétence et le courage qu'il nous a donné pour arriver à ce stade.

Nous avons le plaisir d'adresser nos vifs remerciements à notre encadreur : *Pr. Barkati ismahane*. Pour l'intérêt qu'il nous a porté tout au long de notre travail, de sa mémoire pour leur judicieux conseil et pour tout le soutien, l'aide, l'orientation, la guidance ainsi que pour ses précieux conseils et ses encouragements lors de la réalisation de notre mémoire. Nous vous remercions infiniment, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de nous avoir guidés avec rigueur et bienveillance. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et notre admiration.

On tient à remercier respectueusement à travers ce mémoire :

Les membres de jury d'avoir accepté de juger ce travail.

Nos professeurs : *Pr. Benyagoub.M* et *Dr. Labouabi.S*

Nous remercions sincèrement à tous nos maîtres du département de médecine à l'université de Laghouat qui nous ont enseigné et qui par leur compétence nous ont soutenus dans la poursuite de notre cursus.

Ainsi que le personnel médical et paramédical que nous avons rencontré durant nos stages et tous ceux qui nous ont aidés de près ou de loin, que ce soit, par leur amitié, conseil et soutien.

DEDICACE

Je commence par rendre grâce à *Allah*, le tout-puissant, pour sa guidance, sa miséricorde et ses innombrables bénédictions. Sans lui, rien n'aurait été possible.

Avec tout mon amour éternel et avec l'intensité de mes émotions je dédie ce mémoire :

A ma très chère maman Matyours Hadda .A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans. A une personne qui m'a tout donné sans compter. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

A mon très cher papa Hannani Mohammed .De tous les pères, tu es le meilleur. Tu as su m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Tu m'as donné goût au savoir et à la lecture. Tu seras toujours mon exemple de sagesse et de bon sens.

A mes très chers frères et sœurs, pour votre soutien indéfectible, vos encouragements constants et votre amour fraternel qui ont été une source inestimable de motivation tout au long de ce parcours. Votre présence à mes cotés a illuminé les moments difficiles et amplifié les instants de joie.

A ma géniale prof Dr. Bensakhria Lamia, merci d'être plus qu'une simple prof, vous êtes une mentor, une amie et une source d'inspiration, merci de m'avoir inculqué l'amour d'apprentissage et de m'avoir poussé à réaliser tout mon potentiel, merci d'avoir cru en moi lorsque je doutais de moi, votre compassion et votre empathie ont fait une différence significative dans ma vie. Les mots ne suffisent pas à exprimer à quel point je suis reconnaissante d'avoir eu comme prof.

A mes très chers amis, merci pour votre présence, votre soutien et tous les souvenirs partagés, votre amitié est un trésor précieux que je chérirai toujours.

Hannani imane

DEDICACE

Louange à **Dieu** pour la bénédiction de l'Islam, de la raison et de la pensée. Louange à **Dieu**, par la grâce et la miséricorde duquel j'ai surmonté toutes les difficultés.

Avec la grâce et le succès accordés par Dieu, j'ai terminé ma carrière universitaire. Merci à Dieu pour cette belle et parfaite fin.

Avec l'expression de ma profonde reconnaissance, je dédie ce modeste travail à ceux à qui, quels que soient les mots employés, je n'arriverai jamais à exprimer pleinement mon amour sincère.

À ma mère. À mon paradis sur Terre... au sourire de la vie... à celle qui donne sans rien attendre en retour... à l'amour et à la tendresse incarnés... à la femme dont les prières ont été le secret de ma réussite... Merci infiniment, maman. Qu'Allah te protège!

À mon père. Au plus grand homme de ma vie... à la prunelle de mes yeux... mon soutien et ma source de force... à celui qui a tant sacrifié pour moi... Merci du fond du cœur, papa. Qu'Allah te protège!

À ma grand-mère. Merci beaucoup pour ton encouragement et ton soutien. Que Dieu te garde. Et **à la mémoire de ma grand-mère,** Que Dieu l'accueille dans Son vaste paradis.

À mes sœurs et à mon frère, Que Dieu vous protège. Je vous souhaite beaucoup de succès dans vos études, ainsi que bonheur et joie dans votre vie! À tous les membres de ma famille, Que j'aime et que je respecte.

À ma meilleure amie, à mes chères amies, Merci beaucoup pour votre encouragement et votre soutien.

À ma chère maîtresse, Pr BARKATI, Qui porte le message le plus noble de la vie, à celle qui nous a ouvert le chemin de la connaissance... notre vertueuse maîtresse, merci infiniment.

BENLARIA Bakhta Afaf.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
DEDICACE	4
LISTE DE FIGURES.....	9
LISTE DES TABLEAUX.....	10
INTRODUCTION:.....	1
PROBLÉMATIQUE:.....	2
OBJECTIFS D'ÉTUDE :	3
1. OBJECTIF PRINCIPAL:	3
2. OBJECTIFS SECONDAIRES:.....	3
CHAPITRE I: VOLET THEORIQUE.....	4
1. DÉFINITION:.....	5
2. TYPOLOGIE DE HARCÈLEMENT MORAL:	6
2.1. <i>Le harcèlement descendant (vertical type 01):</i>	6
2.2. <i>Le harcèlement ascendant (vertical type02):</i>	6
2.3. <i>Le harcèlement transversal (horizontal):.....</i>	6
3. QUE DIT LA LOI	7
4. HISTORIQUE :	9
4.1. <i>Débuts du problème (années 1970-1980):</i>	9
4.2. <i>Reconnaissance du harcèlement moral (années 1990):</i>	9
4.3. <i>Les pathologies du harcèlement au travail à partir des années 2010:</i>	9
5. ASPECT ÉPIDÉMIOLOGIQUE:.....	11
5.1. <i>La prévalence de harcèlement moral dans les pays de monde:</i>	11
5.2. <i>La prévalence de harcèlement moral dans l'Algérie :</i>	12
6. ASPECT CLINIQUE:	13
6.1. <i>Chronologie de destruction de personne cible:</i>	13
6-2. <i>Diagnostic clinique de harcèlement moral selon DSM-5:</i>	15
6.3. <i>Diagnostic clinique de harcèlement moral selon CIM10 (ICD-10):</i>	16
7. FACTEURS DE RISQUES DE HARCÈLEMENT MORAL:.....	18
7.1. <i>Les facteurs de risque individuel :</i>	18
7.2. <i>Facteurs de risques organisationnels :</i>	21
8. CONSÉQUENCES DU HARCÈLEMENT MORAL :	22
8.1. <i>Conséquences individuelles :</i>	22
8.2. <i>Conséquences sociales:</i>	22
8.3. <i>Conséquences organisationnelles :</i>	23
8.4. <i>Conséquences sociétales (coût):.....</i>	23
9. PRÉVENTION :	24
9.1. <i>Précautions :.....</i>	24
9.2. <i>Interventions précoces :</i>	24
9.3. <i>Réhabilitation professionnelle :.....</i>	24
CHAPITRE II: MATERIAL ET METHODE.....	26
1. SYNTHÈSE:	27
1.1. <i>Question de recherche:</i>	27

1.2. Hypothèse:	27
1.3. Objectifs:	27
2. TYPE ET PÉRIODE D'ÉTUDE :	27
3. POPULATION ÉTUDIÉE:	27
a. Critères d'inclusions:	27
b. Critères d'exclusion:	27
4. CALCUL DE TAILLE D'ÉCHANTILLON:.....	28
6. MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE:	29
6.1. Outil statistique:	29
6.2. Choix de questionnaire:.....	29
6.3. Déroulement de l'enquête:.....	29
CHAPITRE III: RESULTATS	30
I-ANALYSE STATISTIQUE DESCRIPTIVE:	31
1. Taux de réponse:	31
2. Caractéristiques de population étudiée:	31
3. Facteurs de protection ou de risque de stress et indicateurs de santé mentale :	37
4. Description des 45 items du questionnaire LIPT :.....	39
5. Indicateurs de la violence psychologique:	41
II. ANALYSE BI VARIÉ :	44
1. la prévalence de Harcèlement moral suivant la définition de Leymann:	44
2. Etude analytique de la violence psychologique selon la définition de Leymann:	44
CHAPITRE IV: DISCUSSION	48
1. TAUX DE RÉPONSE:	49
2. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE:.....	49
3. CARACTÉRISTIQUES DE HARCÈLEMENT MORAL:	50
3.1. Prévalence de harcèlement moral:	50
3.2. La prévalence de la violence psychologique selon les caractéristiques socioprofessionnelles:	51
3.3. Association entre facteurs de protection, indicateurs de santé mentale et la violence psychologique:.....	52
3.4. Caractéristiques de la violence psychologique:.....	53
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	55
LES FORCES DE L'ÉTUDE:.....	55
LES LIMITES DE L'ÉTUDE:	55
PERSPECTIVES:.....	56
1. PRÉVENIR:.....	56
2. INFORMER, ÉDUCER, FORMER:.....	56
3. DÉNONCER:	56
4. RÉPRIMER:	56
6. ACCOMPAGNER:	57
7. RECOMMANDATIONS AUX AUTORITÉS SUPÉRIEURES:	57
CONCLUSION:	58
RÉSUMÉ	59
ABSTRACT.....	59
ملخص	59

ANNEXES	60
ANNEXE01: VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE LIPT, LEYMANN INVENTORY OF PSYCHOLOGICAL TERROR	60
ANNEXE 03: RÉPARTITION DE PERSONNEL DE SANTÉ DANS LES HÔPITAUX DE LA WILAYA DE LAGHOUAT (STATISTIQUE 2023/2024)	67
ANNEXE 04: AUTORISATION DE DSP DE LAGHOUAT POUR LA DISTRIBUTION DE QUESTIONNAIRE	68
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:	69

Liste de figures

Figure 1: répartition des enquêtés selon le sexe.	31
Figure 2: la répartition des enquêtés par tranche d'âge.	31
Figure 3: la répartition des participants selon le statut civil.	33
Figure 4: la distance entre le lieu de domicile et le lieu de travail.	33
Figure 5: répartition des enquêtés selon leurs comorbidités.	34
Figure 6: répartition par catégorie professionnelle.	35
Figure 7: répartition des enquêtés par spécialité.	35
Figure 8: répartition des enquêtés selon le nombre des heures de travail par semaine.	36
Figure 9: répartition des participants selon l'établissement hospitalier.	36
Figure 10: répartition selon l'estimation de l'information sur le harcèlement au travail.	37
Figure 11: nombre de démissions à cause de harcèlement.	37
Figure 12: nombre des arrêts de travail à cause de harcèlement.	37
Figure 13: nombre de consultants à cause de symptômes de dépression.	38
Figure 14: symptômes qui souffrent les médecins.	38
Figure 15: prise de traitement à cause de symptômes de dépression.	38
Figure 16: répartition selon la fréquence de harcèlement (n=120).	41
Figure 17: répartition selon la durée de confortement au harcèlement.	41
Figure 18: la position hiérarchique des auteurs de harcèlement (n=125).	42
Figure 19: le sexe de harceleur (n=122).	42

Liste des tableaux

Table1 : répartition des enquêtés selon la région d origine.	32
Table 2: répartition des enquêtés selon l'existence ou non de soutien social.	34
Table 3: répartition de la population étudiée par ancienneté.	35
Table4 : répartition des enquêtés selon le nombre des gardes par mois.	36
Table5 : la prévalence de 45 items de questionnaire LIPT (n=250).	40
Table6 : les personnes soutenant les victimes de la violence psychologique.	43
Table7 : les causes de la violence psychologique selon les victimes.	43
Table 8: se considérer comme harcelé ou témoin de harcèlement.	44
Table 9: association entre caractéristiques sociales et professionnelles et violence psychologique selon leymann.	45
Table10 : association entre autres indicateurs de la violence psychologique et la violence psychologique chez les exposés selon la définition de leymann.	46
Table11 : comparaison entre l'effectif et le taux de réponse selon les différentes études.	49
Table12 : caractéristiques sociodémographiques des différentes études sur le harcèlement moral.	50
Table 13: comparaison entre la fréquence de la violence psychologique entre les différentes études.	50
Table 14: relation entre le sexe et le harcèlement moral dans les différentes études.	51
Table15 : comparaison entre les indicateurs de protection entre les différentes études.	52
Table 16: comparaison entre le type de harcèlement, sexe de harceleur entre les différentes études.	53
Table 17: comparaison de cause de harcèlement entre les différentes études.	54
Table 18: comparaison de prévalence de témoignage de harcèlement sur autrui sur le lieu de travail entre les différentes études.	54

Introduction:

Le monde du travail a subi, au cours des dernières décennies, des mutations significatives, tant sur le plan de l'organisation que sur celui des relations d'emploi. L'avènement des nouvelles technologies, notamment l'informatisation et l'automatisation, ainsi que l'émergence de nouveaux modes de gestion, ont conduit à une intensification des rythmes de travail et à une précarisation accrue des emplois. Si ces évolutions sont souvent valorisées pour les gains économiques qu'elles offrent aux entreprises dans un contexte de mondialisation, elles n'en demeurent pas moins porteuses de risques majeurs pour la santé des travailleurs.

Selon Vézina, Bourbonnais, Brisson, et Trudel (2008), ces transformations, bien qu'économiquement avantageuses, entraînent également des coûts sociaux et économiques significatifs. L'intensification du travail et la précarisation des emplois génèrent des effets délétères sur le bien-être psychologique et physique des employés, se traduisant par une augmentation des troubles liés au stress, du burnout, et d'autres pathologies associées. Ces impacts soulignent la nécessité d'une réflexion approfondie sur l'équilibre entre performance économique et protection de la santé des travailleurs, dans un monde où l'organisation du travail évolue à un rythme effréné.[1]

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.[1]

Les risques psychosociaux (RPS) représentent un enjeu majeur dans le domaine du travail, étant intrinsèquement liés à des problématiques de management et à l'organisation du travail (Bilheran et Adam, 2011). Selon le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, ces risques se définissent comme des menaces pour la santé mentale, physique et sociale. Ils découlent des conditions d'emploi ainsi que des facteurs organisationnels et relationnels, lesquels interagissent avec le fonctionnement mental des individus (Gollac, 2012). (Ce qui rend les RPS particulièrement complexes, c'est qu'ils naissent de l'interaction entre les comportements psychiques les plus intimes des individus et les dynamiques sociales parfois très sophistiquées des relations humaines dans le milieu professionnel (Nasse et Légeron, 2008). Ils reflètent des situations où des processus organisationnels, sociaux et psychologiques entrent en jeu, influençant la santé des travailleurs. Les RPS incluent divers phénomènes comme le stress, les souffrances au travail, le burnout, ainsi que les violences au travail. Ces risques, en plus d'être des défis individuels pour les travailleurs, posent également des enjeux collectifs et organisationnels, nécessitant des stratégies préventives adaptées pour promouvoir un environnement de travail sain et équilibré.[1]

La violence au travail constitue une atteinte grave à la dignité humaine, touchant des millions de personnes à travers le monde. Bien qu'elle concerne tous les secteurs d'activité et toutes les catégories professionnelles, le domaine de la santé est particulièrement exposé. Les établissements

de santé, notamment les hôpitaux, offrent un contexte propice à l'émergence de comportements violents (Cooper,2002).[1]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le secteur de la santé concentre environ un quart des actes de violence sur le lieu de travail, ce qui illustre l'ampleur du problème (Thomas, 2010, p. 125). Cette réalité met en évidence les défis auxquels sont confrontés les professionnels de santé, soumis à une pression constante, à des interactions parfois tendues avec les patients ou leurs familles, et à des environnements de travail souvent stressants.[2]

La violence envers le personnel soignant est désormais reconnue comme un problème majeur dans de nombreux pays industrialisés, mais elle dépasse largement ces frontières. Il s'agit d'un phénomène mondial qui touche toutes les sociétés, indépendamment des cultures, des conditions de travail ou des groupes professionnels. La violence dans les services de santé, souvent décrite comme une véritable épidémie, n'épargne pas les pays en développement, où elle constitue également une préoccupation croissante.

Des études fiables menées à travers le monde ont mis en lumière la prévalence alarmante de cette violence dans le secteur de la santé. Ces recherches soulignent non seulement son ampleur, mais également l'urgence de sensibiliser l'opinion publique et les décideurs politiques à la gravité de ce problème. Parmi ces travaux, on peut citer les études de 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), ainsi que Teymourzadeh, Rashidian, Arab, Akbari-Sari et Hakimzadeh (2014).[1]

Problématique:

La problématique du harcèlement moral au milieu du travail demeure un thème d'actualité qui relate une forme de violence perpétrée contre une victime souvent placardisée par l'organisation du travail. Il s'agit d'un phénomène psycho-social universel et surtout un sujet tabou occulté par ses caractéristiques sournoises et imprégné par le niveau de culture complice de l'entreprise, Ses répercussions sont multiples, tant individuelles que sur l'entrepris.

Le secteur de la santé n'échappe pas à la règle est réputé comme un entonnoir de toutes les formes de détresse sociale et le milieu le plus pourvoyeur du phénomène du harcèlement.

Plusieurs études mettent en évidence un taux élevé de harcèlement moral sur le lieu de travail à l'échelle mondiale, ainsi que ces conséquences indélébiles tant sur le plan individuel que sur le plan social et organisationnel.

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 le harcèlement moral chez les médecins travaillant dans un établissement hospitalier algérien ?

Objectifs d'étude :

1. objectif principal:

Déterminer la proportion de médecins victime de harcèlement moral travaillant dans les établissements sanitaires publics de la wilaya de Laghouat.

2. objectifs secondaires:

- Déterminer les caractéristiques des médecins victimes de harcèlement moral.
- Déterminer le lien entre les victimes et les auteurs de harcèlement moral.

CHAPITRE I: VOLET THEORIQUE

1. Définition:

L'édition de 1975 du Petit Robert propose la définition suivante du verbe « harceler » : « Variation populaire de « herseler », dérivés de « herser » qui signifie dès le XII siècle, « soumettre à l'action de la herse ». La herse est « un instrument à dents de fer ou d'acier (autrefois en bois), fixé à un bâti en fonte ou en bois, rigide ou articulé, qu'un attelage ou un tracteur traîne ou roule sur une terre labourée pour briser les mottes, pour enfouir les semences ». Dans le même dictionnaire le verbe « harceler » est défini comme : « soumettre sans répit à de petites attaques répétées, à de rapides assauts incessant »[3].

Le harcèlement moral peut être assimilé à plusieurs termes comme violences psychologiques, intimidation, discrimination ou dépréciation, en Anglais, on le nommera "bullying", "mobbing", "psy- chological harassment"...

Brodsky (1976) définit le « harassment » comme étant « des tentatives ,répétées et persistantes, d'une personne afin de tourmenter, briser la résistance, frustrer ou obtenir une réaction d'une autre. C'est un traitement qui, avec persistance, provoque, met de la pression, effraie, intimide ou incommode une autre personne ».[3]

En second lieu, le harcèlement a été désigné par le terme « Mobbing », de l'anglais mob, qui signifie « foule, meute, plèbe » et, par extension, « attaquer ,assaillir, molester ou malmener ». Hirigoyen (2001, p94) précise que : « Ce terme a été utilisé pour la première fois par l'ethnologue Konrad Lorenz à propos des comportements agressifs de groupes d'animaux qui veulent chasser un intrus. »[3]

Selon Leymann, «la violence psychologique au travail peut se définir par 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, pendant une longue période de temps».[2]

Marie-France Hirigoyen, psychiatre, psychanalyste, publie en 1998 « Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien » : « le harcèlement moral au travail se définit comme toute conduite abusive (gestes, paroles, comportement, attitude...) qui porte atteinte, par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci, dégradant le climat de travail».[4]

D'une autre part, Hirigoyen (2001, p.2), précise que : « chaque attaque prise séparément n'est pas vraiment grave, c'est l'effet cumulatif des microtraumatismes fréquents qui constitue l'agression».

Pour l'utilisation du terme « moral », elle ajoute « il n'est pas possible d'étudier ce phénomène sans prendre en compte la perspective éthique ou morale, car ce qui domine du côté des victimes de harcèlement moral, c'est le sentiment d'avoir été maltraitées, méprisées, humiliées, rejetées».[3]

Michelle Drida, Présidente de l'Association « Mots pour Maux », créée en 1997 à Strasbourg, propose une autre définition: « Le harcèlement est une souffrance infligée sur le lieu de travail de

façon durable, répétitive et /ou systématique par une ou des personnes à une autre personne, par tous moyens relatifs aux relations, à l'organisation, aux contenus ou aux conditions de travail, en les détournant de leur finalité, manifestant ainsi une intention consciente ou inconsciente de nuire voire de détruire».[1]

Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, professeur à la Chaire de Psychologie du travail au CNAM, parle de « pathologies consécutives non seulement à un harcèlement ou à une persécution, mais à un contexte de solitude résultant d'une stratégie d'isolement par une technique de management visant la désagrégation de la solidarité et du collectif de travail».[4]

Les nombreuses définitions trouvées dans la littérature ont en commun le caractère répété des abus. Ces agissements, intentionnel ou non, peuvent être des paroles des actions ou des écrits ; ces actes sont souvent mineurs lorsqu'ils sont pris de manière isolée mais leur répétition en constitue leur gravité et leur caractère violent. C'est ainsi que l'on peut utiliser le terme d'agression qui engendre un climat hostile sur le lieu de travail.

2. Typologie de harcèlement moral:

Le harcèlement peut être défini en fonction du statut professionnel respectif des protagonistes, qu'il s'agisse d'un subordonné, d'un supérieur ou de personnes de statut équivalent. Bien que les cas les plus fréquents concernent le harcèlement exercé par un ou plusieurs supérieurs envers un subordonné, on distingue généralement trois types:

2.1. Le harcèlement descendant (vertical type 01):

Il s'agit d'un harcèlement exercé par la hiérarchie, qui aurait des « conséquences beaucoup plus graves sur la santé » que d'autres types de harcèlement. Les moyens employés pour déstabiliser la personne ciblent principalement l'activité professionnelle plutôt que la vie privée. Selon une étude menée par Marie-France Hirigoyen, ce type de harcèlement représente 58 % des cas. Pour Claudia De Gasparo, dans le cadre de la consultation « Souffrance et Travail » de l'hôpital de Nanterre, le harcèlement vertical descendant représente un peu plus de 90 % des cas. Enfin, H. Lehmann estime sa part à 37 % des situations.[5]

2.2. Le harcèlement ascendant (vertical type02):

C'est une situation où un supérieur est attaqué par ses subordonnés, comme lors de restructurations d'entreprises (lorsqu'une personne extérieure est imposée à une équipe qui espérait une promotion interne).

2.3. Le harcèlement transversal (horizontal):

C'est une forme de harcèlement où un collègue s'en prend à un autre, se manifestant entre collègues sans relation de subordination. Cela s'inscrit dans un processus collectif où se manifestent des actes allant à l'encontre des droits fondamentaux de la personne humaine dans le cadre d'une relation professionnelle. Dans ce contexte, la personne persécutée est souvent celle qui ne participe pas au déni collectif des standards de qualité du travail accompli. Divers facteurs peuvent mener à un tel comportement, comme une compétition pour une position ou une promotion, la présence d'un sentiment d'envie ou de jalousie, ou encore l'existence de différences et d'étrangetés perçues chez la personne harcelée.[5]

3. Que dit la loi:

Il n'y a aucune disposition légale dans la législation algérienne, contrairement aux lois et règlements d'autres pays qui l'ont explicitement énoncée et incriminée dans des textes punitifs, malgré sa large diffusion dans l'administration publique en particulier et malgré le rapport général du Comité National pour la réforme des organes de l'État l'a abordé, mais cette pratique reste fortement dans De nombreux fonctionnaires utilisent l'autorité qui leur est déléguée par l'État pour servir le bien public, déviant pour abuser de la dignité des subordonnés, utilisant des méthodes arbitraires et des méthodes pour pousser les subordonnés à l'erreur ou à une soumission humiliante.

La pression psychologique qui résulte d'un harcèlement moral répété peut avoir des conséquences illimitées pour la victime, et pour le fonctionnaire en même temps, le travailleur journalier est affecté par la gravité de cette pression, qui apparaît à travers l'exécution du service fourni par la victime, de sorte que la productivité de l'employé est affectée et l'étendue de son intégration, l'atmosphère de travail produit un état de haine et de tension au travail, de plus, la victime est tenue pour responsable et punie, de sorte que le harceleur atteint son objectif et applique une punition à la victime, qui à son tour montre une réaction imprudente et violente, sans parler des arrêts maladie fréquents pour les victimes de harcèlement qui a épuisé le Trésor L'État est par la Caisse de Sécurité Sociale, outre une faible motivation au travail et une faible aptitude professionnelle en éloignant le salarié de son poste à tel point qu'il devient ignorant des évolutions du travail, et se référant au droit du travail algérien en vigueur, la loi 90-11 au chapitre II sur les implications du contrat de travail et dans le cadre de le droit à la dignité a reçu un texte juridique intitulé "protection professionnelle: "« L'établissement d'une relation de travail implique une protection professionnelle du travailleur dans l'institution, où le travailleur bénéficie, comme dans le cas de l'emploi public, de la sécurité, du divertissement et de la formation professionnelle, le travailleur exerce ses fonctions sans compromettre sa sécurité contre toutes les formes d'humiliation, de menaces et de pressions, tout en assurant la réparation du préjudice ». [6]

Parmi les vois explorable qui pourrait aider à dévoiler cette agression et débusquer le prédateur, il y a les témoins, les collègues de travail, mais c'est une voix qui demeure malgré tout très limitées du fait que ces derniers se retrouvent généralement contraints de passer sous silence ces dépassements de peur d'être à leurs tours sanctionnés ou licenciés carrément de leur emploi. Ce qui complique les choses car du point de vu de la loi sans l'apport de ces derniers, il est quasiment impossible d'apporter des preuves contre l'agresseur qui connaissant bien les failles, en fait son cheval de trois. En Algérie, en plus de l'absence de loi répressive contre les auteurs de harcèlement moral, il n'y a pas encore d'outils juridiques pour protéger les témoins, ce qui entrave plus les démarches de lutte contre cette forme de rapport social. La précarité de l'emploi et la peur du licenciement empêchent les collègues de dénoncer collectivement les abus du responsable, ce qui permet à ce dernier d'agir en toute impunité et d'avoir souvent raison de sa victime. La question qui se pose à ce niveau est de savoir pourquoi jusqu'à maintenant, et malgré les plaintes, les syndicalistes ne se mobilisent ils pas pour revendiquer l'introduction d'articles de loi dans le code du travail afin de garantir une protection juridique aux témoins ? Une obligation de sécurité incombe- t- elle à l'employeur ? Doit-il assurer et protéger la santé physique et mentale ainsi que la sécurité des employés ? [6]

Les dispositions de l'article 6.2 de la loi n 90-11 relative aux relations de travail, considèrent le harcèlement moral au travail comme une pratique prohibée : « Dans le cadre de la relation de

travail, les travailleurs ont également le droit : au respect de leurs intégrité physique et moral et de leur dignité ». [7]

Les articles 34 et 35 de la constitution Algérienne renforce ces dispositions en prévoyant les principes suivants: «L'état garantie l'inviolabilité de la personne humaine. Toute forme de violence physique ou morale ou d'atteinte à la dignité est proscrite». «Les infractions commises à l'encontre des droits et libertés, ainsi que les atteintes physiques ou morales à l'intégrité de l'être humain sont réprimées par la loi». [8]

« Nadja Zeghouda » juriste et syndicaliste, considère que l'Algérie malgré avoir ratifié toutes les conventions internationales relatives aux droits des travailleurs, n'a jusque-là pas mis en place de texte spécifique pour protéger les salariés du harcèlement moral. Les textes juridiques existants reconnaissent le droit du travailleur à la protection dans le milieu professionnel, mais ne font aucune référence claire et précise au harcèlement moral. L'article 06 de la loi n° 90-11 du 21 avril 1990 précitée, reconnaît au salarié le droit à l'intégrité physique et morale. Même l'ordonnance n° 06-03 du 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique (art. 37) évoque le droit de l'employé à exercer son travail sans aucune pression, mais ne cite pas expressément le harcèlement moral. [6]

Dans le code pénal, l'article 03 de la loi n°06-01 du 20 février 2006 relative à la prévention et à la lutte contre la corruption oblige l'employeur à assurer les conditions nécessaires pour gérer la carrière des salariés selon les principes de transparence, de mérite, d'équité et d'aptitude. [9] [6]

Nous rejoignons à ce niveau le point de vue de maître « Zeghouda » militante pour les droits de l'homme, selon laquelle le concept de cette loi est vague – ce qui rend la procédure judiciaire difficile. Un flou s'y dégage : « Il reste beaucoup à faire pour informer sur la teneur de l'article en question, sur la possibilité de recours à la justice ». Dans quelle mesure peut-on pénaliser l'acte du harcèlement moral sur les lieux du travail en ayant recours à ces textes ? Faut-il alors que l'acte du harcèlement moral soit durable, et que l'harceleur insiste pour qu'on puisse l'identifier et le sanctionner ? En 2009, une organisation syndicale a adressé une lettre au ministre de la Justice lui demandant de mettre en place un dispositif juridique relatif au harcèlement moral, qui devrait inclure des punitions sévères contre les auteurs de ces dépassements et aussi des dédommagements pour les victimes, mais rien n'a été encore fait jusqu'à maintenant ? L'élaboration des lois spécifiques nécessite la sensibilisation et la mobilisation des syndicalistes. On peut s'inspirer de la loi sur le harcèlement sexuel qui a abouti dans le code pénal «arrachée» suite aux démarches entreprises par la commission des femmes travailleuses. Actuellement une campagne est lancée, par la CNFT et d'autres organisations et associations, dont le réseau Wassila, le Ciddef, Rachda, Djazaïrouna, SOS Femmes en détresse et l'association Planification familiale (APF). Ces associations, considèrent que ne pas dénoncer l'harceleur moral est une non-assistance à personne en danger. D'où l'importance de cette campagne nationale qui demande essentiellement l'amendement de l'article 341 bis du code pénal pour garantir la protection des victimes et des témoins contre toutes représailles. Aujourd'hui, l'article 341 bis a montré ses insuffisances. Les règles générales pour l'établissement de la preuve sont en effet loin de répondre à l'objectif recherché, à savoir l'incrimination réelle du harcèlement sexuel. D'où la nécessité d'asseoir des règles spécifiques, notamment en ce qui concerne la charge de la preuve, et la protection des témoins contre les représailles administratives. [1]

4. Historique :

L'historique du harcèlement moral chez les médecins révèle que ce phénomène est enraciné dans la culture des environnements de travail médicaux, souvent caractérisés par des hiérarchies strictes, une surcharge de travail et un stress chronique.

4.1. Débuts du problème (années 1970-1980):

Depuis les années 1980, nous savons qu'il existe une relation spécifique entre la santé du corps et les conditions de travail. En revanche lorsqu'il s'agit de la santé mentale ce ne sont plus les conditions du travail qui sont en cause, mais l'organisation du travail, c'est-à-dire :

1- la division technique du travail : division du procès de production et répartition des tâches entre les différents travailleurs et les différents métiers .

2- la division sociale ou humaine du travail : hiérarchie, discipline, commandement, système de sanctions et de pénalités, système de gratifications (primes, avancements, formations, ...), méthodes de direction ou de « management ».

Ainsi, les modifications dans la santé mentale au travail – l'accroissement des pathologies mentales et l'apparition de nouvelles entités cliniques trouvent leur origine dans les changements dans l'organisation du travail.[10]

Le terme "harcèlement moral" n'était pas encore utilisé, mais les abus de pouvoir, l'humiliation publique et les critiques excessives dans les environnements hospitaliers étaient déjà rapportés.

4.2. Reconnaissance du harcèlement moral (années 1990):

Le concept de "harcèlement moral" a été popularisé par la psychologue Marie-France Hirigoyen dans les années 1990.

Les études commencent à explorer les comportements abusifs en milieu de travail, notamment dans les professions médicales.

Les premières enquêtes révèlent que les médecins femmes et les résidents sont les plus exposés, souvent victimes de discrimination, d'humiliation publique ou de surcharges de travail injustifiées.

4.3. Les pathologies du harcèlement au travail à partir des années 2010:

Mais l'histoire du harcèlement au travail a continué d'évoluer et, depuis le début des années 2010, de nouvelles dimensions cliniques sont apparues .

Autrefois, avant les années 1990, l'organisation du travail relevait de la responsabilité des ingénieurs : ingénieurs en organisation, de conception, des méthodes, d'hygiène et sécurité, qualitatifs, etc .

Dans les hôpitaux, l'organisation du travail était un travail conjoint des ingénieurs avec des médecins-directeurs des hôpitaux [11]. Dans la justice, l'organisation du travail était dans les mains des magistrats. Partout, l'organisation du travail était dirigée par des gens qui avaient une expérience du travail et des métiers qu'ils organisaient et dirigeaient .

Aujourd'hui la situation est très différente. Tous ces professionnels expérimentés ont progressivement perdu le pouvoir, qui est passé dans les mains des gestionnaires [10]. Ce mouvement a commencé dans l'industrie, puis il a gagné les services publics et il va maintenant

jusqu'à l'État, où en France en particulier, mais dans de nombreux autres pays il en va de même : ainsi des ministres, voire du Président de la République, qui, après avoir fait des études de commerce ou de gestion, ont œuvré d'abord dans les directions d'entreprises, dans les banques d'affaires, dans les directions de ressources humaines, avant d'entrer en politique .[10]

Ce déplacement du pouvoir des professionnels vers les gestionnaires est désigné sous le nom de « tournant gestionnaire ». Son installation souvent brutale dans les services publics se déploie sous le nom de New Public Management, qui au-delà de la doctrine, passe par le recours à des consultants spécialisés en New Public Management travaillant pour des cabinets internationaux comme Mc Kinsey, BCG, Accenture, etc. Nous sommes ainsi entrés dans une nouvelle ère de l'organisation du travail où l'ancienne conception de la direction d'entreprise et du gouvernement par référence à des lois et à des règles, a été remplacée par ce qu'on désigne sous le nom de « gouvernance par les nombres »[12]. À chaque fois que l'on rencontre le terme de gouvernance, à la place de gouvernement, il s'agit de gouvernance « par les nombres ». Le tournant gestionnaire est la façon dont, dans le monde du travail, se concrétise la progression mondiale du néo-libéralisme. Il est de bon ton de soutenir qu'il faudrait maintenant diriger chaque nation comme une entreprise. [10]

La « gouvernance par les nombres » est d'abord et avant tout fondée sur l'évaluation individualisée des performances, Mais les gestionnaires ont introduit en outre quatre autres dispositifs:

- La qualité totale et les critères de certification, avec les redoutables campagnes d'accréditation .
- La standardisation ou normalisation des modes opératoires .
- La communication d'entreprise.
- La précarisation de l'emploi .

Chacun de ces dispositifs mériterait une analyse aussi approfondie que celle des effets de l'évaluation individualisée des performances sur la santé mentale des travailleurs .

On ne s'attardera que sur l'un d'entre eux : la standardisation, et nous nous appliquerons à la décrire plus spécifiquement au sein de l'autorité judiciaire. Cette standardisation, dans les services publics comme d'ailleurs dans toutes les activités de service, est un contre-sens. De fait, la caractéristique d'une activité de service réside en ce que sa qualité dépend justement de la non-standardisation et de l'adaptation de chaque prestation de service aux spécificités économiques, sociales, physiques et psychologiques de chaque destinataire ; qu'il s'agisse de l'élève pour les formateurs, du malade pour le médecin, du justiciable pour le juge[10] ...

Si l'on conjugue la standardisation du mode opératoire avec la pression productiviste quantitativiste de l'évaluation individualisée des performances, on aboutit à une dégradation spectaculaire de la qualité du service. C'est vrai dans la recherche scientifique, c'est vrai dans le travail hospitalier effectué par les infirmières et les médecins, c'est vrai aussi pour le travail judiciaire[13]. Au sein de l'autorité judiciaire, la pression productiviste et la standardisation des protocoles de jugement conduisent par exemple les magistrats à brader les procédures, à trahir les règles de métier et finalement à bâcler la rédaction des attendus, l'exposé des motifs et les justifications juridiques de la décision de justice ou de la sentence. Le juge qui bâcle la rédaction de ses conclusions se défause en fait de ses responsabilités en invoquant la possibilité pour les

justiciables de faire appel du jugement, quitte à ce que le travail bâclé en première instance provoque l'embouteillage et la surcharge des juges de seconde instance à la cour d'appel[10] .

Mais à force de bâcler son travail de la sorte, le sens du travail se perd. La violation des règles du métier, surtout, est une dérive particulièrement grave, dans la mesure où c'est pour ces règles du droit que, précisément, juges et fonctionnaires ont fait de longues et difficiles études ; c'est pour ces règles du droit qu'ils se sont engagés dans leurs métiers certes passionnants, mais oh ! Combien difficiles. Pour nombre d'entre eux, violer les règles du droit, c'est non seulement ruiner le sens de cet engagement dans la profession, mais c'est aussi trahir les justiciables, c'est aussi déshonorer la justice et à la fin, c'est se trahir soi-même. Il y a là une souffrance nouvelle qu'on désigne sous le nom de « souffrance éthique »[14]. Elle commence lorsque j'accepte d'apporter mon concours à des actes que mon sens moral réprovoque. Ce faisant je me déshonore moi-même. La perte de l'estime de soi, la ruine du sens du métier, le retard chronique par rapport au nombre de dossiers fixé par le contrat d'objectifs, tout cela casse le rapport de soi à soi, l'enthousiasme au travail, l'estime de soi et l'estime pour les collègues qui, eux aussi, capitulent et déshonorent la justice. Il n'y a plus de place pour le plaisir dans le travail et il n'y a plus de reconnaissance partagée entre collègues.[15].

La trahison de soi qui ouvre sur la dépression annonce le spectre de sa transformation en haine de soi, avec le risque de la tentative de suicide voire du suicide réussi.[16]

Il y a déjà en France des suicides de magistrats sur les lieux de travail, comme ont commencé les suicides des infirmières et des médecins dans les hôpitaux. Dans la justice, comme dans le secteur de la santé, l'apparition des suicides est principalement la conséquence de la souffrance éthique générée par le harcèlement productiviste et la dégradation de la qualité du travail judiciaire, sur l'autel de la gouvernance par les nombres.[10].

Pourtant, tous les magistrats et fonctionnaires soumis à la pression de la « gouvernance par les nombres » ne tombent pas malades, et ne se suicident pas. Ceux qui réussissent à conjurer le processus conduisant à la décompensation ou à la crise psychopathologique ou somatique, sont ceux qui parviennent à mettre en œuvre des stratégies de défense, individuelles ou collectives .

Persistance des défis: Malgré ces progrès, le harcèlement moral reste un problème structurel dans le milieu médical, souvent normalisé ou ignoré. Il persiste notamment dans les spécialités où la pression hiérarchique est forte (chirurgie, anesthésie, etc.), et les femmes et les minorités sont encore plus à risque.

5. Aspect épidémiologique:

5.1. La prévalence de harcèlement moral dans les pays de monde:

Dans un méta analyse internationale des pays européennes de 2014 comprenant 57 études transversales et 2 études de cohortes, la prévalence des violences envers les étudiants en médecine et les internes était de 59.4% (51 études, 38,353 étudiants et internes, 95% CI: 52.0%–66.7%). Le type le plus fréquent étaient les violences morales avec un taux de 63% (28 études, 27,258 étudiants et internes, 95% CI: 54.8%–71.2%).[4]

En Belgique 2012, Aiken et al. Calculait que 25 % des médecins et infirmiers belges obtenaient un score élevé d'épuisement émotionnel à cause du harcèlement moral, et il est probable que cette prévalence ait augmenté depuis : le rapport du CSS de 2017 relevait une augmentation de 25 % de

l'invalidité en Belgique entre 2010 et 2015, dont un tiers lié aux troubles mentaux. Il est vraisemblable que comme aux États-Unis, toute proportion gardée, les médecins et professionnels de santé soient ceux qui payent le prix le plus fort. [19]

Un enquête réalisée en France 2020 par l'Observatoire de la Souffrance au Travail pour des personnels médicaux hospitaliers dit que : « Les principales causes attribuées à la souffrance par les déclarants sont un arbitraire flagrant lié à la gouvernance dans l'établissement et une présomption de harcèlement moral au travail (51% des déclarations), une désorganisation grave et chronique du service (46%), des déficits en personnels médicaux (44%). 39% déclaraient une surcharge émotionnelle, 26% déclaraient souffrir de la désorganisation liée à la crise sanitaire, 16% une insuffisance de moyens de protection individuels. [20] [4]

Dans les pays Arabes, peu d'études de terrain se sont intéressées au chapitre de la victimologie inhérent à la santé mentale au travail. Ainsi, notre contribution vise à lever le voile sur le mutisme des harcelés puisque « la plupart du temps, les victimes de violences ne parlaient pas de celles-ci » (DiBaise et al, 2018) et de décrire leur profil pour élaborer des pistes de prise en charge du phénomène du harcèlement au milieu du travail selon le contexte socio-culturel local.[17]

La prévalence du harcèlement au travail dans les hôpitaux tunisiens a considérablement diminué entre 2009 (74%) et 2016 (43,6%) ($p < 10^{-3}$). Il était lié au statut professionnel, au sexe, à l'ancienneté, satisfaction, problèmes familiaux graves alors que c'était lié au statut professionnel, nature de la spécialité, choix délibéré des études de médecine et la satisfaction de la pratique de la médecine en 2016.[18]

Une étude (F. Elghazouani et al)[19] été fait au CHU de Fès, Maroc 2017 retrouve que la prévalence d'exposition a au moins une situation de violence psychologique chez le personnel de sante était de 61,5%.et seuls 34.2% rependaient aux critères de Leymann.

5.2. La prévalence de harcèlement moral dans l'Algérie :

Une étude été faite en 2004 à l'hôpital de Ibn Sina Annaba sur le harcèlement moral en milieu hospitalier montre que plus de 50% des sujets pensent qu'ils sont harcelés. Et dont 56% sont des harcèlements verticaux descendants et horizontaux dans 29% des cas.[1]

L'étude des dossiers médicaux basée sur le canevas de suivi des victimes du harcèlement en milieu hospitalier d'Oran en 2020 évoque les résultats suivants : le type du harcèlement est vertical descendant. Les répercussions du phénomène du harcèlement sur la vie familiale et sociale sont alléguées chez 64% des cas induisant pour certaines victimes des situations de divorce. Les symptômes de la souffrance psychique sont repérables pour 82% des cas.[17]

Une autre 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 %[20].

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 en 2021 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%).[1]

6. Aspect clinique:

Le harcèlement est une condition pathologique liée à un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement personnel et, ajouterai-je, liée à une perte de volonté et de pouvoir, au sens spinozien de puissance. Si le burnout est semblable à la dépression par ses caractéristiques étiologiques, cliniques et nosologiques, il provient d'une impuissance grandissante éprouvée au travail, où cette impuissance peut être socialisée et ritualisée à des fins de production et de pouvoir.

Le pronostic est sérieux : passage à la chronicité de pathologies psychosomatiques, perte d'auto-estime durable, alcoolisme, divorce, suicide. Si les conditions de travail le permettent, on s'en sort comme le serpent d'une vieille peau, par une réévaluation cognitive, un développement de la perception, de l'amour et des émotions poétiques et par un ajustement de ses relations sociales, en même temps qu'on rétablit un peu de pouvoir sur son environnement .

Les enjeux financiers du burnout sont colossaux parce qu'outre les coûts indirects de l'absentéisme, sa prévalence croît rapidement depuis une dizaine d'années et le traitement est cher. C'est peut-être pour cela que le burnout n'est toujours pas repris dans le DSM-5 ni, en tant que désordre pathologique, dans l'ICD-10, bien que le terme fut utilisé en 1969 par Graham Greene et qu'il fut utilisé dès 1969 dans le monde scientifique (par Harold B. Bradley).[21]

6.1. Chronologie de destruction de personne cible:

La clinique du harcèlement évolue généralement en trois phases[22]. La phase « d'alerte », de durée plus ou moins longue se caractérise par des troubles psychosomatiques[23], et ensuite la phase de décompensation de victime en deux temps. En premier temps on aura apparition des symptômes dépressifs pouvant aller jusqu'à la constitution d'un état dépressif d'intensité sévère avec notamment des tendances suicidaires [24]. Ces dernières sont marquées surtout chez les sujets ayant des antécédents psychiatriques [25]. Des troubles des conduites alimentaires et des conduites addictives peuvent également se voir. En deuxième temps se développent une série de symptômes s'apparentant au « syndrome de stress post-traumatique ».

6.1.1. Phase d'alerte:

Sa forme clinique est difficile à repérer, infraliminaire, l'anxiété, les troubles du sommeil, le désengagement social, l'ennui, l'augmentation de prise de médicaments ou de différents toxiques (addictions), en sont les signes précurseurs sans oublier la fatigue. Souvent banalisé, ce symptôme est disqualifié. Il faut le considérer comme le premier niveau d'usure du geste de travail, vidé de son pouvoir de construction identitaire, signe précurseur d'une dépression asymptomatique.

Le salarié dans cette phase ne s'exprime pas, ne pleure pas, ne parle plus à ses collègues ou à son entourage. Il se contente de tenir, englué dans une hyper-vigilance au travail, une hyperactivité réactionnelle, supposées permettre l'évitement des critiques et des brimades. Cette phase d'alerte est donc difficile à mettre en évidence sauf pour le médecin généraliste qui connaît son patient de longue date et le médecin du travail attentif à ce type de pathologies.

6.1.2. Phase de décompensation en deux temps:

a. Premier temps:

Si le procédé de harcèlement perdure et si un réseau de coopération ne se crée pas autour de l'agent concerné, les signes cliniques apparaissent. La forme la plus grave correspond au tableau de

névrose traumatique et s'apparente au syndrome de stress post-traumatique (DSM IV) La névrose traumatique survient dans des situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique ou psychique. Elle correspond à un débordement de l'appareil psychique qui prit par surprise, ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats .[26]

Il existe pour chacun d'entre nous des circonstances spécifiques capables en raison de leur signification, de déclencher une névrose traumatique. Il n'y a pas de proportionnalité objective entre la gravité de la situation et la gravité du tableau clinique .

La névrose traumatique se caractérise par son début, dans les suites immédiates de la situation de travail ayant valeur de traumatisme:

-L'angoisse du patient harcelé est subaiguë avec des manifestations physiques : tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne.

- Le retour en boucle des scènes traumatisantes s'impose au patient et les lui fait revivre .

- Les attaques d'angoisse surgissent spontanément, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail cardinal de la scène traumatique. : Bruit, couleur du mur, mimique d'une personne présente, odeur particulière....

- Les cauchemars intrusifs apparaissent, entraînant le réveil immédiat en sueurs, en criant.

- L'insomnie réactionnelle devient le moyen de bloquer la survenue des cauchemars intrusifs. L'insomnie, la fatigue, la lutte contre les crises d'angoisse génèrent un repli social, affectif et sexuel majeur, une altération progressive de l'état général, sur tous ses versants, somatique, cognitif, psychique:

-Les atteintes cognitives sont toujours présentes : perte de mémoire, troubles de concentration, de logique.[17]

-Les atteintes psychiques entraînent : la perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, de perte de ses compétences, un sentiment de culpabilité, une position défensive de justification, un effondrement anxio-dépressif, pouvant mener à un état d'angoisse paroxystique à évolution suicidaire (raptus suicidaire).[27]

- Les atteintes somatiques sont le signe de l'atteinte des défenses immunitaires après l'effondrement des défenses psychiques .

Elles sont de gravité croissante suivant la durée de la situation : perte ou prise de poids importantes, atteintes de la sphère digestive, cardiaque et gynécologique chez les femmes (aménorrhées, métrorragies, plus graves encore, cancers du col, de l'ovaire, de l'utérus). Dans la perspective psychosomatique, la décompensation témoigne généralement de la faillite des possibilités de représentation, du débordement des capacités de liaison de la psyché, d'une situation d'impasse pour le sujet. La somatisation est le processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale, va déclencher dans le corps des désordres endocrino-métaboliques point de départ d'une maladie organique »[28]

Il existe aussi un désarroi identitaire spécifique pour les patients subissant des situations professionnelles contradictoires où leurs difficultés de terrain n'ont pu remonter dans la hiérarchie,

être reconnues et mises en débat jusqu'au traumatisme : altération des repères moraux, le vrai et le faux, le juste et l'injuste, le bien et le mal.

b. Deuxième temps:

Les travailleurs déploient des systèmes de défense individuels et collectifs plus ou moins coûteux psychologiquement et physiquement qui permettent de conjurer la maladie .

La souffrance au travail surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation réelle de son travail. La souffrance commence lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué.

Derrière ce tableau de névrose traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décompenser : Bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa. , etc. Le type de décompensation, névrotique, psychotique, somatique, ne dépend pas uniquement du travail mais en dernier ressort de la structure de la personnalité.[29]

6-2.Diagnostic clinique de harcèlement moral selon DSM-5:

Le harcèlement moral n'est pas spécifiquement répertorié comme un diagnostic clinique dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), mais il peut être associé à plusieurs troubles ou conditions psychologiques résultant d'une exposition prolongée à ce type de comportement. Les diagnostics cliniques potentiels associés au harcèlement moral sont:

1- Trouble de stress post-traumatique (TSPT): Le harcèlement moral peut conduire au développement d'une série de symptômes s'apparentant au syndrome de stress post traumatique. Ces perturbation entraînent une souffrance cliniquement significative et souvent une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants[19], surtout si l'exposition est prolongée et traumatisante. Ces manifestations peuvent s'intégrer sous les notions suivant de DSM-5:

- L'exposition à un événement traumatique est un acte ou une situation qui menace la vie ou l'intégrité physique d'une autre personne ; répétition d'agression psychologique et verbale.
- Symptômes d'intrusion : Flashbacks, pensées envahissantes liées aux événements de harcèlement.
- L'évitement implique d'essayer d'éviter des situations ou des personnes qui sont connectées au traumatisme psychologique.
- Hypervigilance : Irritabilité, troubles du sommeil, sursauts exagérés.
- Altérations cognitives et émotionnelles : Sentiments de culpabilité, honte, dévalorisation.

2- Trouble dépressif majeur: Le harcèlement moral peut entraîner des symptômes dépressifs pouvant aller jusqu' à la constitution d'un état dépressif d'intensité sévère avec notamment des tendances suicidaire[19]. Ce qui était mentionné dans le DSM-5 sous les entités suivants:

- Humeur dépressive la majeure partie de la journée, presque tous les jours.
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités quotidiennes.
- Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- Fatigue ou perte d'énergie constante.
- Sentiments de culpabilité ou de dévalorisation.
- Pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires.

3- Trouble anxieux généralisé (TAG): Les comportements de harcèlement peuvent également déclencher une anxiété chronique[1]. Montané sous les critères suivants:

- Anxiété excessive et préoccupations difficiles à contrôler pendant au moins 6 mois.
- Symptômes physiques : tension musculaire, agitation, troubles du sommeil.
- Difficulté à se concentrer ou esprit vide.
- Impact significatif sur la vie quotidienne et le fonctionnement professionnel.

4- Syndrome d'épuisement professionnel (burnout): Bien que le burnout ne soit pas spécifiquement listé dans le DSM-5, il est souvent considéré comme une conséquence des comportements abusifs au travail.

Symptômes principaux:

- Fatigue émotionnelle intense.
- Dépersonnalisation : sentiment de détachement vis-à-vis du travail ou des collègues.
- Diminution de l'accomplissement personnel.

5- Trouble de l'adaptation: Le harcèlement moral peut déclencher un trouble de l'adaptation en réponse à un stress psychosocial identifiable. Critères diagnostiques clés (DSM-5):

- Développement de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress identifiable dans les 3 mois suivant son apparition (par ex. harcèlement au travail).
- Symptômes disproportionnés par rapport à la gravité du stress.
- Altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

6- Troubles psychosomatiques: Le harcèlement moral peut également entraîner des manifestations physiques dues au stress[31], telles que :

- Troubles gastro-intestinaux.
- Douleurs chroniques (céphalées, douleurs musculaires).
- Troubles cardiovasculaires (hypertension).[32]

6.3. Diagnostic clinique de harcèlement moral selon CIM10 (ICD-10):

Le harcèlement moral n'est pas une entité clinique spécifique répertoriée en tant que diagnostic dans la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Cependant, les conséquences psychologiques et physiques du harcèlement moral peuvent être classées sous plusieurs diagnostics inclus dans la CIM-10, en fonction des symptômes présentés par la victime. Les catégories les plus pertinentes sont:

1- *Troubles liés au stress et aux traumatismes*: Le harcèlement moral peut entraîner des troubles liés au stress prolongé[19]. Les catégories applicables incluent:

- F43.0 – Réaction aiguë au stress: Décrit une réponse intense à un événement stressant, souvent marquée par une agitation, une anxiété sévère ou un état de confusion. Pertinent en cas d'épisodes récents de harcèlement intense.
- F43.1 – État de stress post-traumatique (TSPT): Se développe à la suite d'une exposition prolongée à des situations traumatisantes, telles que le harcèlement

moral .les symptômes clés sont : flashbacks, hypervigilance, évitement, troubles du sommeil et irritabilité.

- F43.2 – Troubles de l'adaptation: Diagnostic fréquent chez les victimes de harcèlement moral. Les symptômes les plus décrits sont : détresse émotionnelle excessive, difficulté à fonctionner socialement ou professionnellement, anxiété ou dépression réactionnelle. Ce diagnostic est posé si les symptômes apparaissent dans les 3 mois suivant l'exposition au harcèlement.

2- *Troubles dépressifs*: Les victimes de harcèlement moral développent souvent des troubles dépressifs en raison de la nature répétée et chronique des agressions psychologiques[18]:

- F32 – Épisode dépressif: Peut-être léger, modéré ou sévère, en fonction des symptômes: tristesse persistante, perte de plaisir pour les activités, fatigue excessive et des idées suicidaires[18] possibles dans les cas graves.
- F33 – Trouble dépressif récurrent: applicable si la personne présente plusieurs épisodes dépressifs en réponse à des périodes répétées de harcèlement.

3- *Troubles anxieux*: l'anxiété est une conséquence courante du harcèlement moral:

- F41.1 – Trouble anxieux généralisé (TAG): anxiété excessive et préoccupations constantes liées à l'environnement de travail et aux relations interpersonnelles, accompagné de tensions musculaires, troubles du sommeil, irritabilité.
- F41.2 – Trouble mixte anxieux et dépressif: symptômes mixtes d'anxiété et de dépression, souvent observés chez les victimes de harcèlement moral.

4- *Troubles psychosomatiques*: le stress lié au harcèlement moral peut se manifester par des symptômes physiques[31] :

- F45 – Troubles somatoformes: symptômes physiques sans cause médicale claire, par exemple: douleurs chroniques (maux de tête, douleurs musculaires), troubles digestifs (nausées, ulcères), fatigue chronique,
- Z73.0 – Épuisement professionnel (burnout): bien que souvent discuté, ce n'est pas un diagnostic formel dans la CIM-10. Cependant, il est inclus comme un facteur lié au stress au travail.

5- *Troubles du comportement et du fonctionnement social*: les conséquences de harcèlement moral sont non seulement médicales mais également professionnelles et sociales[19].

- Z56 – Problèmes liés à l'emploi et au chômage: ce code peut être utilisé pour décrire les effets du harcèlement moral sur la vie professionnelle, comme: Problèmes d'interaction avec les collègues.Conditions de travail oppressantes.

6- *Facteurs influençant l'état de santé (codes Z)*: dans certains cas, des codes Z sont utilisés pour documenter des contextes spécifiques liés au harcèlement moral:

- Z63.4 – Problèmes liés à l'exclusion ou au rejet social.
- Z60.4 – Problèmes liés à l'intimidation ou au harcèlement psychologique.[33]

7. Facteurs de risques de harcèlement moral:

Bien que le harcèlement puisse être induit par divers facteurs individuels, sociaux et organisationnels, de nombreuses études font état d'un cercle vicieux, des risques psychosociaux conduisant au harcèlement lui-même générateur de risques psychosociaux (Azzi, 2017). Les personnes travaillant dans un environnement stressant sont très exposées au risque de harcèlement au travail et il y a de fortes chances que les personnes harcelées se déclarent stressées (Eurofound, 2015).

Parmi les principales causes de stress professionnel (entraînant ainsi une augmentation du risque de violence et de harcèlement), qui entraînent directement des situations de violence et de harcèlement ou qui sont eux-mêmes des manifestations de harcèlement, on retrouve notamment les risques psychosociaux clés et relatifs :

7.1. Les facteurs de risque individuel :

Les études pluridisciplinaires concluent que les facteurs de risque relatifs au phénomène sont divers et multiples, mais il apparaît que le côté organisationnel et individuel concernant la victime et l'agresseur sont les facteurs les plus étudiés .

Brun et Kedl (2006, p. 3) affirment que « rares sont les travaux scientifiques qui abordent l'histoire interne des cas de harcèlement psychologique, les difficultés d'exprimer ce qui est vécu, le doute que l'expression des faits peut soulever les ambiguïtés que cache la complexité des situation.[3]

Effectivement, les caractéristiques de la victime ont été dégagées à partir de récits rapportés lors d'entretiens avec les médecins de travail ou des psychiatres ou psychologues lors de séances avec leurs patients, mais les études montrent une multiplicité de traits de personnalité de la victime, qui ne sont pas pour autant vérifiables.

7.1.1. Caractéristiques de la victime :

Les définitions du harcèlement moral font référence à l'atteinte à la dignité et l'intégrité de la victime, afin de la détruire. Pour Leymann (1996), il s'agit de menacer la victime dans toutes les sphères, autant sa vie privée que professionnelle. Hirigoyen (1998, p.7) écrit « un individu peut réussir à en démolir un autre par un processus de harcèlement moral. Il arrive même que l'acharnement se termine par un véritable meurtre psychique».[3]

Les conséquences du harcèlement moral sont couteuses pour la victime, tant sur plan physique que psychique. Effectivement, les victimes se plaignent de troubles de type psychosomatique, surtout que les agressions apparaissent sur une assez longue durée .

Les conséquences sur l'état de santé des victimes semblent être des tentatives d'adaptation face aux situations répétées de stress. Hirigoyen (2001, p.195) cite que : « les symptômes sont d'abord très proches du stress, avec ce que les médecins appellent des troubles fonctionnelles : fatigue, nervosité ,troubles du sommeil, migraines, troubles digestifs, lombalgies... ». Sur le plan psychique, il apparaît que l'exposition à certains agissements fréquemment donne des symptômes allant de

l'anxiété jusqu'aux tendances suicidaires, selon des récits de vie rapportés par Marie-France Hirigoyen(1998), certaines victimes arrivent même au suicide pour mettre fin à leur souffrance. Deveaud (2011, p.18), conclut que le harcèlement constitue « une atteinte morale qui peut générer des états dépressifs, des dépressions durables et toutes sortes de pathologies ou de syndromes »[3]

D'une autre part, les manifestations psychologiques ne se limitent pas à quelques malaises, sur un long terme l'état psychique peut se fragiliser, d'après Leymann (1996) : « si la victime d'un mobbing fait état de symptômes de stress qui se sont condensés en réactions post traumatiques, la réaction dont elle souffre résulte probablement de l'exposition prolongée à un mobbing très sévère ».[34]

Pour sa part, Hirigoyen (2001, p.196) parle de symptômes de dépression qui sont le plus souvent exprimés par ses patients, ainsi « la personne harcelée présente alors une humeur triste, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié, la perte de tout désir et un manque d'intérêt pour tout ce qui l'intéressait jusqu'alors ». Pour les traits de caractère qui distinguent les groupes des victimes des autres, il ya eu une diversité de types de profils selon les études menées à cet effet, Kreitlow (2002) affirme qu' : « il existe un curieux phénomène qu'on peut observer chez les victimes de harcèlement. Ces personnes ont, en effet développé un sens de l'esthétique et du beau, de l'harmonie des choses et du travail bien fait ». Dans le même sens, Hirigoyen (2001) décrit les personnes souffrant de harcèlement comme : des personnes atypiques sur le plan du genre, de la race ou de différences plus subtiles .[3]

Dans ce contexte, Leymann (1996) affirme que la réaction de la victime est une réaction normale à une situation anormale », ce qui suppose que chaque personne peut devenir potentiellement victime lors d'une exposition au harcèlement moral .

A l'inverse, Brodsky (1976) qualifie les victimes qu'il a rencontrés, de dépendantes, dépourvues de sens de l'humour, trop consciencieuses, agressives et se sentant facilement menacées par les autres. Plus spécifiquement, Balicco (2001) considère que les victimes sont des personnes trop directes ou trop franches, ou des personnes désinvesties ou, au contraire, surinvesties de leur fonction. Hirigoyen (2001) conclut qu' « il n'y a pas de profil psychologique spécifique aux personnes qu'on harcèle (...) mais il y a des contextes professionnels où le harcèlement se développe plus facilement. Il y a aussi des situations où les personnes ont un plus grand risque d'être visées [3] ».

7.1.2. Caractéristiques du harceleur :

Concernant les caractéristiques des harceleurs, il faut attirer l'attention sur le fait qu'aucune étude n'a été effectuée auprès des harceleurs. En effet, les traits de caractère proviennent uniquement des récits des victimes, parce qu'il est pratiquement difficile d'accéder aux harceleurs.

En revanche, Hirigoyen(1998) pense que le harceleur est « un individu qui établit avec autrui des relations fondées sur les rapports de force, la méfiance et la manipulation.[3]

Kreitlov (2002), ajoute que « les procédés de l'agresseur ne suivent précisément pas les règles habituelles de la pensée logique, ni celle de la raison et encore moins celle de l'entendement».

Eiguer (2003) va plus loin dans sa description, il constate que certains harceleurs sont décrits comme des pervers narcissiques qui : « sous l'influence de leur Soi grandiose, essaient de créer un lien avec un deuxième individu, en s'attaquant tout particulièrement à l'intégrité narcissique de l'autre, afin de les désarmer. Il s'attaque ainsi à l'amour de soi, à la confiance de soi, à l'auto-estime et à la croyance en soi de l'autre».

Marie-France Hirigoyen (1998, p.3), précise que : « Le but du harcèlement moral, est de contrôler et de dominer l'autre en empiétant sur son territoire psychique. Il ne s'agit pas d'une décharge d'agressivité d'un individu soumis à trop de stress ou à de mauvaises conditions de travail. Ce n'est pas une perte de contrôle de soi, mais au contraire, une volonté de contrôle de l'autre».[3]

Rodes et Kathleen (2000, p.17), proposent un autre qualificatif, en effet, le harcèlement psychologique ou moral a été qualifié de « vampirisme psychoaffectif », les harceleurs sont décrits comme des vampires , ainsi, « un peu à la mesure de leur modèles de légendes, ces « vampires » d'un genre particulier sont décrits comme des personnes qui requièrent une énergie psychoaffective supérieure à celle qu'elles parviennent à produire d'elles-mêmes et sucent l'énergie de leur victime afin d'accroître la leur ». Pour Hirigoyen (1998, p.216), ces harceleurs « ressentent une envie très intense à l'égard de ceux qui semblent posséder des choses qu'ils n'ont pas ou qui simplement tirent plaisir de leur vie».

Hirigoyen (1998, p.158), pense qu'il s'agit de « s'attaquer à l'estime de soi, à la confiance en soi de l'autre, pour augmenter leur propre valeur, ils s'approprient le narcissisme de l'autre».

Pour sa part, Honneth (2004, p138) expose l'idée que « l'histoire culturelle offre de nombreux exemples de situations dans lesquelles les dominants expriment leur supériorité sociale en ne percevant pas ceux qu'ils dominent».

Ainsi, malgré leur présence les victimes comprennent qu'elles sont invisibles par les dominants. Guégun et Malochet (2012, p126) expliquent que l'invisibilité résulte de l'absence totale de prise en compte des attentes de reconnaissance individuelle».

D'une façon générale, Di Martino, Hoel et Cooper (2003, p.23.) spécialistes des approches statistiques à grandes échelles, confirment qu' : « aucun profil définissant l'auteur du harcèlement /persécuteur et du harcelé/victime n'a pu être dégagé».

Par ailleurs, Lapeyrière (2004, p. 29), suppose que les études sur les interventions en organisation, et à travers divers rencontres effectuées à cet effet vont faciliter la compréhension du processus du harcèlement.

7.2. Facteurs de risques organisationnels :

En effet, les conséquences néfastes du harcèlement moral ne touchent pas uniquement la victime, cela s'étend sur le climat du travail, ainsi, le milieu de travail se dégrade et devient, un lieu où se développent les conflits, on voit apparaître des comportements visant à nuire à la victime et à dégrader le climat du travail .

Pour Grebot (2007), les causes se traduisent par : « De nombreuses caractéristiques organisationnelles comme les modes de management basée sur la menace ou la peur du licenciement et la gestion tardives des conflits induisent aussi le harcèlement .»

Deveaud (2011, p.49), pense que « cette violence peut également avoir des répercussions sur l'organisation elle-même : morosité, formation des clans, accroissement des risques (accident, erreurs), baisse de productivité é, coûts supplémentaires, climat de travail malsains, mauvaise image de l'organisation à l'extérieur».

En revanche, le harcèlement moral peut être provoqué délibérément aussi, par des organisations, dans cette optique Durieux et Jourdani (1999) parlent de pratique de harcèlement moral mené par des consultants formés spécialement à cet effet ce qui est à l'origine de situation de harcèlement .

Enriquez (1998, p.224), explique que le fonctionnement d'une entreprise peut favoriser des comportements névrotiques, pervers ou paranoïaques .

Hirigoyen (2001) suggère que : « d'une façon générale, dans le monde du travail, les dirigeants et les cadres ne prennent pas les difficultés relationnelles suffisamment au sérieux, sauf si elles peuvent occasionner un préjudice évident pour l'entreprise ». Elle ajoute que le management du genre laisser faire » favorise l'apparition de situation du harcèlement moral .Hirigoyen, (1998).

Il existerait aussi des modes de management qui peuvent instaurer un processus de harcèlement, Vincent de Gaulejac (2005) pense que l'organisation peut mettre en œuvre des modes de management qui favorisent le phénomène, ainsi le harcèlement est le résultat de trois tendances managériales, qui mettent le système sous pression : l'écart entre les objectifs fixées et les moyens attribués, le décalage entre les prescriptions et les activités concrètes et l'écart entre les récompenses espérées et les rétributions effectives.[3]

Hirigoyen (2001, p.245) explique que : « lorsque les directions ne sont concernées que par les résultats financiers et oublient de tenir compte des salariés en tant qu'êtres humains, pour les considérer seulement sous l'angle de leur technicité ou de leur utilité. Les salariés, simples pions, ont un sentiment de non existence qui peut les amener à des conduites de soumission ou de révolte » ainsi, la personne s'investit pleinement dans son travail et ne reçoit aucune reconnaissance en retour. Hirigoyen (2001, p.246) ajoute qu' : « on ne sait plus pourquoi on travaille, on ne sait plus à quoi sert ce travail car il nous échappe, on perd le sens de ce que l'on fait, on s'interroge sur l'utilité de sa tâche».[3]

Enfin, plusieurs études, supposent qu'aucun profil concernant les contextes de harcèlement, ou d'organisation ou de groupes des antagonistes n'a été identifié.

De ce fait, la prévention du harcèlement moral impose, au préalable, la connaissance approfondie du problème, de le comprendre dans toutes ces formes, et de connaître les facteurs de risque qui favorisent son apparition.

8. Conséquences du harcèlement moral :

Comprendre et évaluer les conséquences de harcèlement moral est un objectif fondamental, puisque non seulement la victime subit les effets désastreux, mais aussi sa famille, son collectif, son entreprise et la société.

8.1. Conséquences individuelles :

Le harcèlement moral provoque un stress considérable chez les victimes. Le stress est une situation alarmant face à l'agression, qui provoque des modifications de la production hormonale et des neurotransmetteurs hormonaux.

Une exposition répétée peut submerger la capacité d'adaptation et provoquer des troubles somato-psychiques peuvent s'installer de manière chroniques : maux de tête, douleurs abdominales, rachialgies, trouble digestifs, sensation d'oppression, amaigrissement ou prise de poids ; troubles du sommeil, fatigue, troubles mnésiques, troubles de la concentration, irritabilité et pleurs.

L'anxiété à long terme peut conduire à un trouble anxieuses généralisées qui nécessitent une prise en charge spécialisée ou la consommation régulière des tranquillisants et des antidépresseurs est établie de façon significative chez les victimes des violences psychologiques (Fond, 2018), et elle déterminerait une stratégie de défense individuelle ou collective (Lutz et Cleren, 2013) .

Les victimes vivent un état de dévalorisation, d'attentes, de rumination constante et d'hyperexcitation qui affecte tous les domaines de leur vie, tant personnels que professionnels. Par la suite, même après éviction du facteur de stress, les capacités de résistance étant érodées, la situation peut évoluer vers un épuisement psychique et une décompensation d'un état dépressif antérieur, parfois passage à l'acte violent hétéro ou auto agressif voire suicide .[17]

À long terme les victimes peuvent développer des symptômes similaires au syndrome de stress post-traumatique<<L'agression ou l'humiliation reste dans la mémoire et est revécue pendant la journée à travers des images, des pensées, des émotions intenses et répétitives ; une impression soudaine qu'une situation similaire est imminente, ou des insomnies pendant le sommeil et provoquent des cauchemars...>>[35]

8.2. Conséquences sociales:

Les recherches de Vartia (2001) ajoutent entre outre, qu'à part les victimes, les réactions du stress ont été exprimées par les témoins de mobbing. Cette découverte est soutenue par les résultats d'investigations de Hoel et Cooper (2000). Les auteurs supposent que l'ambiance et les

conditions de travail dégradées par le climat de brimades n'affectent pas que les victimes mais aussi les témoins du harcèlement. Ces derniers peuvent être extrêmement émus par la peur de devenir la prochaine cible de l'agresseur .

Le harcèlement peut être de même la raison de problèmes professionnels, conduisant à une exclusion sociale, à la perte d'emploi et sur le plan personnel provoquer des problèmes familiaux allant jusqu'au divorce (Leclerc, 2005). A part les problèmes individuels, la présence de violence morale dégrade le fonctionnement du collectif de travail (Bué et al., 2008).[35]

8.3. Conséquences organisationnelles :

Outre une mauvaise santé mentale, l'intimidation est également associée à une tendance à quitter l'organisation (Demir, Rodwell et Flowern, 2013.)

L'analyse de l'impact du harcèlement au niveau du groupe a révélé que les victimes actuelles exprimaient d'intentions d'arrêter de travail, d'absentéisme, la performance individuelle et la satisfaction faible (Hoel et Cooper, 2000 ; Hutchinson et al 2010).

Le harcèlement influence également l'intention de quitter l'entreprise : (quitter les établissements hospitaliers publics et aller vers les secteurs privés) c'est ce qui conduit à la paralysie des institutions publiques.

Le harcèlement de la part des supérieurs et des collègues augmente la probabilité de quitter son emploi (Sarvan, Akar et Nilgün Anafarta, 2011).

Il convient de mentionner un effet de présentéisme en lien avec le harcèlement moral. Ce phénomène se réfère à une situation quand le salarié continue à être présent au travail sans se donner à fond afin de démontrer à son employeur l'engagement et la motivation de sa part. En réalité, le présentéisme a un effet opposé : le malaise et les problèmes de la santé empêchent le salarié d'exercer efficacement ses obligations provoquant ainsi la baisse de productivité qui dépassent des fois même les coûts d'absentéisme (Hoel, Sheehan, et al, 2010).[35]

8.4. Conséquences sociétales (coût):

Le harcèlement moral a un coût économique important, difficilement calculable, aussi bien pour le patient, l'entreprise et la société :

- arrêt de travail.
- congé de longue maladie ,
- chômage, invalidité,
- diminution de la performance, de la productivité ,
- frais de justice,
- traitements médicamenteux, hospitalisation

-le grève

-dégradation de l'image positive de l'entreprise.

9. prévention :

Toute personne qui harcèle une femme ou un homme sur le lieu de travail, qui humilie autrui par des paroles, des gestes ou des actes, enfreint le droit. Les employeurs ont l'obligation de protéger leurs collaborateurs contre le harcèlement moral sur le lieu de travail et de lutter activement contre ce phénomène.

9.1. Précautions :

Il est dans l'intérêt de l'employeur de mettre en place une politique visant à empêcher les conflits de dégénérer en situations dangereuses, conflits de dégénérer en situations dangereuses. Il semble presque suffisant que l'employeur déclare que l'escalade dangereuse des conflits n'est pas dans l'intérêt de l'organisation ne sont pas dans l'intérêt de l'organisation et que la direction générale considère la prévention par les superviseurs et les managers comme une règle. Formation de l'encadrement à tous les niveaux dans l'art de la gestion des conflits, et la formation à l'utilisation appropriée de la politique de l'entreprise est l'un des moyens de prévention de l'entreprise est une mesure préventive. En outre, la politique des règles sur la manière d'agir si un conflit a atteint un stade où la gestion des conflits devient très exigeante doivent être mises en place.

9.2. Interventions précoces :

Afin d'intervenir rapidement, un superviseur doit être capable de lire les premiers signes d'un processus de mobbing en cours, signes de développement d'un processus de mobbing. La direction doit également nommer une ou plusieurs personnes au sein de l'organisation vers lesquelles les en danger peuvent s'adresser pour obtenir des conseils. Pour ces responsables, la direction doit déléguer l'autorité afin de leur permettre de s'impliquer dans le cas particulier. Les études de cas Les études de cas réalisées jusqu'à présent (Leymann, 1996) montrent très clairement que l'inactivité à ces niveaux implique également que le supérieur hiérarchique est très actif dans l'entreprise.

Les études de cas réalisées jusqu'à présent (Leymann, 1996) montrent très clairement que l'inactivité à ces niveaux implique également que le superviseur n'est pas du tout sûr de son rôle organisationnel dans un tel contexte. Une politique d'entreprise devrait également des informations claires à ce sujet. Un moyen de prévention et d'intervention précoce est de régler les questions d'organisation dans l'entreprise et de façonner l'ordre organisationnel et l'éthique dans le comportement.[34]

9.3. Réhabilitation professionnelle :

Lorsqu'un processus de mobbing se développe, les superviseurs et les directeurs devraient avoir l'obligation de protéger la personne en danger. Il faut empêcher la stigmatisation de la stigmatisation de l'individu doit être évitée, et il doit être en mesure de conserver sa réputation et

ses capacités, sa réputation et ses capacités antérieures. Si la personne est incitée à prendre un congé de maladie, il faut lui proposer une réadaptation professionnelle. Si la personne est incitée à prendre un congé de maladie, une réadaptation professionnelle doit lui être proposée. Les recherches menées actuellement en Suède et en Allemagne révéleront ultérieurement des méthodes efficaces. Cependant, le fait de laisser une personne malheureuse subir un processus de harcèlement moral et de s'en débarrasser par la suite devrait être considéré comme un échec majeur en matière de gestion et management.[34]

CHAPITRE II: MATERIAL ET METHODE

1. synthèse :

Le harcèlement moral peut être assimilé à plusieurs termes comme violences psychologiques, intimidation, discrimination ou dépréciation. Ces violences, lorsqu'elles sont commises de manière répétées sont caractéristiques du harcèlement. Quelle que soit la profession, le harcèlement sur le lieu de travail a des conséquences sur la victime, sur l'entreprise et a un coût pour la société .

Le milieu médical n'y échappe pas. Au moment de la rédaction de cette thèse, la recherche bibliographique sur le sujet ne met en évidence que peu d'études algériennes. Il est donc justifié d'étudier, dans la wilaya de Laghouat, la prévalence du harcèlement moral subi par les médecins au cours de leurs travaux dans les hôpitaux .

1.1. Question de recherche:

Quelle proportion des médecins de Laghouat déclare avoir été victime de harcèlement moral au cours de leurs travaux ?

1.2. Hypothèse :

La proportion des médecins soumis au harcèlement moral au cours de travail dans les hôpitaux de Laghouat est supérieure ou égal à celle retrouvée dans les autres wilayas et les autres pays .

1.3. Objectifs :

a. Objectif principal :

- Déterminer la proportion des médecins victime de harcèlement moral au cours de leur travail dans les hôpitaux de la wilaya de Laghouat.

b. Objectifs secondaire:

- déterminer les caractéristiques des médecins victimes de harcèlement moral.
- déterminer le lien entre les victimes et les auteurs de harcèlement moral.

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale, par auto-questionnaire anonyme, qui s'est étalée en six mois, allant de 14 février 2024 au 31 juillet 2024.

3. Population étudiée:

La population cible est représentée par le personnel médical de la wilaya de Laghouat. Pour être inclus dans l'étude, ils devraient être un médecin ou interne en médecine et avoir au minimum six mois d'ancienneté aux hôpitaux.

a. Critères d'inclusions:

- Médecins et internes en médecine travaillent aux hôpitaux de la wilaya de Laghouat.
- Médecins ont au minimum six mois d'ancienneté dans l'établissement.

b. Critères d'exclusion:

- Médecins travaillent dans les secteurs privés
- Médecins ont moins de six mois d'ancienneté dans l'établissement.

4. Calcul de taille d'échantillon:

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule préconisée par Kish pour l'estimation de la prévalence, en se basant sur une proportion estimée de 34 %, issue d'une étude précédente (Elghazouani, Maroc, Fès, 2017). Les paramètres retenus étaient une marge d'erreur de 5 % et un niveau de confiance de 95 %, ce qui a permis d'obtenir une taille théorique de 345 participants.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.34(1-0.34)}{(0.05)^2} = 345$$

Où:

n = taille de l'échantillon

Z= niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, (z= 1.96).

P=proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (34%).

e= marge d'erreur tolérée (0.05).

Toutefois, étant donné que la population totale ciblée ne comprenait que 686(**N=686**) médecins exerçant dans les établissements de santé publics de la wilaya de Laghouat (statistiques d'octobre 2023), une correction pour population finie a été appliquée. Cette correction a permis d'ajuster la taille de l'échantillon à **230** répondants, tout en conservant la même précision statistique.

$$n \text{ corrigé} = \frac{n \cdot N}{n + N - 1}$$
$$n = \frac{345 \cdot 686}{345 + 686 - 1} = 229,77 \approx 230$$

Donc, 230 participants suffisent pour garantir une précision de ± 5 % avec 95 % de confiance, dans une population de 686 personnes. On augmente l'échantillon ciblé de 230 à 400 pour anticiper les non-réponses, et atteindre les 230 réponses nécessaires.

5. Protocol d'étude:

L'analyse statistique repose sur l'étude des variances, sur le test t de Student pour la comparaison des moyennes. Pour les grandeurs qualitatives, elle repose sur l'étude du Chi2. Le seuil de signification choisi correspond à une valeur de p de 0,05. Le logiciel utilisé est SPSS.

6. Méthodologie statistique:

6.1. Outil statistique:

-Le support de l'enquête est un questionnaire individuel, auto administré et strictement anonyme comportant la version française validée du questionnaire de Leymann intitulé Leymann Inventory of Psychological Terror, « LIPT ».

-un questionnaire qui comporte des données sociodémographiques et professionnelles.

6.2. Choix de questionnaire:

Le support de l'enquête est un questionnaire individuel, auto- administré et strictement anonyme comportant la version française validée du questionnaire de Leymann intitulé : Leymann Inventory of Psychological Terror, « LIPT ». Le choix de cet instrument dans notre enquête a été motivé par plusieurs éléments. Il est considéré comme un instrument de référence dans la littérature internationale. Il est l'instrument le plus ancien, le plus complet et le plus long (45 items) et a déjà été utilisé dans plusieurs pays (Suède, Finlande, Allemagne, France). Son utilisation permettra, de surcroît, les comparaisons au niveau international.

Le LIPT inclut deux pages de questions. La première page comporte une liste de 45 situations de violence au travail (questions 1 à 5) présentées par grands chapitres, et selon une certaine gradation dans la gravité des agissements hostiles. À la fin de la liste des 45 items, une question ouverte (la question 6) recommande la mention de toute autre situation de violence qui aurait pu être vécue au travail. La seconde page comprend des questions portant sur la fréquence et la durée d'exposition à ces situations (questions 7 et 8). La question 9 précise si aujourd'hui le personnel est encore exposé à ces situations, les informations étant recueillies sur les douze derniers mois. Les questions 10 et 11 portent sur l'auteur(s) des violences, avec des questions relatives à la position hiérarchique (collègue, supérieur, subordonné), le sexe, et le nombre d'agresseurs. La question 12 porte sur le soutien reçu par le personnel, et les personnes ressources auxquelles il a pu parler. La question 13 porte sur la déclaration par le personnel d'être exposée à des situations de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois. Enfin, la question 14 porte sur la déclaration d'avoir été témoin de violence psychologique envers autrui sur son lieu de travail. Pour répondre à nos objectifs, le LIPT a été complété par d'autres items se rapportant :

- Aux données sociodémographiques et professionnelles avec quatre items : âge, sexe, origine, statut matrimonial, catégorie professionnelle et ancienneté professionnelle.

- Aux indicateurs de santé mentale avec trois items : l'arrêt de de travail ou de démission, les symptômes de pression et la consommation de traitement, tous trois, pour dépression, troubles anxieux ou autres affections mentales, au cours des douze derniers mois.

6.3. Déroulement de l'enquête:

Préalablement à la mise en place de l'enquête, l'autorisation du directeur de direction de santé publique a été obtenue. Le volontariat, l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été soulignés lors de la distribution des questionnaires entre le 14 février 2024 et 30 juillet 2024.

CHAPITRE III: RESULTATS

I-Analyse statistique descriptive:

1. Taux de réponse:

Quatre cents (n = 400) médecins ont été sollicités pour participer à l'enquête. Parmi eux, 250 ont rempli et remis leur auto-questionnaire, soit un taux de participation de 62,5 %. Tous 250 questionnaires étaient exploitables. Sachant que le nombre total de médecins travaillant dans le secteur public de la wilaya de Laghouat est de 686: 36 hospitalo-universitaires, 245 spécialistes et 405 généralistes (statistique de 2023/2024).

2. Caractéristiques de population étudiée:

2.1. Répartition des participants par sexe:

Le sexe de notre échantillon est majoritairement féminin représentait par 70%. Comme était montré dans la figure 01:

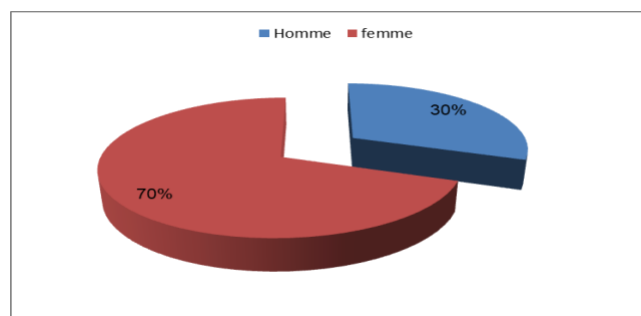


Figure 1: répartition des enquêtés selon le sexe.

2.2. Répartition des participants par âge :

L'âge est considéré comme le caractère le plus important dans la définition de l'échantillon de n'importe quelle recherche scientifique. Nos enquêtés se répartissent selon trois tranches d'âges de moyen de 20-30 ans que nous allons exposer ci-dessous .

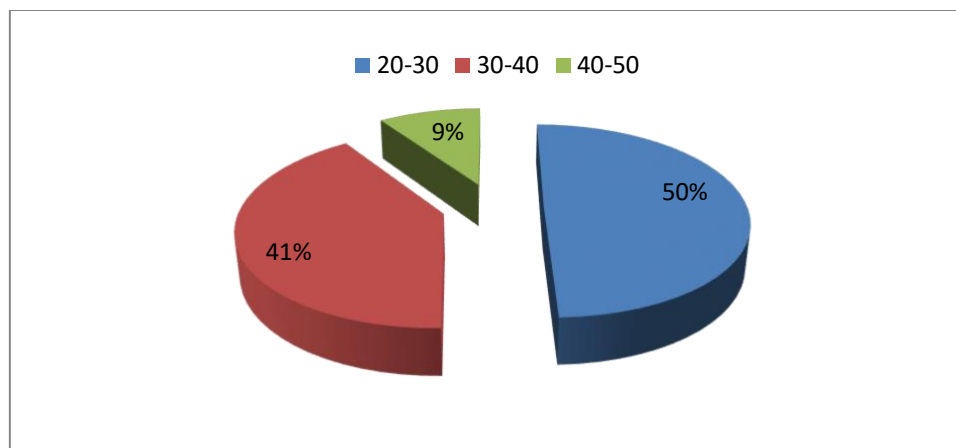


Figure 2: la répartition des enquêtés par tranche d'âge.

2.3. Répartition des enquêtés selon la région d'origine :

On remarque une grande variabilité des origines des médecins de la wilaya avec un grand pourcentage de 33,6% sont des médecins locaux de Laghouat comme voire ci-dessous:

Adresse	Fréquence	Pourcentage
Alger	25	10,0
Laghouat	84	33,6
Djelfa	51	20,4
Blida	2	,8
Médéa	3	1,2
Cuba	1	,4
Bouira	4	1,6
Oued souf	6	2,4
constantine	3	1,2
Chlef	1	,4
Bousaada	1	,4
Biskra	1	,4
Aflou	4	1,6
Ghardaia	12	4,8
Guelma	5	2,0
Jijel	7	2,8
Tiaret	3	1,2
Bejaia	1	,4
Batna	3	1,2
Souk Ahras	5	2,0
Skikda	1	,4
Boumerdas	5	2,0
Meniaa	1	,4
Ain Defla	1	,4
Mascara	2	,8
Tssimsilet	4	1,6
Tizi ouzou	2	,8
Oeb	3	1,2
ouargla	4	1,6
SBA	2	,8
mila	3	1,2
Total	250	100,0

Table1 : répartition des enquêtés selon la région d'origine.

2.4. Répartition des participants selon le statut civil:

Le quatrième caractère exposé est celui de la situation familiale de chaque médecin enquêté, car grâce à ce facteur nous allons définir sa situation matrimoniale qui va nous aider à savoir mieux dans quelle catégorie le situer, et pour mieux éclairer ce point nous allons voir le cercle ci-dessous qui les répartit en quatre catégories:

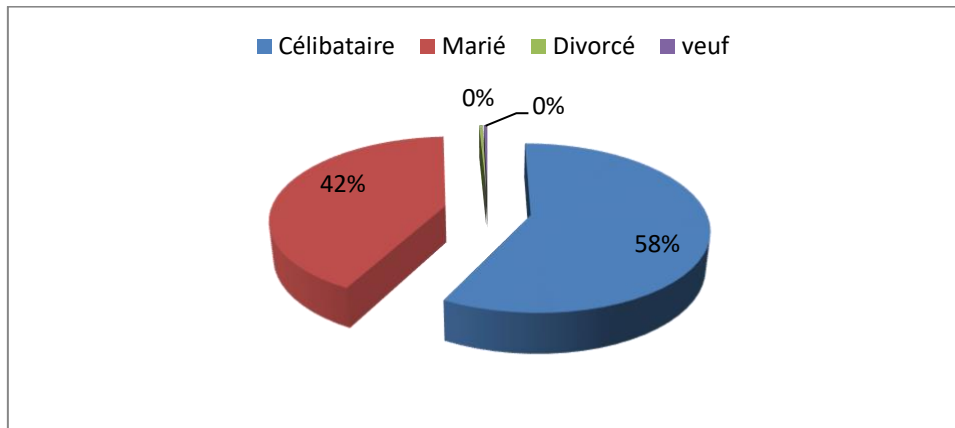


Figure 3: la répartition des participants selon le statut civil.

Nous déduisons d’après ce cercle qui présente la situation matrimoniale des médecins enquêtés que la quasi-totalité de nos enquêtés sont des personnes célibataires avec un pourcentage de 58%(212), suivit de 42% (105) de médecins mariés.

2.5. Distance entre le lieu de domicile et de travail :

Il joue un rôle important sur l’état psychique des médecins presque la moitié des répondant (53%) habitent près de centre de leur travail de distance inférieur à 50 km.

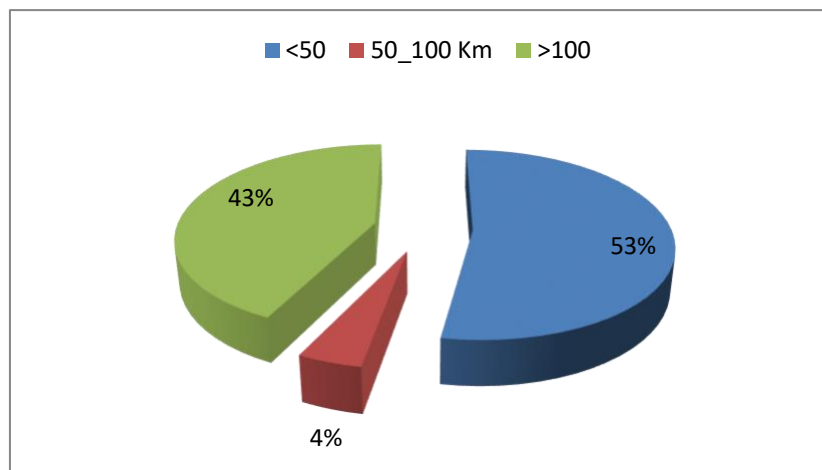


Figure 4: la distance entre le lieu de domicile et le lieu de travail.

2.6. Le soutien social :

Le soutien social joue un rôle crucial dans la prévention et la gestion du harcèlement moral au travail mais dans notre étude la moitié des médecins n'ont pas un soutien dans leur vie. Comme indiqué le tableau suivant :

	Fréquence	Pourcentage
oui	123	49,2%
non	127	50,8%
Total	250	100%

Table 2: répartition des enquêtés selon l'existence ou non de soutien social.

2.7. Répartition des participants par comorbidités :

la plupart de notre enquêtés n'ont pas des maladies chroniques dont ils s'en plaignent parce que la majorité sont des sujets jeunes bien portants , sans compter la présence de certaines pathologies dans de faibles proportions comme l'HTA, diabète, asthme, dysthyroïdie....

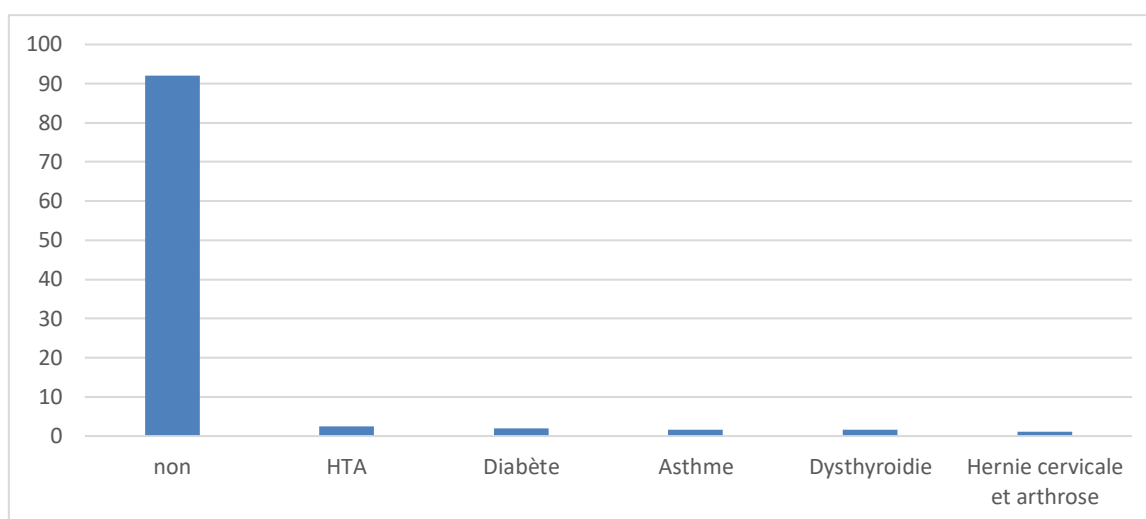


Figure 5:répartition des enquêtés selon leurs comorbidités.

2.8. Répartition par catégorie professionnelle:

Notre échantillon est constitué de 71 internes (28%), 97 généralistes (39%), 16 résidants (6%), 49 spécialistes (20%) et 17 hospitalo-universitaires (6.8%).

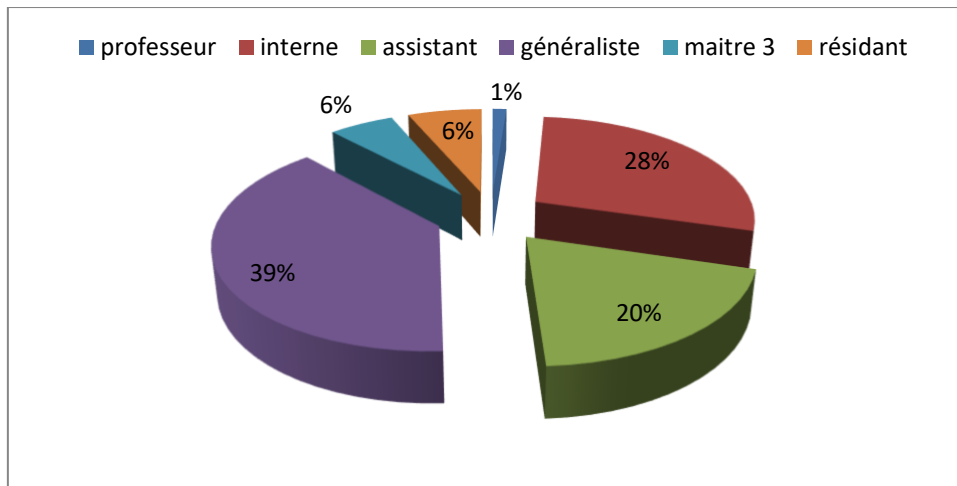


Figure 6: répartition par catégorie professionnelle.

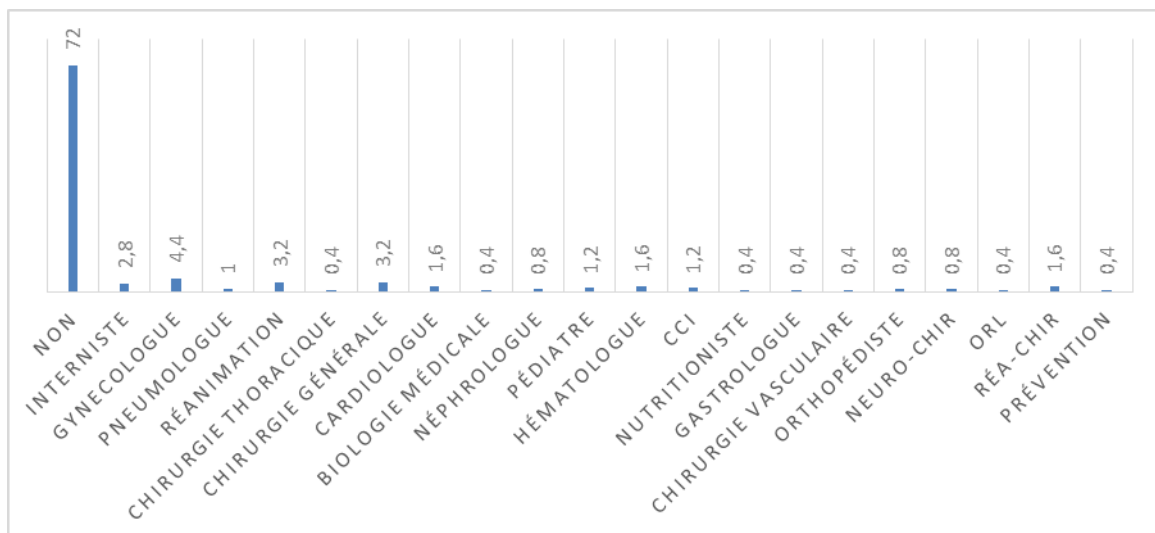


Figure 7: répartition des enquêtés par spécialité.

2.9. Répartition de la population étudiée par ancienneté:

La majorité de la population avait une ancienneté moins de 05 ans (69.6%).

ancienneté	Fréquence	Pourcentage
<5 ans	174	69,6
5–10 ans	47	18,8
10–20 ans	25	10,0
>20 ans	4	1,6
Total	250	100,0

Table 3: répartition de la population étudiée par ancienneté.

2.10. Le temps du travail :

Dans le figure n°08 et le tableau n°04 qui représentent les heures de travail par semaine et le nombre des gardes de nuit par mois respectivement. On remarque que la majorité des répondants travaillés entre 40 et 50 heures par semaine de pourcentage de 62% associé à un travail de nuit de grande fréquence (50%) fait entre 5 et 10 gardes par mois.

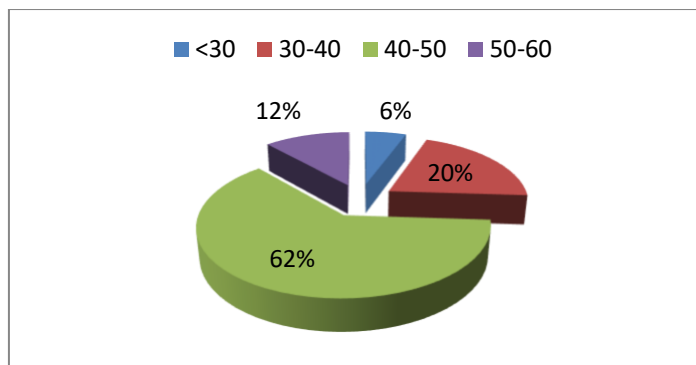


Figure 8: répartition des enquêtés selon le nombre des heures de travail par semaine.

	Fréquence	Pourcentage
<5 gardes	83	33,2
5 à 10 gardes	125	50,0
10 gardes	42	16,8
Total	250	100,0

Table4 : répartition des enquêtés selon le nombre des gardes par mois.

2.11. La répartition selon les établissements :

la diffusion du questionnaire était fait dans les hôpitaux des dairas (Aflou ;kser elhirane ;Belil ; et Laghouat) et on les réparti comme montre le figure suivant avec une grande participation dans l'hôpital mixte de Laghouat de pourcentage de 67%.

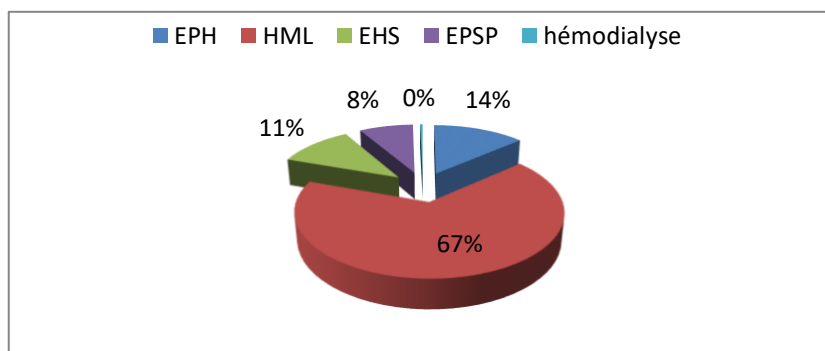


Figure 9: répartition des participants selon l'établissement hospitalier.

2.12. L'information sur le domaine de harcèlement:

90% du participants déclarent qu'ils ne sont pas correctement informés de ce qui du domaine d'harcèlement moral au travail avant de pénétrer le monde du travail.

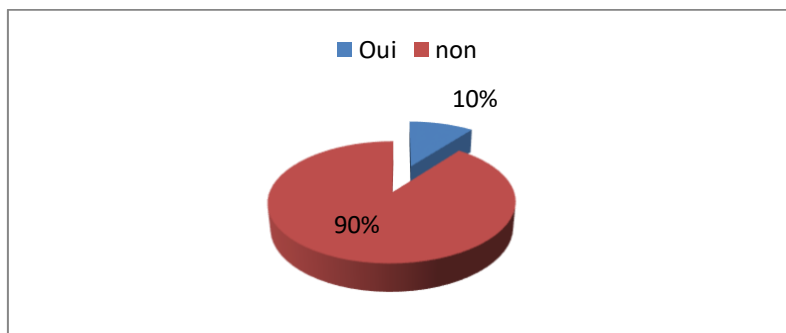


Figure 10: répartition selon l'estimation de l'information sur le harcèlement au travail.

3. Facteurs de protection ou de risque de stress et indicateurs de santé mentale :

La plupart des enquêtés (99 %) étaient insatisfaits à leur travail mais sauf 10% qui ont le courage pour démissionner ; et la plupart des enquêtés (85 %) prend un arrêt de travail de moins de 15 jours. Des symptômes de dépression (trouble du sommeil ; fatigue permanent ; anxiété ; tentative de suicide ; perte de l'appété) était rapportée chez 32,5% cependant 17% seulement consultent à leurs symptômes ; 16% prend un traitement pour soulager leurs symptômes. (Figures 11, 12 13, 14, 15)

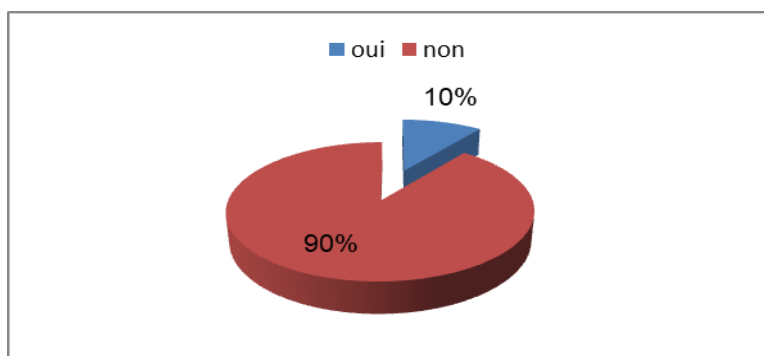


Figure 11: nombre de démissions à cause de harcèlement.

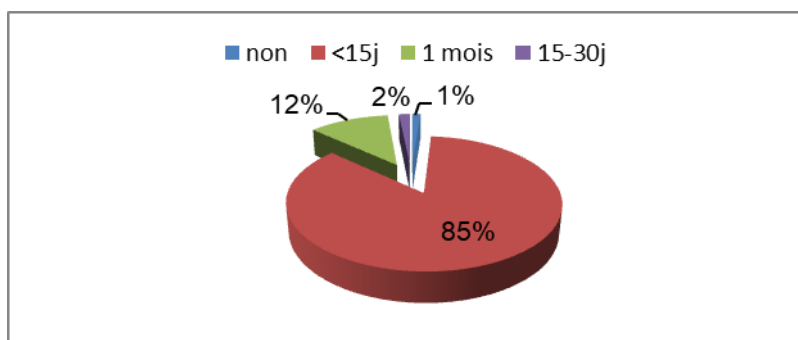


Figure 12: nombre des arrêts de travail à cause de harcèlement.

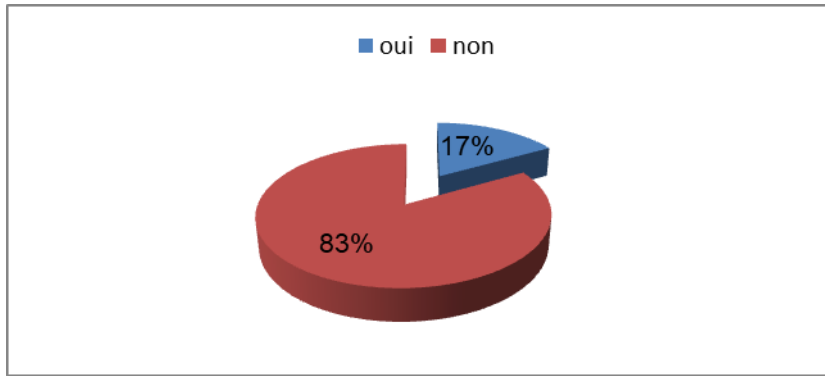


Figure 13: nombre de consultants à cause de symptômes de dépression.

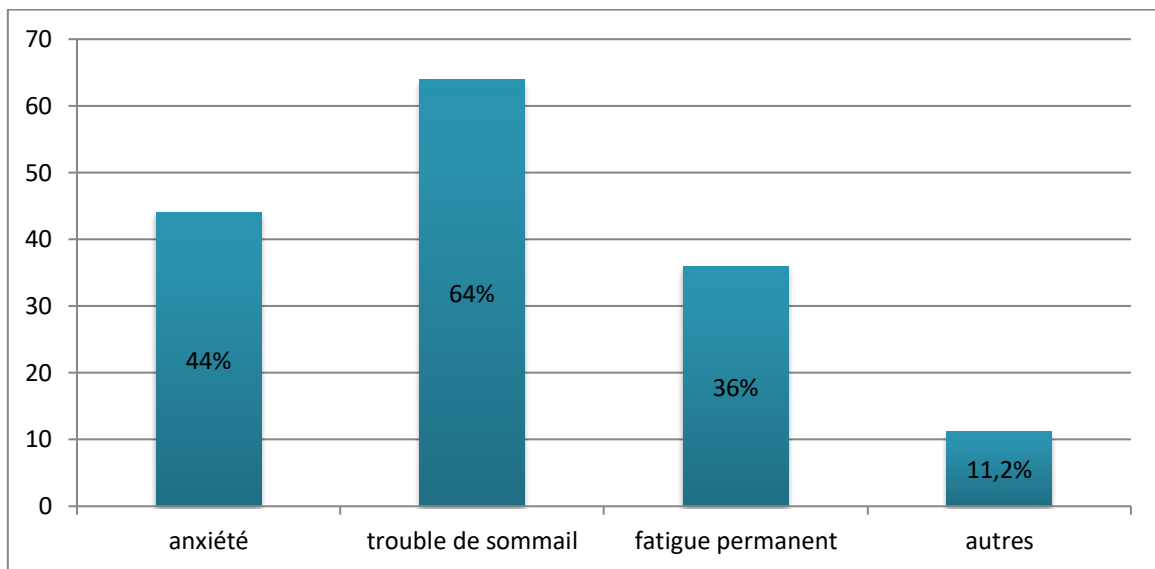


Figure 14: symptômes qui souffrent les médecins.

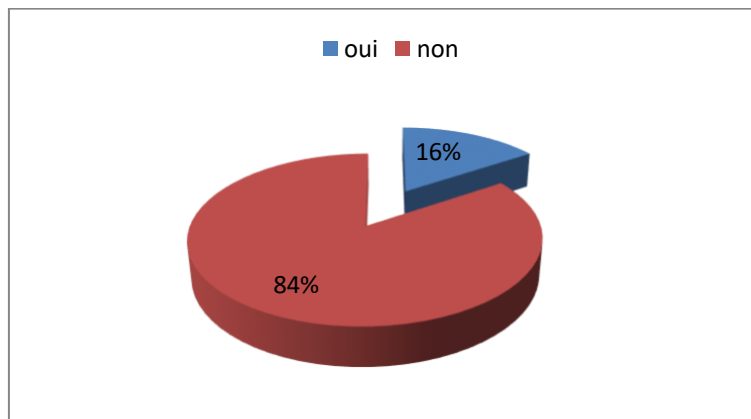


Figure 15: prise de traitement à cause de symptômes de dépression.

4. Description des 45 items du questionnaire LIPT :

Les prévalences d'exposition au cours des douze derniers mois à chacune des situations de Leymann sont présentées dans les tableaux suivant:

Item de l'inventaire	Fréquence	Percentage (%)	dll	Ka2	Sig
01- Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer	160	64,0	01	123,90	0,00
02-Vous êtes constamment interrompu lorsque vous exprimez	40	16,0	01	115,60	0,00
03-D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer	54	21,6	01	80,56	0,00
04-On crie après vous, on vous injurie à haute voix	39	15,6	01	118,33	0,00
05-Critique permanente à propos de votre travail	51	20,4	01	87,61	0,00
06-Critique permanente à propos de votre vie privée	19	7,06	01	179,77	0,00
07-Harcèlement téléphonique	27	10,8	01	153,66	0,00
08-Menaces verbales	42	16,8	01	110,22	0,00
09-Menaces écrites	11	4,4	01	207,93	0,00
10-Regards ou gestes méprisants	55	22,0	01	78,40	0,00
11-On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres	56	22,4	01	76,17	0,00
12-On ne vous adresse pas la parole	29	11,6	01	147,45	0,00
13-On ne veut pas être abordé par vous	24	9,4	01	163,21	0,00
14-On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres	13	5,2	01	200,70	0,00
15-On interdit à vos collègues de vous parler	7	2,8	01	222,78	0,00
16-On fait comme si vous n'existiez pas	31	12,4	01	141,37	0,00
17-On s'adresse à vous seulement par écrit	6	2,4	01	226,57	0,00
18-On ne vous confie aucune tâche, vous n'avez pas de travail	11	4,4	01	207,93	0,00
19-On vous confie des tâches sans intérêt	44	17,6	01	104,97	0,00
20-On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences	27	10,8	01	153,66	0,00
21-On vous donne sans celle de nouvelles tâches	24	9,6	01	163,21	0,00
22-On vous confie des tâches humiliantes	8	3,2	01	219,02	0,00
23-On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences	32	12,8	01	138,38	0,00
24- On dit du mal de vous dans votre dos	65	26,0	01	57,60	0,00
25- On propage des rumeurs fausses sur vous	31	12,4	01	141,37	0,00
26- On vous ridiculise devant les autres	18	7,2	01	183,18	0,00
27-On vous soupçonne d'être psychologiquement malade	6	2,4	01	226,57	0,00
28-On veut vous contraindre à un examen psychiatrique	8	3,2	01	219,02	0,00
29-On se moque d'un handicap que vous avez	5	2,0	01	230,40	0,00
30-On imite votre allure, votre voix et vos gestes afin de vous ridiculiser	14	5,6	01	197,13	0,00
31-On attaque vos opinions politiques ou religieuses	11	4,4	01	207,93	0,00
32-On attaque ou on se moque de vos origines	16	6,4	01	190,09	0,00
33-Vous êtes obligé (e) de mener des travaux qui blessent votre conscience	11	4,4	01	207,93	0,00

34-On juge votre travail de façon injuste et blessante	25	10,0	01	160	0,00
35-On met vos décisions en question	36	14,4	01	126,73	0,00
36-On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants	10	4,0	01	211 ,60	0,00
37-On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles	9	3,6	01	215,29	0,00
38-On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé	31	12,4	01	141,37	0,00
39-Malgré votre mauvaise santé, vous êtes obligé (e) de faire un travail nuisible à votre santé	35	14,0	01	129,60	0,00
40-On vous menace de violences corporelles	4	1,6	01	234,25	0,00
41-On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement	9	3,6	01	215,29	0,00
42-Vous êtes physiquement maltraité(e)	11	4,4	01	207,93	0,00
43-Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire	2	0,8	01	242,06	0,00
44-Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail.	6	2,4	01	226,57	0,00
45-On en vient à des agressions sexuelles envers vous	3	1,2	01	238,14	0,00

(Ka2) tabulé =3, 84.

Table5 : la prévalence de 45 items de questionnaire LIPT (n=250).

Presque la totalité des médecins ayant répondu à l'enquête ont rapporté une situation de harcèlement (près de 83%).

Le harcèlement lié aux relations de travail à la prévalence la plus élevée, suivi par les attaques sur la personne et la modification des tâches professionnelles. La situation de harcèlement la moins rapportée était celle sur les violences et les menaces de violences.

Sur les 45 situations (tableau 05), les 10 situations de harcèlement majoritairement rapportées sont les suivantes (de la plus fréquente à la moins fréquente) :

- 01- Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer 64%
- 24- On dit du mal de vous dans votre dos 26%
- 11-On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres 22.4%
- 10-Regards ou gestes méprisants 22%
- 03-D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer 21.6%
- 05-Critique permanente à propos de votre travail 20.4%
- 19-On vous confie des tâches sans intérêt 17.6%
- 08-Menaces verbales 16.8%
- 02-Vous êtes constamment interrompu lorsque vous exprimez 16%
- 04-On crie après vous, on vous injurie à haute voix 15.6%

5. Indicateurs de la violence psychologique:

5.1. Fréquence, durée et permanence du harcèlement:

La fréquence d'exposition à au moins une situation était de 82,8 % (207). La fréquence d'exposition était rarement chez 45%. 15,2% des médecins rapportait aussi que la situation de harcèlement persistait encore au moment de l'enquête. La durée moyenne d'exposition était supérieure à un an chez 18 % des enquêtés.

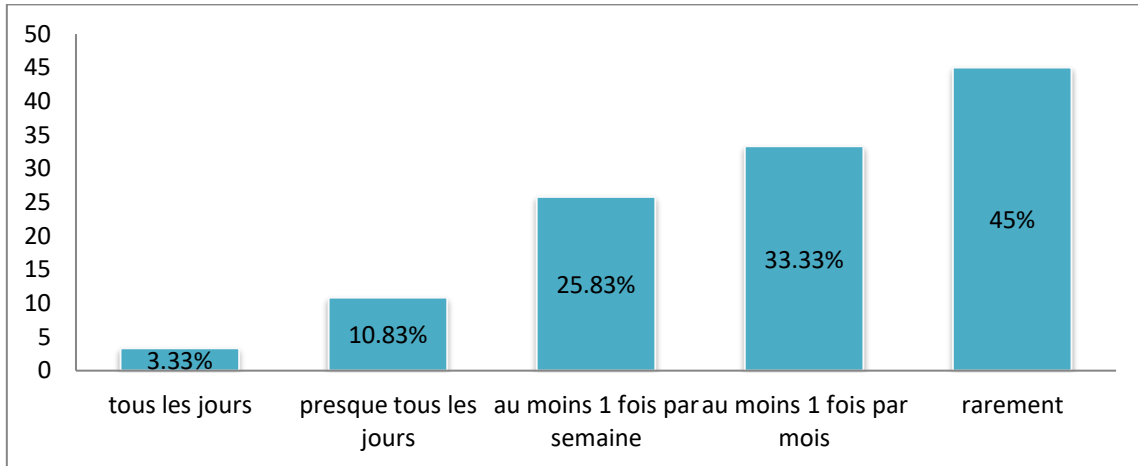


Figure 16: répartition selon la fréquence de harcèlement (n=120).

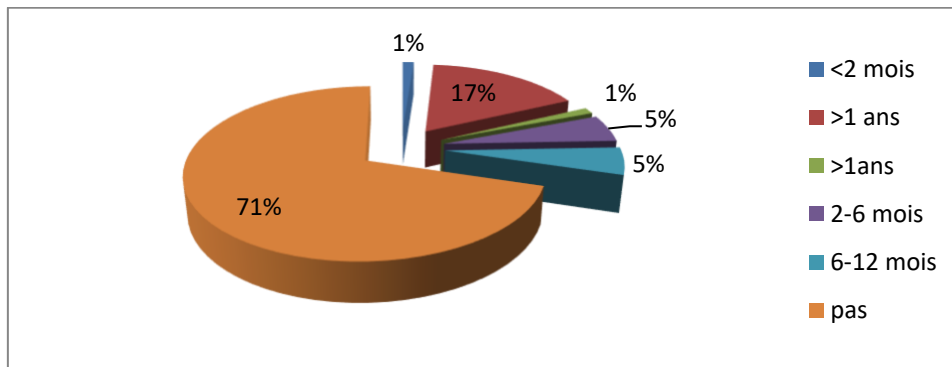


Figure 17: répartition selon la durée de confortement au harcèlement.

5.2. L'auteur de harcèlement:

Le harcèlement horizontal, venant des collègues, était rapporté par 37 %. Le harcèlement vertical ascendant, venant du supérieur hiérarchique, était rapporté par 54%. Les auteurs des violences étaient majoritairement de sexe féminin dans 39,34% des cas, et ils étaient uniquement de sexe masculin dans 31,15% des cas. Les auteurs des violences appartenaient aux deux sexes dans 29,51 % des cas. Le nombre moyen des auteurs des violences était déclaré chez 12% que sont plusieurs personnes. (Figure 18, 19)

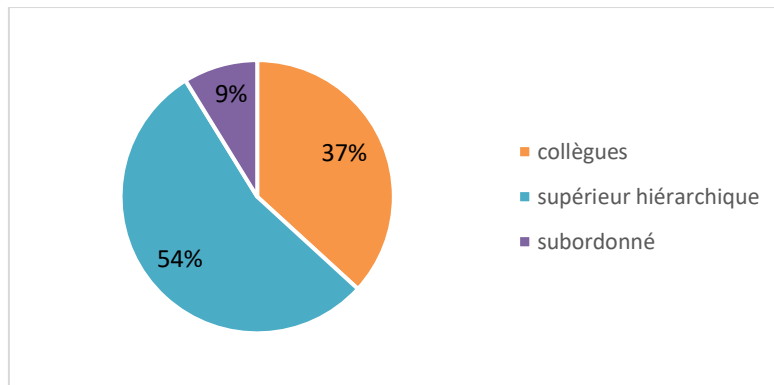


Figure 18: la position hiérarchique des auteurs de harcèlement (n=125).

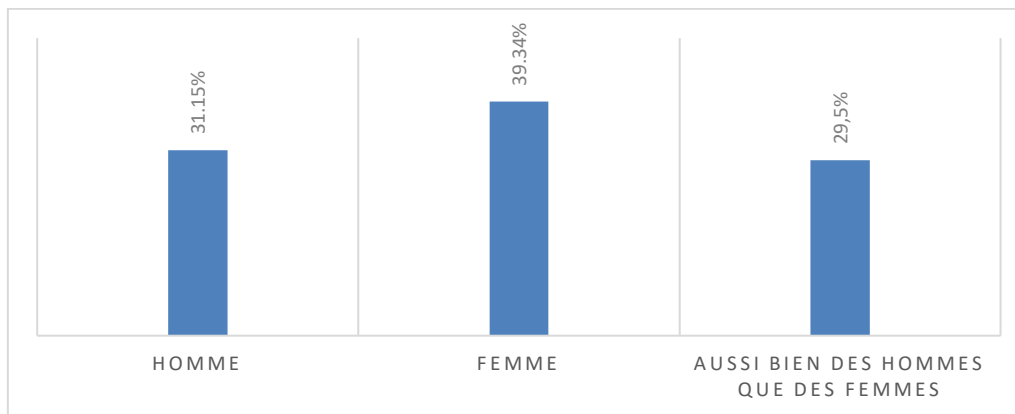


Figure 19: le sexe de harceleur (n=122).

5.3. Les personnes soutenant les victimes de la violence psychologique:

La demande de soutien était adressée par 27,2% aux collègues. La demande auprès d'autres personnes était moindre et concernait, par ordre de fréquence décroissante, les membres de la famille ou les parents (14,4%); les supérieurs hiérarchiques (13%), les amis et les connaissances en dehors de l'hôpital (7.2%) et alors que 4% n'en avaient pas besoin. (Tableau 06)

	Fréquence	Pourcentage(%)	dII	Ka2	Sig
1- Collègue	68	27,2	01	51,98	0,00
2-Supérieur	32	13	01	137,45	0,00
3- Responsable du personnel/des ressources humaines	6	2,4	01	226,57	0,00
4- Représentant du personnel, militant syndical	1	0,4	01	246,01	0,00
5- Inspection du travail, prud'hommes, avocat	1	0,4	01	246,01	0,00
6- Médecin du travail	6	2,4	01	226,57	0,00
7- Autre médecin	11	4,4	01	207,93	0,00
8- Assistante sociale, infirmière	1	0,4	01	246,01	0,00
9- Amis ou connaissances en dehors de l'entreprise	18	7,2	01	183,18	0,00
10-Membres de la famille, parents	37	14,8	01	123,90	0,00
11- Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je l'aurais souhaité	8	3,2	01	219,02	0,00
12- Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je n'en avais pas	10	4,0	01	211,60	0,00

besoin.					
---------	--	--	--	--	--

(Ka2) tabulé =3,84

Table6 : les personnes soutenant les victimes de la violence psychologique.

5.4. Causes possible de harcèlement:

Les 250 médecins enquêtés attribuent les comportements hostiles à leur rencontre par ordre de fréquence décroissant à: une mauvaise organisation du travail (21,6%) et une mauvaise ambiance générale au travail (16,80%), l'envie et la jalousie (14,40%), des problèmes de management et d'encadrement (13,20%).mais 5,6% des médecins ne savent pas ce qui en est la cause de harcèlement.(tableau 07)

	Fréquence	Pourcentage(%)	dll	Ka2	Sig
1- A une mauvaise ambiance générale au travail	42	16,8	01	110,22	0,00
2- A une mauvaise organisation du travail	54	21,6	01	80,56	0,00
3- A des problèmes de management, d'encadrement	33	13,2	01	135,42	0,00
4- A des problèmes de compétition entre les gens	15	6,0	01	193,60	0,00
5- A l'envie, la jalousie	36	14,4	01	126,73	0,00
6- A un conflit ou un différend non résolu au travail	11	4,4	01	207,93	0,00
7- Parce que l'on veut me faire partir de l'entreprise	11	4,4	01	207,93	0,00
8- Parce que je suis différent(e) des autres à cause de mon âge, sexe, nationalité, ou handicap	8	3,2	01	219,02	0,00
9- ne sait pas	14	5,6	01	197,13	0,00

(Ka2) tabulé =3,84

Table7 : les causes de la violence psychologique selon les victimes.

5.5. Se considérer comme harcelé ou témoin de harcèlement:

Après lecture de la définition du harcèlement moral présentée en fin de questionnaire, 37,2% (93) des médecins considéraient avoir fait l'objet de violence psychologique au travail.

Pour rappel, la majorité des médecins (82,8%) ayant répondu à l'enquête ont rapporté une situation de harcèlement.

Enfin, Les témoins de violence psychologique sur autrui sur le lieu du travail représentaient 57%(107). Selon les témoins de violence psychologique sur autrui sur le lieu du travail, les cibles de violence sont représentées principalement par les médecins en formation (internes) et les généralistes. (Tableau 08)

	Fréquence	Pourcentage	dll	Ka2	Sig
En utilisant la définition, considérez-vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois?			01	16,38	0,00
1-oui	93	37,2%			

2-non	157	62,8%			
En utilisant également la définition précédente, pensez-vous avoir été témoin de violence psychologique envers une autre personne sur votre lieu de travail au cours de au cours de 12 derniers mois?			01	5,18	0,023
1-oui	143	57%			
2-non	107	43%			

Table 8: se considérer comme harcelé ou témoin de harcèlement.

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

82,8% (207) des médecins rapportent au moins une situation de harcèlement. Parmi eux 148(71,5%) sont des femmes et 59(28,5%) sont des hommes.

On basant sur la définition mentionnée dans l'inventaire de LIPT qui définit la violence psychologique comme: « 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, pendant une longue période de temps ». 37.2% des médecins considèrent que fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois.

Alors que, selon la définition de Leymann, la prévalence de l'exposition à la violence psychologique est de 15.2% de l'ensemble des 250 médecins ayant répondu à l'enquête.

II. Analyse bi varié :

1. la prévalence de Harcèlement moral suivant la définition de Leymann:

Leymann définit l'exposition à la violence psychologique par le fait d'être exposé à au moins une des 45 situations, au moins une fois par semaine, et pendant au moins six mois. Selon cette définition, la prévalence de la violence psychologique est de 15,2 %(n=38) de l'ensemble des 250 médecins ayant répondu à l'enquête.

2. Etude analytique de la violence psychologique selon la définition de Leymann:

2.1. Association entre caractéristiques sociodémographiques et violence psychologique :

On n'a pas noté de différence significative entre les hommes et les femmes dans l'exposition à la violence. La prévalence de la violence psychologique était plus élevée chez les médecins en formation et les jeunes généralistes. L'ancienneté professionnelle moyenne des sujets exposés était moins élevée que celle des non exposés.

	Total (n = 250) /n (%)	Exposé (n = 38) /n (%)	Non exposé (n = 212) /n (%)	P
Sexe				
Femme	174(69.6%)	20(52.63%)	154(72.64%)	0.6
Homme	76(30.4%)	18(47.37%)	58(27.36%)	
Age en années				
>30	126(50.4%)	14(36.84%)	112(52.83%)	0.4
<30	124(49.6)	24(63.16%)	100(47.17%)	
Statut matrimonial				
célibataire	145(58%)	30(78.95%)	115(54.2%)	
marié	105(42%)	8(21%)	97(45.75%)	
Distance entre lieu de travail et domicile				
<50km	132(53%)	20(52.6%)	112(52.8%)	
50-100km	11(4%)	2(5.26%)	9(4.25%)	
>100km	107(43%)	16(42.1%)	91(42.9%)	
Catégorie professionnelle				
Interne	71(28.4%)	19(50%)	52(24.53%)	N.A
Généraliste	97(38.8%)	10(26.32%)	87(41.04%)	N.A
Résidant	16(6.4%)	3(7.89%)	13(6.13%)	N.A
Assistant	49(19.6%)	6(8.4.2%)	43(20.28%)	N.A
Maître assistant	18(7.2%)	0(0.00%)	18(8.5%)	N.A
Ancienneté (<5ans)	174(69.6%)	30(78.9%)	144(67.92%)	N.A

Table 9: association entre caractéristiques sociales et professionnelles et violence psychologique selon leymann.

2.2. Association entre facteur de protection ou de risque de stress, indicateurs de santé mentale et violence psychologique:

63% de victimes avaient un trouble de sommeil, 68.4% un fatigue permanent, 60.5% une anxiété et 29% entre eux déclaraient d'autres symptômes. Ainsi qu'une seule tentative de suicide était déclarée. Seulement 15.8% des victimes ont été consulte pour ces symptômes. La consommation

des psychotropes pour dépression, troubles anxieux ou autres affections mentales aux cours des douze derniers mois était rapportée chez 13.2% des patients.

En plus, l'arrêt de travail est noté chez 18.42% des victimes, et seul 10.52% d'entre eux qui quittent leurs postes de travail.

2.3. Association entre autres indicateurs de violence psychologique et violence psychologique Selon Leymann :

Les niveaux de harcèlement sont par ordre de fréquence décroissante le harcèlement vertical ascendant venant de la hiérarchie et le harcèlement horizontal venant des collègues. Le harcèlement par les hommes uniquement ou par les deux sexes est plus important chez les exposés à la violence. Le nombre de témoins de violence psychologique sur autrui sur le lieu du travail était significativement plus élevé chez les exposés à la violence. Ainsi que 71% des exposés ont signalé que sont confrontés actuellement au harcèlement moral.

	Total (n = 250) /n (%)	Exposés (n = 38) /n (%)	Non exposés (n = 212) /n (%)	P
Confrontation actuelle				
Oui	38(15.2%)	27(71%)	11(5.19%)	N.A
Non, antérieurement meme emploi	41(16.4%)	6(15.79%)	35(16.51%)	N.A
Non, antérieurement autre emploi	32(12.8%)	4(10.53%)	28(13.21%)	N.A
Niveaux du harcèlement				
Horizontal	46(18.4%)	23(60.53%)	23(10.85%)	0.2
Vertical	79(22.8%)	14(36.84%)	65(31%)	
Sexe des harceleurs				
Hommes	38(15.2%)	24(63.16%)	14(6.6%)	N.A
Femmes	48(19.2%)	12(31.58%)	36(16.98%)	N.A
Hommes et femmes	36(14.4%)	6(15.78%)	30(14.15%)	N.A
Témoin de violence				
Oui	134(57.2%)	34(89.47%)	100(47.16%)	0.003
Non	107(42.8%)	4(10.5%)	103(48.58%)	

Table10 : association entre autres indicateurs de la violence psychologique et la violence psychologique chez les exposés selon la définition de leymann.

CHAPITRE IV: 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.

1. Taux de réponse:

Dans notre enquête, le taux de réponse était de 62,5%. Ce taux est très satisfaisant et rejoint la plupart des études que nous avons consultées.

étude		effectif	Taux de réponse
Notre étude		250	61.5%
Etudes nationales	Idiri.O [1] CHU Tizi Ouzou 2021	124	85%
	Hachelafi.H [20] Oran 2022	1058	98.4%
Etudes internationales	Elghazouani.F [19] Maroc, CHU de Fès 2017	130	43.3%
	Brunel [4] France 2022	233	39.5%

Table11 : comparaison entre l'effectif et le taux de réponse selon les différentes études.

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée:

Nous avons comparé le profil de nos répondus à celui d'autres études menées dans différents pays, notamment en Maroc (Elghazouani, 2017)[19], France (Brunel, 2022)[4] et en Algérie (Idiri, 2021. Hachelafi, 2021/2022).

Dans notre étude, la prédominance était féminine à 70 % avec sexe ration H/F de 0,43. Ce résultat se concorde avec l'étude d'Elghazouani[19], Brunel[4], Morgan Messiaen[36], Idiri[1], Hachelafi[20]. Cette majorité féminine dans l'échantillon est cohérente avec la réalité de terrain, ou les femmes sont très largement représentées dans le secteur de la santé publique.

L'âge moyen de notre répondus était compris entre 20 et 30 ans, il rejoint celui de l'étude de Elghazouani, Morgan Messiaen.

étude		effectif	sexe	âge
Notre étude		250	Prédominance F 70%	20-30 ans: 50%
Etudes nationales	Idiri CHU tizi ouzou 2021	124	Prédominance F 61.3%	Age moyen 34.6 ans
	Hachelafi Oran 2022	1058	Prédominance F 70.9	Age moyen 38 ans
Etudes internationales	Morgan Messiaen France 2022	2003	Prédominance F 72%	Age moyen 26 ans
	Brunel France 2022	233	Prédominance F 70.6%	
	Elgazouani Maroc 20217	130	Prédominance F	Age moyen 28.9 ans +/- 3.2%

Table12 : caractéristiques sociodémographiques des différentes études sur le harcèlement moral.

3. caractéristiques de harcèlement moral:

3.1. Prévalence de harcèlement moral:

Ce travail a permis d'estimer la prévalence de la violence psychologique chez les médecins des hôpitaux de Laghouat selon trois définitions : la première définition, celle de Leymann, a conduit à une prévalence de (15.2%). la deuxième définition celle qui est basée sur la déclaration d'exposition au harcèlement moral à une prévalence de(37.2%). la troisième définition celle qui est basée sur la déclaration d'exposition à au moins une des 45 situations de l'inventaire de Leymann a fourni une prévalence de (83%).

Les résultats de notre étude sont corroborés à celles des études faites à l'échelle nationale (Hamid Hachelafi, 2022)[20] à une prévalence de 16.7%, et internationale (Brunel, 2022)[4] à une prévalence de 11.2% et celle de l'enquête annuelle Quality of Work Index en Europe qui montrent que la prévalence du harcèlement moral au travail est passée de 12,4% en 2014 à 18,1% en 2018 (Sischka et al, 2018)[37].

Une étude menée en Algérie (Idiri,Tizi Ouzou) en 2021[1], a montré une prévalence de 45.16%.en Maroc l'étude de Elghazouani[19] mené en 2017 a montré une prévalence de 34.2%. La différence significative entre les résultats de ces enquêtes et celle de notre étude fait que la population étudiée dans ces deux enquêtes est que concernent tous la personnel de santé (médecins et paramédicaux), tandis que notre enquête concerne seulement les médecins. Ces résultats élevés confirment la surreprésentation de harcèlement moral chez le corps paramédical.

étude	auteur	année	pays	résultats		
				Prévalence de harcèlement moral selon leymann	Prévalence de harcèlement déclaré	Prévalence d'exposition a au moins une situation de leymann
Notre étude		2024	Algérie (laghouat)	15.2%	37.2%	83%
Brunel[4]	Brunel marie	2022	France	11.6%	19.1%	55%
Elghazouani[19]	Elghazouani fatima	2017	Maroc (Fès)	34.2%		61.5%
IDIRI.O[1]	Idiri Ouahiba	2021	Algérie (Tizi Ouzou)	45.16%	54.03%	70%
HACHELAFI.H[20]	Hamid hachelafi	2022	Algérie (Oran)	16.7%		

Table 13: comparaison entre la fréquence de la violence psychologique entre les différentes études.

3.2. La prévalence de la violence psychologique selon les caractéristiques socioprofessionnelles:

a. sexe:

Dans notre étude on n'a pas constaté de différence significative entre les deux sexes ce qui accord avec les résultats de l'étude menée au Maroc (Elghazouani, 2017)[19] et celle menée en Algérie (Tizi Ouzou, 2021)[1], qui peut s'expliquer par l'absence des inégalités entre hommes et femmes dans leurs positions, dans la hiérarchie professionnelle ou dans les rôles qui leur sont assignée dans les hôpitaux de la wilaya de Laghouat. Mais ce résultat était en discordance avec la majorité des études qui ont trouvé que le sexe féminin paraît être plus exposé à la violence de façon générale (Hachelafi[20], Brunel[4], Morgan Messian [36]) qui confirment que les femmes étaient majoritairement exposées aux violence psychologiques.

étude		Relation entre le sexe et la violence psychologique
Notre étude		Pas de différence significative entre les deux sexes
Etudes nationales	Idiri chu de Tizi Ouzou 2021	Pas de différence significative entre les deux sexes
	Hachelafi Oran 2021	Les femmes sont plus exposées que les hommes
Etudes internationales	Morgan France 2020	Les femmes sont plus exposées que les hommes
	Brunel France 2022	Les femmes sont les principales victimes de harcèlement
	Elghazouani Maroc 2017	Pas de différence significative entre les deux sexes

Table 14: relation entre le sexe et le harcèlement moral dans les différentes études.

b. Age et ancienneté:

Concernant l'âge et l'ancienneté, la prévalence de la violence psychologique augmente chez les jeunes médecins et les moins anciens, 63.16% des médecins harcelés selon Leymann ont un âge inférieur à 30 ans et 78.9% ont une ancienneté inférieure à 5 ans. Ces résultats sont en accord avec celle d'Elghazouani, 2017 faite sur les personnels de santé de CHU de Fès (Maroc)[19].mais ces résultats ne sont pas en accord avec les études de littérateurs faites dans la population générale de salarié ou le harcèlement concerne davantage la tranche d'âge des 40 à 50 ans et de ceux qui ont une ancienneté de plus de cinq ans. Nous soulignons que dans notre enquête, portant sur une population spécifique, les jeunes ont une moindre ancienneté et une position hiérarchique inférieur par rapport au personnel médical plus âgé. Les différences de prévalence d'exposition à la violence observées entre les jeunes les moins anciens d'une part et les plus âgés les plus anciens d'autre part, peuvent s'expliquer au moins en partie par des inégalités entre eux, du fait de leur statut professionnel, en particulier dans les positions et les rôles respectifs dans la hiérarchie professionnelle.

3.3. Association entre factures de protection, indicateurs de santé mentale et la violence psychologique:

Notre étude a montré que l'exposition à la violence psychologique mesurée par le LIPT, était positivement associée à des symptômes dépressifs, à des troubles de sommeil chez 63% des exposés, à des anxiétés chez 60.5%, à de fatigue permanent chez 68.4% des cas avec notion une notion d'idée suicidaire chez un des victimes de violence psychologique, des troubles de conduites alimentaires et addictives était également déclarés. Ces résultats sont en accord avec les études de littératures faites dans la population générale des travailleurs (Niedhammer et al, 2006)[24], et avec celle qui sont faites dans les structures sanitaires (Elghazouani 2017)[19], (Idiri Ouahiba, Tizi Ouzou 2021)[1] et celle de Hamid Hachelafi (Algerie,Oran, 2021)[17].malgré ces signes alarmants on note que15.8% de harcelés qui tourner vers un médecin pour consulter et seul 13.2% d'entre eux qui prisent un traitement médicamenteuse. Ces résultats sont en accord avec celles retrouvés par l'enquête marocain Elghazouani (Maroc, 2017)[19].

Le personnel de santé consulte rarement pour ses problèmes de santé, cet acte est lui-même un indicateur du degré de souffrance subi, puisque les victimes ont déclaré que le motif de leur consultation relevait de leur malaise au travail. Les troubles de sommeil sont les signes annonciateurs du déséquilibre psychique des victimes. La dépression installée peut faire le lit de maladies associées ,telles que les maladies cardio-vasculaires. Ce risque est d'autant plus grand que la durée d'exposition aux hostilités est prolongée.

En plus, la plupart de victimes (71%) continuent à être harcelées au moment de l'enquêtées. Ces résultat étaient en cohérent avec ceux de Elghazouani (Maroc, 2017)[19] et Idiri (Algerie, 2021)[1].malgré la persistance des comportements d'hostilités envers eux, on note que 18.42% de victimes[qui prenait un arrêt de travail et que 10.5%qui quittent leurs postes. Ces résultats peuvent être expliqués par Les pertes financières suites aux arrêts de travail qui aggravent le préjudice ressenti. Alors que la démission est souhaitée, mais elle n'est pas effective à cause, des contraintes financières et l'impossibilité de récupérer un second poste dans la fonction publique.

étude	Confrontation actuel au harcèlement	Arrêt de travail	démission	Prise de psychotopie
Notre étude	71%	18.42%	10.5%	13.2%
Idiri (Algérie, Tizi Ouzou, 2021)	39.51%			
Hamid Hachelafi (Algérie, Oran, 2021)		20%	06%	
Elghazouani (Maroc, Fes, 2017)	78.9%	20%		17.9%

Table15 : comparaison entre les indicateurs de protection entre les différentes études.

3.4. Caractéristiques de la violence psychologique:

a. L'auteur de harcèlement moral:

Cette étude a montré que les collègues étaient les principaux auteurs de la violence psychologique à une prévalence de 60.65%, aussi bien les hommes (63.16%) que les femmes. Ces résultats sont confondus avec ceux d'étude de Idiri (Algérie, Tizi ouzou,2021)[1], mais ne sont pas corroborés avec la plupart des études qui confirment le caractère majoritaire de la forme verticale descendant de harcèlement comparée à la forme horizontale ou mixte[4] [19] [17].(tableau 17)

étude	Type de harcèlement(%)	Sexe de harceleur(%)
Notre étude	Horizontal: 60.53% Vertical:36.84%	Homme: 63.16% Femme:31.58%
Idiri (algerie, 2021)[1]	Horizontal:55.17% Vertical:41.38%	Homme:22.19% Femme:19.54%
Elghazouani (maroc ,2017)[19]	Horizontal:00% Vertical:100%	Homme:28.6% Femme:25%
Burnel (France, 2022)[4]	Horizontal:10% Vertical:90%	Homme:28% Femme:33%

Table 16: comparaison entre le type de harcèlement, sexe de harceleur entre les différentes études.

b. personnes ressources:

Par ailleurs, et dans le but de recherche du soutien, la victime s'adressait aux collègues et aux membres de famille, et préférait ne pas dénoncer la violence auprès de responsable du personnel ou des ressources humaines ou des autorités comme les syndicats ou l'inspection de travail que en des cas rares. 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 à l'échelle nationale (Idiri Ouahiba, Tizi Ouzou, 2021)[1] et internationale (brunel,2022[4].Carter et al, 2013[38]) 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 règlementaires.

c. circonstances et causes probables de harcèlement moral:

Dans notre étude la mauvaise organisation du travail (21.6%) et les problèmes de management et d'encadrement (13.2%) ont été majoritairement rapportés comme cause de harcèlement. Ce résultat est corroboré par plusieurs études«(elghazouani,maroc,2017)[19],(Idiri,algerie,2021)[1] et (Brunel, France, 2022)[4]».

étude	Cause de harcèlement		
	Mauvaise organisation du travail	Trouble de management et d'encadrement	Mauvaise ambiance générale au travail
Notre étude	21.6%	13.2%	16%
Idiri (Algérie, Tizi Ouzou, 2021)	21%	16%	25%
Elghazouani (Maroc, Fès, 2017)	+++++	+++++	++++
Brunel (France, 2022)	12.6%	19.7%	25.2%

Table 17: comparaison de cause de harcèlement entre les différentes études.

d. Types de Situations de harcèlement:

Les agissements hostiles les plus identifiées portant sur l'empêchement de la personne harcelée de s'exprimer, comme lui interdire de parler(64%),ou l'ignorer en s'adressant exclusivement aux autres (22.4%), ou encore des regards ou gestes méprisants(22%) et la critiquer en permanence à propos de son travail (20%). Puis en second lieu par des agissements visant à déconsidérer la personne auprès des collègues en disant mal de son insu (26%), en mettant ses décisions en question(14.4%) et en jugeant son travail de façon injuste et blessante(10%).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 ou combien précieuse. Ces résultats sont corroborés par plusieurs études à l'échelle nationale (Idiri, Tizi Ouzou, 2021)[1] et internationale (Elghazouani, Maroc, 2017)[19] et Brunel (France, 2022)[4].

e. témoignage de harcèlement sur le lieu de travail:

En outre, plus de 89% des exposés à la violence psychologique ont été témoins de violence envers autrui sur le lieu de travail, ces résultats étaient en accord avec ceux de plusieurs études (elghazouani, maroc, 2017. Idiri, Algérie, 2021), des travaux ont rapporté les effets négatifs de harcèlement, non seulement pour les personnes cibles, mais aussi pour les témoins qui vivent une détresse psychologique plus élevée.

	auteur	année	pays	résultats
Notre étude		2024	Algérie (Laghouat)	89%
Idiri[1]	Ouahiba Idiri	2021	Algérie (Tizi Ouzou)	94%
Elghazouani[19]	Fatima Elghazouani	2017	Maroc (Fès)	52.6%

Table 18:comparaison de prévalence de témoignage de harcèlement sur autrui sur le lieu de travail entre les différentes études.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les forces de l'étude:

- Le manque de littérature sur le harcèlement moral des médecins en Algérie précisément la wilaya de Laghouat est la principale force de notre étude et vient justifier à elle seule son intérêt.
- Notre étude a été réalisée auprès de 250 médecins, avec une grande variabilité de ses grades et ses spécialités.
- La multiplicité des méthodes de diffusion du questionnaire y compris dans les environs de la wilaya a permis d'obtenir ce taux de réponses important à l'aide des amis ; les collègues ; les chefs services.
- Le choix d'un questionnaire anonyme était pertinent dans ce contexte. En effet, que les violences psychologiques sont peu signalées du fait de la peur des conséquences sur la carrière. L'anonymat permet ici de rassurer les médecins répondants au questionnaire et de limiter la sous-déclaration des violences psychologiques.
- Le questionnaire de Leymann a été peu remanié, sa version française validée nous permet de garantir l'efficacité de cet outil utilisé en médecine du travail.

Les limites de l'étude:

La population étudiée dans le cadre de cette recherche concerne les personnes estimant avoir subi du harcèlement moral. Il a été décidé que le harcèlement moral ne doit pas être acté et jugé. Étant donné que le sujet est complexe et que la population étudiée est bien spécifique (les médecins exclusivement), il aurait été difficile d'identifier des soignants où le harcèlement moral est validé.

La négligence (100 exemplaires du questionnaire ont été perdus) et le refus de certains médecins de répondre au questionnaire, ce qui s'explique par le manque culturel d'expression de la persécution qui leur arrive dans les hôpitaux .

Finalement, un biais de mémoire ou de rappel pourrait affecter les résultats et sous-évaluer les données, étant donné que cette recherche est rétrospective et requiert du participant qu'il se souvienne des événements survenus au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, cette méthode de collecte était indispensable.

Perspectives:

1. Prévenir:

L'intérêt de la prévention paraît ainsi indélébile. L'employeur devra prendre toutes les mesures requises pour préserver la santé des travailleurs. Notamment l'examen, dans les conditions de travail, de tout ce qui peut favoriser l'apparition de comportements inappropriés, dans le but de les neutraliser. En effet, les patients présumés Harcelés ayant une évolution favorable sont ceux qui ont été le moins longtemps exposés. Le cadre juridique fait par ailleurs respecter le droit à la dignité du travailleur et oblige l'employeur à prendre les mesures appropriées pour préserver ce droit. Cet apport législatif a été octroyé par les dispositions de l'article 06-2 de loi N-90-11 relative aux relations de travail de code de travail algérien «dans le cadre de la relation de travail les travailleurs ont également le droit au respect de leur intégrité physique et moral et de leur dignité ».

2. Informer, éduquer, former:

Il est essentiel d'informer les professionnels de santé sur tous les aspects relatifs au harcèlement moral, afin de les sensibiliser, de prévenir ces situations et de mieux accompagner les victimes.

3. Dénoncer:

- ✓ Rendre systématique la dénonciation des abus: il est crucial de créer un environnement où les professionnels de santé se sentent en sécurité pour signaler les abus sans crainte de représailles.
- ✓ Minimiser la crainte des représailles en garantissant l'anonymat: mettre en place des mécanismes permettant aux victimes et aux témoins de signaler anonymement les faits de harcèlement moral peut réduire la peur des représailles.
- ✓ Faciliter la dénonciation des abus auprès d'instances neutres et compétentes: établir des procédures claires permettant aux victimes et témoins de s'adresser à des organismes indépendants assure une prise en charge objective des plaintes. Ces procédures doivent garantir que les paroles des victimes sont entendues sans minimisation ni culpabilisation.

4. Réprimer:

- ✓ Les textes réprimant le harcèlement moral doivent être clairement affichés sur les lieux de travail.
- ✓ La loi protège les personnes victimes ou témoins du harcèlement moral. Ces derniers ne peuvent pas être sanctionnés par l'employeur à la suite de leur acte de dénonciation.
- ✓ Créer des protocoles réactifs avec des règles et sanctions définies: il est important d'élaborer des protocoles précis pour traiter rapidement les cas de harcèlement moral. Ces protocoles doivent inclure des règles claires et des sanctions appropriées en cas de confirmation des faits. L'employeur a l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire cesser le harcèlement moral.
- ✓ Sanction disciplinaire : L'employeur doit prévoir des sanctions disciplinaires à l'encontre de tout salarié ayant commis des agissements de harcèlement moral .
- ✓ Sanction civile : Devant la section sociale du tribunal de première instance, l'auteur de harcèlement moral devra verser à sa victime des sommes d'argent au titre des dommages et intérêts.

6. Accompagner:

- ✓ L'instauration d'une procédure de prise en charge au niveau des structures de sante semble être nécessaire. Elle sera assurée par le médecin du travail, le psychologue du travail, l'assistance sociale et si nécessaire le psychiatre. Pour cela, on doit inclure une consultation « violence psychologique » dans l'activité des services de médecine du travail après formation des médecins et des psychologues du travail sur la violence et l'accompagnement psychologique des victimes.
- ✓ La prise en charge médicale et psychothérapeutique des victimes sont recommandées.

7. Recommandations aux autorités supérieures:

- ✓ il faut étudier la possibilité de classer les troubles psychopathologiques causés par le harcèlement moral sur le lieu de travail dans le tableau des maladies professionnelles algérien, notamment dans le groupe N°03 "**maladies résultant d'ambiance et attitude de travail**".
- ✓ il convient de procéder à une révision normative du code du travail algérien en vue d'y intégrer expressément une disposition prohibant le harcèlement moral sur le lieu de travail, conformément aux principes de protection de la dignité au travail.
- ✓ il est recommandé d'ajouter une disposition dans le code pénal algérien pour interdire le harcèlement moral sur le lieu de travail, en prévoyant des sanctions pour les auteurs de harcèlement.

Conclusion:

Cet enquête a permis de dresser un premier état des lieux de la violence psychologique chez les médecins de structure publique de la wilaya de Laghouat, 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.

Le harcèlement moral au travail paraît, par sa prévalence, envahir le milieu hospitalier et hospitalo-universitaire. Et les jeunes médecins constituent une cible particulière. Notre enquête a permis de le mettre en lumière, de préciser sa prévalence et de décrire ses aspects cliniques chez les professionnels de santé qui, confrontés à la souffrance, à la maladie et à la mort, sont exposés à une violence pouvant compromettre leur propre santé physique et mentale.

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

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.

Des études à venir devront être entreprises pour mieux cerner ce facteur de risque professionnel et ses conséquences et aussi réfléchir aux dispositifs de prévention les plus adaptés.

Au final, la préservation de la dignité du salarié est une obligation morale et juridique qui incombe à la responsabilité de l'employeur censé de la faire respecter.

Résumé

Durant de ces dernières années, les spécialistes ont montré de l'intérêt pour l'étude du harcèlement moral en milieu du travail. Ce phénomène se caractérise par les agissements hostiles de la part d'un acteur qui provoquent des effets néfastes sur une cible et sur l'environnement de travail.

L'objectif de cette enquête 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 probabiliste composé de 250 médecins aux hôpitaux de Laghouat. 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. Cette recherche a révélé que la prévalence de la violence psychologique selon la définition de Leymann est de (15,2%), celle de la violence déclarée est de (37,2%). Une mise en place immédiate de stratégies et politiques de prévention et de prise en charge, s'avère plus que justifiée.

Abstract

In recent years, specialists have shown an interest in the study of bullying in the workplace. This phenomenon is characterized by hostile actions on the part of an actor which have a detrimental effect on the target and the work environment.

The aim of this survey is to shed light on the prevalence of a major psychosocial risk: workplace mobbing. To this end, a descriptive study was carried out on a probability sample of 250 doctors at Laghouat hospitals. Psychological violence was explored using Heinz Leymann's inventory, and the descriptive and analytical analysis were carried out using SPSS. This research revealed that the prevalence of mobbing as defined by Leymann is (15.2%), while that of reported mobbing is (37.2%). The immediate implementation of prevention and management strategies and policies is more than justified. In recent years, specialists have shown an interest in the study of bullying in the workplace. This phenomenon is characterized by hostile actions on the part of an which have harmful effects on a target and on the working environment.

ملخص

أظهر الأخصائيون خلال السنوات الأخيرة اهتماماً كبيراً بدراسة التحرش المعنوي في بيئة العمل. هذه الظاهرة التي تتميز بأفعال عدائية من طرف المتحرش، والتي ينجر عنها جملة من الآثار السلبية على الشخص المستهدف وبيئة العمل.

إنها مشكلة كبيرة: العنف النفسي في مكان العمل. ولهذه الغاية، تم إجراء دراسة وصفية على عينة احتمالية مكونة من 250 طبيباً في مستشفيات الأغواط. وقد تم استكشاف العنف النفسي عن طريق استبيان هاينز ليمان (Heinz Leymann)، وتم إجراء التحليلات الوصفية والتحليلية باستخدام برنامج SPSS. كشف هذا البحث أن معدل انتشار العنف النفسي وفقاً لتعريف ليمان هو (15.2%)، وأن نسبة انتشار العنف المصرح عنها من طرف الضحايا في الاستبيان هي (37.2%)، وأن التنفيذ الفوري لاستراتيجيات وسياسات الوقاية. في السنوات الأخيرة، أظهر المتخصصون اهتماماً بدراسة التمر في مكان العمل. وبهذا الصدد فإننا ننوه لضرورة إتباع استراتيجيات وسياسات للوقاية والحد من هذه الظاهرة.

Annexes

Annexe01: Version française du questionnaire LIPT, Leymann Inventory of Psychological Terror

Avez-vous été confronté au travail à l'une des situations suivantes au cours des 12 derniers mois ?
Merci de cocher la ou les cases qui correspondent à votre situation

1 - Par rapport à vos relations de travail :

1- Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer

2- Vous êtes constamment interrompu lorsque vous vous exprimez

3- D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer

On exerce sur vous une pression de diverses manières :

4- On crie après vous, on vous injurie à haute voix

5- Critique permanente à propos de votre travail

6- Critique permanente à propos de votre vie privée

7- Harcèlement téléphonique

8- Menaces verbales

9- Menaces écrites

On vous refuse le contact de diverses manières

10- Regards ou gestes méprisants

11- On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres

2- On vous isole systématiquement

12- On ne vous adresse pas la parole

13- On ne veut pas être abordé par vous

14- On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres

15- On interdit à vos collègues de vous parler

16- On fait comme si vous n'existiez pas

17- On s'adresse à vous seulement par écrit

3- Vos tâches professionnelles sont modifiées comme par punition

18- On ne vous confie aucune tâche, vous n'avez pas de travail

- 19- On vous confie des tâches sans intérêt
- 20- On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences
- 21- On vous donne sans celle de nouvelles tâches
- 22- On vous confie des tâches humiliantes
- 23- On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences

4- Attaques sur votre personne

- 24- On dit du mal de vous dans votre dos
- 25- On propage des rumeurs fausses sur vous
- 26- On vous ridiculise devant les autres
- 27- On vous soupçonne d'être psychiquement malade
- 28- On veut vous contraindre à un examen psychiatrique
- 29- On se moque d'un handicap que vous avez
- 30- On imite votre allure, votre voix et vos gestes afin de vous ridiculiser .
- 31- On attaque vos opinions politiques ou religieuses
- 32- On attaque ou on se moque de vos origines
- 33- Vous êtes obligé (e) de mener des travaux qui blessent votre conscience
- 34- On juge votre travail de façon injuste et blessante
- 35- On met vos décisions en question
- 36- On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants
- 37- On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles

5- Violences et menaces de violence

- 37- On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé
- 38- Malgré votre mauvaise santé, vous êtes obligé (e) de faire un travail nuisible à votre santé .
- 39- On vous menace de violences corporelles
- 40- On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement
- 41- Vous êtes physiquement maltraité(E
- 42- Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire
- 43- Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail .

44- On en vient à des agressions sexuelles envers vous

6- autres événements ou situations que vous souhaiteriez citer :

.....

Si vous n'avez été confronté(e) à aucune des situations précédentes (questions 1 à 6) au cours des 12 derniers mois ,merci de passer directement aux questions 13 et 14 ci-dessous

7- A quelle fréquence avez-vous été confronté(e) à une ou plusieurs de ces situations (question 1 à 6) au cours des 12 derniers mois

1- Tous les jours

2- Presque tous les jours

3- Au moins 1 fois par semaine

4-Au moins 1 fois par mois

5- Rarement

8- Pendant combien de temps avez-vous été confronté à ces situationsAnnées.... mois

9-Êtes-vous encore aujourd'hui confronté(e) à ces situations ?

1- Oui, confronté(e) encore aujourd'hui

2- Non, confronté(e) antérieurement dans le même emploi

3- Non, confronté(e) antérieurement dans un emploi précédent

10-Qui dans cette période s'est mis contre vous ?

1-Collègues

2- Supérieur (s) hiérarchique(s) ou personne(s) ayant une position hiérarchique supérieure à la votre

3- Subordonné(s)

Sexe de cette (ces) personne(s)

1- Homme(s)

2- Femme(s)

3- Aussi bien des hommes que des femmes

11-Combien de personnes se sont mises contre vous durant cette période?..... personnes

12 – Avez-vous une (des) personne(s) vers qui vous avez pu vous tourner pour parler de ces problèmes ?

Oui

- 1- Collègue
- 2-Supérieur
- 3- Responsable du personnel/des ressources humaines
- 4- Représentant du personnel, militant syndical
- 5- Inspection du travail, prud'hommes, avocat
- 6- Médecin du travail
- 7- Autre médecin
- 8- Assistante sociale, infirmière
- 9- Amis ou connaissances en dehors de l'entreprise
- 10-Membres de la famille, parents

Non

- 11- Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je l'aurais souhaité
- 12- Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je n'en avais pas besoin.

13- La violence psychologique au travail peut se définir par 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, pendant une longue période de temps .

En utilisant cette définition, considérez-vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois ?

- 1- Oui
- 2- Non

Si oui, à quoi attribuez-vous ces comportements hostiles envers vous ?

- 1- A une mauvaise ambiance générale au travail
- 2- A une mauvaise organisation du travail
- 3- A des problèmes de management, d'encadrement
- 4- A des problèmes de compétition entre les gens
- 5- A l'envie, la jalousie
- 6- A un conflit ou un différend non résolu au travail
- 7- Parce que l'on veut me faire partir de l'entreprise
- 8- Parce que je suis différent(e) des autres à cause de mon âge, sexe, nationalité, ou handicap

9- ne sait pas

14-En utilisant également la définition précédente (question 13), pensez-vous avoir été témoin de violence psychologique envers une autre personne sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois?

1- Oui

2- non

Annexe02: Questionnaire de notre étude

1-Votre sexe biologique : Homme femme

2-Quel âge avez-vous ?ans

3-Adresse ou région d'origine.....:

4-Statut matrimonial?

- Célibataire
- Marié
- Divorcé
- veuf

5-Distance entre lieu de domicile et lieu de travail:

- 50Km
- 50_100 Km
- 100Km

6-Soutien social ?

- oui
- non

7-Comorbidité :

- HTA
- Diabète
- Autre

8-Quels est votre statut?

- Interne
- Médecin généraliste
- Médecin assistant
- Maitre-assistant
- Professeur

9-Quel est votre discipline..... ?

10-Depuis quand exercez-vous cette fonction ?.....années

11-Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?.....heures

12-Combien de garde de nuit faites-vous par mois ?.....garde

13-Dans quel établissement avez-vous travaillé ?

.....

14-Estimez-vous être correctement informé de ce qui du domaine d'harcèlement moral au travail ?

- oui
- Non

15-Est ce que vous avez pris une arrêt de travail ou vous avez décidé de démissionner à cause de ça ? Si oui combien de jours ?

- Arrêt de travail combien de jours :.....jrs
- Démission
- Autre

16-Est ce que vous déjà consultez à cause de vous malaise au travail?

- Oui
- non

17-Vous souffrez de quel type de symptômes?

- Trouble de sommeil
- fatigue permanent
- anxiété
- autre

18-Est ce que vous recevez un traitement médicamenteux à cause de ces symptômes ?

- Oui
- Non

Annexe 03: Répartition de personnel de santé dans les hôpitaux de la wilaya de Laghouat (statistique 2023/2024)

Autorisé le 31/10/2023

Établissement	Hospitaux universitaires	Professions spécialisées	Médecins généralistes	Chirurgiens-dentistes	Pharmaciens	Sage-femme	AMAR	Infirmiers soins généraux	Aides-soignants	Kinésithérapeutes	Psychologues cliniciens	Orthopédistes	Biologistes
HOPITAL MIXTE LAGHOAT	/	91	45	/	08	0	10	104	138	0	18	02	25
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE	02	22	19	/	02	43	07	02	84	0	10	0	24
EHS MERE ET ENFANT AFLOU	/	18	23	/	04	29	08	42	38	04	06	01	03
EPH HMIDA BENADJILA LAGHOAT	34	38	19	/	03	0	04	75	76	13	20	13	44
EPH BEDJRAA ABDEL KADER AFLOU	/	44	27	/	04	0	09	139	87	01	11	0	13
EPH HOUARI BOUMEDIENE KSAR ELHIRANE	/	22	26	/	04	13	03	35	97	01	06	0	18
EPSP LAGHOAT	/	06	65	27	05	16	0	58	198	03	35	03	33
EPSP AFLOU	/	03	46	20	04	18	0	89	211	12	24	07	30
EPSP KSAR ELHIRANE	/	01	25	06	02	02	0	32	60	0	05	04	13
EPSP AIN MADIH	/	0	37	09	01	15	0	30	108	0	13	02	13
EPSP BASSI DELAA	/	0	30	09	05	17	0	97	74	0	11	01	15
EPSP GUELLET SIDI SAAD	/	0	16	08	02	12	0	27	117	0	07	01	10
EPSP BRIDA	/	0	27	07	01	17	0	12	133	0	11	02	13
Total	36	245	405	86	45	182	41	742	1421	34	177	36	25

Annexe 04: Autorisation de DSP de Laghouat pour la distribution de questionnaire

الاسم واللقب:- عياد اكرام
-حناني ايمان

الى السيد: مدير مديرية الصحة والسكان
لولاية الاغواط

الموضوع: طلب الحصول على رخصة لتوزيع الاستبيان الخاص
بمذكرة التخرج

يشرفنا ان نتقدم اليكم بطلبنا هذا والمتمثل في طلب الحصول على رخصة لتوزيع
الاستبيان الخاص بمذكرة تخرجنا على الأطباء التابعين لمديريتكم بصفتنا طالبتي
طب بالسنة السابعة بجامعة عمار ثليجي.

في الأخير نرجو منكم اخذ طلبنا هذا بعين الاعتبار, تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير
وشكرا.

الامضاء

Ar.v. >

الدكتوران محيود



Références bibliographiques:

- [1] Idiri ouahiba, « La violence psychologique dans l'établissement hospitalier algérien : cas de deux services du CHU de Tizi- Ouzou. | ASJP ». Consulté le: 25 janvier 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://asjp.cerist.dz/en/article/175227>
- [2] « The content and development of mobbing at work: European Journal of Work and Organizational Psychology: Vol 5, No 2 ». Consulté le: 25 janvier 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13594329608414853>
- [3] KHALDI Kaouther, « e Harcèlement Moral En Milieu Du Travail : Eléments De Définition 2017 ASJP Moteur de recherche des thèses et mémoires soutenus en Algérie Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education Université Constantine 2- Abdelhamid MEHRI ». Consulté le: 6 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.theses-algerie.com>
- [4] M. Brunel, « État des lieux du harcèlement moral sur le lieu de travail subi par les internes en médecine générale de Bordeaux durant leurs stages », p. 74, janv. 2022.
- [5] « L'impact_de_l'harcèlement_moral_des_femmes_au_travail.pdf ».
- [6] M. R. Belmokhtar et B. Attia, « Harcèlement moral rapports hiérarchiques dans l'entreprise Algérienne », *دراسات اقتصادية*, vol. 10, n° 2, p. 395-402, avr. 2016.
- [7] « Algerie-Loi-1990-11-relations-de-travail.pdf ».
- [8] « Harcèlement au travail : Ce que dit la loi algérienne ». Consulté le: 6 mars 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://fr.linkedin.com/pulse/harc%C3%A8lement-au-travail-ce-que-dit-la-loi-alg%C3%A9rienne-nadjib-talbi>
- [9] « loi n 06-01 relative a la prevention et lutte contre la corruption ». Consulté le: 30 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://droit.mjustice.dz/sites/default/files/portail/sources-officielles/codes/loi_prev_lut_corrupt.pdf
- [10] Antoine Duarte 1*, et Christophe Dejours 2, « Le harcèlement au travail et ses conséquences psychopathologiques : une clinique qui se transforme - Archive ouverte HAL ». Consulté le: 2 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04385350>
- [11] « Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé - broché - Valérie Auslender - Achat Livre | fnac ». Consulté le: 6 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a10289439/Valerie-Auslender-Omerta-a-l-hopital-Le-livre-noir-des-maltraitances-faites-aux-etudiants-en-sante>
- [12] M. Bocquet, « Alain Supiot, La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014) », *Rev. Fr. Sci. L'information Commun.*, n° 12, Art. n° 12, janv. 2018, doi: 10.4000/rfsic.3521.
- [13] A. Duarte, « Défenses et résistance en psychodynamique du travail ».
- [14] R. Samacher, « Dejours (C.), Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale - L'histoire immédiate, Paris, Seuil, 1998 », 1998, Consulté le: 6 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1998_num_51_436_14754_t1_0496_0000_2
- [15] A. Duarte, « Défenses et résistance en psychodynamique du travail », phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Consulté le: 6 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02280118>
- [16] C. Demaegdt, *Actuelles sur le traumatisme et le travail Par Christophe Demaegdt Souffrance et théorie 2016 Presses Universitaires de France*. Presses Universitaires de France, 2016. doi: 10.3917/puf.demae.2016.03.
- [17] Hachelafi Hamid, « Profil Des Victimes Du Harcèlement Dans Le Secteur De La Santé ». Consulté le: 25 janvier 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://theses-algerie.com/1911568939522006/articles-scientifiques-et-publications/universite-abou-el-kacem-saadallah---alger-2/profil-des-victimes-du-harc%C3%A8lement-dans-le-secteur-de-la-sant%C3%A9>
- [18] « Influence_of_Tunisian_Revolution_on_Bullying_at_Wo.pdf ».
- [19] F. ELGHAZOUANI, M. BARRIMI, C. AARAB, A. M. ZEBADI, R. AALOUANE, et I. RAMMOUZ, « Harcèlement moral : enquête au centre hospitalier universitaire de Fès au Maroc », *Ann. Méd.-Psychol.*, n° Vol. 176- N° 4, p. 337-342, avr. 2018.

- [20] Hachelafi Hamid, « Les déterminants socio- psychologiques du harcèlement moral dans le secteur de la santé. The socio-psychological determinants of harassment in the health sector ». Consulté le: 25 janvier 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/366185820_Les_determinants_socio-psychologiques_du_harcelement_moral_dans_le_secteur_de_la_sante_The_socio-psychological_determinants_of_harassment_in_the_health_sector
- [21] Jean-Pierre Ungre, « Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants): Pour un programme de contrôle de l'endémo-épidémie | Semantic Scholar ». Consulté le: 6 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.semanticscholar.org/paper/Le-burnout-des-m%C3%A9decins-\(et-celui-des-psychologues%2C-Unger/Oc2bce211352e1c431d100e0bc33b9fb8c96e1ee](https://www.semanticscholar.org/paper/Le-burnout-des-m%C3%A9decins-(et-celui-des-psychologues%2C-Unger/Oc2bce211352e1c431d100e0bc33b9fb8c96e1ee)
- [22] J. Schwickerath, H. Riedel, et V. Kneip, « Le harcèlement moral sur le lieu de travail: fondements et thérapie cognitivo-comportementale des maladies psychosomatiques liées au harcèlement moral dans le milieu hospitalier », *J. Thérapie Comport. Cogn.*, vol. 16, n° 3, p. 108-112, sept. 2006, doi: 10.1016/S1155-1704(06)70207-5.
- [23] N. Gréard, P. Bessières, P. Brochard, H. Chergui, C. Dalm, et C. Verdun Esquer, « Le harcèlement moral au travail The mobying diagnostic approachs in occupational disease consultation », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 162, n° 7, p. 565-568, sept. 2004, doi: 10.1016/j.amp.2004.06.004.
- [24] I. Niedhammer, S. David, et S. Degioanni, « La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le « Leymann Inventory of Psychological Terror » (LIPT) », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 54, n° 3, p. 245-262, juin 2006, doi: 10.1016/S0398-7620(06)76720-7.
- [25] C. Nicolas *et al.*, « Stresseurs professionnels et troubles mentaux courants : quels liens de causalité ? », *L'Encéphale*, vol. 44, n° 3, p. 200-207, juin 2018, doi: 10.1016/j.encep.2017.01.004.
- [26] C. Bonafons, L. Jehel, M.-F. Hirigoyen, et A. Coroller-Béquet, « Précision de la définition du harcèlement moral au travail », *L'Encéphale*, vol. 34, n° 4, p. 419-426, sept. 2008, doi: 10.1016/j.encep.2007.06.007.
- [27] E. Conne-Perréard, « Atteintes à la santé et harcèlement moral », *Éthique Santé*, vol. 3, n° 2, p. 102-105, mai 2006, doi: 10.1016/S1765-4629(06)70572-4.
- [28] Marie Alderson, « La psychodynamique du travail : objet, considérat... – Santé mentale au Québec – Érudit ». Consulté le: 7 avril 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2004-v29-n1-smq755/008833ar/>
- [29] « Le mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action / Infos veille / Juridique / Newsletter / Home - PNRS ». Consulté le: 8 mars 2025. [En ligne]. Disponible sur: [https://pnrs.ensosp.fr/layout/set/print/Newsletter2/Juridique/Infos-veille/Le-mal-etre-au-travail-passer-du-diagnostic-a-l-action/?link=/content/advancedsearch/\(offset\)/5680%3FSearchText%3D%26PhraseSearchText%3D%26SearchContentClassAttributeID%3D-1%26SearchSectionID%3D-1%26SubTreeArray%255B%255D%3D%26SearchDate%3D-1%26SearchPageLimit%3D2](https://pnrs.ensosp.fr/layout/set/print/Newsletter2/Juridique/Infos-veille/Le-mal-etre-au-travail-passer-du-diagnostic-a-l-action/?link=/content/advancedsearch/(offset)/5680%3FSearchText%3D%26PhraseSearchText%3D%26SearchContentClassAttributeID%3D-1%26SearchSectionID%3D-1%26SubTreeArray%255B%255D%3D%26SearchDate%3D-1%26SearchPageLimit%3D2)
- [30] F. Elghazouani, M. Barrimi, C. Aarab, A. M. Zebadi, R. Aalouane, et I. Rammouz, « Harcèlement moral : enquête au centre hospitalier universitaire de Fès au Maroc », *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 176, n° 4, p. 337-342, avr. 2018, doi: 10.1016/j.amp.2016.12.011.
- [31] M. Kivimäki, M. Virtanen, M. Vartia, M. Elovainio, J. Vahtera, et L. Keltikangas-Järvinen, « Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression », *Occup. Environ. Med.*, vol. 60, n° 10, p. 779-783, oct. 2003, doi: 10.1136/oem.60.10.779.
- [32] M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi, *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [33] « ICD-10 Version:2008 ». Consulté le: 25 janvier 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/V>
- [34] « leymann1996 (1).pdf ».
- [35] V. Zaitseva, « Le harcèlement moral en milieu professionnel: le cas du service public hospitalier ukrainien ».

- [36] M. Messiaen, « Harcèlement moral chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN », p. 93, mai 2020.
- [37] P. Sischka, « Psychological contact violation or basic need frustration? Psychological mechanisms behind the effects of workplace bullying. », 2018.
- [38] M. Carter *et al.*, « Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting », *BMJ Open*, vol. 3, n° 6, p. e002628, juin 2013, doi: 10.1136/bmjopen-2013-002628.
- [39] « journal officiel algerien ». Consulté le: 8 mars 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://wipolex-res.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz046fr.pdf>