

Faculté de santé publique

L'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral perçu et vécu par les professionnels de la santé

Mémoire réalisé par
Marie Gorlier

Promoteur(s)
William D'hoore
Véronique Piérart

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral perçu et vécu par les professionnels de la santé

Mémoire réalisé par
Marie Gorlier

Promoteur(s)
William D'hoore
Véronique Piérart

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier mon promoteur, William D'hoore et ma co-promotrice, Véronique Piérart pour leurs conseils, leurs encouragements et leurs disponibilités tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens, ensuite, à adresser mes plus chaleureux remerciements aux professionnelles de la santé qui se sont portées volontaires pour le partage de leurs vécus.

Je souhaite, enfin, remercier ma famille, mes amis et mon compagnon pour leurs soutiens, leurs encouragements et leurs aides apportés durant la réalisation de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique	2
1. Les soins de santé	2
1.1. Définition	2
1.2. Contexte actuel.....	2
2. Les risques psychosociaux dans le monde du travail	6
2.1. Définition des risques psychosociaux	6
2.2. Les risques psychosociaux dans les soins de santé.....	7
3. Le harcèlement moral dans les soins de santé	9
3.1. Définition et contexte actuel	9
3.2. La législation.....	13
3.3. Les types et les acteurs dans le harcèlement moral.....	13
4. Le harcèlement moral comme risque psychosocial dans les soins de santé.....	14
Méthode.....	16
1. Le travail	16
2. L'entretien	16
3. Le guide d'entretien	17
4. L'analyse et la synthèse des résultats	17
5. La sélection des participants	18
Résultats	19
1. Présentation de la population interrogée	19
2. Le harcèlement moral et les risques psychosociaux.....	19
2.1. Le harcèlement moral.....	19
2.2. Les risques psychosociaux vis-à-vis des situations de harcèlement moral	22
2.3. L'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral	34
2.4. Les répercussions de ce harcèlement moral sur les soignants interrogés	35
3. Les moyens de prévention par rapport au harcèlement moral	38
3.1. La nécessité de mise en place des moyens de prévention.....	38
3.2. Les moyens de prévention mis en place dans les différents lieux de travail	39

3.3. Les moyens de prévention à mettre en place pour réduire les situations de harcèlement moral au sein des institutions de soins	39
Discussion	43
1. Les caractéristiques du harcèlement moral	43
2. Les facteurs influençant l'existence du harcèlement moral au sein des institutions de soins en Belgique.....	46
3. Les répercussions du harcèlement moral.....	49
4. Les moyens de prévention pour contrecarrer la problématique du harcèlement moral au sein des institutions de soins en Belgique	50
4.1. L'absence et l'inutilisation des moyens de prévention au sein des institutions médicales.....	51
4.2. Les moyens de prévention	52
5. Les biais, les limites et les perspectives de l'étude	55
Conclusion.....	58
Bibliographie	
Annexes	
Annexe 1 : le guide d'entretien.....	
Annexe 2 : le formulaire d'informations et de consentement	
Annexe 3 : les caractéristiques de l'échantillon étudié.....	
Annexe 4 : la durée du harcèlement moral pour chaque professionnelle de la santé interrogée	

Introduction

« De nos jours, les gens passent une grande partie de leur vie au travail. La présence de conditions de travail qui permettent aux employés de se sentir valorisés et de les soutenir dans cet environnement est importante. Le harcèlement moral, qui est l'un des problèmes rencontrés sur le lieu de travail, a gagné en importance ces dernières années.(...). Le harcèlement moral frustre et réprime les employés exposés et les met dans une situation de vulnérabilité et de désespoir.(...). C'est une situation à laquelle tout le monde peut être exposé.(...). Le harcèlement moral est signalé comme un problème fréquemment rencontré dans le secteur de la santé, qui connaît déjà un environnement de travail stressant, gagnant en importance » (Erdogana & Yildirim, 2017). Ce présent mémoire va ainsi s'intéresser à la problématique du harcèlement moral existant dans les soins de santé ainsi que le lien existant avec les risques psychosociaux au travail. L'investigatrice va essayer de comprendre pourquoi celle-ci est-elle présente dans ce secteur, comment les risques psychosociaux influencent-ils sur le harcèlement moral, comment les professionnels de la santé estimant subir une situation de harcèlement moral la vivent-elle au quotidien et par quel moyen est-il possible de la contrecarrer.

Rentrant prochainement dans le monde du travail, l'investigatrice se pose des questions quant au monde et à son avenir professionnel. Au travers de ses stages, des réseaux sociaux et du vécu professionnel de son entourage, elle se rend compte que certains travailleurs ne semblent pas épanouis dans leur travail. De nombreuses problématiques en émanent tels que le harcèlement moral. Le choix de la thématique s'est ainsi porté sur le harcèlement moral suite aux expériences vécues par son entourage sur leurs lieux travail ainsi qu'aux différents témoignages perçus à travers les médias. L'investigatrice est ergothérapeute de formation. Appartenant au monde médical, il a été évident de réaliser l'étude dans les soins de santé.

Ce mémoire sera divisé en cinq parties. **La première** abordera le cadre théorique. L'investigatrice s'intéressera au contexte actuel des soins de santé, aux risques psychosociaux présents dans les établissements de soins et à la problématique du harcèlement moral que les soignants semblent estimer subir durant leur carrière professionnelle. À la fin de cette partie, elle soulignera la question de recherche et les hypothèses associées. **La deuxième** parlera de la méthode. L'investigatrice s'intéressera à l'objectif de l'étude et aux moyens utilisés afin de répondre à la question de recherche. **La troisième** présentera les résultats obtenus des différentes interviews des professionnels de la santé. Elle abordera différentes thématiques telles que la présentation de la population étudiée, les caractéristiques et les situations de

harcèlement moral en lien avec les risques psychosociaux au travail, les conséquences de celles-ci et les moyens de prévention. **La quatrième** se concentrera sur la discussion. L’investigatrice répondra à la question de recherche posée. Elle pointera les résultats les plus importants et les éclairera à l’aide de la littérature scientifique. Elle démontrera l’influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral des soignants et l’importance des moyens de prévention vis-à-vis de cette problématique. Elle expliquera également les biais, les limites et les perspectives de l’étude. Enfin, **la cinquième** sera la conclusion.

Cadre théorique

1. Les soins de santé

1.1. Définition

Les soins de santé sont définis, selon la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019, comme étant « *les services dispensés par un professionnel des soins de santé en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie* » (Moniteur Belge, 2019).

1.2. Contexte actuel

1.2.1. Réformes

Depuis 1990, les soins de santé sont confrontés à de multiples mutations. La première consiste en la mise en application d’un **nouveau mode de financement** entraînant la concurrence des institutions des soins de santé. La deuxième concerne l’établissement de la **certification** et de **l’accreditation** des hôpitaux (Benallah & Domin, 2017). La troisième est la mise en place de **vingt-cinq réseaux locorégionaux liant entre eux les différents hôpitaux belges** au premier janvier 2020 (Belgium, 2018).

Le monde prospère, le secteur de la santé change et les besoins des patients évoluent. La mise en place de ces réformes a pour but de répondre aux avancées médicales (les technologies et les traitements) et aux nouvelles attentes des patients. Un nouveau paysage hospitalier est ainsi instauré dans le monde de la santé (INAMI, 2018). L’objectif est d’accroître la collaboration et la coordination inter-hôpitaux en tendant à une meilleure répartition des tâches, à une atteinte d’objectifs collectifs et à une meilleure intégration des soins aux patients (de Regge, de Pourcq, van de Voorde, van den Heede, Gemmel & Eeckloo, 2019). Et également de mettre en place un

nouveau système de financement qui consiste à établir un montant fixe pour les soins peu fluctuants (INAMI 2018).

La finalité de ces réformes est de « *réduire les coûts, normaliser les pratiques de soins et accroître la productivité du travail* » afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins (Benallah & Domin, 2017).

1.2.2. *Au sein de l'hôpital*

Le secteur de la santé est exposé à de multiples pressions. La première correspond à **des pressions externes**, dites **des contraintes industrielles**. Comme énoncé dans l'introduction 1.2.1, elles consistent en la mise en place de réformes mais également à l'arrivée d'une nouvelle ère, l'industrialisation de la santé. Celle-ci est définie comme étant « *une organisation productiviste des activités marquées par la standardisation de certaines tâches et par une division du travail entre professionnels de la santé* » (Daidj & Pascal, 2018). Cela tend à l'adoption d'un nouveau type de management, le lean management¹. La deuxième correspond à **des pressions internes**, dites **des contraintes de nature marchande**. Elle comprend les horaires entraînant un rythme de travail effréné, une charge physique importante, un environnement de travail hostile et une spécificité de la patientèle (Benallah & Domin, 2017).

Le domaine de la santé fait également face à de nombreux changements organisationnels dont **l'arrivée de l'informatisation** des soins de santé. L'apport de celle-ci est ambivalent. D'un côté, elle apporte de nombreux avantages quant à l'organisation et la réalisation des tâches médicales. D'un autre côté, elle augmente la traçabilité et la charge administrative des professionnels de la santé (Benallah & Domin, 2017).

Les établissements de soins sont « *traversés par une vague de mutations profondes dont les objectifs peuvent apparaître contradictoires* ». Une des contradictions est que les pouvoirs publics souhaitent « *améliorer les conditions de travail* » qui prennent place « *dans un contexte de risque de pénurie de personnel soignant* » et qui comprend « *un manque d'attractivité, des départs prématurés, un niveau important de turn-over et des absences pour raison de santé* » (Benallah & Domin, 2017). Les répercussions sont des conditions de travail exigeantes pour le personnel médical ainsi qu'une désorganisation des soins de santé. Les institutions de soins sont

¹ Le lean management dans les soins de santé est défini comme étant « *une manière de rendre le processus de prise en charge du patient plus fluide grâce à sa standardisation, d'aider le personnel à éliminer tous les gaspillages, pour permettre de mieux soigner les patients avec les ressources existantes* » (Philippe, 2017)

ainsi considérées actuellement comme des usines à soins, marquées par un gain important en productivité mais par conséquent, une déshumanisation des soins (Daidj & Pascal, 2018).

Au-delà des différents changements et pressions qui s'opèrent dans le monde des soins de santé, les institutions de soins doivent permettre l'épanouissement professionnel des soignants. Cela passe par la dimension du bien-être au travail. Il est donc nécessaire d'allier « *cinq piliers générateurs du bien-être au travail : le sens donné au travail, la charge de travail, le support social, la possibilité de développement personnel et professionnel et la reconnaissance des pairs* » (Abaidi & Drillon, 2016). La reconnaissance au travail est une dimension essentielle pour le travailleur. En effet, « *en échange de sa contribution à l'efficacité de l'entreprise, en donnant beaucoup d'énergie et en s'investissant, le salarié attend une reconnaissance de l'organisation, une reconnaissance du travail accompli (salaire, gratification, primes...) mais également une reconnaissance symbolique* » (Desrumaux, 2014). Néanmoins, cette reconnaissance est faussée actuellement par l'instrumentalisation de l'être humain au travail. Elle est motivée par l'excellence, la performance, la concurrence, le non-droit à l'erreur et le système de récompense. Le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie et des collègues ainsi que le fonctionnement actuel entraînent de nombreuses répercussions sur le quotidien des travailleurs telles que l'augmentation des risques psychosociaux au travail, l'épuisement professionnel, des troubles psychosomatiques, une réduction de la collectivité entre travailleurs ainsi qu'une perte de confiance en soi, en ses capacités et en ses compétences (Desrumaux, 2014).

1.2.3. Conséquences

L'ensemble de ces réformes et le fonctionnement actuel des hôpitaux engendrent des tensions, un mal-être et des souffrances qui croissent au sein du secteur de la santé. De nombreuses répercussions sur les professionnels de la santé et sur les patients sont répertoriées.

Quatre groupes de chercheurs ont mis en avant ces différentes conséquences. Selon Livne & Goussinsky (2013), celles-ci correspondent à une réduction de la qualité des soins, une diminution des performances professionnelles et un épuisement professionnel des soignants. Benallah & Domin (2017) partagent leur avis mais appuient plus spécifiquement sur les conséquences que cela entraîne. Ils ajoutent une perte de sens, une déshumanisation des soins, un impact négatif sur la relation patient-soignant, des effets nuisibles sur la santé des soignants, une perte de continuité et de cohérence dans leur travail, l'application d'un processus managérial émanant du domaine privé et une réduction de la coopération interprofessionnelle qui, sur le long terme, conduit à la division des équipes de soins. « *Cette logique s'oppose aux*

notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient, etc.) et conçoit le malade comme une seule probabilité statistique » (Benallah & Domin, 2017). Elle sépare également « les dimensions morales qui sont liées aux soins de santé et accélère la normalisation de l'art médical » (Benallah & Domin, 2017) entraînant une standardisation des soins, une perte d'autonomie et le sentiment de déprofessionnalisation. Daidj & Pascal (2018) précisent que le lean management (cfr introduction 1.2.2.) crée « un environnement réifiant à la fois pour le personnel et pour les patients » entraînant « la fragmentation des tâches, l'apparition de nouveaux outils d'évaluation, l'adoption de nouvelles procédures de plus en plus standardisées, la réduction des individus à leurs compétences et l'instrumentalisation des individus pour atteindre des objectifs ». En outre, ces réformes visent à considérer le soin comme « un produit homogène facilement répliquable d'un patient à un autre, indépendamment de leur singularité » (Daidj & Pascal, 2018). Enfin, de Pourcq, de Regge, van den Heede, van de Voorde, Gemmel & Eeckloo (2018) rajoutent que les réseaux locorégionaux amènent des conflits interprofessionnels et interorganisationnels concernant la prise de décision, la concurrence entre hôpitaux, la rétribution des différents intervenants de la santé et la peur de perdre leur autonomie et leurs droits décisionnels.

*« Les professions médicales et paramédicales font partie des professions et des milieux de travail les plus complexes, interdisciplinaires, hiérarchiques, intersectoriels, qui comportent de nombreuses situations et interactions exigeantes » (Khubchandani, Kumar & Bowman, 2019). Le changement peut apporter une plus-value. Néanmoins, tout en connaissant le contexte de travail dans lequel les professionnels de la santé baignent, y sont ajoutés des réformes, des changements organisationnels, un management provenant du secteur privé, un dépassement professionnel constant, une concurrence interprofessionnelle et interorganisationnelle accrue, un non-droit à l'erreur ainsi qu'une instrumentalisation du soin. En retour, les professionnels de la santé attendent de la reconnaissance pour leur travail. En général celle-ci est peu présente (cfr introduction 1.2.1. et 1.2.2.). La gestion actuelle du secteur de la santé entraîne de multiples répercussions négatives sur la santé des soignants et sur la qualité des soins fournis aux patients (Benallah & Domin, 2017 ; Desrumaux, 2014). En plus de tout ce qui vient d'être évoqué dans les soins de santé, ils peuvent également faire face à d'autres problématiques. Selon Giurgiu, Jeoffrion, Grasset, Dessomme, Moret, Roquelaure, Caubet, Verger, Laraqui, Lombrail, Geraut & Tripoli (2015), « le lieu de travail contribue de manière importante à une multitude de maladies et est déterminant pour le bien-être de l'individu. Parmi les nombreux risques rencontrés sur le lieu de travail : **les risques psychosociaux** ». Les risques psychosociaux au*

travail engendrent un enjeu majeur en santé publique. Il est dès alors important de comprendre leur rôle exercé au sein des institutions de soins (Aziza-Chebil, Delattre & Diaye, 2017).

2. Les risques psychosociaux dans le monde du travail

2.1. Définition des risques psychosociaux

Selon la loi du 28 février 2014 (Moniteur Belge, 2014), « *le bien-être au travail est recherché par des mesures qui ont trait à : la sécurité du travail, la protection de la santé du travailleur au travail, les aspects psychosociaux du travail, l'ergonomie, l'hygiène du travail, l'embellissement des lieux de travail et les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement* ».

Les risques psychosociaux sont définis comme étant « *la probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact qui comportent objectivement un danger* » (Moniteur Belge, 2014). Selon Abaidi, et Drillon (2016) « **le terme psychosocial** fait référence aux aspects psychologiques de la vie sociale au travail » et « **le risque psychosocial**, lui, renvoie à la probabilité d'apparition du trouble psychosocial ayant pour origine l'environnement professionnel ». Il faut prendre en compte à la fois le caractère individuel, social, collectif et organisationnel des risques psychosociaux (Desrumaux, 2014).

Le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2015) ajoute que « *les risques psychosociaux au travail doivent être pris en compte dans la politique de prévention de l'entreprise comme tous les autres risques pouvant porter atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs* ». En effet, les employeurs sont tenus de prendre en compte les différents risques psychosociaux gravitant dans les structures de travail et autour des travailleurs. Et également prendre les mesures nécessaires pour les prévenir, les gérer et les éliminer. Le monde du travail fait donc face à de nombreux risques, en particulier **les risques psychosociaux**. Ils constituent une réelle problématique à régler (Abaidi & Drillon, 2016).

Les risques psychosociaux au travail sont multiples et variés. Ils peuvent être classés en cinq groupes. Le premier, **l'organisation au travail**. Cela comprend le degré d'initiative et d'autonomie, l'autonomie du groupe, la liberté de contact, les responsabilités, les erreurs et la concertation sociale. Le deuxième, **le contenu du travail**. Cela se rapporte à l'ambiguïté des rôles, les conflits des rôles, le rythme de travail, les retards, les interruptions, la diversification

au travail, le niveau d'attention et les décisions. Le troisième, **les conditions de travail**. Cela inclut l'emploi, le salaire, les horaires, la durée de travail, les pauses, les compétences, la formation, l'entretien de fonctionnement, l'évaluation professionnelle et les perspectives d'avenir. Le quatrième, **les relations interpersonnelles**. Cela englobe la relation entre collègues, la relation avec la hiérarchie, la relation avec le service interne, le type de leadership – hiérarchie, la relation avec le client, le climat social, le harcèlement et les discriminations. Le cinquième, **les conditions de vie au travail**. Cela a trait aux locaux, au bruit, à l'effort physique, au positionnement, à la sécurité, à la protection de la santé, à l'hygiène, à l'ambiance thermique et à l'environnement (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2015). Les risques psychosociaux sont également présents dans le secteur des soins de santé.

2.2. Les risques psychosociaux dans les soins de santé

Actuellement, **les risques psychosociaux au travail dans le secteur des soins de santé font partie des problématiques à résoudre en santé publique**. Ils reflètent un des défis majeurs auxquels les politiciens et les employeurs doivent faire face afin d'assurer la sécurité et la santé des soignants (Aziza-Chebil, Delattre & Diaye, 2017 ; Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015).

Les institutions de soins font face à de nombreux risques psychosociaux, notamment ceux repris dans l'introduction 2.1. Mais il existe des risques psychosociaux qui leur sont **spécifiques**. Selon Lançon et Vigneron (2016), il existe trois catégories de risques psychosociaux présents dans les établissements de soins. Le premier concerne **les législations** qui comprennent les réformes, le financement et le mode de fonctionnement des institutions de soins. Cela entraîne de nombreuses modifications auprès des soignants, qui sont à la fois positives et négatives. Le deuxième concerne **l'évolution de la prise en charge des patients et de la famille**. Le monde de la santé est passé d'un modèle biomédical, au sein duquel le médecin dispose des connaissances et des compétences et où le patient est soumis, à un modèle bio-psycho-social. Ce dernier a permis aux professionnels de la santé de prendre en compte les différents aspects du patient agissant sur sa situation de handicap et a permis également aux patients et à la famille d'être acteurs de leur santé et de leur prise en charge. Néanmoins, ce nouveau mode de fonctionnement, ajouté à un contexte de travail où la charge est élevée et les soins en constante évolution, apporte de nouvelles pressions aux soignants. Ils doivent faire face aux exigences des patients et/ou de la famille quant à la qualité des soins donnés (l'accueil, la prise en charge et les résultats attendus). Cela entraîne des situations d'agressivité (verbale et/ou physique), un sentiment d'impuissance, une souffrance et une pénibilité envers le corps médical. Le troisième

concerne **l'apport plus technique des soins**. En effet, il est demandé aux professionnels de la santé de se sur-spécialiser et d'être, en parallèle, polyvalents.

La résolution des risques psychosociaux dans le monde de la santé reste cependant complexe. Cela peut être expliqué par le manque d'études et de données probantes sur les risques psychosociaux auprès des professionnels de la santé (Giurgiu, Jeoffrion, Grasset, Dessomme, Moret, Roquelaure, Caubet, Verger, Laraqui, Lombrail, Geraut & Tripoli, 2015) ; par la difficulté à mettre en place des mesures préventives ; par les dispositifs et les procédures d'évaluation qui ne sont pas adaptés aux institutions ; par l'existence d'une divergence entre la réglementation et la réalité de terrain quant à la définition des rôles et des responsabilités par rapport aux risques psychosociaux. La loi les a clairement définis tandis qu'en pratique, cela reste généralement confus ; par « *le manque de sensibilisation, de ressources, de soutien, de conseils et d'expertise* » (Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015) ; par l'impact financier des risques psychosociaux qui est indirect et difficile à évaluer. Les gestionnaires ne prennent pas en compte cette mesure dans leur coût économique. « *De ce fait, la gestion des risques psychosociaux n'est pas assez stratégique au sein des institutions et dans l'élaboration des politiques* » (Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015) ; par le manque d'informations et de formations sur les risques psychosociaux au travail. En effet, « *seul 20% des entreprises européennes informent leurs employés sur les risques psychosociaux et des mesures à prendre pour y faire face* » (Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015).

De plus, la vision des gestionnaires et des managers au sein des institutions de soins est principalement axée sur la productivité et l'efficacité dans les soins (Benallah et Damin, 2017 ; Daidj et Pascal, 2018). Une de leurs tâches consiste également à veiller sur la sécurité et la santé des soignants sur leur lieu de travail. Afin d'assurer celles-ci, il est nécessaire de prendre en compte les risques psychosociaux présents au sein de l'organisation et d'en réaliser la prévention. Cependant, les cadres hiérarchiques ne prennent pas toujours en considération l'existence et les répercussions de ces risques psychosociaux au sein des institutions de soins. Les raisons sont multiples et variées : une non-connaissance des risques psychosociaux ; une non-prise en compte de ceux-ci, tout en ayant conscience de leur existence ; une accoutumance de ceux-ci qui sont considérés comme « normaux » au sein de l'organisation ; et un manque de solution afin de prévenir ces risques (Cehan, 2018). Dès lors, il est impérativement nécessaire de mettre en place des mesures afin de contrecarrer cette problématique grandissante dans le secteur de la santé. Les professionnels de la santé souhaitent un changement des conditions de travail afin d'améliorer leur santé, leur sécurité, leur bien-être et leur qualité de vie au travail

(Giurgiu, Jeoffrion, Grasset, Dessomme, Moret, Roquelaure, Caubet, Verger, Laraqui, Lombrail, Geraut & Tripoli, 2015).

Ce secteur a subi également de nombreuses modifications d'un point de vue organisationnel et environnemental (cfr introduction 1.2.). Ces changements ont permis de résoudre certaines difficultés mais en ont fait apparaître d'autres (Abaidi & Drillon, 2016). Une des difficultés est que ce domaine est **plus susceptible de développer des risques psychosociaux en raison de sa spécificité**. Ils comprennent de multiples services et professionnels de la santé (médicaux et paramédicaux), gravitant autour des patients, qui doivent travailler en multidisciplinarité et en interdépendance (Demir, Rodwel & Flower, 2013 ; Khubchandani, Kumar & Bowman, 2019). Le personnel médical développe une relation soignant-soigné au sein de laquelle les soins octroyés doivent être de qualité et le client devient de plus en plus acteur de son processus. Les relations humaines et les interactions prédominent dans ce secteur. Dès lors, de nombreux conflits, dont les risques psychosociaux, apparaissent et peuvent être difficile à résoudre (de Pourcq, de Regge, van den Heede, van de Voorde, Gemmel & Eeckloo, 2018 ; Livne & Goussinsky, 2013 ; Pomey, Flora, Karazivan, Dumez, Lebel, Vanier, Débarges, Clavel & Jouet, 2015). De plus, « *un environnement de travail stressant tel qu'un hôpital pourrait accroître le risque de conflit interpersonnel, le harcèlement pouvant en résulter* » (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Une autre spécificité de ce secteur qui est important de souligner, dont le lien avec le développement des risques psychosociaux reste à ce jour mitigé dans la littérature scientifique, est que les établissements de soins sont constitués majoritairement de femmes (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Lippel, Vézina, Bourbonnais & Funes, 2016 ; Statbel, 2020).

Le harcèlement, appartenant aux risques psychosociaux au travail est une problématique qui touche les soins de santé. Elle ne cesse de croître et un grand nombre de professionnels de la santé y font face (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013).

3. Le harcèlement moral dans les soins de santé

3.1. Définition et contexte actuel

Le harcèlement touche actuellement l'ensemble du monde du travail. D'après l'enquête menée par de Prez (2018), « *un belge sur trois se sent victime de comportement abusif au travail* ». Cette problématique augmente d'année en année puisque « *32% des salariés belges ont indiqué avoir été confrontés à une ou plusieurs formes de comportements abusifs au travail, soit une* »

augmentation de 11% en un an » (de Prez, 2018). Ce phénomène risque de s'accroître en raison du manque de prise en considération des plaintes officielles et non officielles (de Prez, 2018).

Le monde professionnel fait face à **plusieurs formes de harcèlement au travail** qui sont liées à l'individu, au travail et/ou au caractère physique. Autrement dit, les catégories de harcèlement identifiées sont de nature physique, sexuelle et morale (Birks, Cant, Budden, Russel-Westhead, Sinem Üzar Özçentin & Tee, 2017 ; Coetzee & van Dyk, 2017 ; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Selon Khubchandani, Kumar, et Bowman (2019) « *le harcèlement verbal est considéré comme la forme de violence la plus répandue, suivi de la violence sexuelle et physique* ». Erdogan, et Yildirim (2017) soutiennent ces propos en affirmant que le harcèlement moral est une problématique mondiale au sein du marché du travail et ne cesse de croître d'année en année. de Prez (2018) affirme également que « *17% des travailleurs se sentent victimes de harcèlement moral, soit une augmentation de 14% en un an* ». Le harcèlement qui prédomine est le harcèlement psychologique.

Les professionnels de la santé sont plus susceptibles de vivre des situations de harcèlement au travail durant leur carrière professionnelle. En effet, ces derniers ont sept fois plus de risques d'avoir un environnement de travail où le harcèlement prédomine (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Ces dires sont appuyés par Chambers, Frampton, McKee, et Barclay (2018) affirmant que le harcèlement dans le secteur de la santé « *est décrit comme le phénomène le plus destructeur qui sévit dans la culture médicale* ». Ils font face au harcèlement moral, physique et/ou sexuel. Cependant, celui qui touche le plus le monde médical est le harcèlement psychologique (17,9%). « *Ce comportement est quatre fois plus répandu que le harcèlement sexuel* » (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013). Ces dires sont appuyés par Camerino et Marlasca (2018) qui « *confirment que les personnes employées dans le secteur de la santé sont les plus exposées aux agressions verbales, aux rumeurs ou à l'isolement social (17,9%)* ». En effet, « *trois personnes sur quatre employées dans le secteur de la santé déclarent avoir subi (...) une situation de harcèlement psychologique* » (Camerino & Marlasca, 2018). Ces auteurs rapportent également que « *plus de 40% ont déclaré avoir été victimes de mobbing, même occasionnellement, avec une nette prédominance de femmes, 46,6% contre 41,3% d'hommes* » (Camerino & Marlasca, 2018). Cela s'ajoute à un contexte de travail complexe et rempli d'incertitude (cfr introduction 1.2.). **Le présent travail se concentre ainsi sur le harcèlement moral dans le secteur de la santé.**

La loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail de 1996, actualisée en 2014 définit le **harcèlement moral**, comme étant un « *ensemble abusif de plusieurs*

conduites similaires ou différentes, externes ou internes à l'entreprise ou l'institution, qui se produisent pendant un certain temps, qui ont pour objet ou pour effet de porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique d'un travailleur ou d'une autre personne à laquelle est d'application, lors de l'exécution de son travail, de mettre en péril son emploi ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant et qui se manifestent notamment par des paroles, des intimidations, des actes, des gestes ou des écrits unilatéraux. Ces conduites peuvent notamment être liées à l'âge, à l'état civil, à la naissance, à la fortune, à la conviction religieuse ou philosophique, à la conviction politique, à la conviction syndicale, à la langue, à l'état de santé actuel ou futur, à un handicap, à une caractéristique physique ou génétique, à l'origine sociale, à la nationalité, à une prétendue race, à la couleur de peau, à l'ascendance, à l'origine nationale ou ethnique, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité et à l'expression de genre » (Moniteur Belge, 2014).

Deux groupes d'auteurs viennent appuyer cette définition légale. Norton, Costa, Teixeira, Azevedo, Roma-Torres, Amaro & Cunha (2017) définissent le harcèlement moral *« comme une exposition systématique à l'humiliation, à des comportements hostiles et violents et à une communication oppressante et contraire à l'éthique à un ou plusieurs travailleurs au moins une fois par semaine et pendant au moins six mois »*. Bourgeois, Ogana, et Renault (2016) ajoutent que le harcèlement moral est une *« attitude durable et répétée d'un ou plusieurs membres de l'organisation qui tend à intimider, à dévaloriser ou à isoler un autre de ses membres dans le but de le déstabiliser »*. L'importance est de distinguer le harcèlement moral au travail des conflits habituellement présents. Celui-ci procède à des actions négatives, répétées, ayant une certaine fréquence et intensité, sur un certain laps de temps (minimum six mois), tout en portant une atteinte psychologique, émotionnelle et/ou physique. De plus, il s'établit dans un contexte de travail hostile et/ou discriminatoire (Coetzee & van Dyk, 2017 ; Chambers, Frampton, McKee & Barclay, 2018 ; Lamberth, 2015). Le harcèlement au travail peut également prendre **plusieurs formes**. Il est soit direct, autrement dit déclaré ou soit indirect, autrement dit dissimulé (Birks, Cant, Budden, Russel-Westhead, Sinem Üzar Özçentin & Tee, 2017). Cela comprend à la fois des menaces passives et/ou actives par rapport à la situation du travailleur comme par exemple *« des menaces physiques ou non exprimées, la contrainte, l'intimidation, la gêne, le sabotage, la perturbation de la productivité au travail, etc. »* (Coetzee & van Dyk, 2017).

Les comportements violents et hostiles envers les travailleurs estimant subir du harcèlement moral comprennent le rejet social, les ragots, les attaques psychologiques incessantes, la

réduction voire la suppression des responsabilités et des activités professionnelles, un contrôle permanent du travail effectué, des moqueries, des critiques, de la médisance, un manque d'accès à l'information ainsi qu'une atteinte à la vie personnelle (Bourgeois, Ogana & Renault, 2016 ; Coetzee & van Dyk, 2017 ; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Ainsi « *le harcèlement moral au travail comprend deux aspects : l'un étant lié aux aspects sociaux/professionnels, au milieu et aux conditions de travail, et l'autre aux caractéristiques sociodémographiques et personnelles de la victime* » (Camerino & Marlasca, 2018). Les facteurs du harcèlement moral sont alors divers et multiples et ne sont pas seulement liés à la discrimination. Ils peuvent être liés à l'âge, au genre, à l'origine ethnique, au groupe social, à l'éducation, à la culture de l'organisation, aux conditions de travail, etc. (Erdogana & Yildirim, 2017 ; Figueirido-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, Llorca-Pellicer & García-Juesas, 2012).

Selon Desrumaux (2014), le harcèlement moral au travail reste actuellement un sujet tabou au sein des établissements de santé. Il est important de démystifier cette problématique. D'une part, le nombre de personnes ayant déclaré avoir subi une forme de harcèlement est inférieur à la réalité (37% des déclarés versus 67,5% des non-déclarés) (Chambers, Frampton, Mckee & Barclay, 2018). « *Environ 40% des victimes ne déclarent jamais avoir été victimes de harcèlement* » (Lamberth, 2015). D'autre part, la manière dont ce phénomène est géré fait apparaître un manque en procédures, en outils, en équipement et en soutien envers les travailleurs estimant subir du harcèlement. Dans 43,6% des cas, aucune action n'est prise et dans 60% des cas les plaintes sont ignorées par les gestionnaires. Les personnes mises en cause pour harcèlement sont peu réprimandées, seulement 6,2% des cas. Généralement les travailleurs, estimant subir du harcèlement moral, paient les conséquences par démission (40%), renvoi (24%) ou transfert dans un autre service (13%) (Lamberth, 2015).

D'un point de vue organisationnel, le harcèlement engendre des coûts pour les institutions de soins, soit environ 10% de leur profit. Les raisons sont expliquées par « *une baisse de productivité de 40%, une augmentation des congés maladie, une augmentation des demandes médicales des victimes, des frais juridiques potentiels et un roulement du personnel* » (Lambert, 2015). Les gestionnaires sont ainsi peu conscients du coût engendré par le harcèlement moral dans les établissements de soins (Lambert, 2015).

3.2. La législation

Dans la loi du 28 février 2014, complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs, quatre points importants sont à souligner au niveau du harcèlement moral. **Le premier**, « *l'employeur prend les mesures nécessaires afin de promouvoir le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail* ». **Le deuxième**, « *les employeurs et les travailleurs, qui entrent en contact avec les travailleurs lors de l'exécution de leur travail, sont tenus de s'abstenir de tout acte de violence ou de harcèlement moral ou sexuel au travail* ». **Le troisième**, « *l'employeur identifie les situations qui peuvent mener à des risques psychosociaux au travail et, il en détermine et évalue les risques. Il tient compte notamment des situations qui peuvent mener au stress au travail, à la violence et au harcèlement moral ou sexuel au travail* ». **Le quatrième**, « *lorsque des actes de violence ou de harcèlement moral ou sexuel au travail sont portés à la connaissance de l'employeur, celui-ci prend les mesures appropriées* » (Moniteur Belge, 2014).

Malgré l'existence de ces lois, le harcèlement moral persiste. Il devient une problématique importante au sein du secteur de la santé qui nécessite une surveillance accrue et la mise en place de mesures pour contrecarrer ce phénomène grandissant (Erdogana & Yildirim, 2017).

3.3. Les types et les acteurs dans le harcèlement moral

Tout professionnel de la santé peut faire face à **trois types de harcèlement moral** durant leur carrière (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Camerino & Marlasca, 2018 ; Lamberth, 2015). Premièrement, le harcèlement moral vertical qui se réalise entre deux collègues qui ne se situent pas sur la même ligne hiérarchique. Il peut être ascendant ou descendant. La forme la plus courante est la descendante, c'est-à-dire le supérieur (chef de service, superviseur ou cadre) harcèle le soignant. La forme de harcèlement moral utilisé est généralement liée au travail (Lamberth, 2015 ; Waschgl, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Deuxièmement, le harcèlement moral horizontal qui s'effectue entre collègues soignants se situant sur la même ligne hiérarchique. La forme de harcèlement moral utilisé est généralement liée à la personne (Birks, Cant, Budden, Russel-Westhead, Sinem Üzar Özçetin & Tee, 2017 ; Lambert, 2015 ; Waschgl, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). Troisièmement, le harcèlement moral latéral qui s'effectue d'un patient à un professionnel de la santé. Celui-ci est devenu de plus en plus présent dans le secteur de la santé (Birks, Cant, Budden, Russell-Westhead, Sinem Üzar Özçetin & Tee, 2017 ; Khubchandani, Kumar & Bowman, 2019).

Dans le cadre du harcèlement moral sur le lieu de travail, **trois acteurs principaux peuvent être identifiés**. Premièrement, la personne concernée estimant subir du harcèlement moral. Dans la littérature scientifique, il n'existe pas de prévalence fixe du nombre de travailleurs estimant subir du harcèlement moral, celle-ci varie. Selon Livne, et Goussinsky (2013), elle est mesurée entre 11 et 18%. Pour Chambers, Frampton, Mcke, et Barclay (2018), « *plus du tiers ont déclaré avoir été victimes de harcèlement* ». D'après Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström, et Rysteds (2017), elle fluctue entre 2 et 50%. Et Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó, et Araque-Padilla (2013) estiment que l'Europe du nord est touchée de 4 à 5% et que l'Europe du Sud est affectée de 15%. Olsen, Bjaalid, et Mikkelsen (2017) complètent les propos en affirmant que « *la prévalence du harcèlement est inférieure dans les pays scandinaves par rapport à la plupart des autres pays européens tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Belgique et l'Allemagne* ». Cette variation est due aux caractéristiques des institutions de soins, à la culture du pays, à la population, aux réglementations, au management, aux instruments de mesure et à la méthode d'analyse utilisée (Olsen, Bjaalid, & Mikkelsen, 2017 ; Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rysteds, 2017). Deuxièmement, les témoins où Lambert (2015) affirme que « *15% des travailleurs ont été témoins d'actes de harcèlement* ». Deux catégories existent : ceux qui soutiennent le comportement des personnes mises en cause pour harcèlement et ceux qui sont contre mais n'agissent pas (Lamberth, 2015). Troisièmement, les personnes mises en cause pour harcèlement moral. Dans « *72% des cas, les auteurs sont des superviseurs et 62% des harceleurs sont des hommes* » (Lamberth, 2015).

4. Le harcèlement moral comme risque psychosocial dans les soins de santé

Actuellement, l'environnement de travail et les questionnaires des institutions de soins prennent très peu en compte le harcèlement moral comme facteur de risque psychosocial. Alors qu'il fait partie des facteurs de risques psychosociaux encourus par les professionnels de la santé. De plus, l'exposition à ces derniers affecte négativement les soignants, les patients et l'institution de soins (Lippel, Véniza, Bourbonnais & Funes, 2016 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017 ; Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rysteds, 2017).

Le harcèlement moral est généralement lié à la relation entre la personne estimant subir celui-ci et la personne mise en cause par ce dernier. Mais il « *ne devrait pas exister en vase clos car il est influencé par différentes caractéristiques de l'organisation. Le harcèlement ne doit pas être perçu comme un simple conflit entre deux individus, mais plutôt comme un phénomène complexe, pouvant être compris à travers un examen des facteurs organisationnels* » (Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017). Pour comprendre l'influence des risques psychosociaux sur le

harcèlement moral, il faut prendre en compte à la fois les professionnels de la santé, l'organisation et l'environnement de travail ainsi que l'interaction entre ces trois facteurs (Lippel, Véniza, Bourbonnais & Funes, 2016 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017).

Afin de pouvoir établir un environnement de travail sain dans les établissements de santé où les risques psychosociaux et le harcèlement moral sont quasi-inexistants, il est nécessaire de répondre à la question suivante : « **Comment les risques psychosociaux influencent-ils les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé et dans quelles circonstances la prévention des risques psychosociaux réduit-elle celles-ci au sein des établissements de soins ?** ». Cette question de recherche fait émerger plusieurs hypothèses : Comment le harcèlement moral est-il perçu par les personnes estimant subir du harcèlement moral ? Les risques psychosociaux internes aux établissements de soins jouent-ils un rôle dans les situations de harcèlement moral ? Peuvent-ils expliquer à eux seuls la présence de harcèlement moral dans les soins de santé ? Les risques psychosociaux externes à l'organisation tels que les réformes, la politique, la société mais également les soignants jouent-ils également un rôle dans cette problématique ? Comment les personnes estimant subir du harcèlement moral vivent ou ont vécu cette situation ? Des moyens de prévention peuvent-ils seulement être mis en place au niveau des risques psychosociaux internes ou également au niveau des risques psychosociaux externes afin de prévenir, de gérer voire d'éliminer les situations de harcèlement moral ? Allier à la fois les demandes des politiques, les attentes des gestionnaires, une prise en charge de qualité pour les patients et le respect des praticiens permettraient-ils d'établir un environnement de travail et des conditions de travail saines pour les soignants ? La réponse à ces hypothèses se trouve dans les parties suivantes de ce mémoire.

Méthode

1. Le travail

L'objectif de ce travail est d'identifier et d'analyser l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral qui est perçu et vécu par les professionnels de la santé sur leur lieu de travail, de prévenir l'apparition du harcèlement moral et de pouvoir mettre en place des moyens de prévention contre les risques psychosociaux et le harcèlement moral auquel les professionnels de la santé sont confrontés au sein de leur établissement de soins.

Ainsi, la question de recherche est la suivante : « **Comment les risques psychosociaux influencent-ils les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé et dans quelles circonstances la prévention des risques psychosociaux réduit-elle celles-ci au sein des établissements de soins ?** »

L'étude est d'orientation empirique et l'objectif de cette recherche est exploratoire. Elle est réalisée sous un devis qualitatif. Cela correspond à une récolte de données non chiffrées et à l'utilisation d'un entretien semi-directif. Ce mémoire se base sur le vécu des personnes interrogées et sur les articles scientifiques provenant des bases de données Science Direct, Google Scholar, Pubmed et Research Gate.

2. L'entretien

Afin de répondre à la question de recherche, **plusieurs entretiens** sont réalisés auprès de professionnels de la santé. Le but est de récolter un maximum d'informations sur leurs perceptions et leurs vécus concernant le contexte de travail, les risques psychosociaux et leur influence sur le harcèlement moral, les répercussions sur les soignants et l'organisation des soins et les moyens de prévention pour réduire, voire supprimer, cette problématique.

Pour ce faire, **l'entretien est semi-directif**. Il est dirigé par un guide d'entretien qui est composé de questions prédéfinies abordant différentes thématiques en lien avec la question de recherche. Cela constitue une trame pour l'investigatrice qui permet d'intervenir à un moment donné, de poser des questions et de pousser plus loin la réflexion du soignant, sans jugement. Il est également de type qualitatif car les questions posées sont dites « ouvertes ». Ce type d'entretien choisi permet aux professionnels de la santé de participer à l'avancement des connaissances sur le sujet et à la mise en place de moyens de prévention pour contrecarrer le phénomène grandissant, qui est le harcèlement moral dans le monde de la santé.

Les entretiens sont **des interviews individuelles et épisodiques**. Elles se réalisent en face à face entre l'investigatrice et le soignant, via Skype ou via un appel téléphonique, durant environ une heure et demie. Elles se déroulent dans les meilleures conditions de passation possibles : pièce calme, sans stimulus externes, température ambiante, confort, etc.

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est construit à l'aide du livre de M. Pascal Guillez et Sylvie Tétreault : Guide de recherche en réadaptation (2014, pp215-242).

Il est composé en quatre parties :

Premièrement, **l'introduction**. Elle a pour but d'introduire le sujet. Cela comprend la présentation de l'investigatrice, de l'étude et des objectifs poursuivis par celle-ci, l'explication des différentes thématiques abordées lors de cet entretien et la vérification de la compréhension du professionnel de la santé sur ce qui est demandé.

Deuxièmement, **les considérations éthiques**. Afin que l'entretien se déroule dans de bonnes conditions pour l'investigatrice et le soignant, un cadre est mis en place. Il est nécessaire de communiquer au soignant, avant de commencer l'interview, certaines informations concernant le respect de l'anonymat et les règles de confidentialité, son consentement, l'utilisation du contenu de ses réponses pour répondre à la question de recherche. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses et il est possible d'interrompre l'entretien.

Troisièmement, **la construction des questions en lien avec la problématique**. Afin de faciliter celle-ci, le guide de concertation Deparis niveau deux (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2015) est utilisé. Une liste de thèmes est dressée afin de formuler les questions. Elles sont claires, pertinentes, précises, non biaisées, formulées selon le langage parlé, ouvertes et adaptées. Cela permet au soignant d'avoir une grande liberté de réponse.

Quatrièmement, **la conclusion de l'entretien**. L'interview se clôture par la formulation d'une question qui résume l'entretien.

4. L'analyse et la synthèse des résultats

Une certaine démarche d'analyse et de synthèse des résultats est établie. Dans un premier temps, les entretiens sont enregistrés via un smartphone. Une fois l'entretien terminé, les dires du participant sont retranscrits mot pour mot sur un support numérique. Dans un second temps, une lecture et une analyse de l'entretien écrit sont réalisées. Cela s'effectue à travers une analyse descriptive sous forme d'une fonction descriptive. Des thèmes sont utilisés afin d'identifier les

éléments essentiels et de regrouper les résultats en catégories fermées sans interprétation. L'outil utilisé est le guide de concertation Deparis niveau deux (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2015). Par ce biais, une synthèse des résultats est permise.

5. La sélection des participants

Le recrutement des participants s'effectue via la méthode « effet boule de neige » et via les groupes Facebook dédiés aux professionnels de la santé (Les blouses blanches de Belgique ! Infirmier, aide-soignant, sage-femme,... – Kinés, Paramédicaux et Médecins Belges – Infirmiers et Infirmières de Belgique – La santé en lutte – Burn-out Belgique (via Anne Everard) – Tu sais que tu es ergothérapeute quand... – Master 1 santé publique UCL – Harcèlement moral au travail, parlons-en ! – Mémoire ergothérapie – Infirmiers et infirmière belges (groupe réservé aux praticiens) – ESP22MS-G – J'exerce un métier mal connu : ergothérapeute).

Un faible échantillon de convenance est utilisé dans cette étude, qui est constitué de 14 professionnelles de la santé.

Les critères d'inclusion :

- professionnels de la santé travaillant au sein d'un établissement des soins de santé en Belgique ;
- genre masculin ou féminin ;
- âgés entre 20 et 60 ans ;
- estimant avoir subi une situation de harcèlement moral au sein de leur milieu de travail.

Les critères d'exclusion :

- toute personne n'exerçant pas en tant que professionnel de la santé ;
- ne travaillant pas dans une institution médicale de soins de santé ;
- estimant ne pas avoir subi du harcèlement moral sur leur lieu de travail ;
- âgée < 20 ans et > 60 ans ;
- ne résidant pas en Belgique.

Résultats

La posture de l'investigatrice dans ce mémoire est d'écouter les professionnelles de la santé par rapport aux situations de harcèlement moral auxquelles elles disent avoir fait face. Elle se tient à la parole libre des personnes interrogées, sans jugement et sans nécessité d'avoir la preuve avérée de ce qu'elles rapportent.

1. Présentation de la population interrogée

Quatorze professionnelles de la santé ont été interrogées dans le cadre de cette étude. Elles sont toutes de **genre** féminin. **Leur âge** varie entre vingt-six ans et cinquante-trois ans. **Cinq professions de la santé** sont représentées : cinq ergothérapeutes, cinq infirmières, deux kinésithérapeutes, une assistante sociale et une cheffe adjointe d'une unité de soins. Différents lieux de travail sont également répertoriés : maison de repos et de soins, hôpital universitaire, hôpital public, centre de jour de santé mentale, centre médical, polyclinique, ASBL, centre de rééducation ambulatoire et école de type enseignement spécialisé. Douze interviewées sur quatorze sont employées à temps-plein et deux travaillent à mi-temps (cfr annexe 3).

2. Le harcèlement moral et les risques psychosociaux

2.1. Le harcèlement moral

2.1.1. La définition du harcèlement moral

Le harcèlement moral est défini par les soignantes interrogées comme étant une accumulation d'actes, de paroles et de pressions psychologiques, sur un certain laps de temps (plusieurs semaines, mois ou années) orientées sur une personne. L'objectif est de leur nuire. « *Ce sont des actes et des paroles répétitives sur une personne dans le but de lui faire du mal et du tort, afin de la pousser à bout* ». Cela se traduit par des mensonges ; une pression psychosociale ; des problèmes de communication, d'organisation et de dynamique de groupe ; un manque de respect, de reconnaissance et de considération ; de l'humiliation ; des ordres sans prendre en compte l'avis de la personne estimant subir du harcèlement moral et en ne respectant pas ses désidératas ; ainsi que des remarques individuelles et professionnelles. Les répercussions sont à la fois physiques et psychologiques. Le harcèlement moral affecte le bien-être personnel et professionnel du travailleur. La totalité des personnes interrogées affirme que le harcèlement moral est un mécanisme insidieux qui s'installe progressivement et est inconscient dans un premier temps auprès des personnes estimant subir du harcèlement moral. « *C'est insidieux, ce sont des choses qui arrivent mais on ne le voit pas arriver. On pense que c'est normal et on l'accepte parce qu'on est dans le cadre d'une profession* ».

2.1.2. La durée du harcèlement moral

Sur les quatorze personnes interrogées, **la durée du harcèlement moral est variable**. Elle fluctue entre quatre mois et treize ans. La durée moyenne est de 3,04 ans (cfr annexe 4).

La difficulté des participantes est d'estimer la durée du harcèlement moral. Elles savent quand celui-ci s'est arrêté. Par contre, le début reste indéterminé. « *Je ne sais pas trop quand le harcèlement a commencé* » ; « *Ça s'est installé progressivement* ».

Le harcèlement moral a débuté pour la moitié des personnes à partir de leur mise en fonction au sein de leur établissement, pour deux suite à la fusion de deux centres, pour deux autres dû à l'absentéisme et au non-remplacement de leur collègue, pour une suite au retour de son congé maladie, pour une suite au développement de son activité syndicale en parallèle à son travail et pour la dernière après avoir défendu son collègue subissant également du harcèlement moral.

2.1.3. La reconnaissance du harcèlement moral

Sur les quatorze personnes interrogées, **onze d'entre elles reconnaissent et acceptent** avoir vécu une situation de harcèlement moral contre **trois qui ont des difficultés** à admettre ce qu'elles ont vécu.

Selon ces dernières, ceci est dû à l'étiquette négative associée au harcèlement moral, à la difficulté de mettre des mots sur ce qui se passe, à un manque de conscience par rapport à la situation et à la culpabilisation de la personne estimant subir du harcèlement moral qui rejette toute la responsabilité de celle-ci sur elle-même. « *Je ne l'ai pas encore vraiment accepté. C'est quand le médecin et la psychologue m'ont dit que c'était du harcèlement, je suis un peu tombée de haut* » ; « *Je n'aurais jamais dit moi-même que je me faisais harceler moralement. Je ne sais pas comment je qualifie ce que j'ai vécu* ». Toutes affirment, que pour prendre conscience de la situation et l'accepter, il faut du temps.

2.1.4. Les types de harcèlement moral présents auprès des professionnelles de la santé

Sur l'ensemble des participantes interrogées, **deux types de harcèlement moral sur trois sont identifiés**. Pour huit d'entre elles, il provient de **la hiérarchie**, pour deux, il vient **d'un collègue** et pour quatre, celui-ci est issu de **la hiérarchie et des collègues**. Cependant, aucun harcèlement moral n'est à déplorer de la part des patients. « *De la hiérarchie de façon directe, visible et organisée mais il y a eu progressivement dans le temps une contamination des autres collègues* » ; « *Le harcèlement moral, elles le font passer par le chef. Elles vont toujours se plaindre au chef et lui revient à tous les coups vers moi* ».

Un peu plus de la moitié des soignantes estiment que **le harcèlement moral peut être accentué par les témoins**. « *Les collègues voient ce qu'il se passe mais ne font rien. Une collègue avec qui je m'entends bien m'a dit que si je perdais mon travail, la suivante ce serait elle qu'ils vont essayer d'éjecter. Je pense qu'elle a peur de se faire harceler ensuite mais c'est toujours plus facile de laisser l'autre se faire harceler tout seul* ».

2.1.5. Les formes de harcèlement moral

Douze personnes sur quatorze estiment que le harcèlement moral exercé par leur hiérarchie et/ou leurs collègues est **inconscient**. « *J'avais l'impression que tout ce que je pouvais dire, il ne se reconnaîtrait pas dans la description que je pourrais faire de son comportement* » ; « *À première vue, c'est une personne gentille. Je pense qu'elle ne se rendait pas compte parce que le jour où j'ai demandé ma mutation, elle était étonnée et m'a dit : mais tu te sens bien ici, pourquoi tu demandes de partir* ». Contrairement à cette majorité, une soignante considère que le harcèlement moral appliqué est **conscient** « *Les 4 savent très bien ce qu'elles font mais vont toujours le nier si on les met devant le fait accompli* ».

2.1.6. Les finalités des situations de harcèlement moral

Trois finalités au niveau des situations de harcèlement moral se sont présentées aux soignantes interrogées.

La première, l'arrêt total du harcèlement moral. Six travailleuses affirment ne plus vivre cette situation sur leur lieu de travail. Plusieurs raisons sont évoquées par les interviewées : l'intervention du syndicat, « *le harcèlement a continué jusqu'à l'intervention du syndicat, ce qui a permis d'arrêter cette situation* » ; la mutation, « *j'ai demandé ma mutation car ça permet d'aller contre ce harcèlement* » ; le licenciement, « *la situation s'est arrêtée le jour où j'ai été licenciée* » ; l'intervention de la cellule interne et/ou de la cellule externe dans la prévention des risques psychosociaux sur le lieu de travail ; au retour d'une collègue ; la menace de porter plainte à la police ; au développement des compétences professionnelles suite à une formation, « *à partir du moment où j'ai dit à la directrice que je faisais la formation, elle a vu que là tout flambait pour moi et que j'allais ramener pas mal de fric. Donc elle a arrêté de me harceler* » ; à l'arrêt maladie ; et au départ à la pension de la personne mise en cause pour harcèlement.

La deuxième, l'arrêt du harcèlement moral avec un risque d'un retour à cette situation.

Cela concerne deux travailleuses. Pour l'une, cela a cessé en faisant intervenir la cellule externe dans la prévention des risques psychosociaux sur le lieu de travail et en ne démissionnant pas.

Pour l'autre, cela s'est terminé suite à l'arrêt de son activité syndicale et au changement d'équipe. *« Après m'avoir testé pendant longtemps, elle a vu que je n'étais pas partie. Mais c'est temporaire, je sais qu'elle va revenir me mettre la pression ».*

La troisième, **la situation perdue** pour six travailleuses. L'une d'entre elles la subit actuellement, quatre sont en arrêt maladie mais savent qu'une fois de retour sur leur lieu de travail, le harcèlement va recommencer et, pour une, la personne mise en cause est en congé maladie. *« La situation est toujours la même, rien ne change et je ne sais pas comment ça peut s'arrêter » ; « Si je retourne à mon poste, cette situation de harcèlement sera toujours présente ».* Les solutions envisagées par la personne estimant subir du harcèlement moral pour que la situation s'arrête : la mutation ou la démission, la création d'un dialogue entre la hiérarchie/la personne mise en cause/la personne estimant subir du harcèlement moral, une reconversion professionnelle, le dépôt d'une plainte, l'intervention de la cellule interne et/ou de la cellule externe dans la prévention des risques psychosociaux sur le lieu de travail, le renforcement de l'équipe afin de répartir le temps au sein de l'unité, ainsi qu'une supervision d'équipe avec une personne externe à l'institution. *« La solution est de changer d'Unité » ; « C'est en essayant de concilier, de résoudre le conflit et de dialoguer qu'on arrivera à résoudre le problème ».*

2.2. Les risques psychosociaux vis-à-vis des situations de harcèlement moral

2.2.1. L'organisation au travail

La totalité des participantes perçoit le degré de liberté et d'autonomie comme facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. En effet, toutes ont senti une réduction de leur autonomie et de leur liberté dans leur pratique. Cela se marque par différents événements : l'obligation de faire ce que la hiérarchie demande quand elle le souhaite, *« faire toujours ce qu'on demande au moment où on te le demande »* ; l'intervention inappropriée et arbitraire durant les prises en charge ; le jugement sur la manière de travailler et directives émises par la hiérarchie et les collègues sur le travail à réaliser, *« le médecin vient me voir pour me dire comment faire mon travail »* ; l'obligation de prendre certains patients en charge et de rédiger les rapports comme les collègues le souhaitent ; l'impossibilité de placer les congés souhaités ou d'effectuer un changement d'horaire, *« une fois on voulait faire un changement d'horaire avec une collègue. Je vais voir le chef, je lui demande de changer d'horaire et il me dit non ce n'est pas possible, il me trouve une excuse bidon. Ma collègue lui dit mais moi j'en avais besoin de ce changement d'horaire et là il répond : ah si c'est pour toi on peut changer »* ; l'empêchement de réaliser le suivi de certains patients et de certaines

activités initialement prévues, *« on m’a empêché de parler à une famille dont le papa était mourant »* ; la contrainte à un rythme de travail soutenu en limitant les contacts humains, *« pour la distribution des médicaments, ça n’allait pas assez vite à leur goût. On m’a dit : tu rentres dans la chambre, tu poses les médicaments et tu sors. Donc le patient qui pleure, je ne peux même plus demander comment il se sent »* ; la restriction de certains actes et tâches qui font partie de la fonction d’infirmière ou de chef adjointe ; l’impossibilité de s’exprimer et de dialoguer sur ce qui est ressenti par le soignant ; le manque de prise en compte de l’avis du professionnel de la santé ; le contrôle et la vérification du travail à réaliser ; l’absence de transmission d’informations sur le patient ; la suppression de dossiers de travail créés par la personne estimant subir du harcèlement moral ; et la contrainte de travailler dans une unité de travail et de ce qui est à réaliser, *« j’étais obligée d’aller là où l’on me mettait. Je ne restais pas dans le Service qui m’était attribuée de base »*.

La liberté de contact est considérée pour cinq personnes comme étant un facteur de risque dans l’existence du harcèlement moral sur leur lieu de travail. En effet, elles ont ressenti un manque de moyens d’expression et les supérieurs hiérarchiques ne viennent pas en aide pour résoudre des problèmes. *« À chaque fois que je parle avec une de ses infirmières, l’infirmière chef a décidé de couper court à notre discussion, donc de m’interrompre et me dire de laisser ses infirmières travailler »*.

Sept personnes perçoivent **les responsabilités** comme facteur de risque expliquant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Deux situations sont évoquées. La première est, pour quatre d’entre-elles, une augmentation de leurs responsabilités envers les patients, la gestion du service (commandes, prises en charge, etc.) et les problèmes à régler dans l’Unité. *« La cheffe comptait sur moi pour que le service tourne, j’endossais des responsabilités qui n’étaient pas les miennes »* ; *« On m’a fait endosser une responsabilité que je ne voulais pas, donc dès qu’il se passait quelque chose, vu qu’on mettait mon nom, ça tombait sur moi »*. La deuxième est, pour trois d’entre-elles, une réduction de leurs responsabilités par rapport à leurs tâches. *« On m’a retiré tout ce que j’avais. Je l’ai appris en voyant passer un mail »* ; *« J’ai plutôt eu l’impression de vivre une déresponsabilisation, c’est-à-dire de devoir justifier chaque fois mes actes techniques comme si j’étais une stagiaire »*.

Les erreurs sont vécues, pour dix travailleuses, comme étant un facteur de risque dans l’existence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. En effet, aucune erreur, voire aucun oubli, n’est permis sous peine de sanctions et de réprimandes. *« J’avais mal fait la caisse la veille ou je n’avais pas éteint les radiateurs, je recevais des remarques de la part de la*

directrice devant toute la salle d'attente » ; « Si j'oublie de mettre une date sur la perfusion, je suis directement réprimandée par le chef alors qu'il y a des gens qui oublient ou font des fautes comme des montagnes, qui sont mêmes dangereuses pour les patients mais ça il ne dit jamais rien ». Elles ont également vécu des situations au cours desquelles la hiérarchie et les collègues incitent à la faute professionnelle dans le but d'un éventuel licenciement. « Les chefs essayaient que je commette des erreurs pour pouvoir me licencier » ; « Dans le service, ils ont essayé à plusieurs reprises de me faire donner des médicaments, sauf que c'était des médicaments décapsulés, sans nom, sans dosage, sans rien où l'on me disait tiens tu vas faire la toilette d'un tel, ben tu prendras les médicaments et tu lui donneras, sauf que c'est une faute grave ».

Les quatorze personnes ne considèrent pas **la concertation sociale** comme facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Cependant, elle peut jouer un rôle en aggravant la situation par la passivité des représentants syndicaux. Neuf d'entre-elles affirment qu'au sein de leur institution les syndicats sont représentés. Sur les neuf, six n'ont pas confiance en eux et donc n'ont pas fait appel à leurs services contre trois qui ont demandé de l'aide pour intervenir par rapport à leur situation. « Ce n'est pas toujours facile de savoir de quel côté ils se placent. J'étais syndiquée chez les X qui m'ont dit qu'ils allaient m'aider mais la situation a empiré et ils n'ont plus jamais donné signe de vie » ; « J'ai aussi vu mon syndicat et ils m'ont dit qu'en cas de plainte pour harcèlement, c'est la personne qui porte plainte qui doit partir, donc je n'ai rien fait » ; « En tant qu'ancienne syndicaliste, j'ai accompagné des personnes qui portaient plainte à l'auditorat du travail pour des motifs parfaitement justifiés et on constatait qu'elles n'étaient absolument pas reconnues. J'ai l'impression que porter plainte pour harcèlement moral c'est tout simplement se tirer une balle dans le pied. Je n'ai absolument plus confiance dans l'aide apportée par le syndicat par rapport au harcèlement moral ». En ce qui concerne les cinq dernières, celles-ci n'ont pas fait appel au syndicat car il n'y avait pas de représentant syndical sur leur lieu de travail. Elles n'ont pas pu recevoir de l'aide par cette voie.

La totalité des soignantes n'a pas vécu des situations de harcèlement moral par rapport à **l'autonomie des groupes** sur leur lieu de travail.

2.2.2. Le contenu du travail

Onze soignantes ont ressenti **l'ambiguïté des rôles** et **le conflit des rôles** comme étant un facteur de risque dans la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Cela se manifeste par : une mauvaise répartition des tâches entre les différentes professions ; une contrainte sur la manière de réaliser le travail qui est en opposition avec la profession, ce qui engendre un conflit sur la façon de travailler, « mes supérieurs hiérarchiques me disaient qu'ils

savaient mieux que moi comment était mon travail, il fallait faire les choses comme ils le voulaient et pas comme moi je le disais » ; une incompréhension du rôle de l'ergothérapie au sein de la structure à cause d'une mauvaise représentation de la profession et une non-reconnaissance de celle-ci, « l'ergothérapie n'est pas encore assez reconnue et donc ça joue sur le harcèlement moral de ne pas être reconnu comme tel » ; une mauvaise conception de la fonction adjointe, « ma cheffe me faisait faire des tâches d'infirmière alors que ce n'était plus mon rôle » ; un dénigrement constant de la profession et du rôle à jouer auprès des patients, « la cheffe infirmière me dit qu'une ergo, soit elle se plie à ce que je veux ou soit elle dégage » ; un manque de définition dans les rôles de chaque métier, ce qui entraîne une confusion entre les postes et un manque de clarté dans les rôles au sein de l'équipe soignante, « on confie des actes techniques qui relèvent de l'ergothérapie à des gens qui ne sont pas ergothérapeutes et on me demande de faire des choses qui relèvent de l'assistant social ». ; l'absence de considération de la personne par rapport à la profession exercée. Cette ambiguïté et ce conflit des rôles proviennent soit de la hiérarchie, soit des collègues ou des deux simultanément. Les ergothérapeutes sont les plus touchées par cette problématique.

Le rythme de travail est vécu par les quatorze personnes comme un facteur de risque expliquant l'existence du harcèlement moral sur leur lieu de travail. Deux situations se présentent. La première, pour douze travailleuses interrogées, la charge de travail est intense. Cela se traduit par la contrainte d'un rythme de travail soutenu ; la réalisation de tâches supplémentaires pour décharger les collègues, « On est censé avoir fini à 21h mais j'avais toujours fini à 22h parce que les filles s'arrangeaient pour, qu'à chaque fois, je sois la deuxième à faire mon rapport et du coup je restais jusqu'à 22h » ; une répartition inégale des patients durant la journée, ce qui fait que la personne estimant subir du harcèlement moral se retrouve avec plus de patients, « Le médecin décide la répartition des patients du matin et de l'après-midi. Le matin il y a 17 patients et l'après-midi, il y en a 26. Du coup ce n'est pas 50/50 et je me retrouve avec une tonne de patients l'après-m. Quand je me plains, je reçois des remarques du style que je suis jalouse des ergothérapeutes du matin qui ont moins de travail » ; une prestation d'heures supplémentaires pour effectuer un travail de qualité, « J'ai presté en deux mois 58h supplémentaires. Je suis censée finir mon travail à 15h30 mais je me finissais à 18h car je devais vérifier mon travail afin d'être sûre de ne pas faire d'erreur comme j'étais la seule à gérer l'unité et que je venais de commencer ce travail de cheffe adjointe » ; un non-remplacement des collègues absents, ce qui fait que le travail à réaliser correspond à deux temps plein pour un temps plein ; une réalisation de tâches qui ne sont pas attribuées à la fonction

exercée ; une mauvaise répartition des tâches entre collègues, la personne estimant subir du harcèlement moral se retrouvant avec les plus lourdes ; des réprimandes lorsque le travail n'est pas réalisé rapidement ; une vérification du boulot effectué par les intérimaires, ce qui engendre une double charge de travail ; une obligation de travailler malgré le refus du travail suite à un épuisement professionnel, *« Ma supérieure hiérarchique m'a forcée à remplacer l'autre personne donc à travailler pour deux. J'ai dit non mais elle a à nouveau insisté au téléphone en me disant on t'a bien remplacée en septembre donc là tu dois remplacer et là j'ai dit : vous voulez ma mort. Je n'en revenais pas que je n'étais pas vraiment écoutée »*. La seconde, consistant en une charge de travail faible, pour les deux autres. Le rythme de travail est quasi inexistant car la direction empêche le remplissage de l'horaire de la personne estimant subir du harcèlement moral et supprime des tâches qui sont propres à la profession. *« Mon poste de travail a été sous-employé, c'est-à-dire que j'avais trop de trous dans mon horaire alors qu'il y a une liste d'attente infernale »*.

Six personnes ont ressenti **les retards et les interruptions** comme facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. En effet, elles reçoivent des réprimandes de la part de leur supérieur hiérarchique lorsqu'il y a du retard dans le boulot à réaliser ou lors de leur prise en fonction au sein de la structure. Les remarques sont faites uniquement aux personnes estimant subir du harcèlement moral. *« Elle ne se gênait pas de me le dire devant tout le monde quand j'avais du retard »* ; *« Toujours se justifier sur le fait que tu mets trois fois plus de temps que l'infirmière »*.

Sept personnes estiment que **les décisions** font partie des facteurs de risques dans l'existence du harcèlement moral sur leur lieu de travail. La hiérarchie et/ou l'équipe les empêchent de participer aux décisions collectives et également de prendre des décisions individuelles en termes de congés et de prises en charge. Elles jugent négativement lorsqu'une décision est prise par la personne estimant subir du harcèlement moral pour améliorer les prises en charge des patients. *« Avant, si je transférais un patient, je choisissais mais là, mon chef va me dire non fait le comme je le veux. Mais avec les autres infirmières, il ne le fait pas »* ; *« Je me suis dit qu'il fallait vraiment qu'on investisse dans l'intégration neurosensorielle en ergo. J'ai proposé de créer un groupe d'enfants où l'on appliquait celle-ci. Quand j'en ai parlé en réunion d'équipe c'était non, on n'est pas formé, on n'est pas là pour faire les apprentis sorciers. Je fais mon dernier arrêt de travail et à mon retour, je découvre l'existence d'un groupe sensoriel animé par la logo et la psychomot »*. La cheffe supprime également toutes les décisions prises

par la cheffe adjointe. *« Après les 5 semaines où j'étais seule, la cheffe a bien vu qu'il y a eu du changements dans l'organisation et elle a supprimé tout ce que j'avais mis en place ».*

Les quatorze travailleuses interrogées n'ont pas vécu des situations de harcèlement moral par rapport au **niveau d'attention** sur leur lieu de travail

2.2.3. *Les conditions de travail*

L'emploi est vécu pour cinq personnes comme facteur de risque dans la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Pour l'une d'entre elles, un turnover est assez présent depuis dix ans au niveau de son poste. La supérieure hiérarchique ainsi que les collègues l'ont testée afin de voir si elle résiste aux conditions de travail. Pour les quatre autres, cela concerne le contrat de travail. Il y a des limites illégales dans celui-ci empêchant le développement professionnel ainsi qu'un non-respect du contrat et des conditions qui leurs ont été accordées lors de l'embauche. *« Dans le formulaire, il y a un volet où la cheffe directe doit signer. La question est : êtes-vous d'accord de libérer madame X tel jour pour aller au cours. Elle a dit oui. L'autre volet, c'est le cadre au-dessus qui doit le remplir. Donc c'est signé, c'est écrit mais je ne pouvais pas y aller. Il y a non-respect du contrat » ; « J'ai une zone de cinq kilomètres de non-concurrence. Donc à chaque fois que je postulais ailleurs, c'était refusé » ; « On nous a vendu du rêve en nous mentant sur le projet qui devait être une maison pour adolescents mais qui a vite tourné en hôpital et ce n'était pas ce que je voulais ».*

Onze personnes ont ressenti **les horaires et la durée de travail** comme étant un facteur de risque influençant l'existence du harcèlement moral sur leur lieu de travail. En effet, les raisons sont les suivantes : non-respect de la durée de travail par rapport au type de contrat ; absence de choix quant à la prise de congé et de la récupération des heures supplémentaires, *« Mon chef fait les horaires, je mets mes desiderata mais il ne les respecte pas »* ; non-acceptation d'allonger les plages horaires en cabinet médical alors que la demande est élevée ; absence de patients dans l'horaire alors que les besoins sont forts ; suppression d'horaires montrant la personne absente alors qu'elle est présente ; prestation d'heures supplémentaires sans compensation ; non-respect des aménagements d'horaires initialement prévus pour permettre de suivre des cours ou réaliser une activité syndicale en parallèle, *« J'ai accepté un poste à responsabilités qui m'obligeait à travailler à temps plein mais, au moment de la signature de mon contrat, il m'a été dit qu'il y aurait des aménagements d'horaires, notamment que je travaille un weekend sur deux pour que je puisse avoir deux jours pour pouvoir venir au cours et aussi j'aurais des congés d'éducation payés. Malheureusement, une fois rentrée en poste, cette promesse n'a plus été tenue »* ; changement d'horaire à la dernière minute ou sans avertir

au niveau de l'emploi du temps (prise en charge, type de patients et jour de travail), « *On a changé mon horaire quand j'étais malade et on ne m'a pas avertie* » ; non-remplacement des personnes en congé maladie, ce qui oblige les collègues à fournir un travail qui équivaut à deux temps plein ; et non-respect des horaires de prises en charge des collègues, « *Je mettais toujours, la veille, les noms des personnes que j'allais prendre en charge, donc les infirmières ne devaient pas s'en occuper et des fois, lorsque j'arrivais le matin, l'infirmière cheffe avait déjà fait sa toilette et m'obligeait à prendre un autre* ».

Pour huit personnes, **les pauses** font partie des facteurs de risque favorisant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Légalement, celles-ci sont autorisées, mais elles ne les prennent pas à cause des pressions exercées par la hiérarchie (manque de temps, grande responsabilité si un événement se passe et ajout de tâches supplémentaires). « *Parfois je ne mangeais pas avant 15 ou 16h parce que mon chef ne me remplace pas ou me donne des tâches supplémentaires, ce qui fait que je ne peux pas prendre ma pause comme tout le monde* » ; « *Je ne prends pas de pause dans ma journée pour éviter un accident, car je sais qu'il en va de ma responsabilité s'il se passe quelque chose* ». Elles subissent également des réprimandes et de la jalousie de la part des collègues durant les pauses. Aucune déconnexion du travail n'est possible durant celles-ci.

Les compétences sont vécues pour quatre personnes comme facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur le lieu de travail. Ces personnes estimant subir du harcèlement moral se sentent jugées dans leurs compétences car elles ne peuvent pas réaliser certaines tâches. Aussi, la hiérarchie et les collègues leur attribuent des tâches inférieures à leur fonction, comparent leurs compétences à la personne qu'il remplace et ne prennent pas en compte leurs compétences, ce qui fait qu'ils utilisent leurs difficultés contre elles. « *On a estimé que je n'étais pas encore assez rapide la journée, donc on faisait des choses à ma place ou on me faisait des remarques* » ; « *On me fait faire des tâches inférieures à ma fonction. L'aide-soignante n'est pas là et on te dit va laver le malade, ce n'est plus du tout ma fonction, je suis chef adjointe* ».

La formation est ressentie pour dix personnes comme facteur de risque expliquant l'existence du harcèlement moral sur le lieu de travail. Ceci est dû au refus de mettre en pratique des actes techniques appris lors d'une formation et de se former à l'extérieur, « *Je faisais ma spécialisation en Oncologie, j'aurai dû pouvoir placer des chimiothérapies et on n'a pas voulu me laisser les faire* », « *Toute demande de formation m'est refusée* » ; à l'absence d'aide pour obtenir une formation, « *J'ai dû me battre pour pouvoir faire mon master. Ma cheffe m'a dit :*

je l'ai fait c'était difficile, je ne sais pas si tu vas pouvoir le faire, elle m'a beaucoup découragée » ; à une mauvaise gestion du processus d'intégration des nouveaux employés, « Je n'ai pas eu l'encadrement auquel chaque nouvel employé a droit » ; et à la dévalorisation du métier si tu ne possèdes pas de formation supplémentaire, « Si tu n'as pas de formation, ça veut dire que tu rapportes moins. Donc si tu n'as pas de formations, tu as les cas pourris. J'étais la poubelle du centre ».

Deux personnes ont vécu **l'entretien de fonctionnement** comme étant un facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Cet entretien porte sur des accusations à l'encontre de la personne estimant subir du harcèlement moral, sans possibilité de dialoguer. *« J'ai été convoquée lors d'une réunion pour évaluer mon travail. J'ai été la seule alors qu'habituellement, c'était soit une évaluation commune ou soit les uns après les autres. C'était un règlement de compte où je me suis vraiment sentie dans le jugement. Une personne du CA a dit toutes les choses qu'on me reprochait mais je n'ai pas eu droit à la parole ».*

La totalité des soignantes n'a pas ressenti des situations de harcèlement moral par rapport au **salaire**, à **l'évaluation professionnelle** et aux **perspectives d'avenir** sur leur lieu de travail.

2.2.4. Les relations interpersonnelles au travail

La totalité des soignantes a vécu **les relations entre travailleurs** comme facteur de risque dans la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Il y a deux situations. La première concerne un sentiment de harcèlement moral de la part des collègues. Six soignantes se trouvent dans cette situation. Cela se traduit par un non-soutien, *« Le médecin m'a fait passer pour quelqu'un d'incompétent, elle ne prenait pas ma défense et elle ne réajustait pas le tir auprès des infirmières et elle niait en bloc devant moi de m'avoir demandé de faire une tâche. Les infirmières en ont profité pour me rejeter »* ; l'absence de communication et de résolution des problèmes en équipe ; des moqueries et des brimades, *« J'ai subi pas mal de ragots et de brimades »* ; une non-intégration au sein de l'équipe ; des plaintes par rapport au travail fourni et des remarques sur la manière de travailler ; un rejet de la personne, *« C'était m'ignorer, je demandais quelque chose, on faisait semblant de ne pas m'avoir entendue »* ; un manque de politesse, *« Quand je disais bonjour et que je rentrais dans la pièce, on me regardait et puis on regardait par terre, comme pour dire ton bonjour, voilà où il est »* ; de la jalousie et de la compétition ; et un jugement sur la personne en elle-même et sa personnalité. La deuxième implique des collègues en tant que témoins du harcèlement moral. Ce rôle de témoin accentue ce phénomène et touche huit professionnelles de la santé. *« L'équipe est témoin de ce harcèlement et donc elle agit en tant que harceleur indirect ».* Cela se manifeste par un soutien

et une obéissance envers la hiérarchie où les collègues rentrent dans le jeu du harcèlement moral, au détriment de la personne estimant subir du harcèlement moral qui est alors exclue, « *Le principe dans cette maison de repos est de te presser comme un citron et on voit combien de temps tu tiens et si tu tiens alors tu es un peu acceptée* », « *L'équipe faisait passer ce genre de choses sur le mode de l'humour. Ils rigolaient sur le moment et puis derrière, certains disaient ce n'est pas normal, il ne peut pas se permettre ça. Mais devant lui, ils ne disaient rien* » ; un rejet de la responsabilité de la situation sur celle-ci ; un déni face au contexte ; un effet de groupe ; une compétition et un écrasement de l'autre pour obtenir de meilleures conditions ; et un manque de croyance avec une banalisation de la situation que vit la personne estimant subir du harcèlement moral, « *Quand j'ai commencé à en parler, certains collègues se sont retournés contre moi parce qu'ils ont pensé que je mentais. Ils avaient des œillères par rapport à ce qui m'arrivait* ».

Douze personnes interrogées ont ressenti **le type de leadership** comme facteur de risque influençant l'existence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Deux types de leadership sur trois sont présents. En effet, pour dix d'entre elles, le management est de type autoritaire, c'est-à-dire unilatéral, et verticalisé du haut vers le bas. « *Elle imposait les trucs, ce n'était pas du management par la bienveillance* » ; « *On s'en prend plein la figure alors qu'il n'y a pas forcément de raison* » ; « *Donner des ordres donc tu n'as pas le choix dans la façon de faire et elle est toujours occupée donc tu n'as pas le temps de parler qu'elle a déjà raccroché. Ce sont des ordres autoritaires* » ; « *Il y a un écart entre la rentabilité et ce côté humaniste qu'on apporte, il y a vraiment une hiérarchie très verticalisée* » ; « *Ma cheffe a déjà débarqué en pleine nuit pour voir ce qu'on faisait et si on faisait bien notre travail. On s'est senties fliquées. Elle a aussi dit : je peux débarquer quand je veux alors qu'avant, elle ne le faisait jamais* ». Et pour les deux dernières, le management est de type laisser-faire. « *J'écoute mais je ne fais rien pour résoudre les problèmes* ». Le management démocratique n'est pas représenté dans les situations de harcèlement moral.

La relation avec la hiérarchie est vécue pour douze personnes comme facteur de risque expliquant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Cela se rapporte aux travailleuses estimant subir du harcèlement par leur supérieur hiérarchique. Les situations de harcèlement moral perçues par les soignantes sont les suivantes : aucun soutien dans le travail réalisé, les projets et le bien-être professionnel, « *Quand j'étais face à l'équipe, la cheffe ne me soutenait pas* » ; relations basées sur le mensonge et le manque de transparence ; manque de reconnaissance et de respect par rapport à la profession, au travail fourni et au soignant lui-

même, « *Quand ma cheffe est revenue de congés, elle a vu que j'avais mis des choses en place mais elle a tout cassé* » ; manque de communication et agressivité dans la manière de dialoguer, « *Devant l'équipe, elle va te faire des remarques. Elle a essayé de me déstabiliser, de me discréditer face à l'équipe* » ; politique « de l'autruche » où l'écoute est mise en avant mais pas l'entente ; pressions sur les congés maladie et non-prise en compte de la santé des travailleuses ; accusation non fondée vis-à-vis de la personne estimant subir du harcèlement moral ; aucune sanction pour les actes de harcèlement malgré l'appel à l'aide de celle-ci ; absence de liberté de parole et contradiction permanente, « *J'ai confronté la cheffe infirmière en lui demandant si elle comptait continuer et si elle trouvait ça normal. Elle a dit qu'elle continuerait à m'interrompre à chaque fois, dès que je parlais à une de ses infirmières et qu'elle ne me devait pas de respect* » ; remarques, critiques et humiliations permanentes ; jalousie et hypocrisie, « *Ma cheffe est hypocrite : Oh ma chérie, je suis contente que ça ait marché pour toi, alors qu'elle n'a jamais rien fait pour m'aider. Je me suis sentie toujours seule* » ; rejet et indifférence de la personne et de son état de santé, « *Lors des réunions, c'est assez violent de dire que le burnout est à la mode. Ce sont des choses qui déprécient ce que moi j'ai pu vivre* » ; différence de traitement ; non-prise en compte des besoins du soignant ; vérification et contrôle du travail en soupape, « *On a vérifié mon travail derrière mon dos et mes collègues ont été interrogés derrière mon dos* » ; absence de résolution de problèmes, « *La direction a trouvé tous les prétextes pour m'évincer car elle ne voulait pas résoudre la situation* » ; directives par rapport aux tâches à réaliser ; la rentabilité avant tout ; utilisation des difficultés de la personne contre elle-même.

Une personne a vécu **les relations avec les tiers** comme facteur de risque dans la présence de harcèlement moral sur son lieu de travail. Ceci est dû à l'intervention inappropriée d'un membre de la famille de la supérieure hiérarchique envers la cheffe adjointe, l'accusant de « voler » le travail de la cheffe. « *La cheffe du service a fait venir sa maman à l'hôpital pour me parler, pour me dire attention ce n'est pas parce que ma fille est allée en burnout que tu dois prendre sa place. Elle a toujours travaillé dans ce service-là et ce n'est pas à toi de piquer sa place. Elle a mélangé le côté familial avec le côté professionnel en faisant intervenir sa mère pour défendre son poste, moi je trouve ça du harcèlement* ».

La totalité des participantes a vécu **le climat social** comme facteur de risque influençant l'existence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Dix d'entre elles estiment que l'ambiance de travail est mauvaise, ce qui aggrave la situation vécue. Au niveau des aides qui leur ont été accordées, cinq ont fait appel à la Médecine du Travail pour être en arrêt maladie.

Trois sur cinq sont insatisfaites du médecin. Six autres ont eu de l'aide via la cellule interne en prévention des risques psychosociaux. Parmi elles, deux sont contentes de leur intervention, trois sont insatisfaites et une a refusé leur implication. Sept ont obtenu de l'aide via la cellule externe en prévention des risques psychosociaux. Cinq d'entre-elles sont insatisfaites de l'aide obtenue. Les insatisfactions proviennent : d'une perte de confiance envers les aides apportées suite à leur non-action par rapport à la situation, « *J'ai contacté la Médecine du Travail pour dire que je subissais un harcèlement moral. J'ai été voir leur psychologue du travail, elle était venue sur place pour discuter avec la direction pour trouver une solution. Au final, c'est resté dans le vide* », « *Le médecin du travail est complètement incompetent. Aucun aménagement n'a été mis en place quand j'ai repris le travail. Il m'a dit que ce n'était pas son job* » ; d'une mauvaise représentation et intégration des cellules internes et externes en prévention des risques psychosociaux au sein l'institution de soin. La hiérarchie n'informe pas les employés des différents soutiens existants, « *On a une conseillère en prévention mais elle est peu écoutée par la direction donc ça ne sert à rien de se plaindre de la situation* » ; d'un manque de connaissances des aides existantes dans le cadre du harcèlement moral, « *Non je ne connais pas les aides externes style conseillère dans la prévention des risques psychosociaux. Je n'ai jamais entendu parler des services de prévention internes à l'hôpital* » ; de l'absence de cellule interne en prévention des risques psychosociaux au sein de l'institution ; et d'un refus d'intervention par peur de représailles , « *J'ai refusé qu'ils interviennent car ça ne servirait à rien et ça aurait empiré la situation* ».

Les quatorze personnes interrogées ont ressenti du **harcèlement moral**. Les différentes situations sont décrites au travers des différents risques psychosociaux (cfr résultats 2.2.). Trois d'entre elles ont perçu **les discriminations** comme facteur de risque dans la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Les soignants sont différents par rapport à la norme sociétale, ce qui engendre des discriminations au niveau de leur personne, de leur apparence physique, de leur origine ethnique, de leur personnalité et de leur mode de vie. « *Souvent, on s'attend à l'infirmière avec son petit carré, ses petites perles, très classique alors que moi je suis tout le contraire, je suis maquillée, tatouée et les cheveux courts. J'ai déjà eu des réflexions du style : elle va pouvoir travailler comme ça ?* » ; « *J'ai un mode de vie basé sur le durable et donc je suis perçue comme l'extraterrestre au boulot avec mes produits bio* » ; « *Deux collègues tiennent des propos outrageusement racistes vis-à-vis des usagers du service qui étaient des personnes d'origine étrangère. Ceux-ci partagent les mêmes caractéristiques que*

moi, à savoir étrangère. Lorsque que je relatais cela à ma chef de service, elle me répondait : ne commence pas avec ça et tais-toi ».

La totalité des soignantes n'a pas vécu des situations de harcèlement moral par rapport aux **relations entre services internes** sur leur lieu de travail.

2.2.5. Les conditions de vie au travail

Huit personnes ont vécu **les locaux** comme facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Cela se justifie, au niveau de la hiérarchie, par le manque de matériel ; le refus d'obtenir un certain matériel ; l'absence de place pour le nouvel engagé au sein de la structure, *« J'arrive en tant que cheffe adjointe, j'ai un bureau où on doit être à deux et il n'y a qu'une chaise et il n'y en a jamais eu pour moi. Je n'étais pas accueillie. Il y a des locaux où on doit ouvrir avec son badge mais ma cheffe ne l'a jamais activé malgré les nombreuses fois où je lui ai demandé », « Je n'ai jamais eu de casier pour mettre mon sac à main »* ; le manque de place pour effectuer les prises en charge ; et l'obligation de changer de place pour travailler. Au niveau des collègues, cela se marque par l'interdiction de commander du matériel en ne communiquant pas qu'une commande peut-être réalisée. *« Chaque année, il y a un budget octroyé pour la kiné et mon collègue ne m'a jamais tenu au courant de celui-ci, donc il faisait sa petite vie et achetait pour lui et ses besoins ».*

Le bruit est ressenti pour deux personnes comme étant un facteur de risque dans l'existence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. La hiérarchie impose une pollution sonore à travers les appareils de surveillance des patients et le téléphone du secrétariat. *« La secrétaire avait trop donc on fait de plus en plus de secrétariat et ce téléphone n'arrêtait pas de sonner donc on mettait en silencieux et on décrochait quand on était là. Mais ce que la hiérarchie a fait c'est qu'ils ont mis une grosse sonnerie pour qu'on ne la supporte plus et qu'on décroche. Il était impossible de diminuer le volume. C'était pour moi une agression. Je trouvais ça harcelant »* ; *« Sur les appareils de surveillance, il y a une alarme et on peut régler nous-mêmes le son. Avec notre chef, on ne pouvait pas diminuer le son. Il voulait que ce soit toujours mis à fond, des alarmes strictes donc ça générerait beaucoup de bruit en plus. Une alarme qui sonne tout le temps, ça tape sur le système et ça a joué sur le harcèlement moral ».*

Une personne sur quatorze a vécu **les efforts physiques et le positionnement** comme facteur de risque expliquant la présence de harcèlement moral sur son lieu de travail. En effet, son supérieur hiérarchique ne prête pas attention aux efforts physiques et au positionnement que les différentes tâches lui imposent sur le lieu de travail.

Pour quatre travailleuses, **la sécurité** est un facteur de risque dans l'existence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Elle n'est pas assurée par manque d'encadrement du nouvel employé dans le processus d'intégration et l'absence de matériel qui leur est régulièrement refusé. Cela entraîne un danger à la fois pour le professionnel de la santé mais également pour le patient. *« Le processus d'intégration n'a pas eu lieu, je n'ai pas été coachée, c'est dangereux. Nous sommes dans un service de chirurgie cardiaque. Ne pas me former veut dire que vous exposez le patient et en gros la santé publique de tout le monde. Vous m'exposez au danger, aux poursuites judiciaires, moi personnellement et aussi vous exposez la santé de ces patients-là, vous exposez l'équipe parce qu'à un moment donné je pouvais commettre des erreurs qui pouvaient être évitées par un coaching ».*

Quatre soignantes déclarent avoir vécu du harcèlement moral à travers **la protection au niveau de la santé** sur leur lieu de travail. Elle ne se sentent pas protégées au niveau de leur santé par leur supérieur hiérarchique. Cela se traduit par l'absence de considération de l'aspect psychologique des maladies telles que le burnout, *« Les personnes qui ont un problème physique, il y a plus de soutien et d'empathie. Le côté psychologique, il n'y a pas de fleur, il y a aucun cadeau »* ; par l'absence de moyens de protection lors d'un retour de congé maladie ; et par l'obligation de revenir travailler quel que soit le souci de santé. *« La hiérarchie ne se gênait pas, quand on était malade, de rappeler pour travailler quand même. Il y a deux ans, j'ai eu mon pied cassé. Mon chef m'a téléphoné, m'a demandé ce que j'avais et j'ai dit que j'avais une entorse, il me dit un plâtre ça ne sert à rien, je vais te prendre un rendez-vous chez un orthopédiste, qui est un ami à lui pour me l'enlever pour pouvoir revenir travailler plus vite ».*

La totalité des soignantes n'a pas vécu de situations de harcèlement moral par rapport à **l'ambiance thermique, l'hygiène et l'environnement** sur leur lieu de travail.

2.3. L'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral

La majorité des répondantes affirme que **les risques psychosociaux ont une influence sur le harcèlement moral**. *« L'ensemble des risques psychosociaux ont une influence sur le harcèlement moral ».* Six considèrent que c'est la seule raison qui explique la présence du harcèlement moral sur leur lieu de travail tandis que cinq autres ajoutent qu'il faut prendre en compte deux facteurs supplémentaires : la personnalité de la personne mise en cause et la personnalité de la personne estimant subir du harcèlement moral. ; *« Il n'y a pas que les risques psychosociaux, il y a également la personnalité de la personne harcelée et du harceleur ».* La majorité est d'avis qu'il est primordial de mettre en place des moyens de prévention au niveau

des risques psychosociaux pour prévenir le harcèlement moral. ; « *Je dirais qu'à cause du contexte qui est changeant, à cause des humeurs, à cause des personnalités de chacun, il est impossible d'éviter le harcèlement mais on peut le prévenir* » ; « *Je suis sûre que si on mettait des moyens de prévention au niveau des risques psychosociaux, on réduirait le harcèlement moral* ». Cependant, une minorité vient nuancer ces propos en affirmant que **les risques psychosociaux** ne sont pas un facteur jouant un rôle dans la présence de harcèlement moral sur leur lieu de travail. Il n'est donc pas nécessaire de mettre en place des moyens de prévention au niveau des risques psychosociaux pour prévenir le harcèlement moral. « *Si on enlève le kiné, je n'aurais pas eu d'autre problème. Ce n'est ni la direction, ni les autres collègues, ni le local, ni formation qui aurait posé problème, c'est vraiment une personne en particulier. Je ne pense pas que ce soit le contexte qui crée le harceleur. Le harceleur profite peut-être d'un contexte. J'ai l'impression que le contexte de travail avec tous les risques associés n'amène pas de harcèlement moral, qu'il soit conscient ou inconscient* ».

2.4. Les répercussions de ce harcèlement moral sur les soignants interrogés

Les répercussions du harcèlement moral sur les quatorze personnes interrogées sont multiples.

D'un point de vue professionnel :

Au niveau de **la relation avec la hiérarchie**, les travailleuses estimant subir du harcèlement moral ont exprimé qu'elles ont eu une perte de confiance envers leur institution. « *J'ai eu une perte de confiance envers ma hiérarchie* ».

Au niveau de **la relation avec les collègues**, il y a une dégradation de la relation, une non-intégration au sein de l'équipe, une prise de distance de la personne estimant subir du harcèlement moral au sein de l'équipe ainsi qu'une sensibilité accrue pour les autres cas de harcèlement envers leurs collaborateurs. « *La manière dont je me comportais avec l'équipe, moins j'en disais mieux c'était. Au bout de quelques semaines je n'ai pas créé de lien* ».

Au niveau **des prises en charge**, les personnes estimant subir du harcèlement moral ressentent une diminution de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des soins qu'elles prodiguent aux patients. « *C'était plus une corvée, j'avais moins envie de le faire pour mes patients mais plus pour faire plaisir à la direction* » ; « *Au niveau de mes prises en charge, les personnes qui ne veulent pas d'ergothérapie, j'essaie de les motiver mais là je laissais tomber, je n'insistais pas* » ; « *Je me suis rendue compte que les derniers jours où j'ai travaillé, je n'étais même pas agréable avec les patients, je n'arrivais plus avoir de l'empathie avec les gens, je pensais qu'à moi. Le patient me disait j'ai mal, je peux pas dire que je m'en foutais mais presque* ».

Au niveau **du travail effectué**, elles ressentent une réduction de leur bien-être, une diminution de leur épanouissement professionnel et une perte de sens dans leur travail réalisé. Elles doutent de leurs compétences professionnelles en se dévalorisant et se remettent en question sur la manière dont elles effectuent leur travail. Il y a également une diminution de leur investissement sur les différents projets à réaliser au sein de leur institution. *« Je me dis que la hiérarchie me prend vraiment pour une nulle car il me retire toutes mes responsabilités ».*

Au niveau **des travailleuses de la santé estimant subir du harcèlement moral**, les répercussions sont diverses. Elles passent par différents sentiments et émotions tels que le stress, l'angoisse, l'anxiété, la fatigue, la peur, la frustration, la mauvaise humeur, la culpabilité, l'agressivité, la souffrance et la crainte. Elles ressentent énormément d'injustice à leur égard, remettent en question l'utilité de leur travail, développent une attitude paranoïaque en vérifiant et en traçant leur travail et se sentent invisibles au sein de leur institution. La charge mentale augmente alors qu'elles sont sans motivation et se sentent vides. Elles ont également une diminution de leur concentration et des pertes de mémoires, une réduction de leur liberté d'expression et d'être soi-même. Cela mène à des arrêts maladie, des épuisements professionnels, l'envie d'arrêter leur profession et de se reconvertir, une appréhension de retourner au travail ou d'en commencer un autre et un dégoût de leur travail. *« Je n'avais pas envie de venir travailler, je n'arrivais pas à être aussi heureuse » ; « J'ai très peur d'intégrer un autre travail, de ne pas me sentir bien, de subir une pression, de ne pas être comprise, de la rivalité, de prendre les idées sans avoir de valorisation » ; « Je vais arriver à être dégoûtée de ma profession, je ne me vois pas reprendre » ; « Je m'en suis rendue compte quand j'avais des ordres oraux de la part des médecins, je ne me souvenais plus de ce qu'on me disait. On fait beaucoup de calculs pour les médicaments. J'ai dû prendre une calculatrice car c'était devenu impossible pour moi de faire un calcul mentalement ou par écrit ».*

Seulement deux soignantes interrogées affirment que la situation de harcèlement moral a apporté **des effets positifs** sur la manière de fonctionner sur un lieu de travail. *« Sur le plan professionnel, tu peux être étonnée, c'était positif comme première expérience. J'ai appris beaucoup avec mes erreurs et avec les événements négatifs parce que ça m'a ouvert finalement plusieurs portes, notamment en termes de reconnaissance et de possibilités qui existent en cas de harcèlement. C'était l'occasion pour moi d'aller vraiment voir ces gens-là pour pouvoir m'exprimer. Ça a libéré ma parole par rapport à ce que ma supérieure m'a fait. C'est pour ça que sur le plan professionnel, ça m'a apporté » ; « Ce harcèlement m'a permis de me lancer, de faire plus vite les choses, à me rebooster, à me motiver à faire toute seule, à ne plus rien*

attendre de personne parce que même si, sur le contrat il est marqué quelque chose, dans la vraie vie, débrouille-toi ma fille et sois contente avec ce que tu as déjà ».

D'un point de vue personnel :

L'ensemble des participantes ont affirmé que le harcèlement moral envahit la sphère privée. Il est difficile pour une personne estimant subir du harcèlement moral de prendre conscience que la situation déborde également sur le côté personnel. Généralement, la famille s'en rend compte bien avant. Quatre sphères touchent la personne estimant subir du harcèlement moral.

Au niveau de la personne estimant subir du harcèlement moral elle-même, il y a une remise en question personnelle, c'est-à-dire une perte identitaire, une perte de confiance en soi, une diminution de la motivation au quotidien ainsi qu'une culpabilisation par rapport à la situation et à son avenir. La charge émotionnelle augmente et se traduit par du stress et de l'anxiété, de la colère, de la tristesse, du vide et des émotions négatives. L'individu ressent également de l'injustice par rapport à ce qu'il vit et ne peut plus être lui-même. *« Une perte totale de confiance, je n'ai plus aucune confiance en moi, en rien » ; « C'est une forme d'injustice, je ne le vis pas seulement en tant qu'infirmière mais aussi au niveau humain » ; « Grande remise en question de moi-même ».*

Au niveau de la santé de la personne estimant subir du harcèlement moral, les répercussions sont à la fois physiques et psychologiques. Au niveau physique, cela se traduit par des problèmes de santé tels qu'une fatigue physique, une diminution de la qualité du sommeil, des douleurs intestinales, des courbatures cervicales, des troubles alimentaires, une fracture de stress, une maladie chronique ainsi qu'une fragilité immunitaire. Au niveau psychologique, cela se traduit par une fatigue mentale, des crises d'angoisse, une perte de la notion du temps ainsi qu'une perte de mémoire et une diminution de la concentration. Les thérapies et la médication, à leur charge, sont également nécessaires dans certains cas. Le harcèlement moral a un impact sur le bien-être physique et mental des quatorze travailleuses interrogées. *« Les derniers temps je n'arrive pas à dormir, je réfléchis trop » ; « Il faut laisser sa blouse blanche au vestiaire mais j'ai l'impression de ramener des sacs entiers de blouses chez moi » ; « Quand je prenais des vacances, je tombais malade comme des rhumes et des bronchites » ; « Par exemple, j'oubliais la taque électrique. Je pouvais mettre le feu dans ma maison ».*

Au niveau des activités et des loisirs de la personne estimant subir du harcèlement moral, les conséquences sont l'arrêt des activités extérieures, l'absence d'activités personnelles, la

diminution de l'entretien de leur intérieur, l'arrêt des activités sportives et la mise de côté des études. « *Au travail, je passe trop de temps, j'arrive à la maison, je suis crevée, je paie le coup, je n'étais plus là vis-à-vis de l'université* » ; « *Tout ce qui restait pour moi, c'était le travail* ».

Au niveau du réseau familial et social de la personne estimant subir du harcèlement moral, le mal-être est transporté au sein du lieu de vie. Cela crée de nombreuses tensions avec la famille, les enfants et le conjoint. Cela mène également à l'isolement social, à un dégoût de l'être humain et à faire des choix de vie comme ne pas avoir d'enfant. « *De nouveau parler de la journée avec le conjoint, lui aimerait parler d'autre chose donc ça crée des tensions dans le couple* » ; « *Ça m'a un peu repoussé dans le sens où, que dans la vie, il ne faut rien attendre de personne. C'est bien d'entendre pleins de choses mais il faut toujours voir les actions* » ; « *Je ne voulais plus voir personne, je me suis repliée* » ; « *Je me suis séparée* ».

3. Les moyens de prévention par rapport au harcèlement moral

3.1. La nécessité de mise en place des moyens de prévention

L'ensemble des soignantes interrogées estime qu'il est nécessaire de mettre en place des moyens de prévention au niveau des risques psychosociaux pour réduire les situations de harcèlement moral présentes au sein des établissements de soins. Ils permettent de les réduire mais pas de les abolir complètement. « *Ça a une incidence positive. C'est quelque chose qu'on ne peut pas abolir complètement vu comment le monde tourne aujourd'hui, c'est utopique* ». La prévention ne doit pas se faire quotidiennement. Cela doit être un mécanisme activable lorsque les employés ou la hiérarchie en ressentent le besoin. « *Ça ne veut pas dire qu'il faut faire des actions de prévention tout le temps mais qu'il y ait des mécanismes activables, qu'on sache quelles sont les aides présentes pour les soignants* ».

Nombreux professionnels de la santé sont confrontés à cette problématique, même sans le savoir. Ces moyens permettent une meilleure gestion de ces situations, une réduction de l'apparition et de la réapparition de celles-ci, une amélioration du bien-être professionnel ainsi qu'une diminution des répercussions physiques et psychologiques que les soignants peuvent rencontrer lors des situations de harcèlement moral. « *Éviter des dégâts psychologiques, pour éviter que cela ne s'aggrave. Il y en a quand même qui vont jusqu'au suicide* » ; « *C'est intéressant de le faire pour les gens qui potentiellement pourraient être mal mais aussi pour les gens qui pourraient rendre les autres mal* ».

3.2. Les moyens de prévention mis en place dans les différents lieux de travail

Neuf travailleuses interrogées disent qu'aucun moyen de prévention au niveau des risques psychosociaux pour contrer le harcèlement moral n'est prévu sur leur lieu de travail. « *L'hôpital ne prévoit pas quelque chose* ». Pour les cinq autres, ils sont présents mais en faible quantité comme la cellule interne et la cellule externe en prévention des risques psychosociaux, le syndicat et un outil qui enregistre les différents problèmes et alerte la cellule interne en prévention des risques psychosociaux. Ils ne sont également pas présentés par la hiérarchie. « *Le cadre m'a seulement proposé la psychologue de la cellule externe* » ; « *S'ils y en avaient, ils ne m'ont pas été proposés* » ; « *Mis à part la cellule interne qu'on doit aller chercher sur l'autre site et le programme dans lequel on marque toutes nos situations et auquel la psychologue a accès et que ça peut remonter plus haut, non rien d'autres n'est mis en place* ».

De manière générale, les quatorze travailleuses interrogées ont préféré garder le silence et peu recourent aux aides existantes. C'est dû au fait que le harcèlement moral est un sujet tabou, qu'elles ont peur de subir encore plus de représailles, de perdre leur emploi ou qu'elles sont résignées par rapport à ce qu'elles vivent. « *Elles se disent que ça se servirait à rien, que ce sera juste une perte de temps* » ; « *Je ne veux pas de réunion avec mon chef car j'ai peur de représailles et de vivre encore plus ce harcèlement* » ; « *C'est un sujet tabou. On sait que le problème existe mais on ne met pas forcément de nom dessus* » ; « *Je me voilais la face. Je me disais que ce n'était pas possible que ça arrivait à moi* ».

3.3. Les moyens de prévention à mettre en place pour réduire les situations de harcèlement moral au sein des institutions de soins

Les moyens de prévention pour réduire les situations de harcèlement moral se situent essentiellement au niveau des risques psychosociaux. Ils sont multiples et variés. Les quatorze soignantes interrogées estiment qu'ils peuvent être mis en place à sept niveaux.

La première, **la hiérarchie**. Les moyens sont les suivants : changer le type de management, tendant plus vers le démocratique ; établir une politique de bien-être au sein des structures de soins ; reconnaître le harcèlement moral, au même titre que les accidents de travail, comme une maladie professionnelle et non un fait de société ; informer, sensibiliser et conscientiser sur les risques psychosociaux présents dans les soins de santé, le harcèlement moral ainsi que les aides accordées aux employés ; renforcer les équipes médicales ; former les supérieurs hiérarchiques au harcèlement moral, aux risques psychosociaux qu'encourent les soignants, à la gestion des situations de harcèlement moral, à la communication non violente, à la gestion du personnel, à la gestion des émotions et à la résolution des problèmes ; mettre en place un chef par profession,

qui connaît le métier et les tâches associées de chaque professionnel de la santé ; comprendre les personnalités présentes au sein de l'équipe et sa propre personnalité ; concilier l'ancienne et la nouvelle génération de soignants ; définir, clarifier et répartir les différents rôles, tâches et missions de chacun, tant au niveau hiérarchique qu'entre professions ; donner une autonomie de travail à chaque soignant dans une structure claire ; recadrer et sanctionner si nécessaire les débordements ; connaître, valoriser et utiliser les compétences de chacun à bon escient, c'est-à-dire ne pas utiliser les faiblesses du soignant à son insu ; sensibiliser aux lois existantes sur le bien-être au travail et les appliquer si nécessaire ; comprendre les besoins, les personnalités et les capacités de chaque individu pour l'intérêt de la collectivité ; ouvrir un espace de dialogue où les travailleuses peuvent venir s'exprimer et être entendus ; prendre conscience de la réalité de terrain de l'équipe ; être en alerte vis-à-vis des signaux de harcèlement moral que renvoie un travailleur ; montrer l'exemple en ne participant pas au harcèlement moral et aux rumeurs ; conscientiser la hiérarchie et son personnel sur les différents métiers présents au sein de l'unité ; croire et soutenir la personne estimant subir du harcèlement moral ; mettre en place des actions telles que des réprimandes envers les personnes mises en cause pour harcèlement moral et un soutien psychologique auprès de la personne estimant subir du harcèlement moral ; mettre en place des supervisions d'équipe, des team building, des jeux de rôles et des boîtes aux lettres anonymes pour permettre à la personne estimant subir du harcèlement moral et/ou à l'équipe de s'exprimer, comprendre les collègues et leurs situations ; et identifier qui est plus à risque de vivre une situation de harcèlement moral.

La deuxième, **l'équipe soignante**. Les moyens sont les suivants : dialoguer et communiquer sur le harcèlement moral sans tabou lorsqu'une situation ne convient pas ; reconnaître les dommages et les préjudices causés par le harcèlement moral, au même titre que les accidents de travail, comme une maladie professionnelle et non un fait de société ; participer à des formations sur la communication non-violente, les interactions en équipe, la solution aux problèmes, la personnalité, la connaissance de soi-même et le harcèlement moral ; informer et sensibiliser sur le harcèlement moral, les risques psychosociaux et les aides accordées aux employés ; prendre conscience de leur action et leur réaction face au harcèlement moral à travers une supervision d'équipe et des jeux de rôles ; adopter une attitude bienveillante envers les collègues et les nouveaux engagés ; comprendre les personnalités présentes au sein de l'unité pour adapter ses actions ; utiliser des aides à la communication ; sensibiliser aux lois sur le bien-être au travail afin d'être conscient des droits des employés ; communiquer sur ses capacités et poser ses limites ; soutenir, écouter et entendre la personne estimant vivre du harcèlement

moral ; reconnaître les signes chez une personne qui se fait harceler moralement ; et identifier qui, parmi les collègues, est le plus à risque de vivre une situation de harcèlement moral.

La troisième, **la personne estimant subir du harcèlement moral**. Les moyens sont les suivants : reconnaître les signaux d’alerte du harcèlement moral en écoutant son corps ; accepter la situation vécue ; prendre conscience que ce n’est pas normal de vivre une situation de harcèlement moral ; instaurer une distance professionnelle vis-à-vis des collègues et de la hiérarchie ; prendre du temps pour soi durant les temps de pause ; entreprendre des activités personnelles pour évacuer le stress ; poser ses limites ; se comprendre à travers la lecture et des formations personnelles ; oser le changement en répartissant son temps de travail ; se tourner vers les aides telles que la cellule interne et externe en prévention des risques psychosociaux, le syndicat, les psychologues et les médicaments ; et accepter que les dommages et les préjudices causés par le harcèlement moral correspondent à une maladie professionnelle.

La quatrième, **la personne mise en cause pour harcèlement moral**. Les moyens sont les suivants : informer et sensibiliser sur le harcèlement moral et les risques psychosociaux au travail ; conscientiser sur sa manière d’être à travers des jeux de rôles ; apporter de l’aide tel qu’un soutien psychologique pour qu’elle comprenne pourquoi elle se comporte ainsi.

Le cinquième, **les aides extérieures**. Les moyens sont les suivants : reconnaissance des dommages et des préjudices causés par le harcèlement moral, au même titre que les accidents de travail, comme une maladie professionnelle au niveau de la Médecine du Travail ; améliorer le suivi des personnes estimant subir du harcèlement moral ; mettre en place un service de médiation au sein de la structure de soins ; améliorer l’implication et la reconnaissance du rôle des syndicats ; donner la possibilité à ces aides de pouvoir venir en aide à la personne estimant subir du harcèlement moral ; intervenir automatiquement dès suspicion de harcèlement moral ; se rendre sur le terrain pour observer et par la suite mettre des actions en place ; répertorier les différentes situations de harcèlement moral ; mettre en place une personne de confiance sur le lieu de travail ; changer le mode de fonctionnement de la Médecine du Travail c’est-à-dire que celle-ci doit être une aide qui n’est, ni attachée, ni rémunérée, par l’établissement de soins ; et évaluer périodiquement le bien-être au travail et remettre un rapport à la hiérarchie avec les solutions.

Le sixième, **la politique**. Les moyens sont les suivants : établir des règles plus strictes en matière de sanction pour le harcèlement moral ; sensibiliser à la vision humaniste des soins de

santé ; et informer, sensibiliser sur les risques psychosociaux et le harcèlement moral encourus sur les lieux de travail.

Le septième, **le cursus scolaire**. Les moyens sont les suivants : préparer les futurs soignants à la réalité du terrain ; et, former et sensibiliser dès la maternelle au harcèlement moral.

« Il faut changer le type de management, on ne s'improvise pas manager » ; « Il faut commencer dès la maternelle à introduire la sensibilisation au harcèlement moral » ; « Il faudrait une personne de confiance qu'on puisse voir sans toujours avoir peur d'être dénoncé » ; « C'est qu'ici la Médecine du Travail est payée par l'employeur et donc ça nous met de facto dans une position juge et partie et donc on pourrait se baser sur le modèle suédois qui fait que la Médecine du Travail fasse également partie de la fonction publique, étatisée donc, sortant de cette position de juge et partie » ; « Sensibiliser les gens au harcèlement en général pour qu'ils sachent mettre un mot sur leur situation, pour qu'ils puissent chercher de l'aide » ; « Capter les personnalités de chacun, les besoins de chacun, leur capacité et faire en fonction de chaque personne pour l'intérêt de la collectivité » ; « Information et sensibilisation, il ne faut pas chercher à créer des structures parce qu'elles existent partout ».

Discussion

L'objectif de cette partie est de répondre à la question de recherche suivante : « ***Comment les risques psychosociaux influencent-ils les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé et dans quelles circonstances la prévention des risques psychosociaux réduit-elle celles-ci au sein des établissements de soins ?*** ».

Un élément essentiel à souligner est que **la majorité des résultats obtenus lors des différentes interviews est confirmée par la littérature scientifique**. Cela montre que les risques psychosociaux jouent un rôle dans l'existence du harcèlement moral au sein des établissements de soins. Les professionnels de la santé peuvent estimer subir du harcèlement moral durant leur carrière. Le harcèlement moral est une problématique latente dans les soins de santé. Il est dès lors important de la prévenir, de la gérer et de l'éliminer. La suite de cette discussion va permettre de comprendre ce lien existant et d'identifier les moyens de prévention les plus pertinents à mettre en place. Cela s'est réalisé en mettant en regard les résultats obtenus auprès des soignantes interrogées et la littérature scientifique.

1. Les caractéristiques du harcèlement moral

Avant d'analyser le rôle des risques psychosociaux sur le harcèlement moral, il est nécessaire de comprendre certains concepts qui entourent la problématique du harcèlement moral. Cette partie va permettre de répondre à l'hypothèse suivante : comment le harcèlement moral est-il perçu par les personnes estimant le subir ?

Dans un premier temps, il est important de discuter de **la période du harcèlement moral**. Dans les résultats obtenus, il existe une variation au niveau de la durée de celui-ci. Cela amène à se poser la question suivante : existe-il une durée bien spécifique lorsque des personnes estiment subir du harcèlement moral ? La littérature scientifique montre qu'il n'existe pas de durée fixe. Il y a autant de situations que d'individus car chacun est différent et vit celles-ci différemment. Cependant, afin d'avoir une base d'analyse, de comparaison et de pouvoir prendre les mesures nécessaires, il est établi qu'une période de harcèlement moral dure entre six mois et dix-huit mois. Les six mois permettent de distinguer le harcèlement moral des autres types de conflits présents au sein des établissements de soins. Ce qui permet d'affirmer qu'au bout des six mois, les situations vécues par les soignants sont considérées comme étant du harcèlement moral. Les dix-huit mois ont été définis car généralement des mesures sont prises au cours de cette période vis-à-vis de la personne estimant subir du harcèlement moral comme, l'arrêt maladie, la démission, le licenciement ou encore la mutation dans un autre service ou lieu géographique. Il

est nécessaire de souligner que cette période ne peut pas être généralisée à l'ensemble des personnes estimant subir du harcèlement moral. Il peut se situer en dehors de cette fourchette (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016 ; Zaitseva & Chaudat, 2016).

Dans un deuxième temps, le sujet abordé est **la reconnaissance du harcèlement moral**. Reconnaître et accepter de subir ou d'avoir subi une situation de harcèlement moral reste complexe pour le soignant. Nombreux sont ceux qui y sont confrontés mais n'identifient pas les comportements hostiles des supérieurs hiérarchiques, des collègues et/ou des patients comme étant du harcèlement moral. Ils en prennent seulement conscience lorsque le harcèlement moral dure un certain temps. C'est un processus par lequel chaque travailleur passe : le déni, la reconnaissance et l'acceptation, qui appelle trois explications possibles (Dzurec, Kennison & Albataineh, 2014 ; Trépanier, Fernet & Austin, 2013). Tout d'abord, le harcèlement moral est considéré comme une norme au sein de la culture des institutions de soins. Il est assimilé à un stress et à une exigence dus à la profession médicale exercée. En effet, il existe un processus de socialisation au sein des établissements de soins qui prônent l'autorité, la tolérance envers les différents abus organisationnels, les systèmes de récompenses ainsi que les comportements de harcèlement moral. Ensuite, l'organisation nie l'existence du harcèlement moral au sein de l'institution médicale. Le bien-être des soignants et la prévention des risques psychosociaux au sein des institutions de soins sont alors mis de côté au profit d'une organisation des soins de santé visant la réglementation, la concurrence, l'efficacité et la rentabilité (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016 ; Kelly, 2015 ; Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015 ; Trépanier, Fernet & Austin, 2013). Enfin, la personne estimant subir du harcèlement moral est généralement résignée face aux situations vécues. Elle ressent de la honte et a des difficultés à se reconnaître et s'identifier en tant que personne estimant subir du harcèlement moral (Chambers, Frampton, McKee & Barclay, 2018 ; Dzurec, Kennison & Albataineh, 2014).

Dans un troisième temps, il est intéressant d'analyser **le comportement de la personne mise en cause pour harcèlement moral**. En regard de la littérature scientifique et des résultats obtenus à travers les interviews, trois comportements peuvent être identifiés pour la personne mise en cause. Tout d'abord, elle est consciente de ses actions. Cette personne peut souffrir de troubles psychologiques, où l'intention de nuire est volontaire. Ensuite, elle est inconsciente de ses actes. Cette forme est présente à cause des enjeux politiques et organisationnels, du manque de compétences sociales et relationnelles de la personne mise en cause et du manque de confiance en elle-même et du stress engendré par son poste de travail et/ou sa position

hiérarchique. Ce profil utilise le contexte de travail pour développer du harcèlement moral de manière involontaire. L'objectif n'est donc pas de nuire directement à une personne (Poilpot-Rocaboy, 2010). Enfin, la personne mise en cause peut inciter ses collègues et/ou son patient à participer et/ou à adopter des comportements de harcèlement moral envers un soignant. Selon la littérature scientifique, ces derniers sont alors considérés comme des témoins et ainsi des personnes mises en cause. Ceux-ci peuvent être amenés à jouer deux rôles, soit ils participent au harcèlement moral, soit ils l'observent et l'actent mais n'agissent pas. Leur participation consciente ou inconsciente à celui-ci est due à la peur de représailles ou de subir également du harcèlement moral. Le témoin aggrave alors la situation vécue par la personne estimant subir du harcèlement moral (Camerino & Marlasca, 2018 ; Dzurec, Kennison & Albataineh, 2014). Un autre point à souligner est qu'il existe **deux types de personnes mises en cause pour harcèlement moral**. Ils sont retrouvés à travers les différentes interviews et sont confirmés par la littérature scientifique. La première concerne une personne qui en harcèle une autre. C'est la forme la plus rare mais présente au sein des institutions de soins. La deuxième résulte d'un effet de groupe auquel la majeure partie de l'organisation participe au harcèlement moral. C'est la forme la plus étendue au sein du monde du travail (Kelly, 2015).

Dans un quatrième temps, le point à évoquer est **la finalité des situations de harcèlement moral**. Les articles scientifiques ont confirmé que les professionnels de la santé peuvent vivre deux finalités par rapport au harcèlement moral vécu. La première correspond à l'arrêt définitif de celui-ci qui se traduit par un licenciement, un congé maladie de longue durée, une démission volontaire ou encore une mutation du soignant dans un autre secteur. Il est important de souligner que les actions effectuées pour arrêter la situation concernent généralement la personne estimant subir du harcèlement moral. C'est régulièrement celle-ci qui en paie les conséquences et non la personne mise en cause (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016 ; Lamberth, 2015). La deuxième est que la situation de harcèlement moral perdure. Nombreux se trouvent dans celle-ci mais préfèrent travailler dans des conditions malsaines où leur qualité de travail est réduite plutôt que dénoncer les faits ou appeler à l'aide (Görgülü, Beydağ, Şensoy & Kıyak, 2014).

Dans un dernier temps, la thématique à traiter est **le type de harcèlement moral présent dans le secteur de la santé**. Pour rappel, quatre acteurs peuvent être identifiés comme personne mise en cause : la hiérarchie, les patients, la famille et les collègues de travail. Il est important de mettre en avant qu'il existe plusieurs types de harcèlement moral et un ordre au niveau de l'apparition de ceux-ci. Le plus fréquemment observé dans la littérature scientifique et les

résultats obtenus à travers les interviews est le harcèlement moral descendant vertical. Il provient des supérieurs hiérarchiques. Leur premier objectif est essentiellement basé sur la rentabilité de l'institution de soins et non le bien-être des travailleurs. Le moins fréquent est le harcèlement moral latéral. Il provient des patients et de la famille. Néanmoins, il est essentiel de souligner que le nombre de cas de harcèlement moral de la part de cette catégorie envers les soignants a augmenté ces dernières années. Entre les deux se trouve le harcèlement moral horizontal. Il provient des collègues. Un fait de plus en plus observé est le suivant : les collègues au sein du secteur de la santé ont des comportements plus hostiles envers leurs homologues (Camerino & Marlasca, 2018 ; Lamberth, 2015 ; Norton, Costa, Teixeira, Azevedo, Roma-Torres, Amaro & Cunha, 2017 ; Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013).

2. Les facteurs influençant l'existence du harcèlement moral au sein des institutions de soins en Belgique

Un des objectifs de cette étude est d'analyser l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral auprès des professionnels de la santé estimant avoir subi du harcèlement moral. L'analyse des données de la présente étude révèle que **la présence des risques psychosociaux au sein des établissements de soins mène à des situations de harcèlement moral auprès des soignants**. En effet, les institutions de soins, possédant un environnement de travail où les risques psychosociaux sont élevés, sont plus à même de développer de nombreuses situations de harcèlement moral que les lieux de travail ayant de faibles risques psychosociaux (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017). Cette influence peut être expliquée à travers les cinq grandes classes de risques psychosociaux que les professionnels de la santé peuvent rencontrer sur leur lieux de travail.

Les situations de harcèlement moral au niveau de **l'organisation au travail** sont liées à une réduction volontaire de leur degré d'initiative et d'autonomie dans leurs prises en charges et les tâches associées (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013), une restriction dans leur liberté de contact avec la hiérarchie, les collègues, les patients et/ou les familles (Fornés, Cardoso, Castelló & Gili, 2011), une sous- ou sur-responsabilisation par rapport à leurs professions médicales et leurs tâches (Bourgeois, Ogana & Renault, 2016 ; Zaitseva & Chaudat, 2016) ainsi qu'une impossibilité de commettre des erreurs ou des oublis (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016). Un point à souligner est que les concertations sociales ne sont pas considérées comme étant un facteur de risque influençant la présence de harcèlement moral dans les établissements de soins. Toutefois, le manque d'informations et de

connaissance de la part de la hiérarchie sur les droits des travailleurs et le manque d'implication et de soutien des syndicats lorsque les soignants rencontrent des difficultés sur leur lieu de travail ajoutent une difficulté supplémentaire au harcèlement moral vécu par ceux-ci (Zaitseva & Chaudat, 2016).

Les situations de harcèlement moral au niveau du **contenu du travail** consistent en une exclusion volontaire dans la participation aux décisions individuelles et collectives au sein de leurs organisations (Camerino & Marlasca, 2018), une interruption constante et volontaire lorsque ceux-ci réalisent leur travail, des représailles personnelles en cas de retard, un rythme de travail élevé ou quasi inexistant par rapport aux collègues ainsi qu'une ambiguïté et un conflit dans leurs rôles entraînant des difficultés à réaliser leurs prises en charge et les tâches associées (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Bourgeois, Ogana & Renault, 2016 ; Zaitseva & Chaudat, 2016). La diversification du travail n'est pas considérée comme étant un facteur de risque. Néanmoins, les soignants ayant des tâches répétitives et monotones sont plus susceptibles de vivre une situation de harcèlement moral (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013).

Les situations de harcèlement moral au niveau **des conditions de travail** comprennent un rejet de participation à des formations tout en favorisant certains collègues, des évaluations excessives, constantes et ciblées uniquement envers eux-mêmes, des horaires désavantageux par rapport à d'autres collègues pour qui les congés, les désidératas, les compensations des heures supplémentaires sont acceptés (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016 ; Camerino & Marlasca, 2018 ; Desrumaux, 2014 ; Zaitseva & Chaudat, 2016), une contrainte de ne pas pouvoir prendre de pause (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016), une non-utilisation à bon escient des compétences du soignant en lui attribuant des tâches inférieures par rapport à sa fonction (Waschgler, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Jiménez-Barbero, 2013). L'emploi n'est pas considéré comme étant un facteur de risque. Néanmoins, des situations de harcèlement moral auprès du personnel médical peuvent être engendrées lorsque l'emploi est instable, qu'il ne permet pas d'assurer la sécurité du poste de travail et que les conditions de travail sont chaotiques (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Zaitseva & Chaudat, 2016).

Les situations de harcèlement moral au niveau **des relations interpersonnelles au travail** sont liées à une discrimination directe et indirecte par rapport à l'âge, le genre et/ou l'origine ethnique (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016), à une discréditation devant la hiérarchie,

les collègues, les patients et/ou les familles (Camerino & Marlasca, 2018), à une politique de travail où le silence est de mise ainsi qu'à des mauvaises relations avec la hiérarchie et/ou les collègues entraînant un manque de soutien envers la personne estimant subir du harcèlement moral, un non-respect de celui-ci, une exclusion dans les activités professionnelles et des iniquités entre pairs tels que des représailles abusives ciblant exclusivement le soignant (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Bourgeois, Ogana & Renault, 2016 ; Chambers, Frampton, McKee & Barclay, 2018 ; Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rystedt, 2017 ; Zaitseva & Chaudat, 2016). Deux points sont à souligner au niveau du type de leadership et du climat social qui ne sont pas considérés comme étant un facteur de risque. Lorsque le climat social est négatif, pauvre en relation, présentant de nombreux conflits interorganisationnels et interprofessionnels, possédant une politique qui prône la performance, la rentabilité, les procédures, les objectifs économiques, une concurrence et une compétition intra-interorganisationnelle, il est plus susceptible d'exposer les soignants à des situations de harcèlement moral. Également, deux types de leadership sur trois sont plus susceptibles de développer des situations de harcèlement moral au sein des équipes de soins. Le premier est le management autoritaire où le harcèlement moral prédominant est descendant vertical. Le second est le management laisser-faire où le harcèlement moral prédominant est horizontal (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Bourgeois, Ogana & Renault, 2016 ; Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, Llorca-Pellicer & García-Juesas, 2012).

Les situations de harcèlement moral au niveau **des conditions de vie au travail** se traduisent essentiellement par une pollution sonore et thermique volontaire, des mauvaises conditions ergonomiques et, un manque ou une absence de matériels et de locaux adéquats pour réaliser les prises en charge et les différentes tâches liées à la profession (Camerino & Marlasca, 2018 ; Zaitseva & Chaudat, 2016).

Tous ces risques psychosociaux qui viennent d'être décrits sont importants et jouent un rôle dans la présence du harcèlement moral. En effet, chaque situation est singulière et propre à la personne estimant subir du harcèlement moral. Toutes les classes et les sous-catégories peuvent ne pas être touchées en même temps. Cela dépend du contexte de travail, du métier, des tâches effectuées, de la personne estimant subir du harcèlement moral et de la personne mise en cause. Néanmoins, Zaitseva & Chaudat, (2016) mettent en avant **l'organisation au travail et le type de leadership**. Ils semblent jouer un rôle central dans le harcèlement moral. Les responsables devraient y accorder une importance accrue dans la lutte contre celui-ci au sein des institutions de soins.

Malgré que la présente étude se base uniquement sur l'influence des risques psychosociaux internes à l'institution de soins, une des hypothèses de départ de l'investigatrice est de savoir si ceux-ci peuvent expliquer à eux-seuls la présence de harcèlement moral dans les soins de santé. En interrogeant la littérature scientifique et en regard des résultats obtenus auprès des professionnelles de la santé, elle s'est rendue compte que **les risques psychosociaux internes à l'établissement de soins ne sont pas le seul facteur** qui amène du harcèlement moral. Trois autres sont à prendre en compte. Le premier, **le facteur sociétal**. Il concerne la culture et l'idéologie que le monde en général possède sur la société et le fonctionnement au travail (Bourgeois, Ogana & Renault, 2016). Le deuxième, **le facteur contextuel**, c'est-à-dire la politique. Son rôle au niveau du harcèlement moral provient des lois, des sanctions, des budgets octroyés au secteur médical et à la pression mise sur les institutions de soins afin de fournir une rentabilité et une efficacité dans les soins (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013). Le troisième, **le facteur individuel**, c'est-à-dire les caractéristiques socio-démographiques et personnelles de la personne estimant subir du harcèlement moral et de la personne mise en cause pour harcèlement moral. Cela comprend l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'éducation, l'identité et la personnalité (Demir, Rodwell & Flower, 2013). L'ensemble de ces données montre que les risques psychosociaux ont une influence quant à la présence du harcèlement moral dans les établissements de soins mais **qu'il n'est pas le seul**. Il est nécessaire de réaliser des études supplémentaires sur les autres facteurs afin de comprendre l'influence de l'ensemble de ceux-ci sur le harcèlement moral dans les soins de santé.

Un autre élément permet de comprendre la présence du harcèlement moral dans les soins de santé, indépendamment du rôle joué par les risques psychosociaux. Dans la société actuelle, la plupart des lieux de travail ont **un bouc émissaire**. Ce phénomène a pu être observé lorsque les relations interpersonnelles entre travailleuses sont évoquées dans les interviews. Il endosse ainsi le rôle de récipient dans lequel les travailleurs viennent déverser leurs frustrations quotidiennes. Cela permet à ces derniers de survivre à l'organisation, au stress et aux différentes émotions ressenties ainsi que de conserver et maintenir une cohésion de groupe. Le bouc-émissaire peut alors estimer subir du harcèlement moral (Desrumaux, 2014).

3. Les répercussions du harcèlement moral

Un des questionnements de l'investigatrice à la fin du cadre théorique étaient de savoir comment les personnes estimant subir du harcèlement moral l'ont vécu au quotidien. La littérature scientifique confirme les propos obtenus lors des différentes interviews. Le harcèlement moral et indirectement, la présence des risques psychosociaux sur le lieu de travail

entraînent de multiples répercussions auprès de la personne estimant subir du harcèlement moral. Deux types de conséquences sont répertoriés auprès de celle-ci. **Le premier au niveau privé.** Le harcèlement moral touche à la fois la sphère physique, psychologique, émotionnelle, sociale, comportementale et familiale de la personne estimant subir du harcèlement moral (Coetzee & Van Dyk, 2017 ; Khubchandani, Kumar & Bowman, 2019 ; Livne & Goussinsky, 2013 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017 ; Trépanier, Fernet & Austin, 2013). **Le second, au niveau professionnel.** Cela concerne une réduction de la qualité des prises en charge, une dégradation des relations avec la hiérarchie, les collègues et les patients, une diminution du bien-être au travail ainsi qu'une augmentation des accidents de travail et des erreurs entraînant un risque pour la sécurité et la santé à la fois de la personne estimant subir du harcèlement moral et celle du patient. En résultent l'épuisement professionnel, la reconversion professionnelle, le sentiment d'injustice, la perte de confiance en ses capacités et compétences, le présentéisme et l'absentéisme (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016 ; Coetzee & Van Dyk, 2017 ; Kelly, 2015 ; Lamberth, 2015 ; Livne & Goussinsky, 2013).

Même si la présente étude est basée sur la personne estimant subir du harcèlement moral, cette recherche a permis de mettre en avant que **les institutions de soins subissent également des dommages suite à la présence de harcèlement moral.** Cela va se traduire par une mauvaise réputation de celles-ci, un accroissement du coût en termes de gestion, de recrutement et de maintien au poste ainsi qu'un turn-over des employés. Généralement, les gestionnaires n'associent pas les pertes de profits à la présence du harcèlement moral et ses conséquences au sein de l'institution. Il est donc nécessaire qu'ils prennent conscience de l'impact réel du harcèlement moral sur les établissements de soins et mettent en place des moyens de prévention pour le contrecarrer (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte, Grau-Alberola, Llorca-Pellicer & García-Juesas, 2012 ; Trépanier, Fernet & Austin, 2013).

4. Les moyens de prévention pour contrecarrer la problématique du harcèlement moral au sein des institutions de soins en Belgique

Au vu de tout ce qui vient d'être évoqué concernant le lien existant entre les situations de harcèlement moral et les risques psychosociaux, il est essentiel d'agir et de mettre en place des moyens de prévention afin de prévenir, gérer et éliminer cette problématique existante au sein des établissements de soins. En effet, celle-ci existera tant que des mesures ne sont pas prises au niveau du fonctionnement du travail actuel. Il est essentiel qu'**un changement culturel**

s'opère au sein des soins de santé pour pouvoir travailler dans un environnement sain et des conditions de travail saines (Birks, Cant, Budden, Russell-Westhead, Sinem Üzar Özçetin & Tee, 2017). Il est évident que des moyens de prévention au niveau des risques psychosociaux sont nécessaires et essentiels pour réduire les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé.

4.1.L'absence et l'inutilisation des moyens de prévention au sein des institutions médicales

Avant d'aborder les moyens de prévention à mettre en place au sein des institutions de soins, il est nécessaire de parler de **l'absence et de l'inutilisation des moyens de prévention existants sur les lieux de travail**. En effet, deux éléments percutants ont été identifiés à travers les soignantes interrogées et sont confirmés par la littérature scientifique : soit il existe des moyens de prévention vis-à-vis du harcèlement moral, même si ceux-ci sont minimes, mais ne sont pas utilisés par les professionnels de la santé, soit il n'existe aucun moyen de prévention au sein des établissements de soins. Il est essentiel de mettre en avant cette difficulté rencontrée lors des situations de harcèlement moral afin de comprendre le mécanisme qu'il y a derrière. Celui-ci amène à se poser plusieurs questions : Pourquoi ne sont-ils pas utilisés ? Pourquoi sont-ils minimes ? Le harcèlement moral ne semble pas être une problématique identifiée sur le terrain et urgente à contrecarrer, est-elle peu prise en compte au sein des institutions de soins ? Pourquoi n'existe-il aucun moyen de prévention alors que le harcèlement moral a un impact élevé à la fois sur les personnes estimant subir du harcèlement moral et sur les institutions de soins ? Le mécanisme d'inutilisation et d'absence de ceux-ci peut être expliqué à travers chaque acteur présent au sein des institutions.

Le soignant, estimant subir une situation de harcèlement moral, ne les utilise pas par peur de représailles supplémentaires, par le manque de moyens de prévention mis en place au sein de leur lieu de travail (Chambers, Frampton, McKee & Barclay, 2018 ; Görgülü, Beydağ, Şensoy & Kiyak, 2014), par un manque de sensibilisation au harcèlement moral et aux différentes aides qui leur sont apportées (Norton, Costa, Teixeira, Azevedo, Roma-Torres, Amaro & Cunha, 2017), par la difficulté de prouver qu'il subit du harcèlement moral (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016) et par un déni de la situation (Desrumaux, 2014).

Les gestionnaires et l'institution de soins mettent en place peu de moyens de prévention. Cela s'explique par l'acceptation, la banalisation, le déni, la tolérance, la minimisation et la normalisation des situations de harcèlement moral sur le lieu de travail et du rôle joué par les risques psychosociaux sur celles-ci (Jonhson, Bouain, Tsai & de Castro, 2015 ; Lamberth, 2015). Ils ne se sentent pas impliqués dans la résolution de cette problématique à cause du

manque de sensibilisation à celle-ci. Ils estiment que le harcèlement moral provient uniquement des facteurs individuels de la personne estimant subir du harcèlement moral. De plus, ils n'ont pas conscience des répercussions que celui-ci peut engendrer sur les soignants et sur les institutions de soins. Ce qui est paradoxal par rapport à leur objectif principal : la rentabilité, l'efficacité et la performance. En effet, si les gestionnaires prenaient conscience de cette problématique et mettaient en place des moyens de prévention pour la contrecarrer, ils gagneraient en termes de profit (Desrumaux, 2014 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017 ; Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015 ; Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rystedt, 2017). Un autre élément essentiel à souligner est que l'institution protège généralement les personnes mises en cause pour harcèlement moral en récompensant leurs comportements. En effet, ces dernières sont généralement performantes pour l'établissement de soins. Il est donc difficile d'agir contre celles-ci, tout en connaissant l'objectif principal des institutions de soins. Pourquoi devraient-ils alors mettre en place des moyens de prévention s'ils sont persuadés de remplir leur objectif avec des personnes mises en cause (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016).

Les collègues et les témoins ne les appliquent pas à cause de l'adoption de la norme institutionnelle où le harcèlement moral est permis (Berry, Gillespie, Fisher & Gormley, 2016), du manque de sensibilisation au harcèlement moral (Norton, Costa, Teixeira, Azevedo, Roma-Torres, Amaro & Cunha, 201), de la peur de représailles et du manque de moyens de prévention mis en place sur leur lieu de travail (Chambers, Frampton, McKee & Barclay, 2018).

Un dernier point, relaté par les soignantes interrogées, est que **les aides apportées aux travailleurs de la santé tels que le syndicat, la Médecine du Travail et la cellule interne et/ou la cellule externe en prévention des risques psychosociaux** sont peu impliquées lors des situations de harcèlement moral. Ce manque d'implication peut être expliqué à travers la littérature scientifique. Ceci est dû à l'absence de ce type d'aide au sein des établissements de soins, au manque de connaissance de la part des soignants sur leur rôle à jouer et au manque de confiance dans l'aide apportée. De plus, leur perspective dans la gestion des risques psychosociaux et du harcèlement moral est généralement de type réactif. Elle résout les conflits au moment de la situation. Elle devrait être de type préventif, en organisant un environnement et des conditions de travail sains pour éviter l'apparition de ce genre de problématique (Lekaa, van Wassenhove & Jain, 2015).

4.2. Les moyens de prévention

Une des hypothèses de l'investigatrice est d'examiner si les moyens de prévention peuvent seulement être mis en place au niveau des risques psychosociaux internes ou également au

niveau des risques psychosociaux externes. Effectivement, agir sur les risques psychosociaux internes à l'établissement de soins permet d'influer intrinsèquement sur l'organisation et ainsi d'améliorer les conditions de travail des soignants estimant subir du harcèlement moral. Néanmoins, lorsqu'une problématique se présente, il est nécessaire de comprendre les différents aspects qui l'entourent et d'agir sur chacun d'eux. Cela permet de la prévenir, la gérer et l'éliminer dans sa globalité. Au niveau des moyens de prévention, l'accent peut également être mis sur les risques psychosociaux externes à l'institution de soins, c'est-à-dire au niveau contextuel, sociétal et individuel (Lippel, Vézina, Bourbonnais & Funes, 2016). Des études plus approfondies sur ces facteurs pourraient être réalisées afin de comprendre leurs rôles sur le harcèlement moral et identifier les moyens de prévention à mettre en place autour de ceux-ci.

Cette présente étude a pour objectif **d'identifier les mesures les plus pertinentes au niveau des risques psychosociaux pour réduire les situations de harcèlement moral dans les soins de santé**. Trois moyens de prévention sont à mettre en place au sein des établissements de soins : **primaire, secondaire et tertiaire**. Tous sont importants pour prévenir, gérer et éliminer cette problématique. Néanmoins, Khubchandani, Kumar & Bowman (2019) mettent l'accent sur la prévention primaire. Elle permet de reporter, réduire, voire supprimer les situations de harcèlement moral. Il est plus facile de prévenir cette problématique que de la guérir.

Les moyens de prévention au niveau primaire :

Premièrement, il faut mettre en place **une politique de bien-être au travail**. L'ensemble des employés et des employeurs doivent développer et adopter une culture d'entreprise de travail saine et respectueuse. Elle tend au traitement équitable de chaque employé, vers une tolérance zéro contre le harcèlement moral, au soutien sans faille de chaque travailleur en demande d'une aide, à un signalement de tout comportement suspect au sein de l'organisation ainsi qu'à la prise en compte de chaque plainte, qui doivent être examinées de manière objective (Ariza-Montes, Muniz, Mintero- Simó & Araque-Padilla, 2013 ; Belgium.be informations et services officiels, n.d ; Camerino & Marlasca, 2018 ; Coetzee & Van Dyk, 2017 ; Görgülü, Beydağ, Şensoy & Kiyak, 2014 ; Kelly, 2015 ; Khubchandani, Kumar & Bowman, 2019).

Deuxièmement, il est essentiel **d'allier une organisation du travail descendante et ascendante**. La participation de l'ensemble des acteurs de l'organisation, tout en respectant la fonction de chacun, permet d'établir un fonctionnement optimal au sein de l'institution de soins (Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rystedt, 2017). Une communication claire, adéquate et efficace entre les différents acteurs de l'organisation, une clarté des objectifs, des rôles, des

attentes, de la liberté et de responsabilités données de chaque membre de l'institution (Erdogana & Yildirim, 2017), l'adoption d'un leadership démocratique et la création d'un espace de dialogue où les soignants peuvent exprimer leurs difficultés sans craindre des représailles, favorisent la réduction des situations de harcèlement moral (Camerino & Marlasca, 2018)

Troisièmement, **les supérieurs hiérarchiques et les soignants doivent être informés, conscientisés, sensibilisés, mobilisés et formés** aux droits des travailleurs, à la politique du travail, à la réglementation en vigueur, aux risques psychosociaux et au harcèlement moral. Le but est de connaître les signes, les causes, les répercussions, les risques encourus et les aides apportées lorsqu'une situation de harcèlement moral se présente au sein de leur établissement de soins. Mais également reconnaître les comportements de harcèlement moral pour pouvoir adopter une réaction adéquate face à celui-ci (Camerino & Marlasca, 2018 ; Livne & Goussinsky, 2013 ; Potocka & Merecz, 2010 ; Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2015).

Quatrièmement, **des moyens de protection et des ressources doivent être mis en place auprès de la personne estimant subir du harcèlement**. Un service de médiation, tel qu'une personne de confiance, une cellule interne et une cellule externe en prévention des risques psychosociaux et des organisations syndicales, doit être établi dans chaque institution de soins (Livne & Goussinsky, 2013 ; Olsen, Bjaalid & Mikkelsen, 2017 ; Zaitseva & Chaudat, 2016). Le rôle de chacun doit être clairement défini. Il doit également intervenir en toute objectivité dès qu'une problématique apparaît au sein de l'établissement de soins (Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rystedt, 2017).

Cinquièmement, **une action doit également être envisagée auprès des futurs soignants**. Il est nécessaire de les informer, de les conscientiser, de les sensibiliser, et de les former au harcèlement moral et aux aides présentes au sein des institutions de soins durant leur cursus scolaire (Jonhson, Bouain, Tsai & de Castro, 2015).

Finalement, même si la présente étude n'a pas pour objectif d'étudier les autres facteurs influençant le harcèlement moral, il est essentiel d'ajouter un mot sur **le rôle de la personnalité dans le harcèlement moral**. Chaque être humain est différent et possède des caractéristiques qui lui sont propres. Dès lors, prendre en compte les personnalités de chaque soignant, supérieur hiérarchique et gestionnaire au sein de l'établissement de soins ainsi qu'identifier les profils qui sont à risque de subir une situation de harcèlement moral ou d'être une personne pouvant être mise en cause pour harcèlement moral, permettrait de prévenir toute situation menant vers du

harcèlement moral (Camerino & Marlasca, 2018 ; Demir, Rodwell & Flower, 2013 ; Erdogana & Yildirim, 2017).

Les moyens de prévention au niveau secondaire :

Lorsqu'un professionnel de la santé vit une situation de harcèlement moral, les moyens de prévention secondaire sont la prise de conscience de la situation et l'acceptation de devoir y mettre fin ; le soutien de la hiérarchie et des collègues tout au long du processus ; l'information des aides existantes par rapport au harcèlement moral ; l'intervention automatique de la personne de confiance, du syndicat, de la cellule interne et/ou externe en prévention des risques psychosociaux ; l'application d'un traitement équitable entre chaque employé ; et la possibilité de pouvoir porter plainte pour harcèlement moral en interne auprès des gestionnaires et/ou en externe auprès du Contrôle au Bien-Être au Travail (Belgium.be informations et services officiels, n.d. ; Demir, Rodwell & Flower, 2013). Il faut également appliquer des sanctions automatiques, claires et objectives envers la personne mise en cause pour harcèlement moral (Strandmark, Rahm, Wilde, Nordström & Rystedt, 2017).

Les moyens de prévention au niveau tertiaire :

Une fois le harcèlement moral terminé, le professionnel de la santé reprend son activité. Il est probable qu'il revive à nouveau du harcèlement moral, que ce soit sur son ancien ou sur son nouveau lieu de travail. De ce fait, il est nécessaire de mettre en place des moyens de prévention tertiaire tels que faciliter le retour au travail à travers des aménagements et du soutien, apporter une aide psychologique et informer, conscientiser, sensibiliser, et former à la problématique du harcèlement moral (Abaidi & Drillon, 2016).

Les moyens de prévention les plus pertinents à mettre en place dans les soins de santé sont dès lors connus. Maintenant, il est nécessaire de voir comment ceux-ci peuvent être implémentés sur le terrain.

5. Les biais, les limites et les perspectives de l'étude

Les biais de l'étude sont :

Un biais affectif : une attitude la plus neutre possible a été adoptée durant le déroulement des entretiens. Toutefois, le harcèlement moral est un sujet qui peut éveiller la sensibilité de l'investigatrice. Il a parfois été difficile de prendre du recul par rapport à certaines situations exposées.

Un biais technologique : tous les entretiens ont été enregistrés via un smartphone et se sont déroulés, pour quelques personnes, via vidéoconférence. Tout a été mis en place pour permettre un bon déroulement des entretiens. Toutefois, deux aléas technologiques se sont produits durant deux entretiens. Le premier concerne des problèmes de connexion via l'application Skype. Le deuxième fait suite à un problème d'enregistrement d'une partie d'un entretien. Cela a demandé l'adaptation des deux parties. Malgré ces problèmes techniques, l'ensemble des informations a pu être recueilli.

Un biais méthodologique est également présent durant certains entretiens. L'ensemble des questions ouvertes a été préalablement écrite. Cela a permis d'apporter un cadre à l'entretien. Toutefois, une question en particulier n'a pas été comprise par quelques personnes interrogées. Une reformulation a dû être réalisée. La réponse à cette question a pu néanmoins être collectée.

Un biais de fixation de l'objectif : étant donné que le harcèlement moral est un sujet complexe, les entretiens ont pu être de très longue durée. Une déconcentration a pu quelques fois être observée par les deux parties.

Les limites de l'étude :

Comme la perspective de l'étude est qualitative, celle-ci ne permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des professionnels de la santé et des institutions de soins.

Suite aux événements actuels, certains entretiens ont dû être réalisés par appels téléphoniques ou vidéoconférence. La technologie a permis de continuer les entretiens. Toutefois, les observations non verbales n'ont pas pu être analysées auprès de certaines soignantes.

Le choix de l'étude s'est porté sur les soignants estimant subir du harcèlement moral. Il est essentiel que ces personnes soient entendues et qu'elles puissent partager leurs vécus et leurs expériences sans jugement. Cela a permis de mettre en avant la nécessité de la mise en place de mesures de prévention au sein des établissements de soins. Toutefois, la personne estimant subir du harcèlement moral n'est pas le seul acteur dans cette situation. Le point de vue des personnes mises en causes pour harcèlement moral, de la politique, des gestionnaires serait pertinent à prendre en compte afin de comprendre la problématique dans sa globalité. 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 soins de santé), il aurait été difficile d'identifier des soignants où le harcèlement moral est validé.

Les perspectives de l'étude :

Cette étude a permis de mettre en avant le rôle joué par les risques psychosociaux dans les situations de harcèlement moral au sein des institutions de soins en Belgique. La problématique du harcèlement moral est dès lors un sujet à traiter auprès des professionnels de la santé. Les moyens de prévention pour prévenir, gérer et éliminer ces situations sont essentiels dans la lutte contre le harcèlement moral. Une série de mesures a été établie grâce à ce travail. Une première recommandation serait de **reprendre les différents moyens de prévention cités théoriquement et de les appliquer sur le terrain**. L'objectif serait d'identifier concrètement quelles sont les mesures efficaces au sein des soins de santé et par la suite les mettre en place sur les lieux de travail.

Le harcèlement moral et les risques psychosociaux sont fort présents dans les soins de santé. Au vu de la situation actuelle dans ce secteur, il serait intéressant de se poser la question suivante : est-ce que cette problématique existe également dans d'autres domaines et à quelle fréquence ? Une deuxième recommandation serait de **réaliser cette étude dans d'autres organisations de travail**. L'objectif est de voir si celle-ci est transférable à d'autres milieux professionnels. Ainsi, un plan et des mesures générales pourraient être mis en place afin d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des travailleurs.

Cette recherche qualitative a permis de comprendre pourquoi le harcèlement moral est si présent dans les établissements de soins, comment il est perçu par les professionnels de la santé estimant subir du harcèlement moral et comment il peut être contrecarré. Toutefois, il serait intéressant d'élargir les connaissances sur ce sujet, déjà très complètes grâce à cette étude. Une troisième recommandation serait **la réalisation d'une recherche quantitative** sur le harcèlement moral. Cela permettrait de compléter les informations obtenues de manière à apporter un point de vue statistique. Elle pourrait ainsi être généralisée à l'ensemble des professionnels de la santé et des établissements de soins.

Un élément qui ressort de cette étude est le manque de sensibilisation de tous les acteurs gravitant dans les soins de santé sur la problématique du harcèlement moral et l'influence des risques psychosociaux sur celle-ci. Une dernière recommandation, qui semble importante, est **la sensibilisation** de celle-ci à l'ensemble des professionnels de la santé, des gestionnaires et des institutions de soins. Leurs mentalités doivent évoluer vis-à-vis du fonctionnement actuel des soins de santé. Cela peut se réaliser au travers de formations, de recherches et de lectures scientifiques, des médias et de l'éducation à la santé.

Conclusion

La problématique du harcèlement moral ne s'arrête pas uniquement au niveau scolaire. Il s'étend jusqu'au monde professionnel. Chaque lieu et domaine de travail est susceptible de développer des situations de harcèlement moral, comme le secteur de la santé étudié dans le cadre de ce mémoire. Chaque professionnel de la santé est donc susceptible d'être confronté à celle-ci durant sa carrière professionnelle, de manière directe ou indirecte, c'est-à-dire soit en tant que personne estimant subir du harcèlement moral, soit en tant que personne mise en cause ou soit en tant que témoin. **Comment vous positionnez-vous, cher lecteur, par rapport à cette problématique au sein de votre lieu de travail ?**

Le harcèlement moral reste encore à l'heure actuelle un sujet tabou. Il est encore difficile de s'exprimer sur celui-ci au sein des lieux de travail. Majoritairement, les soignants acceptent la situation, leur sort et s'en sentent responsables. **Pourquoi accepter de travailler dans des conditions malsaines où l'épanouissement professionnel est réduit ?**

Les risques psychosociaux sont une des origines du harcèlement moral. Il est donc nécessaire de mettre en place des moyens de prévention au niveau des risques psychosociaux pour contrecarrer celui-ci. Néanmoins, dans toute problématique, il est important d'avoir une vision globale de la situation. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en compte, dans le secteur des soins de santé, les différents facteurs influençant l'existence du harcèlement moral tels que la politique, la société et les caractéristiques des travailleurs de la santé. Un canevas commun pourra être établi dans la résolution de cette problématique. Le but est d'obtenir un équilibre entre les différentes demandes et besoins de chaque acteur pour réduire les situations de harcèlement moral présentes dans le domaine médical. **Chaque acteur serait-il prêt à participer à la réduction du harcèlement moral ? Un terrain d'entente pourrait-il être trouvé entre chaque acteur ? Seront-ils tous prêts au changement que cela nécessite ?**

L'information, la sensibilisation, la conscientisation et la communication restent à ce jour la clé pour réduire le harcèlement moral dans les institutions de soins. Maintenant, il reste à savoir **comment pourraient-elles être appliquées dans notre société ?**

L'existence du harcèlement moral auprès des soignants met en avant différentes problématiques sous-jacentes au niveau du fonctionnement actuel des soins de santé. **Ne vivons-nous pas dans une société où la rentabilité prime sur le bien-être des travailleurs ?** Les professionnels de la santé tendent à l'épuisement professionnel. **Comment enrayer ce processus ?**

Bibliographie

Abaidi, J., & Drillon, D. (2016). Les dimensions du bien-être au travail : axes de prévention des risques psychosociaux ?. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 145-172. doi:10.3917/rips1.hs03.0145

Ariza-Montes, A., Muniz, N.M., Mintero- Simó, M.J., & Araque-Padilla, R.A. (2013). Workplace bullying among healthcare workers. *Int J Environ Res Public Health*, 10(8), 3121-39. doi: 10.3390/ijerph10083121

Aziza-Chebil, A., Delattre, E., & Diaye, M.A. (2017). Les changements organisationnels augmentent-ils les risques psychosociaux des salariés ? : Une analyse sur données couplées. *Économie & prévision*, 210(1), 25-44. doi:10.3917/ecop.210.0025

Belgium.be informations et services officiels. (n.d.). *Lutte contre la violence et le harcèlement au travail*. Retrieved Mars 11, 2020 from https://www.belgium.be/fr/emploi/sante_et_bien-etre/harcelement/lutte

Belgium. (2018). *Réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. En route vers le cadre légal*. Retrieved from <https://www.deblock.belgium.be/fr/r%C3%A9forme-du-paysage-hospitalier-et-du-financement-des-h%C3%B4pitaux-en-route-vers-le-cadre-l%C3%A9gal>

Benallah, S., & Domin, J.P. (2017). Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1), 155-183. doi:10.3917/rdli.091.0155

Berry, P.A., Gillepsie, G.L., Fisher, B.S., & Gormley, D.K. (2016). Recognizing, Confronting, and Eliminating Workplace Bullying. *Santé au travail Saf*, 64(7), 337-41. doi : 10.1177/2165079916634711

Birks, M., Cant, R.P., Budden, L.M., Russel-Westhead, M., Sinem Üzar Özçetin, Y., & Tee, S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Educ Pract*, 25, 14-21. doi: 10.1016/j.nepr.2017.04.011

Bourgeois, C., Ohana, M., & Renault, S. (2016). Les facteurs organisationnels du harcèlement moral : l'employeur est-il responsable ?. *Recherches en Sciences de Gestion*, 112(1), 103-120. doi:10.3917/resg.112.0103

Camerino, A.A., & Marlasca, M.M.O. (2018). Mobbing in health workplace. *Medicina Clínica*, 150(5), 198-201. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.034

Cehan, I.M. (2018). Psychosocial Risk Factors Influencing Managerial Decision in Environmental Field. The Annals of "Dunarea de Jos" University of Galati, 41(1), 65-68. Retrieved from <http://www.gup.ugal.ro/ugaljournals/index.php/mms/article/view/1119>

Chambers, C.N.L, Frampton, C.M.A. McKee, M., & Barclay, M. (2018). 'It feels like being trapped in an abusive relationship': bullying prevalence and consequences in the New Zealand senior medical workforce: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020158

Coetzee, M., & van Dyk, J. (2017). Workplace Bullying and Turnover Intention: Exploring Work Engagement as a Potential Mediator. *Psychol Rep*, 121(2), 375-392. doi: 10.1177/0033294117725073

Daidj, N., & Pascal, C. (2018). Éditorial : des hôpitaux aux usines à soins. Un réel progrès ?. *Management & Avenir Santé*, 3(1), 7-11. doi:10.3917/mavs.003.0007

Demir, D., Rodwel, J., & Flower, R. (2013). Workplace bullying among allied health professionals: prevalence, causes and consequences. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 51(4), 392–405. doi : 10.1111 / 1744-7941.12002

de Pourcq, K., de Regge, M., van den Heede, K., van de Voorde, C., Gemmel, P., & Eeckloo, K. (2018). Hospital networks: how to make them work in Belgium? Facilitators and barriers of different governance models. *Acta Clin Belg*, 73 (5), 333-340. doi: 10.1080 / 17843286.2018.1457196

de Prez, K. (2018). *Les travailleurs belges, de plus en plus sensibles au comportement abusif au travail*. Retrieved from Securex, Web site : <https://press.securex.be/les-travailleurs-belges-de-plus-en-plus-sensibles-au-harcèlement>

de Regge, M., de Pourcq, K., van de Voorde, C., van den Heede, K., Gemmel, P., & Eeckloo, K. (2019). The introduction of hospital networks in Belgium: The path from policy

statements to the 2019 legislation. *Health Policy*, 123(7), 601-605. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.008>

Desrumaux, P. (2014). Harcèlement moral et suicides, des risques tabous au travail ?. *Le Journal des psychologues*, 314(1), 26-30. doi:10.3917/jdp.314.0026

Dzurec, L.C., Kennison, M., & Albataineh, R. (2014). Unacknowledged threats proffered "in a manner of speaking": recognizing workplace bullying as shaming. *J Nurs Scholarsh*, 46(4), 281-91. doi : 10.1111/jnu.12080

Erdogana, V., & Yildirim, A. (2017). Healthcare professionals' exposure to mobbing behaviors and relation of mobbing with job satisfaction and organizational commitment. *Procedia Computer Science*, 120, 931-938. doi: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.11.328>

Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P.R., Grau-Alberola, E., Llorca-Pellicer, M., & García-Juesas, J.A. (2012). Influence of Some Psychosocial Factors on Mobbing and its Consequences Among Employees Working with People with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*, 25(5), 455-63. doi: 10.1111 / j.1468-3148.2012.00687

Fornés, J., Cardoso, M., Castelló, J.M., & Gili, M. (2011). Psychological harassment in the nursing workplace: an observational study. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(3), 185-94. doi : 10.1016 / j.apnu.2010.08.008

Giurgiu, D.I., Jeoffrion, C., Grasset, B., Dessomme, B.K., Moret, L., Roquelaure, Y., Caubet, A., Verger, C., Laraqui, C.E.H., Lombrail, P., Geraut, C., & Tripoli, D. (2015). Psychosocial and occupational risk perception among health care workers: a Moroccan multicenter study. *BMC Res*, 8, 408. doi: 10.1186/s13104-015-1326-2.

Görgülü, N., Beydağ, K.M., Şensoy, F., & Kiyak, M. (2014). The effects of mobbing (bullying) on health employees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152, 503-509. doi : <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.196>

Guillez, M.P., & Tétrault, S. (2014). *Guide de recherche en réadaptation : Méthodes, techniques et outils d'intervention* (1^è éd.). Paris : De Boeck.

INAMI. (2018). *Réorganiser le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux*. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx>

Jonhson, S.L., Boutain, D.M., Tsai, J.H, & de Castro, A.B. (2015). Managerial and Organizational Discourses of Workplace Bullying. *J Nurs Adm*, 45(9), 457-61. doi : 10.1097/NNA.0000000000000232

Kelly, S. (2015). Workplace bullying in hospitals: an unresolved problem. *N Z Med J*, 28(1424) :18-19. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26922444>

Khubchandani, J., Kumar, R., & Bowman, S.L. (2019). Physicians and healthcare professionals in the era of #Metoo. *J Family Med Prim Care*, 8(3), 771-774. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_228_19

Lamberth, B. (2015). Workplace bullying in healthcare : part 1. *Radiol Manage*, 37(1), 12-6. Retrieved from <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pubmed/26710552>

Lançon, J.M., & Vigneron, M. (2016). Les risques psychosociaux : quand l'hôpital éclaire le social. *Les cahiers dynamique*, 70(4), 47-54. doi: <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.3917/lcd.070.0047>

Lekaa, S., van Wassenhove, W., & Jain, A. (2015). Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *BMC Research Notes*, 8(408), 1-10. doi: 10.1186/s13104-015-1326-2

Lippel, K., Véniza, M., Bourbonnais, R., & Funes, A. (2016). Workplace psychological harassment: Gendered exposures and implications for policy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 74-87. doi: 10.1016 / j.ijlp.2016.05.001

Livne, Y., & Goussinsky, R. (2013). Workplace bullying and burnout among healthcare employees: The moderating effect of control-related resources. *Nurs Health Sci*, 20(1), 89-98. doi: 10.1111/nhs.12392

Moniteur Belge. (2014). 28 FEVRIER 2014. - Loi complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2014022821&table_name=loi

Moniteur Belge. (2019). 22 avril 2019 – loi relative à qualité de la pratique des soins de santé. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table_name=loi

Norton, P., Costa, V., Teixeira, J., Azevedo, A., Roma-Torres, A. Amaro, J., & Cunha, L. (2017). Prevalence and Determinants of Bullying Among Health Care Workers in Portugal. *Workplace Health Saf*, 65(5), 188-196. doi: 10.1177/216507991666654

Olsen, E., Bjaalid, G., & Mikkelsen, A. (2017). Work climate and the mediating role of workplace bullying related to job performance, job satisfaction, and work ability: A study among hospital nurses. *J Adv Nurs*, 73(11), 2709-2719. doi: 10.1111/jan.13337

Philippe, M. (2017). *Conduite de projet, cours 3 : Gestion de projet*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Poilot-Rocaboy, G. (2010). Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique. *Humanisme et Entreprise*, 296(1), 9-24. doi:10.3917/hume.296.0009

Pomey, M.P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.C., Bébarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, s1(HS), 41-50. doi:10.3917/spub.150.0041.

Potocka, A., & Merecz, D. (2010). What do we know about psychosocial risks at work? Part II. The analysis of employee's knowledge of sources and consequences of stress at work. *Medycyna pracy*, 61(4), 393-411. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/46422391_What_do_we_know_about_psychosocial_risks_at_work_Part_IIThe_analysis_of_employee's_knowledge_of_sources_and_consequences_of_stress_at_work

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. (2015). *Aspects psychosociaux - Série Stratégie Sobane : gestion des risques professionnels*. Retrieved janvier 5, 2020 from <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=19238>

Statbel. (2020). *Les professions en Belgique*. Retrieved mars 15, 2020 from <https://statbelpr.belgium.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/les-professions-en-belgique#news>

Strandmark, K.M., Rahm, G., Wilde, L.B., Nordström, G., & Rystedt, I. (2017). Preventive Strategies and Processes to Counteract Bullying in Health Care Settings: Focus Group Discussions. *Issues Ment Health Nurs*, 38(2), 113-121. doi: 10.1080/01612840.2016.1253805

Trépanier, S.G., Fernet, C., & Austin, S. (2013). Workplace psychological harassment in Canadian nurses: a descriptive study. *J Health Psychol*, 18(3), 383-96. doi: 10.1177/1359105312443401

Waschler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J.A. (2013). Vertical and lateral workplace bullying in nursing: development of the hospital aggressive behaviour scale. *J Interpers Violence*, 28(12), 2389-412. doi: 10.1177/0886260513479027

Zaitseva, V., & Chaudat, P. (2016). Les déterminants organisationnels du harcèlement moral : une analyse d'une revue actualisée de littérature. *Management & avenir*, 84(2), 115-134. doi : 10.3917/mav.084.0115

Annexes

Annexe 1 : le guide d'entretien

1. L'introduction

1.1. Présentation

Je suis Marie Gorlier, ergothérapeute de formation. Je suis actuellement en dernière année du master en Sciences de la Santé Publique. Dans le cadre de l'obtention de ce diplôme, un mémoire est réalisé.

Mon mémoire porte sur le harcèlement moral des soignants. Ma question de recherche est la suivante : « **Comment les risques psychosociaux influencent-ils les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé et dans quelles circonstances la prévention des risques psychosociaux réduit-elle celles-ci au sein des établissements de soins ?** »

1.2. Définition

Les risques psychosociaux

« La probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact qui comportent objectivement un danger » (Moniteur Belge, 2014).

Le harcèlement moral

« Ensemble abusif de plusieurs conduites similaires ou différentes, externes ou internes à l'entreprise ou l'institution, qui se produisent pendant un certain temps, qui ont pour objet ou pour effet de porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique d'un travailleur ou d'une autre personne à laquelle est d'application, lors de l'exécution de son travail, de mettre en péril son emploi ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant et qui se manifestent notamment par des paroles, des intimidations, des actes, des gestes ou des écrits unilatéraux. Ces conduites peuvent notamment être liées à l'âge, à l'état civil, à la naissance, à la fortune, à la conviction religieuse ou philosophique, à la conviction politique, à la conviction syndicale, à la langue, à l'état de santé actuel ou futur, à un handicap, à une caractéristique physique ou génétique, à l'origine sociale, à la nationalité, à une prétendue race, à la couleur de peau, à l'ascendance, à l'origine nationale ou ethnique, au sexe, à l'orientation sexuelle, à l'identité et à l'expression de genre » (Moniteur Belge, 2014).

1.3.Objectif

L'objectif de ce travail est d'identifier et d'analyser l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral qui est vécu par les professionnels de la santé sur leur lieu de travail, de prévenir l'apparition du harcèlement moral et de pouvoir mettre en place des moyens de prévention contre les risques psychosociaux et le harcèlement moral auxquels les professionnels de la santé font face au sein de leur établissement de soins.

1.4.Thématiques abordées

Les thématiques abordées sont les suivantes : le contexte de travail, les risques psychosociaux sur le lieu de travail, le harcèlement moral, l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral, les répercussions sur les professionnels de la santé et sur l'organisation des soins et, les moyens de prévention pour réduire voire supprimer cette problématique.

2. Les considérations éthiques

Avant de commencer l'interview avec le professionnel de la santé, il est nécessaire de lui faire part de quelques informations afin d'assurer un entretien de qualité, à la fois pour le soignant et pour l'investigatrice :

- la lecture du formulaire de consentement, la signature des deux parties avec la remise d'un exemplaire du consentement est remis au soignant et à l'investigatrice ;
- le respect de l'anonymat et des règles de confidentialité ;
- l'enregistrement via un smartphone tout le long de l'entretien, le but étant de pouvoir utiliser l'ensemble des réponses pour répondre à la question de recherche ;
- tout le contenu des réponses sera retranscrit et analysé, tout en respectant les règles de confidentialité et d'anonymat ;
- il n'y ni bonnes ni mauvaises réponses et l'interview peut être interrompu à tout moment ;
- la possibilité d'échanger nos coordonnées si le soignant souhaite obtenir les conclusions du mémoire.

Après l'introduction et les considérations éthiques, il est nécessaire de vérifier si le soignant a bien compris ce qui lui est demandé.

3. La construction des questions en lien avec la problématique

1) Présentation du professionnel de la santé

- Pouvez-vous vous présenter (âge, sexe, profession médicale et lieu de travail) ?

2) Le harcèlement moral et les risques psychosociaux

- Comment définissez-vous ce harcèlement moral que vous avez subi ?
- Pouvez-vous m'expliquer dans quel contexte de travail vous travailliez lorsque vous avez subi le harcèlement moral ?
- Y a-t-il selon vous des risques psychosociaux présents sur votre lieu de travail lorsque vous avez subi le harcèlement moral ? Pouvez-vous m'expliquer (au niveau de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des relations interpersonnelles au travail et des conditions de vie au travail) ?
- Quelles sont les répercussions que vous avez ressenties suite au harcèlement moral que vous avez vécu ? Sur votre personne (santé, quotidien, réseau social/familial, etc.) et sur l'organisation des soins ?
- Pour vous, existe-il une influence de l'ensemble de ces risques psychosociaux que nous venons de citer sur le harcèlement moral ? Si oui, comment qualifieriez-vous cette influence ?
- Dans quelles circonstances cette situation s'est-elle arrêtée ou comment pourriez-vous sortir de cette situation (par vous-même, par la hiérarchie, par l'action de personnes externes ou autres) ?

3) Les moyens de prévention

- Pour quelles raisons pensez-vous qu'il est nécessaire, ou non, de mettre en place des moyens de prévention des risques psychosociaux ?
- Quels sont/étaient les moyens de prévention vis-à-vis du harcèlement moral et des risques psychosociaux qui sont/étaient mis en place lorsque vous avez vécu cette situation ?
- Quels sont les moyens de prévention à mettre en place au sein des institutions de soins, qui vous semblent nécessaires afin de réduire cette problématique de harcèlement moral et des risques psychosociaux présents au sein des établissements de soins ?

4. La conclusion de l'entretien

Afin de conclure l'entretien, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 2 : le formulaire d'informations et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. Si un point vous interpelle, n'hésitez pas à poser des questions. Pour y participer, vous devrez signer le consentement et nous vous en remettrons une copie.

1. Volet informations

1.1. Informations sur l'investigatrice

Nom et prénom de l'étudiante : Gorlier Marie

Formation : ergothérapeute et étudiante en sciences de la santé publique (master)

Coordonnées : marie.gorlier@student.uclouvain.be

Promoteur et copromotrice : William D'hoore (professeur à la faculté santé publique) et Véronique Piérart (conseillère dans la prévention des risques psychosociaux)

1.2. Titre du projet

Le sujet est l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral des professionnels de la santé.

La question de recherche : « Comment les risques psychosociaux influencent-ils les situations de harcèlement moral perçues et vécues par les professionnels de la santé et dans quelles circonstances la prévention des risques psychosociaux réduit-elle celles-ci au sein des établissement de soins ? »

1.3. L'objectif du projet

L'objectif de ce travail est d'identifier et d'analyser l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral qui est vécu par les professionnels de la santé sur leur lieu de travail, de prévenir l'apparition du harcèlement moral et de pouvoir mettre en place des moyens de prévention contre les risques psychosociaux et le harcèlement moral auxquels les professionnels de la santé font face au sein de leur établissement de soins. Allier à la fois les demandes des politiques, les attentes des gestionnaires, une prise en charge de qualité pour les patients et le respect des praticiens permettraient d'établir un environnement de travail et des conditions de travail saines pour les soignants.

1.4. Modalités pratique

Le participant concerné par l'étude

- professionnels de la santé travaillant au sein d'un établissement des soins de santé en Belgique ;
- genre masculin ou féminin ;
- âgés entre 20 et 60 ans ;

- estimant avoir vécu une situation de harcèlement moral au sein de leur milieu de travail ;

Je déclare rentrer dans les conditions : **OUI** - **NON**

Déroulement des entretiens

Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 1 heure. L'entretien aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions portant sur le contexte de travail, l'influence des risques psychosociaux sur le harcèlement moral, les répercussions sur les professionnels de la santé et l'organisation des soins et, les moyens de prévention pour réduire, voire supprimer, cette problématique.

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps et de partager votre expérience. Cependant, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le souhaitez.

1.5. Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ? **OUI** - **NON**

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le chercheur vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

1.6. Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'investigatrice (Marie Gorlier) recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, ancienneté et l'enregistrement vocal de l'entretien.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la Loi.

Le chercheur de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'informations permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

Les données recueillies seront conservées pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites.

1.7. Enregistrement des entretiens

Les interviews seront enregistrées via l'enregistreur vocal d'un smartphone. L'enregistrement est nécessaire pour cette étude. Le but est de récolter un maximum d'informations et de pouvoir les utiliser dans leur ensemble afin d'interpréter les données recueillies et répondre à la question de recherche.

Accepteriez-vous d'être enregistré ? **OUI - NON**

Si vous refusez l'enregistrement, il est possible de retranscrire l'interview directement sur ordinateur.

1.8. Résultats de la recherche

Souhaiteriez-vous être informé des résultats de la recherche qui en découleront, le cas échéant ? **OUI - NON**

Si oui, quelles sont vos coordonnées ?

.....

Nous préserverons **l'anonymat** des personnes ayant participé à l'étude.

1.9. Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous l'investigatrice de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche ?

OUI - NON

1.10. Garantie de respects des droits du participant et des règles de déontologie et d'éthique

L'investigatrice s'engage à

- Informer et fournir toute explication supplémentaire à la personne interrogée avec ou sans demande systématique de sa part ;
- Ne rien entamer comme démarche sans avoir obtenu le consentement éclairé du participant ;
- Ne rien tenter qui entrainerait un risque quelconque pour les tiers concernés et envisager à l'avance le risque potentiel d'effets indésirables ;
- Garantir l'anonymat du participant ;
- Respecter la libre participation du participant et accepter tout désistement de sa part sans qu'il lui soit nécessaire de le justifier ;
- D'appliquer les principes de moralité, de probité et de dévouement tout au long des démarches inhérentes à son étude ainsi que dans l'interprétation des données recueillis, dans la rédaction de son travail et même après la présentation de ce dernier.

2. Volet consentement

Consentement libre et éclairé

Je, (nom en caractères d'imprimerie),

- déclare que je consens à participer à l'étude de Marie Gorlier dont le projet a été approuvé par la faculté santé publique de l'Université Catholique de Louvain ;
- déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire ;
- comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction ;
- accepte librement de participer au projet ;
- autorise Marie Gorlier à réaliser, dans les conditions précitées, les démarches liées à son projet ;
- suis libre de retirer mon consentement à tout moment sans que ce soit nécessaire d'apporter une justification ;
- suis conscient que les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

Signature de la participante ou du participant :
.....

Fait à, le

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, chercheur principal de l'étude, déclare que

- mon équipe de recherche est responsable du déroulement du présent projet de recherche ;
- nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du chercheur principal de l'étude :
.....

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, (on écrit ici le nom de la personne qui obtient le consentement en caractères d'imprimerie),

- certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire (la nature, le but, le déroulement et les effets escomptés du projet souhaité) ;
- réponds aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard ;
- indique clairement qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ;
- m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité ;
- confirme respecter les termes du document d'information précipité.

Signature de l'investigatrice :
.....

Fait à, le

Annexe 3 : les caractéristiques de l'échantillon étudié

Les personnes	Les caractéristiques de la population étudiée					
	Âge	Genre	Profession	Lieu de travail	Ancienneté	Contrat
I1	28	F	Ergothérapeute	Maison de repos et de soins	4 ans	Temps-plein
I2	27	F	Ergothérapeute	Hôpital public – service de rééducation	7 ans	2 mi-temps
I3	39	F	Infirmière	Hôpital universitaire – service oncologique Hôpital de jour oncologique	2 ans 1 ans et demi	4/5 Temps-plein
I4	40	F	Cheffe adjointe infirmière	Hôpital public – service de chirurgie cardiaque	5mois	Temps-plein
I5	26	F	Ergothérapeute	Maison de repos et de soins Centre de jour – santé mentale	6 mois 6 ans	Temps-plein Temps-plein
I6	29	F	Kinésithérapeute	Centre médical	6 ans	Temps-plein
I7	44	F	Infirmière	Polyclinique	13 ans	Temps-plein
I8	27	F	Ergothérapeute	Hôpital privé – service de gériatrie	2 ans	Temps-plein
I9	52	F	Infirmière	Hôpital universitaire – service de gériatrie	19 ans	Temps-plein

I10	49	F	Infirmière	Centre psychiatrique pour adolescents	25 ans	Temps- plein
I11	45	F	Assistante sociale	ASBL – service d’aides et de soins en assuétudes	15 ans	Temps- plein
I12	35	F	Infirmière	Hôpital public – service de réanimation	14 ans	Temps- plein
I13	46	F	Ergothérapeute	Centre de rééducation ambulatoire	20 ans	Temps- plein
I14	53	F	Kinésithérapeute	École – enseignement spécialisé type 1, 2 et 8	15 ans	Mi- temps

Annexe 4 : la durée du harcèlement moral pour chaque professionnelle de la santé interrogée

(A = années ; M = mois)

I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14
6M	1A	2A	5M	4M	1A	3A	2A	3A	4A	1A	1,4A	10A	13A

