

Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral

La présence médiatique du harcèlement moral, la montée en puissance des plaintes des victimes, la création de réseaux spécialisés d'écoute et de prise en charge, donnent à ce nouveau « syndrome » une présence sociale qu'il devient nécessaire de mettre à l'épreuve des cadres nosographiques existants et des tableaux cliniques en psychopathologie générale et du travail.

En milieu hospitalier ou en exercice libéral, les cliniciens sont tous, à des degrés divers, confrontés au suivi de patients harcelés [1].

Les cliniciens de la santé au travail ont privilégié le regard clinique sur cette pathologie émergente. La création d'un réseau pluridisciplinaire et d'un groupe de réflexion ⁽¹⁾, a permis d'affiner l'étiologie, la sémiologie et les procédures de prise en charge sur une cohorte de deux cent patients, suivis depuis plus de trois ans en réseau inter-hospitalier. Avant la publication prochaine des résultats de cette étude, l'objectif de cet article est de faire le point sur le harcèlement moral : diagnostic, prise en charge, cadre réglementaire et réparation possible.

Définitions du harcèlement

La souffrance au travail est étudiée depuis longtemps. Des recherches scientifiques d'envergure ont permis d'apporter des données chiffrées, n'ayant cependant pas suscité de mouvement collectif comparable au livre de Marie-France Hirigoyen : « *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien* ». La médiatisation du harcèlement moral a permis à un grand nombre de salariés de se reconnaître et de trouver des voies d'expression.

Dans les années 80, Heinz Leyman [2] a donné une définition de ce concept : « *Par harcèlement, il*

faut entendre toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits unilatéraux, de nature à porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne et mettre en péril son emploi ou à dégrader le climat de travail ». Cette définition a été reprise par Marie-France Hirigoyen [3] : « *le harcèlement moral au travail se définit comme toute conduite abusive (geste, paroles, comportement, attitude...) qui porte atteinte, par sa répétition ou sa systématisation, à la dignité ou à l'intégrité psychique ou physique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci, dégradant le climat de travail* ».

Le Conseil économique et social (CES) dans son rapport adopté le 11 avril 2001 [4] retient les éléments suivants dans sa définition : « *constitue un harcèlement moral au travail, tous agissements répétés visant à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles de travail d'une ou plusieurs victimes, de nature à porter atteinte à leurs droits et leur dignité pouvant altérer gravement leur état de santé et pouvant compromettre leur avenir professionnel* ». Cette définition a été retenue dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 [5]. Cinq articles, L. 122-49 à L. 122-53 sont insérés dans le Code du travail. L'article L. 122-49 est ainsi rédigé en son 1^{er} alinéa : « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ».

M. GRENIER-PEZE*,
M. C. SOULA**

*Docteur en psychologie, psychanalyste. Consultation « souffrance et travail », Département de Consultations et de santé publique, CASH de Nanterre

**Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre. Direction régionale du Travail et de la Formation professionnelle d'île-de-France et consultation de pathologie professionnelle. Hôpital Raymond Poincaré, Garches

(1) Paul Bouaziz, avocat, Martine Imbeaux, médecin du travail, Nicolas Sandret, médecin inspecteur régional du travail, Catherine Roche, médecin du travail, Marie-Christine Soula, médecin inspecteur régional du travail, Marie Grenier-Peze, psychanalyste



Documents pour le Médecin du Travail
N° 90
2^e trimestre 2002

Tableau clinique et diagnostic

L'étude clinique de patients suivis en consultations spécialisées a permis d'affiner l'étiologie, la sémiologie du tableau clinique tant dans sa phase d'alerte que dans sa phase aiguë (cf. *cas cliniques n° 1 et n° 2 en encadré I*).

PHASE D'ALERTE

Sa forme clinique est larvée, difficile à repérer. L'anxiété, les troubles du sommeil, le désengagement social, l'ennui, l'augmentation de prise de médicaments, voire la consommation avancée d'alcool et de psychotropes en sont les signes précurseurs. Sans oublier la fatigue mise en avant par les salariés qui doit être prise en compte et écoutée. Parce qu'elle se situe dans le territoire de l'infraliminaire, elle est souvent disqualifiée. Il faut la considérer comme le premier niveau d'usure du geste de travail, vidé de son pouvoir de construction identitaire, signe précurseur d'une dépression atone, « blanche » et asymptomatique.

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

PHASE DE DÉCOMPENSATION EN DEUX TEMPS

Premier temps

Si le procédé de harcèlement perdure et si un réseau de coopération ne se crée pas autour du patient, il entre dans la phase de décompensation.

La forme décompensée la plus grave, correspond, dans notre cohorte clinique, au tableau clinique de la *névrose traumatique*.

La névrose traumatique survient dans des situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique ou psychique. Elle correspond à un débordement de l'appareil psychique qui pris par surprise, ne peut solliciter des mécanismes de défense adéquats. Il existe pour chacun d'entre nous des circonstances spécifiques capables, en raison de leur signification, de déclencher une névrose traumatique. Il n'y a pas de proportionnalité

objective entre la gravité de la situation et la gravité du tableau clinique.

Ce tableau clinique se caractérise par l'*angoisse* du patient, subaiguë, avec ses manifestations physiques (tachycardie, tremblements, sueurs, « boule » œsophagienne), *des affects de terreur* à l'idée d'aller au travail avec des idées suicidaires sur le trajet, le *retour en boucle* des scènes d'humiliations et de brimades qui s'imposent au patient et lui font revivre les moments traumatisants. Les attaques d'angoisse surgissent spontanément, déclenchées par une *perception analogique* avec tel ou tel détail des scènes de maltraitance : un bruit, un parfum, la couleur de la veste du « harceleur » ; *les cauchemars intrusifs* entraînent toutes les nuits le réveil en sueur. *L'insomnie* réactionnelle est un moyen de bloquer la survenue des cauchemars.

L'insomnie, l'usure due au « tenir » aggravent l'effondrement anxio-dépressif. Ce dernier est également généré par la position constante de justification, le sentiment de culpabilité découlant des avertissements répétés. Les atteintes cognitives sont récurrentes et portent sur la concentration, la mémoire et la logique. Les atteintes somatiques sont de gravité croissante suivant la durée de la situation : perte ou prise de poids importantes, atteintes de la sphère digestive, cardiaque et, chez les femmes, une fréquence inquiétante d'aménorrhées, métrorragies et d'affections plus graves.

Deuxième temps

Derrière ce tableau de névrose traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décompenser : bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa. Toutes les lignées structurelles sont représentées témoignant du fait que le harcèlement ne vise pas une personnalité particulière mais est d'une redoutable nocivité sur toutes.

Les formes de harcèlement

Il faut différencier plusieurs formes de harcèlement :

Le harcèlement individuel est pratiqué par une personnalité obsessionnelle ou perverse narcissique, dans un but purement gratuit de destruction d'autrui et de valorisation de son propre pouvoir.

Le harcèlement stratégique a pour visée la rédition émotionnelle du sujet dont on veut se débarrasser afin de contourner les procédures légales de licenciement.

Exemples de deux cas cliniques

1^{er} cas : phase aiguë

Sortant d'une période de chômage, seule avec deux enfants à élever, Madame K, 45 ans, vient d'être embauchée comme secrétaire par une société de travaux publics et se retrouve sous les ordres du directeur technique. Il se montre immédiatement exigeant, coléreux, insiste avec force détails sur les procédures de travail qu'elle devra respecter : le courrier doit être posté à telle heure, les timbres doivent être collés à tant de millimètres du bord de l'enveloppe en s'aidant avec une règle, pas de bavardages. Soucieuse de conserver un poste qu'elle a mis du temps à trouver, Madame K. se plie à toutes les exigences caractérielles de son patron qui ne lui dit jamais bonjour ou merci, jette les lettres à taper dans le panier de courrier, alterne les phases de bouderie silencieuse avec les éclats de colère. Les savoir-faire sociaux les plus élémentaires sont absents du rapport patron-employée. Il lui signifie bientôt qu'elle ne doit pas aller déjeuner avec la comptable ou quelqu'un d'autre dans l'immeuble : « toutes ces femmes qui vont déjeuner ensemble pour dire du mal des autres ».

La patiente se montre capable dans un premier temps d'élaborer des stratégies très souples pour désamorcer la constante mauvaise humeur et l'insatisfaction chronique de son patron. Toujours disponible, pacificatrice, soumise, elle s'emboîte dans ses demandes et supporte le climat agressif. A cause de cette souplesse défensive qui enlève au sadique la jouissance de la souffrance de l'autre, la pression morale s'intensifie. Classiquement, plus l'objet se refuse, plus la pulsion d'emprise s'exacerbe. Son directeur vérifie bientôt par des coups de téléphone anonymes l'heure de son retour du déjeuner. Il écoute derrière la porte quand elle téléphone, vérifie la distance du timbre au bord de l'enveloppe, lui refuse ses vacances prétextant qu'elle n'a pas rédigé de demande écrite à temps. En quelques mois, la patiente a déjà considérablement maigri mais n'est plus que dans du « tenir » et ne se rend pas compte de l'aspect pathogène de la situation. Car on est passé, graduellement, de l'exercice de particularités caractérielles désagréables à la volonté systématisée de nuire. Il fouille dans ses poubelles et lui fait remarquer : « je ne trouve pas de déchets alimentaires dans vos poubelles, vous faites un régime ? ».

L'abus de pouvoir s'aggrave encore. Il lui fait rédiger des appels d'offres en fin de journée, compromettant gravement l'organisation de sa vie de famille car elle part de plus en plus tard. Lors d'une importante chute de neige, il ne lui donne l'autorisation de partir qu'à 21 heures quand toutes les routes sont bloquées. Les fax urgents à envoyer sont systématiquement donnés à six heures moins cinq. La fatigue, l'usure mentale et physique de Madame K. s'aggravent et entraînent bientôt des erreurs dans son travail. Erreurs immédiatement récupérées avec ravissement pour critiquer systématiquement son travail, lui dire qu'elle est nulle, qu'elle n'est bonne qu'à faire des photocopies. Le directeur exige qu'elle ouvre la fenêtre droite de son bureau tous les jours pendant ses congés. A son retour, il souligne : « ma fenêtre n'a pas été ouverte souvent, j'avais mes espions ! ».

Madame K. réagit aux tentatives de déstabilisation, à la suspicion permanente, par une hypervigilance, un surinvestissement de la qualité de son travail. Cet activisme est défensif. Il satisfait à la fois les exigences du directeur et la neutralisation de la souffrance chez la patiente. Elle ne prend plus le temps de déjeuner, rentre de plus en plus tard le soir, tous les week-ends elle est couchée avec des maux de ventre.

Elle ne se sent plus à la hauteur avec ses enfants. La peur, affect majeur chez les harcelés, ne la quitte plus. Le jour, elle revoit en boucle les scènes de critiques et de vexation. Elle sursaute au moindre bruit. La nuit, elle fait des cauchemars intrusifs qui la réveillent en sueur. Bientôt, elle n'arrive plus à dormir. La restriction des affects, des intérêts, de la vie sociale est majeure. Nous sommes là au cœur de la spécificité du tableau clinique traumatique des sujets harcelés. La décompensation somatique de la patiente s'amorce : rhumes, sinusites à répétition, nausées, aphtes, orgelets. L'altération du fonctionnement cognitif devient préoccupante. Madame K devient plus lente, perd ses réflexes, oublie ses numéros de carte bleue, de sécurité sociale. Une pneumonie signe la désorganisation psychosomatique et l'oblige à s'arrêter. Son directeur l'appelle chez elle pour vérifier qu'elle est bien malade. La reprise de travail se fait dans un climat infernal d'intensification de vérifications, de coups de colère et de menaces. Madame K est alors définitivement arrêtée par son médecin traitant et est adressée par son médecin du travail à la consultation « Souffrance et travail ». Sur la base d'un certificat analysant les mécanismes de harcèlement et leur effet sur la santé de la patiente, elle sera déclarée inapte à son poste pour danger immédiat. Le dégagement de la situation d'emprise va résorber le tableau traumatique en quelques semaines et permettre à la patiente de retrouver du travail rapidement. Pour protéger « celles qui vont suivre », la patiente porte plainte aux prud'hommes.

Derrière ce tableau de névrose traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décompenser : bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa. Toutes les lignées structurelles sont représentées témoignant du fait que le harcèlement ne vise pas une personnalité particulière mais se révèle d'une redoutable nocivité sur toutes.

2^e cas : décompensation structurelle

Joséphine est aide soignante dans un service de réanimation depuis 25 ans. Le travail y est devenu difficile, au fil des restrictions d'effectifs, des alourdissements de procédures. « Tout le monde souffrait », dit-elle mais « on se serrait les coudes, celle qui était momentanément libre donnait un coup de main à l'autre, il y avait une véritable coopération ». L'épuisement professionnel entraîne cependant des arrêts maladies fréquents qui désorganisent encore davantage l'équipe restante et réduite. Les difficultés organisationnelles entraînent une discussion avec la surveillante et l'infirmière générale et décision est prise de créer un poste spécifique de nettoyage du matériel, comprenant une infirmière et une aide-soignante. Ce poste est organisé avec des horaires fixes : 9 heures-17 heures, très différents des horaires habituels de réanimation, 12 heures d'affilée et les jours de récupération. Personne dans l'équipe ne se précipite sur ce poste et au terme de plusieurs réunions, c'est Joséphine, la plus âgée, qui se décide.

Dès sa prise de fonction, les petites réflexions sur son horaire d'arrivée et de départ commencent. Quelques jours plus tard, sur la messagerie interne, elle trouve un message : « ici, il y en a qui ont la vie en rose ! ! ». Joséphine, imperturbable, organise le nouveau poste, tâche d'autant plus difficile qu'aucune infirmière n'est finalement nommée et qu'au

terme d'une formation « sur le tas », c'est à elle que reviennent le démontage, nettoyage et remontage des respirateurs, du matériel de drainage, tâches habituellement confiées statutairement à une infirmière en raison de la responsabilité qui en découle. La charge de travail et les responsabilités de prise en charge de la sécurité d'un matériel vital sont génératrices d'une charge mentale et éthique lourde.

Bientôt, ses collègues aide-soignantes lui lancent quand elles la croisent « mais tu es cachée dans la salle de soins tout le temps, on ne sait pas ce que tu y fais ! ». Sentant que les particularités de son poste, pourtant discutées en équipe, déclenchent la rivalité, Joséphine, très attachée à ses collègues, décide en plus de son travail, de les aider comme avant.

L'ambiance s'aplanit ponctuellement mais du coup, elle est en décalage par rapport au poste de travail défini. Les réflexions, les brimades, les vexations du collectif de travail s'intensifient. Désormais elle se tait, se replie sur elle-même.

Elle se concentre sur son travail qu'elle assume sans l'infirmière prévue, donc dans une pseudo légalité déstabilisante quant à ses règles de métier et nécessitant de sa part un surcroît de vigilance et de conscience professionnelle. Il lui arrive alors de retrouver des câbles de branchement au scope trempés, dont elle mesure la dangerosité pour les patients et le personnel. La surveillante du bloc opératoire vient la réprimander vertement puisque Joséphine est en charge de tout ce matériel. Plus tard, lorsqu'elle contrôle le montage des circuits de respirateur, elle en découvre certains montés à l'envers. Elle s'explique avec l'infirmière concernée : « oui, c'est vrai, je n'ai pas fait attention, j'étais pressée ». L'hyperactivité de toutes, le travail sous contrainte de temps, l'épuisement professionnel provoquent, c'est évident, des baisses de compétences cognitives et professionnelles d'une extrême gravité dans de tels services.

Joséphine, dont l'isolement s'est aggravé, bascule alors dans une interprétation persécutive. Si les respirateurs sont montés à l'envers, si tous les ballons d'oxygène sont inversés, c'est qu'il y a intention malveillante. D'ailleurs au retour des vacances d'été, elle est convoquée par la surveillante à propos des ballons, mais n'étant pas là depuis un mois, elle ne

peut être tenue pour responsable de l'inversion des montages. Paniquée par l'enjeu sécuritaire qui repose sur elle, elle demande à être déchargée de cette tâche. Par transmission orale et écrite, l'équipe est informée par la surveillante que le montage des ballons ne dépend plus de Joséphine. Le collectif de travail enfoncé dans ses difficultés organisationnelles, toujours non comprises par la hiérarchie, réagit mal au désistement de Joséphine.

La situation s'aggrave encore, plus personne ne lui parle. La surveillante finit par interpréter en termes de conflits inter-subjectifs le grave dysfonctionnement organisationnel qui secoue son équipe et prend Joséphine à part pour lui dire qu'elle n'est pas suffisamment intégrée. La désorganisation du travail continue et est systématiquement attribuée à Joséphine. C'est à elle que reviennent les commandes de matériel que le personnel va ensuite chercher au sous-sol. Lorsqu'il manque du matériel en réanimation, la surveillante vient la critiquer sur les failles dans les commandes et Joséphine doit se justifier en montrant les bons de commande et le matériel sur les étagères que personne n'est venu chercher.

Persécutée, elle emporte désormais le double des bons de commande chez elle et tient à jour le turn-over du matériel sur son ordinateur personnel. Le collectif de travail semble n'arriver à supporter les difficultés des conditions de travail qu'au prix de l'élection d'un bouc émissaire. Ainsi un collectif et un individu isolé peuvent-ils entrer en interaction persécutive, dans une véritable paranoïa situationnelle qui semble une meilleure solution que l'effondrement de l'équipe ou celui du sujet. Bientôt la surveillante vient dire à Joséphine de rester dans sa salle de soins et de ne plus monter prendre le café car « on ne veut plus d'elle ». La décompensation de Joséphine est majeure lorsqu'elle vient consulter et nécessitera un suivi psychiatrique. La mise en évidence du processus d'exclusion dont elle a été victime et son origine organisationnelle ont permis sa mutation à un autre poste qui a résorbé entièrement son sentiment de persécution.

ment : sont concernés les délégués du personnel et syndicaux, les salariés en surnombre dans les entreprises en situation de fusion ou de rachat, les salariés anciens trop coûteux et détenteurs de la mémoire de l'ancienne organisation du travail, de compétences sur l'exécution du travail. Les moyens utilisés pour obtenir l'effondrement des sujets peuvent être « improvisés » dans les petites structures, à partir de la connaissance implicite des ressorts de la cruauté, mais sont généralement « systématisés » dans les grandes entreprises, avec l'embauche de « fossoyeurs » ou « cost-killers », détenteurs de savoir en sciences humaines (certains titulaires d'une maîtrise de criminologie) et qui exercent leur connaissance du psychisme humain à visée de destruction.

Le harcèlement institutionnel participe d'une stratégie de gestion de l'ensemble du personnel. La précarité a neutralisé la mobilisation collective, généré le silence et le chacun pour soi. La peur de perdre son emploi a induit des conduites de domination ou de

soumission. Les nouvelles formes d'organisation du travail utilisent donc le levier de la peur et fixent systématiquement des objectifs de poste irréalistes, générant une situation chronique d'épuisement professionnel et d'insatisfaction devant la tâche accomplie. Cette surcharge de travail sert à « engluier » les sujets à leur poste, jamais à jour de leur tâche de travail, vulnérables aux critiques et en position de faute prescrite.

Le harcèlement transversal peut devenir, pour une équipe, le moyen de ne pas poser la question de l'organisation du travail, mais d'expulser sur un bouc émissaire la souffrance collective. L'analyse des phénomènes d'exclusion d'un individu isolé au travail, permet le repérage, du côté du collectif, d'une carence organisationnelle non analysée et, du côté du bouc émissaire désigné, de particularités de posture vis-à-vis du travail. Le « harcelé » est celui qui ne participe pas au déni collectif, notamment des conditions de sécurité et de la qualité du travail effectué. Son rapport au travail est souvent plus authentique.

La part du droit

Le recours à la règle de droit est une des réponses majeures au harcèlement moral au travail une fois que la réponse clinique est instituée. Les relations de travail et l'exécution du contrat de travail comportent des obligations et des droits réciproques tant pour le salarié que pour l'employeur [6].

DEUX GRANDS PRINCIPES

Le principe de loyauté et de l'exécution de bonne foi

L'article 1134 du Code civil précise : « *Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites, elles doivent être exécutées de bonne foi* ». Ce principe s'applique à tout contrat et donc au contrat de travail. Il entraîne l'obligation d'agir envers un salarié avec loyauté et peut être couplé à l'article L. 120-2 du Code du travail précisant : « *Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché* ». Il est sous-tendu par la notion de lien de subordination et de dépendance entre un employeur et un salarié. Il ne s'applique pas sur un harcèlement transversal entre salariés mais sur un harcèlement vertical employeur-salarié.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a adopté un article L. 120-4 nouveau, libellé ainsi : « *Le contrat de travail est exécuté de bonne foi* ». L'ensemble des droits et prérogatives de l'employeur dans l'organisation et la direction de son entreprise se trouve coiffé par deux principes généraux du droit : ne pas abuser de son droit, ne pas détourner de sa finalité le pouvoir que l'on détient.

Les techniques de harcèlement (*encadré II*), peuvent être mises en correspondance avec les grands principes juridiques :

- détournement du lien de subordination : incivilité à caractère vexatoire, refus de dialogue, remarques insidieuses ou injurieuses qui blessent, dénigrement et volonté de ridiculiser, moquerie ;
- détournement des règles disciplinaires : sanctions injustifiées basées sur des faits inexistantes ou véniels ;
- détournement du pouvoir de direction : ne pas donner de travail, donner des objectifs irréalisables, donner du travail inutile, isoler ;
- détournement du pouvoir d'organisation : modifier

Les techniques de harcèlement

La clinique des sujets harcelés a permis de répertorier les différents mécanismes utilisés par les harceleurs. L'entretien avec un patient doit permettre leur identification. Leur utilisation isolée fait partie des rapports de force dans la vie sociale mais ne constitue pas un système répétitif et pluriquotidien utilisé pour obtenir la reddition émotionnelle du sujet comme c'est le cas dans les situations de harcèlement :

Les techniques relationnelles associent la relation de pouvoir : il s'agit de tutoyer sans réciprocité, couper la parole, utiliser un niveau verbal élevé et menaçant, faire disparaître les savoir-faire sociaux (ni bonjour, ni au revoir, ni merci), critiquer systématiquement le travail ou le physique du salarié, utiliser des injures publiques, sexistes, racistes, cesser toute communication verbale (Post-it, note de service), siffler le salarié, le regarder avec mépris, le bousculer, le frapper.

Les techniques d'isolement visent la séparation du sujet de son collectif de travail par des changements d'horaires, l'omission d'information sur les réunions, l'injonction faite aux autres salariés de ne plus communiquer avec la personne désignée.

Les techniques persécutives passent par la surveillance des faits et gestes : contrôle des communications téléphoniques par amplificateur ou écoute, vérification des tiroirs, casiers, poubelles, sacs à mains du salarié, contrôle de la durée des pauses, des absences, contrôle des conversations et relations avec les collègues, obligation de laisser la porte du bureau ouverte (« pour que je vous vois ») ; enregistrement, notations sur un cahier.

Les techniques d'attaque du geste de travail visent la perte du sens du travail.

1 - les injonctions paradoxales : faire refaire une tâche déjà faite, faire travailler une secrétaire par terre, corriger des fautes inexistantes, définir une procédure d'exécution de la tâche et une fois qu'elle est exécutée, contester la procédure, déchirer un rapport qui vient d'être tapé car devenu inutile, exiger de coller les timbres à 4 mm du bord de l'enveloppe en s'aidant d'une règle, donner des consignes confuses et contradictoires qui rendent le travail infaisable et qui poussent à la faute, faire venir le salarié et ne pas lui donner de travail.

2 - la mise en scène de la disparition : supprimer des tâches définies dans le contrat de travail ou le poste de travail et notamment des tâches de responsabilités pour les confier à un autre sans avertir le salarié, priver de bureau, de téléphone, d'ordinateur, vider les armoires.

3 - la reddition émotionnelle par hyperactivité : fixer des objectifs irréalistes et irréalisables entretenant une situation d'échec, un épuisement professionnel et des critiques systématiques, déposer les dossiers urgents 5 minutes avant le départ du salarié.

Les techniques punitives mettent le salarié en situation de justification constante : notes de service systématique (jusqu'à plusieurs par jour), utilisation de lettre recommandée avec accusé de réception, avertissements montés de toutes pièces, heures supplémentaires non payées, indemnités d'arrêt maladie non payées, vacances non accordées au dernier moment. Ces mécanismes sont de véritables techniques altérant le rapport du sujet au réel du travail dont le but ultime est la désaffiliation du collectif de travail.

arbitrairement les conditions de travail ou les conditions essentielles du contrat.

Le respect de la dignité de la personne

Le respect de la dignité de la personne est cité dans la définition retenue par le Conseil économique et social. Ce principe est posé en préambule de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit ». Le nouveau Code pénal inclut ce principe et vise toutes les atteintes à la dignité des personnes en abusant de leur vulnérabilité ou de leur situation de dépendance. L'article 225-14 du Code Pénal et les articles L. 120-2 et L. 422-1-1 du Code du travail reprennent ces principes de respect de la dignité du salarié. Ils peuvent être utilement complétés par l'article 1382 du Code civil qui mentionne de ne pas porter préjudice à autrui.

DES OUTILS JURIDIQUES

Le code du travail

L'article L. 230-2 définit l'obligation générale de sécurité de l'employeur : « *Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et formation ainsi que la place d'une organisation et des moyens adaptés (...)* » (Il est complété par la notion de santé physique et mentale dans l'article L. 230-2 modifié par la loi de modernisation sociale). Il doit mettre en œuvre ces mesures afin d'éviter les risques, d'évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités, de combattre les risques à la source, d'adapter le travail à l'homme, etc.

Cet article n'est malheureusement pas assorti de possibilités pour les inspecteurs du travail de dresser procès verbal, mais il est renforcé par l'obligation de l'employeur de fournir un document dit « document unique », qui est assorti de possibilités de sanctions par les inspecteurs du travail. Au Canada, depuis 1984, ce principe peut être assorti d'obligation légale et de pénalité financière si l'employeur n'a pas pris toutes les mesures pour éviter les cas de harcèlement.

Le salarié peut lui-même utiliser son droit de retrait au titre de l'article L. 231-8 du Code du travail : « *Le salarié signale à son employeur ou son représentant toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé* ». Dans ce cas, le salarié bénéficie d'une

protection particulière dans la mesure où aucune sanction ou retenue sur salaire ne peut être faite. Elle peut être utilement renforcée par l'application du droit d'alerte donné aux membres du Comité hygiène et sécurité des conditions de travail (CHSCT) par l'article L. 231-9 du Code du travail. Ce droit d'alerte peut être également renforcé par l'article L. 422-11 du Code du travail qui donne mission aux délégués du personnel d'exercer toute action pour la protection de la santé des salariés et tout pouvoir de signalement, notamment à l'inspecteur du travail. De plus, l'article L. 231-9 du Code du travail donne la possibilité au CHSCT de nommer un expert.

Mise à part l'obligation générale de sécurité déjà relevée qui impose à l'employeur une obligation d'évaluation des risques professionnels et la mise en place des moyens d'évitement des risques professionnels, un certain nombre d'articles encadre la protection de la santé des salariés, notamment les articles en L. 241, légalisant la « médecine du travail » et mentionnant en L. 241-2 que le rôle du médecin du travail est « *d'éviter toute altération de la santé du fait du travail* ». La Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (JO du 18 janvier 2002) a complété l'article L. 241-10-1 en ajoutant après le mot santé, les termes physique et mentale.

Le Code de la Sécurité sociale

L'article L.411-1 du Code de la Sécurité sociale définit l'accident du travail comme « *accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ». Deux éléments caractérisent donc l'accident du travail : le fait accidentel et la relation avec le travail. Le fait accidentel nécessite qu'un événement soit facilement localisable dans le temps... Dans le harcèlement, l'action soudaine, accidentelle, est parfois difficilement identifiable. Il conviendra d'apporter la preuve qu'il y a un temps voisin et un lien entre la pathologie observée et les faits accidentels décrits. Des arrêts de jurisprudence récents ont permis des déclarations en accident du travail, apportant un bénéfice en terme de prestations en nature et espèces mais également en terme de lien symbolique entre « l'accident » et le travail.

La maladie professionnelle pourra alors être retenue en raison du processus lent et progressif. L'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale stipule qu'une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle est désignée dans un tableau de maladie professionnelle et contractée dans les conditions mentionnées au tableau. Actuellement, les tableaux de maladie professionnelle ne retiennent pas de maladie résultant du harcèlement professionnel. Le Conseil économique et social, dans son rapport du 11 avril 2001, a men-

tionné la possibilité d'ouverture d'une reconnaissance en maladie professionnelle dans le cadre du système complémentaire par le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), même si la victime ne présente pas un taux d'incapacité permanente à 66,66 %. Ce taux d'incapacité permanente minimum était exigé jusqu'à une modification récente [7] pour l'étude par le CRRMP d'une demande de reconnaissance en maladie professionnelle ne figurant pas dans le tableau. Ce taux était difficile à atteindre pour la symptomatologie psychique. Un cas a néanmoins été reconnu en Franche-Comté par le CRRMP sur proposition du médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie. Ce taux de 66,66 % a été abaissé à 25 % par le décret du 18 avril 2002.

Une réflexion devra s'ouvrir sur les possibilités de reconnaissance par cette voie, sur les modalités d'expertise pour établir le lien direct et réel entre les faits évoqués et la pathologie observée. Les consultations de pathologies professionnelles pourraient avoir un rôle primordial si un tel processus est reconnu au niveau législatif. Un levier vers la prévention pourra en être la conséquence par le biais d'un réel travail partenarial avec les organismes de prévention.

Le Code de déontologie

Les notions de signalement, secret partagé, obligation d'information etc., devront être explicitées en fonction des règles déontologiques de métier et sont actuellement en débat dans les équipes pluridisciplinaires.

LES PARTENAIRES DE PRISE EN CHARGE ET DE PRÉVENTION

Il s'agit de recenser la multiplicité des outils de terrain, actuellement à disposition, pour prévenir, sanctionner, réinsérer. Chaque situation de harcèlement appelle une combinaison originale de ces éléments. Les acteurs de prévention ne peuvent intervenir que si le salarié a conscience de la violation de ses droits fondamentaux et réagit pour recouvrer sa dignité et sa santé.

Le salarié doit d'abord sortir de l'isolement et rechercher des appuis dans et hors de l'entreprise. Ces appuis sont d'ordre médical et juridique (délégués, médecins, juristes, avocats, associations, etc.). Il doit constituer la chronologie des faits par le biais d'un journal des événements, et la conservation des données objectives (écrits, notes de service, e-mail, etc.). Il doit tenter de recueillir les témoignages des salariés pré-

sents dans l'entreprise, des anciens salariés, des proches, des clients et des fournisseurs.

Les institutions représentatives du personnel ont dans le Code du travail, des moyens d'action : les délégués du personnel peuvent utiliser l'article L. 422-1-1, qui donne avec le droit d'alerte, la possibilité de dénonciation d'atteinte à la liberté individuelle (L. 231-9). Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés. L'article L. 236-2 du Code du travail lui donne un pouvoir d'investigation. L'article L. 236-2-1 permet d'inscrire le harcèlement à l'ordre du jour du CHSCT, d'abord en réunion ordinaire et en réunion extraordinaire, à la demande motivée de deux de ses membres. L'article L. 236-9 permet le recours à un expert agréé.

On peut citer aussi le droit d'alerte en cas de danger grave et imminent (L. 231-9) qui peut être couplé au droit de retrait de la victime (L. 231-8) avant la saisie de l'inspecteur du travail, s'il existe une divergence entre l'employeur et les membres du CHSCT.

Les acteurs médicaux sont les premiers à constater l'altération de la santé physique et mentale du salarié. Il est donc primordial de développer une coopération pluridisciplinaire qui ne soit pas seulement une suite de consultations spécialisées mais la mise en commun des savoir-faire de chacun. Alerté sur un cas, le réseau doit initier les réponses spécifiques de chacun de ses membres :

Le médecin du travail : par son rôle de clinicien préventeur au sein de l'entreprise, il doit dépister les formes d'organisation du travail génératrices d'isolement et diagnostiquer en amont les symptômes d'alerte. L'utilisation de l'inaptitude temporaire, associé à l'envoi au médecin généraliste pour un arrêt maladie est la première mesure à engager, faire cesser le harcèlement étant une urgence. S'il constate une dégradation régulière de la santé mentale et physique du sujet, il peut en vertu de l'article L. 241-10-1 du Code du travail demander une mutation ou un aménagement du poste.

Mais si la situation clinique du salarié est alarmante, et la situation de travail sans issue, après une étude de poste, l'article R. 241-51-1 permet au médecin du travail de prononcer l'inaptitude au poste de travail pour danger grave et immédiat, en un temps. Cette proposition d'inaptitude doit se faire avec l'accord du salarié et nécessite un travail d'explication et d'élaboration. Dans la rédaction de l'avis d'inaptitude, le médecin du travail, soumis au secret professionnel, n'a pas à justifier les motifs cliniques ou organisationnels qui ont sous-tendu sa décision.

Le recensement des cas de maltraitance au travail

peut se faire par la déclaration en maladie à caractère professionnel. Par ailleurs, dans les grandes entreprises, le médecin du travail peut, sur la base d'indicateurs objectifs de souffrance (augmentation de visites spontanées, du temps nécessaire d'écoute, des examens, des orientations médicales), alerter les membres du CHSCT.

Le médecin du travail dans son rapport technique annuel, peut rendre compte de l'accroissement des indicateurs de souffrance organisationnelle : augmentation de la fréquence et de la gravité des urgences sur les lieux de travail pour conflit aigu, violence, passage à l'acte, tentative de suicide, décompensation psychiatrique aiguë. Augmentation des pathologies somatiques (troubles musculosquelettiques, affections cardio-vasculaires, troubles digestifs...) et psychiques (augmentation de la consommation de psychotropes, d'alcool ou autres substances psychoactives).

Le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié de son patient. Il doit donc avoir une place centrale dans le réseau de coopération des différents professionnels.

Le médecin inspecteur du travail est en position de tiers, d'appui et de conseil tant auprès du patient que du médecin du travail. Il est notamment sollicité pour avis en cas de difficultés ou de désaccord du chef d'entreprise sur les mesures de mutation ou de transformation de poste proposées par le médecin du travail.

Les centres de consultations de pathologie professionnelle ou autres consultations spécialisées peuvent participer à la coordination des acteurs du réseau. Quelques centres possèdent des consultations « harcèlement » qui sont pour certaines d'entre elles assurées par des médecins inspecteurs du travail.

Le psychiatre ou psychothérapeute doit être sollicité précocement pour éviter une aggravation de la décompensation et traiter par les techniques psychothérapeutiques adaptées l'état traumatique.

Le médecin conseil de la Sécurité sociale est alerté par la circulaire de la Caisse nationale de l'assurance maladie de décembre 1999, qui indique de tenir compte de cette pathologie émergente. Les pathologies dues au harcèlement peuvent être reconnues en accident du travail (1 cas reconnu) et en maladie professionnelle uniquement par le biais du CRRMP, si l'incapacité permanente est supérieure à 25 %, depuis le décret du 18 avril 2002.

La sollicitation de tous ces acteurs de soin permet d'élaborer une prise en charge pluridisciplinaire, des

décisions collégiales et insère le patient dans un collectif thérapeutique qui le dégage de sa situation d'isolement.

Les acteurs et actions institutionnels

Les acteurs

Les services Prévention des CRAM et les Agences régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT), réseaux régionaux de l'ANACT, peuvent aider à l'analyse des formes d'organisation du travail engendrant des situations de harcèlement.

Les inspecteurs du travail, par leur rôle d'écoute et de conseil du salarié, peuvent devenir un maillon primordial. Les possibilités d'investigation et d'enquête seront conditionnées par la demande d'intervention. L'inspecteur du travail peut s'appuyer sur des faits facilement accessibles et contrôlables :

- vérification des taux de rotation du personnel,
 - étude des arrêts de travail,
 - contrôle de la durée du travail,
 - constat de situations dangereuses (isolement du salarié, état des locaux etc.),
 - rapport annuel technique du médecin du travail,
 - éléments contenus dans les rapports, documents fournis par l'entreprise (lettre des inspecteurs régionaux, compte rendu du comité d'entreprise, du CHSCT, etc.).
- Le signalement au Parquet peut être fait sur la base de l'article 40 du Code de procédure pénale. Il peut également être établi sur le fondement de l'article L. 122-45 lorsque le harcèlement a pour origine une des discriminations prohibées par ce texte. Un procès-verbal pour discrimination ou entrave peut être envisagé si le salarié est protégé (délégués du personnel, délégués syndicaux).

La mise en demeure par le Directeur départemental du travail après rapport de l'inspecteur du travail sur la base de l'article L. 230-2 pour atteinte aux principes généraux de prévention et protection de la santé pourrait être utilisée (article L. 230-5 du Code du travail). Il faut également noter la possibilité du référé en hygiène sécurité fait par l'inspecteur du travail (article L. 263-1 du Code du travail) en cas de risque sérieux à l'intégrité physique d'un travailleur.

L'institution judiciaire peut intervenir à différents moments, sur différents aspects, avec différents représentants : le juge prud'homal, juge du contrat de travail, le juge civil qui juge les litiges nés des difficultés d'exercice des institutions représentatives notamment les délits d'entrave (CHSCT, délégué du personnel, désignation d'un expert), le juge des affaires de la Sécurité sociale, le juge administratif pour les agents publics et enfin le juge pénal.

Les associations de victime peuvent avoir un rôle d'appui et de conseil.

Les actions préventives dans l'entreprise

En amont du harcèlement moral, l'organisation de séances d'information sur le sujet, le repérage des formes d'organisation du travail pathogènes, sont des moyens de lutte contre la propagation de ces procédés. Des enquêtes régionales et nationales devraient être menées afin de repérer plus efficacement les formes d'organisation du travail en cause. Le Conseil économique et social a proposé que les mesures préventives en matière d'hygiène et de sécurité (notamment par rapport à la prévention du harcèlement), soient notées dans le règlement intérieur (L. 122-34 nouveau - « *Le règlement intérieur rappelle également les dispositions relatives à l'interdiction de toute pratique de harcèlement moral* »). Les institutions de représentants du personnel et les syndicats doivent prendre une place prépondérante dans la réflexion sur la prévention du harcèlement moral.

Lorsqu'un cas est dévoilé dans une entreprise, l'urgence sera de faire cesser le harcèlement. Le médecin du travail sollicité par le salarié, pourra utiliser l'inaptitude temporaire et l'orientation vers un spécialiste. Il pourra de façon non nominative, alerter l'employeur et jouer son rôle de conseiller.

Si la preuve et la certitude des faits sont apportées par le salarié lui-même, il peut écrire à son employeur, en retraçant la chronologie des événements et en demandant la cessation du processus. Les institutions de représentants du personnel, dans le cadre de leur mission de délégués du personnel ou au CHSCT, peuvent prendre la relève.

Dans un deuxième temps, le procédé et ses répercussions pourront être portées à l'extérieur de l'entreprise par le salarié, avec l'aide d'associations, juristes, avocats. A la phase d'urgence médicale, va succéder la phase juridique. Mais le salarié doit être prêt à affronter cette phase publique car elle est déstabilisante psychologiquement et comporte des enjeux de pouvoir. Le salarié doit être soutenu afin que le harcèlement, déjà source d'exclusion et de souffrance, ne devienne pas, une fois mis à jour, une nouvelle cause de rejet.

Conclusion

Le harcèlement est défini comme une pathologie de la solitude, issue de techniques de management favorisant la désolidarisation des collectifs de travail [8, 9]. La tentative de résolution de ces pathologies se situe donc en amont de la situation personnelle du salarié, par l'analyse de certaines formes d'organisation du travail et par la reconnaissance précoce des signes cliniques d'alerte. Il faut aussi repenser les rôles, missions et légitimités de chaque acteur afin que des pratiques de coopération se mettent en place pour cette pathologie émergente à l'interface du psychologique, de l'organisationnel et des rapports sociaux.

Bibliographie

- [1] PEZE M. - Le deuxième corps. Paris, éditions La Dispute, 2002, 151 p.
- [2] LEYMANN H. - Mobbing. La persécution au travail. Paris, éditions du Seuil, 1996, 237 p.
- [3] HIRIGOYEN M. F. - Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris, éditions La Découverte et Syros, 1998, 213 p.
- [4] DEBOUT M. - Le harcèlement moral au travail. Avis et rapports du Conseil économique et social, Paris, Journaux Officiels, 2001, 120 p.
- [5] Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Journal Officiel du 18 janvier 2002, pp. 1008-1052.

- [6] BOUAZIZ P. - Essai d'approche juridique du harcèlement moral dans les relations de travail. Le Droit Ouvrier, 2000.
- [7] Décret n° 2002-543 du 18 avril 2002 relatif à certaines procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. Journal Officiel du 21 avril 2002, p. 7129.
- [8] DEJOURS C. - Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Bayard éditions, (3^e édition augmentée), 2000, 281 p.
- [9] DEJOURS C. - Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale, Paris, éditions du Seuil, 2000, 225 p.

