

LE HARCÈLEMENT MORAL

CONSÉQUENCES

SUR LA SANTÉ ET LA PERSONNALITÉ DES VICTIMES

MARIA GRAZIA CASSITTO*

RÉSUMÉ

Nous savons désormais avec certitude qu'une situation de violence morale prolongée, et sans possibilité apparente d'y échapper, peut avoir de graves répercussions sur la santé. Cela est bien sûr vrai dans le cas du harcèlement moral en milieu de travail. Chaque individu répond avec "tout son être" aux situations qu'il vit. Des troubles émotionnels, psychosomatiques et du comportement peuvent se développer. Le délai d'apparition de ces troubles et leur gravité seront fonction de l'intensité de la violence subie et de la durée de la résistance du sujet. Mais, indépendamment de cette capacité de lutter, si la situation ne se résout pas dans un délai relativement court, ou si l'individu n'est pas aidé à mieux résister ou à trouver une solution, les troubles peuvent s'organiser en syndrome de stress, phobie, obsession, dépression, cardiopathie, hypertension artérielle, maladie dermatologique, ulcère gastrique... De 1998 à 2002, environ 3 000 personnes ont sollicité un bilan concernant les conséquences des violences qu'elles avaient subies sur leur lieu de travail, auprès du CDL/ICP (Centre pour l'étude, le diagnostic et la prévention du stress et de la violence au travail, Département de médecine du travail, Clinica del Lavoro de l'Université de Milan). Cet effectif important nous a permis d'analyser les modifications de la personnalité de ces victimes et de les classer dans une catégorie homogène.

MOTS-CLÉS

milieu de travail, harcèlement moral, réaction psychophysique, trouble psychosomatique, modification de la personnalité, syndrome de stress post-traumatique, SSPT.

SUMMARY: MORAL HARASSMENT AT WORK: CONSEQUENCES ON VICTIMS' HEALTH AND PERSONALITY

It is a common and widely demonstrated belief that prolonged and unescapable psychological violence can determine health impairments on victims. This evidence is equally true in moral harassment at work. Victims react globally at prolonged mobbing assaults by developing emotional, psychophysiological and behavioral alterations, widely varying in severity and specificity according to the individual subjectivities. Equally, the appearance lag time of disturbances and their relevance are function of the psychological violence intensity and duration. When the situation of moral violence exceeds the subject's coping capacity the psychophysical alterations can structure into syndromes, such as phobic, obsessive, depressive syndromes or cardiopathies, hypertension syndrome, dermatologic diseases, gastric ulcers... This paper aims at relating the experiences of the Milan Centre for the study and prevention of stress and violence at work. About 3,000 subjects have been examined between 1998 and 2002 to analyse and define the consequences of psychological violence at work. Besides the expected psychophysical alterations, the clinical interviews have showed a high frequency of specific personality modifications unifying this population into a homogeneous group.

KEY WORDS

workplace, psychological violence, emotional alteration, psychosomatic disorder, personality modification, post-traumatic stress disorder, PTSD.

Il est bien connu, et désormais suffisamment démontré, que les niveaux élevés de stress sur le lieu de travail, surtout s'ils persistent, retentissent sur le bien-être des personnes et sont potentiellement

**Professeur de psychologie du travail,
Centre pour l'étude, le diagnostic et la prévention du stress
et de la violence au travail (CDL/ICP),
Département de médecine du travail, Clinica del Lavoro
"Luigi Devoto", Via San Barnaba, 8, I-20122 Milan
m.cassitto@icp.mi.it*

pathogènes ⁽¹⁾. On conçoit donc aisément que le harcèlement moral, qui correspond à un niveau élevé de stress vécu au quotidien, puisse provoquer d'importants dommages sur la santé des personnes qui en

sont les victimes. Tous les auteurs s'accordent non seulement sur les potentialités pathogènes du harcèlement moral, mais aussi sur le fait qu'il se généralise ^(2, 3).

Les premières études révélant ce phénomène ont été faites par le Pr Leymann. Cet auteur n'a pas découvert une nouvelle cause de maladie, mais on doit le considérer comme à l'origine de l'approfondissement des connaissances concernant les caractéristiques, le développement et les conséquences du harcèlement sur le lieu de travail. Il en a décrit les effets sur les victimes et il a essayé de les systématiser en étapes de développement, en constatant une augmentation tant des troubles psychiques que physiques chez les victimes ⁽⁴⁾. Or, l'expérience nous a démontré que la réalité est à la fois plus différenciée et plus dramatique, et que les conséquences peuvent s'étaler sur plusieurs années ou se manifester de façon dramatique en quelques mois ou même en quelques heures ^(5, 6). Leymann ⁽⁷⁾ a aussi affirmé que, dans 10 % au moins des cas de suicide, on pouvait découvrir comme origine ou comme cofacteur une situation de violence morale ou physique subie sur le lieu de travail, et jusqu'alors ignorée. D'autres auteurs ont aussi souligné la fréquence d'un projet suicidaire chez les victimes de harcèlement ⁽⁸⁾.

Les conséquences de cette violence exercée sur le lieu de travail font l'objet dans le monde occidental d'un nombre toujours croissant de publications. Ces dernières ont fourni des descriptions détaillées des dégâts induits sur la personnalité des victimes ⁽⁹⁻¹¹⁾. Déjà, en 1976, un auteur américain, Brodsky ⁽¹²⁾, relatait avoir identifié trois modèles de réponse de la part des victimes. Un groupe réagissait surtout par des symptômes physiques se manifestant soit par une perte d'élan vital, soit par un état de fatigue permanente, soit encore par des algies diffuses et persistantes. D'autres dénonçaient un état dépressif avec des troubles du sommeil, une altération de l'image de soi et un vécu d'impuissance. D'autres encore développaient des troubles plus structurés, comme par exemple un syndrome d'anxiété chronique, une manie de persécution avec agressivité, une victimisation, une hypersusceptibilité, un refuge dans la maladie. Brodsky a été aussi le premier à suggérer que ces troubles devraient être considérés comme des maladies professionnelles.

De multiples symptômes ont été décrits par d'autres auteurs ^(11, 13-16). Tous soulignent la présence de troubles du sommeil, de l'attention, de la mémoire, d'une anxiété, d'une diminution de la résistance aux émotions ; ils soulignent aussi une augmentation marquée des maladies psychosomatiques. Nombre de victimes avouent être en proie à des idées suicidaires, ressentir de la haine envers elles-mêmes ⁽¹⁷⁾, et Romanov *et al.* ⁽¹⁸⁾ ont observé que, sur une population de 15 530 travailleurs, ceux qui étaient exposés à ces conduites risquaient plus de développer des troubles psychiatriques et d'avoir recours à de fréquentes hospitalisations. Comme de nombreuses études l'ont démontré ^(8, 19, 20), les observateurs

eux-mêmes (employés témoins sur le même lieu de travail) ne sont pas épargnés. Ils accusent un état de stress, une réduction de leur rendement et de leur motivation. Selon une étude finlandaise ⁽²¹⁾, beaucoup de ces observateurs ont manifesté leur intention de quitter l'entreprise en raison de l'atmosphère de tension qui s'y était installée et qui leur était devenue insupportable. Dans une autre étude ⁽²²⁾, il a été souligné que le stress et l'état de tension découlaient aussi de l'impossibilité vécue par les observateurs d'aider la victime, soit par impuissance, soit par crainte des conséquences. Le problème de la violence morale sur le lieu de travail avec ses conséquences sur la santé est également démontré et analysé en détail par l'OMS qui vient de publier le volume 4 de la série *Protecting workers health* dans le but de sensibiliser davantage les responsables, à tous les niveaux, sur l'étendue, la progression et la gravité de ce phénomène ⁽²³⁾.

UNE ANALYSE PORTANT SUR 3 000 PERSONNES

De 1998 à 2002, le Centre pour l'étude, le diagnostic et la prévention du stress et de la violence au travail (CDL/ICP) de la Clinique du travail de l'université de Milan, a reçu en consultation environ 3 000 personnes adressées par leur médecin généraliste pour des troubles physiques et psychiques qui s'étaient déclarés à la suite de situations qu'elles subissaient sur leur lieu de travail et qu'elles percevaient comme des violences morales injustifiées. La plupart d'entre elles étaient en état de choc psychologique évident et affirmaient avoir perdu tout repère, non seulement professionnel, mais aussi personnel, avec des conséquences importantes au niveau de leur équilibre émotionnel et psychosomatique. Le Centre destiné à l'étude du stress a été créé en 1996 à la suite d'une conférence du Pr Leymann dans notre Institut, et en raison de la prolifération de cas de harcèlement moral sur le lieu de travail. Il s'agit d'un centre pluridisciplinaire où des médecins du travail, des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes et des psychotechniciens travaillent de façon coordonnée.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION EXAMINÉE

Le Centre étant à Milan, la plupart des sujets viennent du nord de l'Italie et en particulier de la Lombardie ; cependant, 22 % viennent du sud de l'Italie et des îles (Sardaigne, Sicile, etc.), bien que le niveau d'industrialisation de ces régions soit plus faible. Ceci nous prouve combien le phénomène de la violence morale est général et envahissant. Pour l'ensemble du pays, on a observé une légère prédominance de sujets provenant d'entreprises privées par rapport au secteur public (56 % *vs* 44 %), tous porteurs d'histoires de souffrance quasi quotidienne qui duraient depuis des mois, voire des années. On ne constate pas d'importantes différences en ce qui con-

cerne le ratio homme/femme : il y a une petite majorité de femmes (53 % *vs* 47 %), inférieure aux données européennes. Par contre, l'âge permet de différencier de façon marquée deux groupes de sujets : un groupe de 25-35 ans, et un groupe plus nombreux de 45-55 ans. Cette distribution reflète deux catégories de violence et des objectifs différents de la part des "harceleurs".

DEUX MODES DE HARCÈLEMENT

En effet, la population examinée nous a permis de distinguer un harcèlement de nature relationnelle et un autre que l'on a qualifié de nature stratégique. Le premier type englobe tous les comportements hostiles : les représailles, les manœuvres perverses perpétrées aussi bien par un supérieur agressif, dominant ou même pervers, que par un collègue. Ces harceleurs le sont pour des raisons affectives très variées – antipathie, jalousie, discrimination raciale, religieuse –, soit en raison de troubles de la personnalité ^(23, 24). Le second type, le harcèlement stratégique, répond à un objectif précis de la part de l'entreprise déterminée à se "débarrasser" du sujet ; objectif qui, en Italie, est soumis à une réglementation protectrice de la législation du travail.

Pour ce qui concerne le harcèlement à caractère affectif, relationnel, on retrouve une majorité de victimes du premier groupe d'âge, avec peu d'ancienneté et un niveau professionnel moyen. Dans ce cas, le conflit se déclenche dans un délai assez court, même s'il peut se poursuivre pendant plusieurs années selon la résistance émotionnelle du sujet. Par contre, dans le groupe des plus de 45 ans, on retrouve surtout des dirigeants ou des cadres avec une plus grande ancienneté, des rétributions élevées, et qui, à la suite de réorganisations, de fusions, de changement de propriétaire de leur société, ne sont plus considérés fonctionnels au regard des intérêts de la nouvelle organisation.

Selon leur statut professionnel, les sujets de notre étude sont majoritairement des employés de niveau moyen (53,33 %), suivis des cadres et dirigeants (32, 67 %), des ouvriers (5,33 %) et des enseignants (4,67 %). Le faible pourcentage d'ouvriers relève surtout, selon ce qu'ils disent eux-mêmes, de leur manque d'information et de leur méconnaissance des manifestations des maltraitances dont ils sont l'objet. Ils ont en effet tendance à considérer ces manifestations comme inhérentes à leur travail, et non pas comme des attitudes qui peuvent être sanctionnées, comme la loi française l'a récemment établi.

Enfin, pour un grand nombre de salariés, surtout ceux qui travaillent dans les petites entreprises artisanales et/ou familiales, le comportement abusif des responsables est considéré comme inéluctable. Et lorsque ces abus sont exercés par des collègues, ils sont acceptés comme le résultat d'une lutte pour la suprématie qui est perdue d'avance si le sujet n'est pas suffisamment déterminé et est incapable de se faire respecter.

LES CONSÉQUENCES DU HARCÈLEMENT MORAL CHEZ NOS PATIENTS

Nous avons vu plus haut que les modalités d'expression du harcèlement moral sont polymorphes, et que, s'agissant d'un mécanisme et non pas d'un état, l'évolution de la situation est rarement claire et/ou prévisible. Au début, mais aussi pendant longtemps, nous avons observé que le sujet vit dans une sorte d'atmosphère fluctuante où il perçoit des signaux contradictoires qui peuvent s'annuler les uns les autres. Par exemple, le sujet peut avoir reçu une lettre d'éloges pour les résultats qu'il a obtenus dans son travail et quelques jours après se voir privé de ses responsabilités sans motif explicite ou en raison d'un prétendu manque de performance de sa part. Au contraire, il peut se voir exclu des gratifications de fin d'année et immédiatement après se voir attribuer des responsabilités plus importantes...

Le sujet vit tout d'abord un état de confusion ; état que tous les auteurs qui se sont occupés du problème soulignent ^(3, 5, 9, 14) et que toutes les victimes confirment. Les réactions du sujet sont dues à la non-intelligibilité des événements ; d'une part, sa pensée se polarise et il fait des efforts pour "percer le brouillard" dans lequel il vit, tout en adoptant, d'autre part, une attitude qui le pénalise car il commence à se demander de quoi il est coupable ; et il modifie son comportement dans un enchevêtrement complexe d'actions et de réactions... Il se pose mille questions : doit-il travailler davantage ou plus rapidement, changer de méthode, augmenter le contrôle de ce qu'il a fait ? Et il questionne continuellement ses collègues ou ses supérieurs. Son entourage réagit d'habitude d'abord par le silence ou par la négation : "il se fait des idées".

Vient le sentiment de solitude qui est le deuxième trait commun à toutes les victimes. Face à la pseudo-incrédulité de ses collègues et/ou aux silences de ses supérieurs, le sujet s'isole et ne fait pas état de ses soucis, ni dans son milieu de travail, ni la plupart du temps chez lui, en famille. Il a honte de ce qui lui arrive, il croit que rien de semblable ne peut arriver aux autres. Il n'en parle ni à sa famille, ni à ses amis, car ceux-ci pourraient penser qu'il a commis des fautes graves pour être ainsi maltraité. Celui qui essaye d'en parler en famille n'est pas toujours soutenu et peut même se sentir ultérieurement culpabilisé ; la famille lui recommande de ne pas dramatiser ou, pire encore, l'accuse d'avoir mauvais caractère, et par conséquent de s'attirer les réactions dont il est l'objet.

Parallèlement, la situation se détériore avec de nouvelles manifestations de maltraitance, de malveillance, des plaisanteries de mauvais goût, des attaques relatives aux différents domaines de sa vie privée ou professionnelle. Alors que les questions qu'il pose sur sa situation n'obtiennent jamais

de réponse, il est soumis de façon croissante à des lettres d'avertissement, à des sanctions pour des fautes inexistantes, à des déplacements à l'intérieur de l'entreprise qui l'isolent davantage. Il peut être transféré loin de son lieu de résidence dans des succursales où les responsables ignorent pourquoi il leur a été envoyé ; les nouveaux supérieurs et collègues le regardent avec méfiance, tel un danger pour la stabilité du groupe, ou, pire encore, comme un possible espion des hauts dirigeants de la société.

À la confusion et à la solitude, s'ajoutent le mépris de soi et la conviction de ne plus être à la hauteur de sa tâche et de ses capacités. Au début, ce mépris de soi repose essentiellement sur ses craintes, mais, par la suite, ce mépris trouvera des motifs réels, car le processus de victimisation se poursuit et ses défenses diminuent, tout comme la qualité et le rendement de son travail. Cette perte de l'estime de soi évolue avec le nombre croissant et la durée des absences, car son état de santé se détériore progressivement. Ses angoisses l'empêchent de se rendre à son travail et peuvent même devenir de véritables attaques de panique qui le bloquent et l'empêchent de sortir de chez lui.

L'ORGANISME RÉAGIT AU "MAL-ÊTRE"

A lors que le sujet essaye de trouver des explications rationnelles à sa situation, qu'il continue à passer en revue les événements tels qu'ils se sont produits, qu'il cherche en vain à en déchiffrer les causes, et qu'il s'enferme totalement dans son obsession, son corps lui envoie des signaux de malaise ; son bien-être s'altère. L'organisme réagit comme un tout, les troubles vécus perturbent l'équilibre des trois domaines – émotionnel, physiologique et comportemental –, et ceci avec une gravité qui varie selon les individus et/ou l'existence de problèmes de santé physique ou psychique préexistants. Les troubles dénoncés sont assimilables à ceux du syndrome du stress, mais ils s'intensifient au fur et à mesure que le sujet prend conscience de la gravité de la situation et qu'il ne peut la résoudre. Les troubles émotionnels sont communs à tous les sujets. Ces derniers sont déprimés avec en alternance : anxiété, état d'alerte, hyper-réactivité, pleurs, crises d'angoisse. Un cercle vicieux du langage intérieur s'installe : ils "ruminent" nuit et jour leur situation, ils redoutent le quotidien, leur attention et leur mémoire sont perturbées, ils deviennent irascibles et intolérants, un vécu d'étrangeté les enveloppe.

Les manifestations psychosomatiques sont tout aussi significatives : maux de tête, vertiges, troubles digestifs, insomnies, cauchemars, troubles gastro-intestinaux, prise ou perte de poids, hyper- ou hypotension, tachycardie, asthme, affections dermatologiques, troubles cinesthésiques, algies musculaires, troubles du désir et de la sexualité...

En situation de violence continue et importante, le sujet peut en arriver à des manifestations d'agressivité envers lui-même ou envers les autres. Les troubles du comportement se manifestent fréquemment par un manque d'intérêt envers les problèmes familiaux, les enfants, et par une apathie sociale. Généralement, on observe des troubles de l'alimentation avec anorexie ou boulimie, un tabagisme, un éthyisme, un recours aux drogues ou aux médicaments psychotropes : somnifères, stimulants, anxiolytiques.

Les sujets n'arrivent pas immédiatement à mettre leurs troubles en relation avec leur souffrance quotidienne, et souvent ils ne sont pas aidés par leur médecin qui n'est pas forcément préparé à rapporter les troubles à leurs causes réelles, ce qui entraîne un cercle vicieux : recours à divers spécialistes, multiples examens cliniques et paracliniques... pour *in fine* des diagnostics et des thérapies inadéquats. Il est important et préoccupant d'observer que plus de 80 % des sujets que nous avons examinés étaient déjà sous traitement par des médicaments psychotropes, et que beaucoup d'entre eux étaient en arrêt de travail depuis des semaines, voire des mois.

LE "BON" DIAGNOSTIC

Tous ces troubles peuvent être transitoires si le harcèlement est de durée limitée et pas trop violent, et si le sujet dispose de ressources personnelles qui lui permettent de résister aux agressions, de compenser la situation par d'autres pôles d'intérêts, de la résoudre ou de la fuir et ainsi de retrouver un état de bien-être. Par contre, si la situation perdure ou est particulièrement violente, les individus fragilisés par la situation même et par l'existence simultanée d'autres facteurs de stress – personnels, de santé, familiaux –, peuvent voir leur état se détériorer et présenter des troubles psychiques et somatiques énoncés plus haut, et aussi une diminution de leurs défenses immunitaires dont on connaît les conséquences sur la santé.

Il n'y a pas encore de regroupement diagnostique clairement défini des symptômes que l'on observe chez les sujets victimes de violence morale dans les classifications internationales comme le DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) de l'*American psychiatric association* ou la CIM (Classification internationale des maladies) de l'OMS. On en est donc arrivé à utiliser les regroupements syndromiques qui se rapprochent le plus de ceux que l'on observe chez les victimes de violence morale : le trouble de l'adaptation et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). La différence entre les deux est essentiellement une différence de gravité, mais le SSPT se distingue aussi par la présence de la triade pathognomonique : réaction de sursaut qui traduit un état d'alerte permanent, syndrome de répétition avec intrusion de l'idéation, blocage des fonctions du moi. Dans l'état d'alerte permanent, il y a une hyper-réactivité, même à des stimuli anodins comme une sonnerie de

téléphone, se manifestant par une agitation psychomotrice, des tremblements, une crise de pleurs ou des réactions impulsives de fuite ou d'agressivité. L'intrusion de l'idéation amène le sujet à revivre nuit et jour les situations traumatisantes vécues sur son lieu de travail, qu'il n'a pas été capable de maîtriser, et qui sont à l'origine de cauchemars. Le blocage des fonctions perceptives, cognitives, affectives et sexuelles relève d'une situation générale d'inhibition des fonctions du moi (le moi qui devrait prendre conscience, anticiper et organiser l'action) qui se traduit par un état d'asthénie généralisée.

LES CHANGEMENTS DE LA PERSONNALITÉ DES VICTIMES

Ce que nous venons de décrire en termes de malaise social et de troubles psychophysiques chez les personnes victimes de harcèlement serait-il différent de ce que l'on observe dans d'autres situations de souffrance morale ? Nous nous sommes donc demandés s'il n'y aurait pas des facteurs spécifiques qui permettraient de classer les victimes du harcèlement moral dans une catégorie propre qui se distingue de celles des autres maladies psychiques. Chez de nombreux sujets, surtout ceux dont la souffrance a été intense, quotidienne et prolongée, nous avons pu reconstituer une série de changements progressifs aboutissant à une transformation de leur personnalité. Ce que les sujets de ce groupe ont en commun est une manière différente d'être au monde, et c'est bien là la conséquence la plus redoutable de ce mécanisme de violence. Ils étaient entrés dans le monde du travail avec des motivations et des attentes diverses : purement économiques pour certains, de réussite professionnelle, voire de recherche d'une "autoréalisation" pour d'autres, au détriment parfois de sa famille, de la vie en société, de sa santé... Mais tous ces sujets ont reconnu qu'ils avaient perdu leurs certitudes. Ils avaient besoin de penser qu'ils vivaient dans un monde intelligible, qu'ils pouvaient arriver à prévoir les conséquences de leurs actes et qu'ils étaient capables de répondre de façon cohérente et constructive aux sollicitations de leur milieu familial ou social, de vivre des rapports interpersonnels dans lesquels chacun peut se situer et savoir à quoi s'attendre des autres. Or, ce que l'on a observé, c'est que ces besoins d'intelligibilité, de possibilité de prévoir, de confiance en soi et dans les autres, étaient modifiés ou même annulés.

Le mécanisme du harcèlement moral commence par un sentiment de transformation de l'environnement aux yeux du sujet, environnement qui lui était jusqu'alors familier et qu'il vit désormais comme étrange et incompréhensible. Ce changement sans raison apparente concerne ses rapports à autrui, et il fait de vains efforts pour obtenir des explications auprès de ses collègues et de ses supérieurs ; il est en proie à un trouble profond qu'il nie toujours éprouver. On critique de plus en plus ce qu'il est, ce qu'il fait ou ce qu'il dit, ce qui rend son comportement inadapté aux situations car il

VIGNETTE CLINIQUE

Monsieur X a 45 ans, il était directeur de production d'une entreprise d'équipements médicaux. Originaire du sud de l'Italie, il n'a quasiment pas connu son père qui travaillait en Allemagne et ne revenait voir sa famille – qui d'ailleurs ne cessait de croître – qu'une à deux fois par an.

Il "monte" à Milan, seul, où il entre à 14 ans dans cette entreprise comme aide ouvrier. Bien vite, il est apprécié pour son dévouement, son désir d'apprendre, son intelligence, si bien que sa carrière évolue rapidement. En même temps, il suit le soir des cours et obtient un diplôme de technicien. À 24 ans, il est responsable de son équipe de travail et parvient à introduire des modifications dans le processus de fabrication pour produire davantage à un coût réduit. À 26 ans, il épouse une jeune fille du sud, dont il a deux enfants, et à 30 ans il est nommé chef du département production. Au fil des années, l'entreprise se développe et les employés passent d'une vingtaine à 150. La carrière de Monsieur X évolue parallèlement ; il reçoit des éloges et des gratifications économiques et il accède au poste de directeur de production.

En l'an 2000, l'entreprise, qui tout en étant florissante avait gardé une structure familiale, est achetée par un groupe multinational qui arrive avec ses projets, ses managers et ses méthodes.

Très vite des problèmes interpersonnels se posent. L'ancien propriétaire reste président, mais le nouveau directeur général nomme un manager du nouveau groupe avec pour mission d'optimiser le secteur productif avec Monsieur X ; c'est un ingénieur, plus jeune et agressif, avec une rétribution moindre mais clairement destiné à le remplacer. Après en avoir acquis les compétences, il commence à en réduire les responsabilités, à prendre des décisions sans le consulter, à le soumettre à des contrôles incessants souvent accompagnés de critiques, à établir lui-même des rapports directs avec les chefs de l'usine jusqu'à en arriver au "bureau vide"... à le mettre totalement à l'écart.

Monsieur X demande sans l'obtenir un entretien avec le nouveau directeur général et en dernière extrémité avec le président qui l'avait engagé lorsqu'il avait 14 ans ; celui-ci refuse à son tour. Toute tentative de trouver un autre débouché échoue à cause de son âge, de son salaire, de son niveau scolaire et de son état de santé qui progressivement se détériore.

On lui propose de quitter l'entreprise moyennant un an de salaire. À son âge, avec une famille et deux enfants en âge scolaire, il refuse. On lui propose alors de rester en tant que responsable du département de production, un poste qu'il occupait à 30 ans. Il accepte en le "payant" très cher : il se sous-estime et il se culpabilise toujours plus. À partir de là, son déclin professionnel et personnel ne s'arrête plus. Le département production est transféré dans une usine du groupe acheteur où il y a déjà un directeur. Seul un magasin de distribution reste dans le vieil immeuble avec Monsieur X dont le poste a été supprimé. Il est même parfois obligé de s'occuper du nettoyage des locaux.

Dès le début de la crise, il est sous traitement médicamenteux et il se met en arrêt de travail pour essayer de résister au naufrage. Son parcours médical se poursuit avec des périodes d'absence pour cause de maladies toujours plus longues et de thérapies toujours plus lourdes... Au moment où nous l'avons rencontré, sa famille elle-même commençait à prendre ses distances. Il est devenu un automate qui se rend au travail, et le jour où il oublie de brancher le système d'alarme, il est licencié pour faute grave.

n'obtient aucun des résultats auxquels il s'attend, étant, à ce stade, incapable de répondre aux sollicitations. Ainsi, il perd progressivement tous les repères qui réglaient auparavant sa conduite et, en dernière analyse, il perd sa capacité de prévoir le résultat de ses actions. Son monde est devenu désormais inintelligible et imprévisible.

Ce qu'il endure revêt de multiples aspects : délation, hostilité manifeste, actes de sabotage, participation évidente à des comportements discriminatoires. Ceci provoque chez le sujet une chute de confiance en soi, d'abord avec un sentiment d'incrédulité, ensuite de souffrance ; enfin, il se replie sur lui-même, un doute généralisé s'empare de lui. Ce monde le surprend car il ne peut plus désormais se référer à un modèle qu'il connaissait : tout lui est devenu étranger et menaçant. Il étend bien vite à l'extérieur de son milieu de travail, sa famille, la société, ce sentiment qu'il vit. Il voit un ennemi en chacun. C'est alors que ses mécanismes de défense sont anéantis, et cette transformation s'opère avec des sentiments de culpabilité ; il se considère incapable et il perd l'estime qu'il a en lui. Au fur et à mesure, ces sentiments s'accroissent. On le rend de moins en moins actif ou responsable, jusqu'à en arriver à la situation du "bureau vide de tâches", de relations interpersonnelles, de sources d'information... Sa santé se détériore, son malaise s'ancre plus profondément encore, ce qui se traduit par la survenue de perturbations neurovégétatives et de troubles psychosomatiques. Paradoxalement, tout cela transforme son identité perdue en une identité d'invalidité qui le met à l'abri d'une potentielle déstructuration psychotique.

C'est donc bien, en définitive, dans la perte progressive des paramètres qui définissent l'homme social que l'on trouve ce qui caractérise les victimes de violence morale sur leur lieu de travail. Chez les autres malades psychiatriques, on ne retrouve pas cette perte totale des repères cognitifs, affectifs, somatiques. Chez les grands déprimés, on retrouve l'exigence de s'appuyer sur quelqu'un en qui l'on a confiance pour être soutenu et aidé. Dans le monde des délires paranoïaques, les repères résident dans la croyance, même si transitoire, que ces malades ont de comprendre leur univers existentiel. Dans l'univers schizophrénique également, il y a une restructuration du monde qui est certainement pathologique, mais qui recouvre un sens pour le sujet. C'est donc uniquement dans la maladie que les victimes des violences morales se reconnaissent et qu'elles retrouvent, surtout dans leur rapport avec leur famille, une justification *a posteriori* du traumatisme existentiel qu'elles ont vécu, mais qui, une fois de plus, les isole de leur environnement social.

Il faut souligner que le portrait que nous venons de tracer ne concerne dans son évolution la plus dramatique qu'une minorité de sujets. Dans notre population, cette minorité concerne 10 % des sujets pour lesquels un diagnostic de SSPT a été posé. Cependant, les autres sont atteints par la perte du sens de la vie. C'est de cette façon, par conséquent, que l'on

doit reconnaître que la gravité et l'irréversibilité du tableau clinique dépendent de la constitution du sujet, de son histoire et de son état physique et psychique du moment. Nous savons bien qu'un même traumatisme peut engendrer des réactions totalement différentes en intensité et en spécificité, et qu'en présence d'une psychopathologie sous-jacente, la vulnérabilité du sujet est accrue. Cependant, même si dans la majorité des cas, les sujets, grâce à leurs propres ressources, à une rapide résolution de leurs problèmes, ou à l'aide d'un spécialiste compétent, peuvent retrouver un état de bien-être, d'estime et de confiance en eux, ils resteront porteurs d'une blessure et d'une vision négative du monde auquel ils ne feront désormais plus confiance, car n'importe qui, tôt ou tard, pourrait de nouveau se révéler être un ennemi.

QUE FAIRE ?

La est la question ! Ainsi que celle portant sur les raisons qui ont conduit ces sujets à venir nous consulter, parfois de très loin. Tous nous ont posé les trois mêmes questions :

- "Y a-t-il une relation entre mon malaise et la situation que je vis actuellement ou que j'ai vécue dans mon travail ?" ;
- "Que faire pour que cette violence cesse, et surtout que faire pour sortir de cet enfer ?" ;
- "Que faire pour guérir ?".

◆ À la première question, nous essayons de répondre par un ensemble de procédures diagnostiques, par des entretiens pluri-disciplinaires (médecin du travail, psychiatre, psychologue) et par des questionnaires spécifiques, tests de la personnalité, tests de projection, pour en arriver à un résultat compatible avec les éléments fournis par le sujet : récits, documents, preuves à l'appui de son témoignage et de son état de santé. Quand l'on parvient à établir un lien entre ces données et les problèmes de santé du sujet, après analyse de sa documentation, on peut répondre dans la majorité des cas par un diagnostic de compatibilité. Ce n'est qu'en vérifiant cette documentation dans le milieu de travail qu'on peut établir une relation de cause à effet. Certains cas, cependant, ne nécessitent pas de vérification ; ce sont les cas d'atteinte à la dignité humaine, comme l'isolement et le confinement dans une pièce ou dans un lieu insalubre, où le sujet se retrouve sans tâche et sans contact avec les autres, ou les cas de porteurs de handicap que l'on oblige à des travaux physiquement pénibles, voire dangereux, ou encore la pratique de soumettre le sujet en arrêt de travail à des contrôles médicaux quotidiens, dimanches et jours fériés (Noël et Pâques inclus).

◆ Quant à la deuxième question "Que faire pour sortir de cet enfer ?", les réponses diffèrent là encore selon les sujets, leur résistance, la situation, la durée du harcèlement et l'objectif du harceleur. On essaye toujours d'éviter que le sujet sous pression et en manque de résistance, aussi bien psychologique

que physique, ne donne sa démission avant d'avoir trouvé un autre emploi, ou parte à la retraite sans l'avoir vraiment voulu. On essaye de savoir s'il a envisagé d'autres solutions et évalué sa résistance émotionnelle. On rencontre aussi de nombreux sujets qui n'envisagent même pas la possibilité de sortir du jeu pervers du harceleur ; et lorsqu'on leur en demande la raison, ils répondent : "Parce que ce n'est pas juste". Donner sa démission, c'est selon eux, en quelque sorte, donner raison au harceleur et perdre la partie vis-à-vis de soi et des autres. On les invite donc à se documenter, à rechercher des alliés, non seulement à l'intérieur de l'entreprise, mais aussi auprès des personnes qui l'ont quittée et qui peuvent avoir été eux aussi persécutés. On leur explique également qu'ils doivent constituer un dossier concernant les événements vécus, en décrivant avec précision les agissements hostiles et répétés qu'ils ont subis ; ce dossier ne devant pas relater des impressions mais des faits précis. Ils doivent également constituer un dossier médical : visites médicales effectuées, avis des spécialistes consultés, médicaments prescrits. On les invite à développer des stratégies de réponses capables de démontrer, non pas leur agressivité, mais leur force de résistance, sans se cacher ni cacher aux autres – collègues, délégués du personnel, délégués syndicaux, médecins et inspecteurs du travail – ce qui leur arrive.

Quelquefois, le fait même de démontrer les agissements hostiles des harceleurs aide les sujets à sortir de leur isolement, à trouver des alliés, et en quelque sorte à modifier l'attitude des harceleurs, surtout lorsqu'il s'agit d'une persécution d'ordre interpersonnel et non dictée par une stratégie délibérée de l'entreprise.

Si la situation émotionnelle et physique du sujet risque de se détériorer, on lui suggère un arrêt de travail de courte durée. Pendant ce temps, il mettra au point avec son médecin une stratégie qui lui permettra de se décharger périodiquement de sa tension et de son stress, avant que ne se produisent des dégâts irréversibles. Enfin, si tout ce qui précède a déjà été tenté ou si la situation est particulièrement grave, on lui conseillera de remettre son dossier entre les mains d'un avocat. Les entretiens pluridisciplinaires ont également pour objectif de lui permettre d'examiner tous les parcours possibles, dont ceux qu'il n'avait pas envisagés.

◆ La dernière question "Que faire pour guérir ?" nous conduit de façon plus spécifique à aborder cliniquement le sujet, la pathologie qu'il présente, ses antécédents cliniques, s'il y en a, les ressources auxquelles il peut avoir recours. Nous avons déjà mentionné que, la plupart du temps, le sujet est déjà sous traitement médicamenteux. La connaissance des situations qu'il vit et des conséquences du harcèlement moral est essentielle pour ne pas faire l'erreur de le considérer comme paranoïaque, ou même psychotique, et pour éviter de le soumettre à des traitements lourds qui le rendraient passif, lui ôtant toute énergie et toute volonté de résistance, ce qui feraient le jeu du harceleur. Les antidépresseurs sont certainement les médicaments les plus utiles, à la condition que la situation pathogène puisse se résoudre dans des délais raisonnables, afin d'éviter

que le traitement ôte au sujet la volonté de réagir et de s'en sortir. Il faut donc bien cerner ce qui est spécifique à chaque cas, pour porter le bon diagnostic, donner le traitement qui convient, et apporter le soutien psychologique adéquat. Ces sujets souffrent mais ce ne sont pas des malades psychiques habituels. Il s'agit de les aider à retrouver un minimum de bien-être, en intervenant sur leur sommeil, sur leurs troubles psychosomatiques, en réduisant leur anxiété ou un excès de réactivité, et bien sûr d'appréhender une dérive psychiatrique qui demanderait une intervention spécifique.

Ce qui peut être une aide efficace pour tous est la participation à des groupes d'entraide qui leur donne la possibilité de mettre en commun leur souffrance et de savoir qu'ils sont compris, acceptés, que personne ne met en doute ce qu'ils racontent, et que l'on sait exactement ce qu'ils vivent quotidiennement. C'est ainsi qu'ils parviennent à restructurer l'expérience qu'ils vivent sur leur lieu de travail, et par conséquent à en avoir une vision plus objective... On ne doit pas oublier que leur tendance à tout interpréter comme intentionnellement dirigé contre eux s'explique par l'imprévisibilité et les formes très variées des agressions qu'ils subissent, même les plus anodines. Dans ces groupes d'entraide, l'on met aussi en commun les stratégies ou les méthodes qui ont été expérimentées et qui ont fait leurs preuves.

Enfin, il y a le soutien psychothérapeutique. Il existe comme l'on sait de nombreuses approches dans ce domaine, mais l'aide que l'on peut apporter aux victimes d'un harcèlement moral (qui fait encore partie de leur vécu ou qui vient à peine de se terminer) doit être très spécifique. Il est essentiel que l'approche du thérapeute soit la plus possible centrée sur le problème du harcèlement, même dans les cas où d'autres facteurs de malaise psychique sont présents. Dans la situation qu'ils vivent, les sujets ont besoin d'interventions brèves, bien focalisées, qui puissent les aider à rester lucides, réalistes, capables de contrôler leur émotivité, leurs attaques de panique, et de leur apprendre à faire face jour après jour aux imprévus quotidiens, ou à accepter un échec, même injuste, et à les préparer à en sortir en limitant les dégâts. Le thérapeute doit aussi les aider à retrouver de meilleures relations avec leur famille et leur entourage. Il sera toujours temps par la suite d'affronter d'autres problèmes, même graves.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions tirer de notre étude ? En tout premier lieu, nous dirons que le problème du harcèlement moral dans le monde du travail est de plus en plus répandu et grave. Il concerne toutes les catégories de personnels et tous les âges. Nul n'est à l'abri. Chacun peut se retrouver dans cet enfer, sans avoir pu le prévoir et sans raison apparente. L'imagination des harceleurs ne connaissant pas de limite, personne ne peut prévoir les innombrables formes de maltraitance qui peuvent être exercées, ni leur séquence, ni leur durée. Les victimes s'obstinent à garder

leur emploi surtout par crainte du chômage ; elles craignent aussi le jugement des autres, de la famille et des amis qui pourraient trouver des raisons à la maltraitance qu'ils subissent. Les atteintes de la personnalité des victimes sont très importantes et souvent irréversibles : 10 % des sujets examinés nous ont demandé à être soumis à un contrôle entre un et trois ans après leur première visite. Mis à part les très rares cas de sujets ayant pu quitter leur travail et entreprendre une nouvelle expérience, l'on observe que les transformations de la personnalité des victimes se sont enracinées, que celles-ci vivent par conséquent une façon différente d'être au monde, et qu'elles sont en proie à une absence totale de certitudes et de confiance en elles et les autres.

Notre expérience a également mis en lumière le rôle qui est loin d'être secondaire des observateurs, neutres au début mais devenus par la suite acteurs eux-mêmes dans le "sale boulot", comme l'a décrit de façon très pertinente Dejours⁽⁹⁾. Cette participation peut surtout exister là où la culture de l'entreprise l'autorise ou même le sollicite. Ceci a été aussi mis en évidence par d'autres auteurs comme Einarsen. Le récit des victimes témoigne d'une "maladie des organisations" où le harcèlement est une technique utilisée par le management pour résoudre le problème des effectifs. Même si ce harcèlement peut aussi se développer en raison d'un conflit de personnes, c'est au niveau de la culture de l'entreprise que le plus grand travail reste à faire. Les changements dans l'organisation du travail, les exigences de flexibilité, le processus de globalisation ou d'autres transformations sociales peuvent faciliter, mais jamais justifier, la violence morale. Mais, les lois ou les codes de conduite internes ne pourront pas faire disparaître ou contrôler le phénomène tant que chacun ne se sentira pas moralement responsable envers les autres, et tant que l'on n'empêchera pas de considérer que les individus sont des éléments à éliminer lorsqu'on estime "qu'ils ne servent plus" ou qu'ils sont des obstacles à de nouveaux objectifs. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - COOPER CL, PAYNE R. Causes, coping and consequences of stress at work. London : Wiley & Sons, 1995.
- 2 - PAULI P, MERLLIE D. Third european survey on working condition, 2000. Dublin : European foundation for the improvement of living and working conditions, 2001 (www.eurofound.ie/index.htm).
- 3 - ILO. Violence at work. Geneva : ILO, 2002 (www.ilo.org/safework/).
- 4 - LEYMANN H, GUSTAFSON A. Mobbing at work and the development of posttraumatic stress disorder. *Eur J Work Organizational Psychology* 1996 ; 5 (2) : 251-275.
- 5 - DURIEUX A, JOURDAIN S. L'entreprise barbare. Paris : Albin Michel, 1999.
- 6 - CASSITTO MG. Antisocial behaviors at work: definition,

processes, conditions, characteristics and consequences. *Homeostasis* 2000 ; 40 (1-2) : 7-13.

- 7 - LEYMANN H. Suicid. Stockholm : Work Environment, 1988 : 14-15.
- 8 - EINARSEN S, RAKNES BI, MATTHIESEN SB, HELLESØY OH. Bulling and harsh interpersonal conflicts. Bergen : Sigma Forlag, 1994.
- 9 - DEJOURS C. Souffrance en France. Paris : Seuil, 1998.
- 10 - HYRIGOYEN MT. Le malaise dans le travail. Paris : Syros, 2001.
- 11 - EINARSEN S, MATTHIESEN SB, MIKKELSEN EG. Does time heal all wounds? Long-term health effects of exposure to bullying at work. Bergen : University of Bergen, 1999.
- 12 - BRODSKY CM. The harassed worker. Lexington Books, DC Heath & Co, 1976.
- 13 - EINARSEN S, RAKNES BI. Harassment in the workplace and the victimisation of men. *Violence and Victims* 1997 ; 12 : 247-263.
- 14 - EINARSEN S, MIKKELSEN EG. Individual effects of exposure to bullying at work. In : Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying and emotional abuse in the workplace. London : Taylor & Francis, 2003.
- 15 - ZAPF D, KNORZ C, KULLA M. On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *Eur J Work Organizational Psychology* 1996 ; 5 (2) : 215-273.
- 16 - DAVENPORT N, DISTLER SCHWARTZ R, PURSELL ELLIOTT G. Mobbing, emotional abuse in the American workplace. Iowa : Civil Society Publishing, 1999.
- 17 - THYLEFORS I. Scapegoats. On exclusion and mobbing at work. Stockholm : Natur och Kultur, 1987.
- 18 - ROMANOV K, APPELBERG K, HONKASALO M, KOSKENVUO M. Recent interpersonal conflict at work and psychiatric morbidity. A prospective study of 15,350 employees aged 24-64. *J Psychosomatic Research* 1996 ; 40 : 157-167.
- 19 - HOEL H, COOPER CL. Destructive conflict at work. Manchester : Manchester School of Management, 2000.
- 20 - HOEL H, ZAPF D, COOPER CL. Bullying and emotional abuse in the workplace. London : Taylor & Francis, 2003 : 127-144.
- 21 - VARTIA M. Consequences of workplace bullying with respect to well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environment Health* 2001 ; 27 : 63-69.
- 22 - RAYNER C. Workplace bullying: Do something! *J Occupational Health Safety - Australia and New Zealand* 1998 ; 14 (6) : 581-585.
- 23 - OMS. Psychological harassment at work. Protecting workers' health. Genève : OMS, 2003 (www.who.int/oeh/index.html).
- 24 - BABIAK P. When psychopath goes to work: a case study of an industrial psychopath: an international review. *Applied Psychology* 1995 ; 44 (2) : 171-188.