

Les différentes formes de harcèlement reconnues par la jurisprudence

Le harcèlement individuel

Il est pratiqué par une personnalité obsessionnelle perverse narcissique ou porteuse d'une pathologie du caractère. Il est intentionnel, vise à humilier, à détruire l'autre et à valoriser son pouvoir social ou personnel.

L'instrumentalisation des individus et des instances par ces personnalités retarde ou rend impossible la reconnaissance des agissements délictueux, tant leurs procédés peuvent être hostiles, subtils et redoutablement efficaces, surtout face à des individus fortement investis dans leur métier.

Le harcèlement institutionnel

Il peut prendre 3 formes :

– pratiques managériales délibérées impliquant la désorganisation du lien social touchant l'ensemble du personnel, portant atteinte à la dignité des personnes et qui ont pour effet de dégrader les conditions de travail (management par le stress, par la peur) ;

– harcèlement stratégique qui vise à exclure les personnels dont l'âge, l'état de santé, le niveau de formation, ne correspondent plus aux nécessités de service et à leurs missions d'intérêt général ;

-absence d'intentionnalité dans les méthodes de management qui favorisent toutefois les conflits et le harcèlement moral. Il y a harcèlement institutionnel non seulement lorsque le management est volontairement impliqué dans le processus de harcèlement, mais aussi lorsqu'il ne l'est qu'involontairement. Cette position rejoint en définitive la définition légale qui qualifie de harcèlement moral les agissements qui ont pour objet une atteinte à la dignité de la personne et une dégradation des conditions de travail, et aussi ceux qui ont pour effet une atteinte à la dignité de la personne et une dégradation des conditions de travail.

Le harcèlement transversal ou horizontal

Il s'exerce entre personnels, sans rapport hiérarchique. Il relève d'une dynamique collective où se déploient des comportements contraires aux droits fondamentaux de la personne humaine dans une relation de travail. Dans cette situation, l'individu ou le groupe harcelé devient le bouc émissaire. Ces personnes vont alors porter la responsabilité des situations de souffrance au travail ou des dysfonctionnements organisationnels.

L'état de stress post-traumatique

Phase d'alerte :

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

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 de l'agent concerné, les signes cliniques apparaissent. La forme la plus grave correspond au tableau de *névrose traumatique et s'apparente au syndrome de stress post-traumatique (DSM IV)*¹

¹ DSM – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^{ème} édition) = manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (classification internationale)

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.

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

- **L'angoisse** du patient harcelé est subaiguë avec des manifestations physiques : tachycardie, tremblements, sueurs, boule œsophagienne.
 -  **Le retour en boucle** des scènes traumatisantes s'impose au patient et les lui fait revivre.
 - **Les attaques d'angoisse** surgissent spontanément, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail cardinal de la scène traumatique. : bruit, couleur du mur, mimique d'une personne présente, odeur particulière....
 - **Les cauchemars intrusifs** sur le travail apparaissent, entraînant le réveil immédiat en sueurs, en criant.
 - **L'insomnie réactionnelle** devient le moyen de bloquer la survenue des cauchemars intrusifs. L'insomnie, la fatigue, la lutte contre les crises d'angoisse génèrent un repli social, affectif et sexuel majeur, une altération progressive de l'état général, sur tous ses versants, somatique, cognitif, psychique :
 - **Les atteintes cognitives** sont toujours présentes : perte de mémoire, troubles de concentration, de logique.
 - **Les atteintes psychiques** entraînent la perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, de perte de ses compétences, un sentiment de culpabilité, une position défensive de justification, un effondrement anxio-dépressif, pouvant mener à un état d'angoisse paroxystique à évolution suicidaire (raptus suicidaire)
 - **L'évitement du lieu de travail** peut en tache d'huile, par capillarité, envahir la ligne de métro, qui y conduit, le quartier, la ville jusqu'à l'enfermement chez soi
 - **Les atteintes somatiques** sont le signe de l'atteinte des défenses immunitaires après l'effondrement des défenses psychiques. Elles sont de gravité croissante suivant la durée de la situation : perte ou prise de poids importantes, atteintes de la sphère digestive, cardiaque et gynécologique chez les femmes (aménorrhées, métrorragies, plus graves encore, cancers du col, de l'ovaire, de l'utérus.). Dans la perspective psychosomatique, la décompensation témoigne généralement de la faillite des possibilités de représentation, du débordement des capacités de liaison de la psyché, d'une situation d'impasse pour le sujet. « *La somatisation est le processus par lequel un conflit qui ne peut trouver d'issue mentale, va déclencher dans le corps des désordres endocrino-métaboliques, point de départ d'une maladie organique* »
 - Il existe aussi un **désarroi identitaire spécifique** pour les patients subissant des situations professionnelles contradictoires où leurs difficultés de terrain n'ont pu remonter dans la hiérarchie, être reconnues et mises en débat jusqu'au traumatisme : altération des repères moraux, le vrai et le faux, le juste et l'injuste, le bien et le mal.

Deuxième temps :

Les travailleurs déploient des systèmes de défense individuels et collectifs plus ou moins coûteux psychologiquement et physiquement qui permettent de conjurer la maladie. La souffrance au travail surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation réelle de son travail. La souffrance commence lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué. Derrière ce tableau de névrose traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décompenser : Bouffée délirante aiguë, dépression grave, désorganisation psychosomatique, paranoïa. , etc.

Les troubles qui caractérisent le Stress post-traumatique surviennent toujours après une phase de latence pathognomonique, de durée variable, parfois très longue (plusieurs mois).

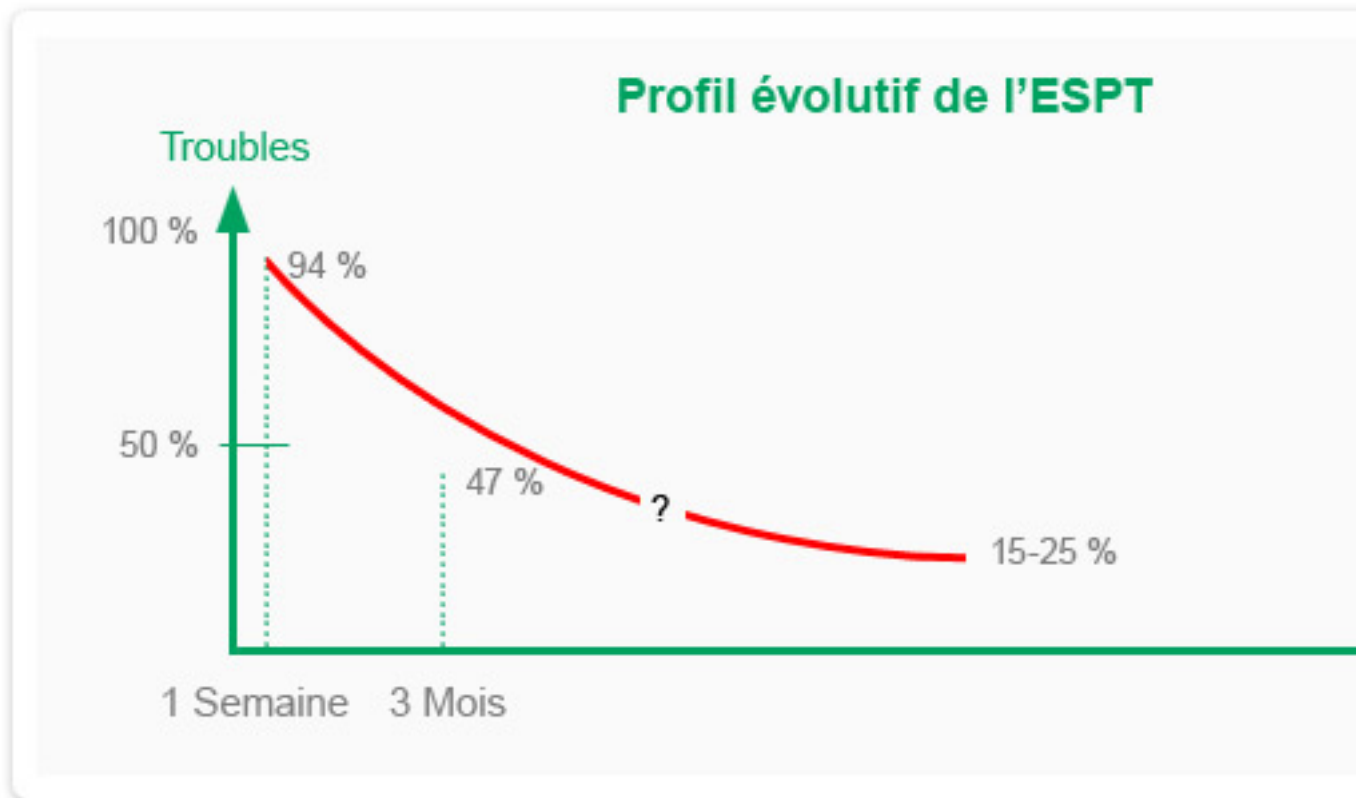
Pour la CIM-10, le syndrome de répétition reste l'élément prédominant du tableau clinique, il était pathognomonique de l'ancienne névrose traumatique de la nosologie européenne. On préfère à présent l'appeler **syndrome intrusif**. La victime revit le traumatisme par des pensées, des images, des sensations physiques : intrusives, répétitives et envahissantes. Les cauchemars relatifs à l'agression et les réveils nocturnes brutaux font partie du syndrome intrusif. Le traumatisé a l'impression que l'agression pourrait se renouveler surtout après un stimulus extérieur ou idéique (un film de violence ou un bruit inopiné par exemple). Tout se passe comme si l'événement traumatique était gravé sur une bande vidéo et que la télécommande du magnétoscope était devenue d'une extrême sensibilité. Il faut souligner que les cauchemars ne sont pas des rêves de désir : ils répètent littéralement la situation traumatique vécue et ne nécessitent aucun travail de décryptage compliqué. Les intrusions constituent des sortes de « mini expositions » naturelles qui devraient permettre une habitude progressive à l'horreur de la situation vécue, mais le syndrome d'évitement s'oppose à cette issue.

Pour reprendre la métaphore du magnétoscope, le **syndrome d'évitement** constitue une sorte de « zapping » des pensées, images, sensations et des situations rappelant ou symbolisant les circonstances du traumatisme initial. Parfois, le traumatisé lutte contre le sommeil pour éviter les cauchemars. Cela peut devenir un réel handicap social pour un représentant de commerce victime d'un accident d'automobile par exemple, ou un pompiste qui ne voudrait plus être confronté à la clientèle après un braquage. Les conduites d'évitement ne sont pas des phobies, car là aussi il s'agit d'éviter une situation bien précise en rapport avec un événement récent bien identifié.

Les troubles dits d'**hyperactivation neurovégétative** sont une hyper vigilance, un état de « qui-vive », une insomnie. Ils sont fréquemment associés à des troubles comorbides anxieux et dépressifs. La **colère** est un sentiment légitime quasiment constant. Elle est souvent mal orientée : contre soi-même ou contre les proches. Mais le thérapeute peut la mobiliser pour inciter la victime à se reconstruire.

Evolution de l'ESPT

L'évolution des troubles psychotraumatiques est variable.



De nombreux outils peuvent être utilisés pour faire une évaluation psychologique de la victime présentant un ESPT : entretiens structurés ou semi structurés et des tests psychométriques [LHT].

Les troubles comorbides

L'ESPT n'est pas la seule conséquence psychopathologique des traumatismes. La comorbidité générale a été étudiée, notamment par Kessler (1995) : les psychotraumatisés se voient en général poser plusieurs diagnostics psychiatriques, jusqu'à 3 dans près de la moitié des cas.

Les **troubles dépressifs** [...] sont plus fréquents que l'ESPT, atteignant la moitié des victimes psychotraumatisées, autant les femmes que les hommes. Les suicides ne sont pas exceptionnel chez les psychotraumatisés. La crise suicidaire [LHT] est la seule urgence en psychotraumatologie.

L'anxiété généralisée, le trouble panique, la phobie simple, la phobie sociale, l'agoraphobie atteignent entre 10 et 20 % des psychotraumatisés.

Les **troubles somatoformes**, qui ne figurent pas dans le DSM IV, sont une complication cliniquement fréquente.

Les **conduites addictives à risque** - toxicomanie et/ou alcoolisme - constituent une complication habituelle. Elles peuvent s'interpréter comme une tentative d'automédication contre les symptômes d'intrusion ou d'hyperactivation neurovégétative de l'ESPT.

Les **troubles dissociatifs post traumatiques** [LHT] peuvent devenir un mode de défense habituellement utilisée contre les intrusions psychotraumatiques pour éviter les phénomènes de reviviscence anxieuse. La Dissociative Experience Scale [LHT] un des questionnaires très simple d'utilisation, peut aider le thérapeute dans sa démarche diagnostique.

Pour le DSM IV, un ESPT est aigu si sa durée d'évolution est comprise entre 1 et 3 mois, chronique au-delà. Il est de survenue différée si le début des symptômes apparaît au moins 6 mois après le facteur de stress.

Certains ESPT sont transitoires et traduisent des réactions adaptatives : ce sont des blessures psychiques qui ne nécessitent pas des soins spécialisés. D'autres, après plusieurs mois d'évolution, sans prise en charge le plus souvent, s'organisent sur un mode chronique, réalisant une « **névrose traumatique** », terme retenu dans la CIM-10, laquelle se pérennise et perturbe gravement le système défensif antérieur de la victime : on pourrait dire, de façon métaphorique, que la blessure s'est compliquée.

Le traitement : psychothérapique, médicamenteux, et changement de poste

Le travail précoce de mise en récit par des psychothérapeutes spécialisés, un suivi psychothérapique régulier, la prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sont les premiers moyens de prévention de ce syndrome. La reconnaissance de la souffrance endurée au travail par les instances administratives a une valeur symbolique forte. Le retour au poste de travail est généralement impossible pour le patient puisque les réminiscences vont déclencher les mêmes mécanismes d'angoisse. Un changement de poste est souvent nécessaire, pensé en termes de poursuite d'une trajectoire professionnelle positive.

Prévention : éviter l'isolement subjectif au travail

La prévention implique la connaissance du tableau clinique et son coût personnel et collectif en termes de santé publique. L'analyse des difficultés réelles du travail sur le terrain, la constitution de collectifs de travail soudés autour de règles de métier communes et de stratégies collectives de défense pour éviter l'isolement subjectif au travail et des processus de coopération peuvent aider quelqu'un en difficulté à tenir.