

**Marie Grenier-Pezé, « "Petits meurtres entre amis", Approche
psychosomatique et psychodynamique
du harcèlement moral au travail »,
Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 7-3 | 2005**

Mme K, 45 ans

p. 4

§ 15. 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 4 millimètres du bord de l'enveloppe en s'aidant d'une règle, pas de bavardages. Soucieuse de conserver un poste qu'elle a mis du temps à trouver, Madame K. se plie avec lucidité 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... »*.

§ 16. 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.

p. 5

§ 17. 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. Il 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 se vend en lui disant : *« Je ne trouve pas de déchets alimentaires dans vos poubelles, vous faites un régime ? »*

§ 18. 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. À son retour, il souligne : *« Ma fenêtre n'a pas été ouverte souvent, j'avais mes espions ! »*

§ 19. La pratique instituée de la violence morale, verbale, de l'humiliation transforme la salariée en objet de satisfaction des pulsions sadiques de cet employeur dont la position de supériorité contractuelle est utilisée pour autoriser l'abus de pouvoir.

§ 20. 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. 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 intérêts, de la vie sociale est majeure.

§ 23. 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.

p. 6

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 du travail se fait dans un climat infernal d'intensification des vérifications, de coups de colère et de menaces. Madame K. est alors définitivement arrêtée par son médecin traitant, m'est adressée par son médecin du travail et, sur la base d'un certificat attestant du harcèlement moral, 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.

§ 24. Il restera à élaborer la blessure identitaire liée à la solitude, à l'humiliation, à l'attaque de valeurs fondamentales, le vrai et le faux, le juste et l'injuste. Derrière le tableau traumatique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient aura à élaborer ou à décompenser ces questions cruciales. Bouffée délirante aiguë, décompensation anxio-dépressive, 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. Comprendre « l'efficacité » de cette technique en matière d'atteinte à la personnalité renvoie à l'analyse du traumatisme comme levier de modification de l'identité.

Synthèse :

- sensation de peur ou de terreur sur le chemin du travail
- perceptions analogiques déclenchant l'angoisse avec manifestations physiques :
 - tachycardie, tremblement, sueurs
 - cauchemars intrusifs et réveils en sueur
 - insomnies réactionnelles
- reviviscences en « boucle » des scènes violentes ou d'humiliations
- pleurs fréquents, symptômes dépressifs
- pertes de repères moraux, le bien et le mal, le vrai et le faux, le juste et l'injuste
- sentiments de culpabilité avec position défensive de justification
- perte de l'estime de soi, sentiment de dévalorisation
- atteinte cognitive, troubles de concentration, de logique, de mémoire
- raptus suicidaire

Les techniques de harcèlement. Cas de Claudine, 47 ans

§ 25. Claudine est assise sur une chaise dans le couloir, frileusement tassée sur elle-même. Elle porte un bonnet serré d'où s'échappent quelques mèches. Le kinésithérapeute ostéopathe de notre équipe la suit pour les séquelles d'ablation d'un sein après cancer et me l'envoie.

§ 26. Être psychosomaticien implique de trouver un registre thérapeutique pour aider cette femme à reconstruire une féminité, tout en gardant à l'esprit que la bascule dans le somatique demeure une potentialité majeure.

§ 27. Claudine a quarante-sept ans et est la dernière d'une fratrie de trois filles. Très attentive aux autres, Claudine ne supporte pas le conflit. Elle joue le tampon depuis toujours entre ses sœurs, car le conflit, l'agressivité, la violence signifient le désamour. Après avoir été secrétaire de direction dans le privé, elle s'est lassée des heures de transport et a postulé dans une administration. Mariée jeune, elle a eu un fils (23 ans). Le divorce a été difficile, vécu dans une grande culpabilité, avec le souci de « tenir » pour tirer l'enfant d'affaire. Elle a été très soutenue par ses parents. Elle a refait sa vie à 35 ans et mis au monde un deuxième fils (7 ans).

§ 28. Chaleureuse, consciencieuse, ne ménageant ni son temps, ni sa peine au travail, elle est respectée de tous et surtout dans son service où elle est la seule femme. Être le substitut maternel ou la mascotte sont des postures féminines bien supportées par un collectif d'hommes. En 1990, un nouveau et jeune directeur technique est nommé. Elle le met au courant du fonctionnement du service qu'elle connaît depuis longtemps. En septembre, en rentrant de vacances, elle trouve son armoire vidée et son poste de travail modifié. Toute l'organisation du travail a été remaniée. Tous les postes ont été redéfinis, cloisonnés. Toutes les informations doivent désormais converger vers ce directeur : informations sur le contenu du travail mais aussi informations sur les relations intersubjectives entre salariés. On doit lui rendre compte des faits et gestes de chacun, où on va, qui on voit, avec qui on parle. Cette maîtrise relationnelle s'accompagne de vérifications constantes, de sanctions sévères sans discussion possible, de notes de service systématiques. Très vite, ce directeur est chargé de rédiger des marchés. Il demande à Claudine de taper des fausses factures. Elle refuse.

§ 29. Lorsque la première étape de la psychothérapie aura permis à Claudine de se réconcilier avec son corps, lorsqu'elle arrivera à chaque séance, flamboyante, de la pointe de ses cheveux repoussés et teints en roux, au bout de ses chaussures rouges, nous pourrons en venir au harcèlement subi.

§ 30. Car après le refus de taper les fausses factures, les représailles n'ont pas tardé. En décembre, sa notation tombe. Elle a deux points en moins avec des commentaires désobligeants sur la mauvaise qualité de son travail. Elle ne le comprend pas encore mais son directeur applique un système de déstabilisation très précis, reposant sur de véritables techniques.

p. 7

§ 31. *Techniques relationnelles d'abord* : il ne lui adresse plus la parole, ne communiquant avec elle que sous forme de petites notes déposées sur son bureau. Il ne la regarde plus. Techniques d'attaque du geste de travail ensuite, sous forme d'injonctions paradoxales. On installe un nouveau logiciel sur son ordinateur. Son directeur, sans lui accorder de formation, lui fait retaper des listings de 18 pages avec 45 items par page, qui sont pourtant déjà sur disquette dans d'autres services. Il lui fait taper d'interminables rapports qu'il déchire ostensiblement devant elle. Elle tâtonne sur son nouveau logiciel et

fait des fautes qu'il relève immédiatement. Pas des fautes de frappe mais des inversions qu'elle ne perçoit même pas à la relecture tant le socle identitaire est déjà secoué jusque dans son repérage spatio-temporel. Il passe alors aux techniques punitives : quand il a relevé suffisamment de fautes de frappe, il fait un rapport pour sanction disciplinaire. Techniques d'isolement du salarié enfin : il demande aux collègues de Claudine de la minuter et de porter sur un bordereau les erreurs commises.

§ 32. L'attaque récurrente de ses compétences, la mise systématique en situation de justification, le climat persécutoire qu'engendre la fréquence des avertissements, deviennent des leviers traumatiques puissants. Tout le fonctionnement mental de Claudine est engagé dans la justification ; aucune fuite motrice n'est possible car elle ne peut démissionner et perdre ses droits au chômage avec deux enfants à charge. La remise en cause de ses compétences et de ses savoir-faire, la prescription de tâches paradoxales ont rendu peu à peu impossible l'exécution du travail. Par manque de références pour penser ce qui relève de l'extérieur, du champ social, Claudine rapatrie la causalité en intrapsychique. Elle pense sa souffrance en termes de responsabilité personnelle. Tous les soirs, elle rentre usée, humiliée, abîmée, isolée. Si elle répond, elle est génératrice de conflit, si elle ne réagit pas, elle s'en veut d'être lâche.

§ 33. « *J'ai fini par être persuadée que je n'étais plus capable de faire quoi que ce soit. Il avait réussi* ». Le risque « de confondre la position de dominé avec une déviation psychonévrotique, masochiste » (Molinier, 1998) est constant tant chez le travailleur que chez le thérapeute qui laisse l'organisation du travail à la porte de son cabinet. Les dominés apporteraient leur consentement pulsionnel à l'ordre établi...

§ 34. Claudine réagit aux tentatives de déstabilisation, à la suspicion permanente par une hypervigilance, un surinvestissement de la qualité de son travail. Elle ne prend plus le temps de déjeuner, rentre de plus en plus tard le soir pour boucler son travail. Tous les week-ends, elle est couchée avec des maux de tête ou de ventre. Elle n'a plus le temps ni la force de s'occuper de ses enfants. La peur ne la quitte plus. Le jour, elle revoit en boucle les scènes de critiques, la nuit elle fait des cauchemars intrusifs qui la réveillent en sueur. Bientôt elle n'arrive plus à dormir. Nous revoilà au cœur de la spécificité du tableau clinique lié au harcèlement moral :

§ 35. Dans un premier temps, les collègues adhèrent aux demandes du directeur. « Le pervers séduit toujours les membres du groupe les plus dociles, les soudant dans une critique commune de la personne isolée. » (Hirigoyen, 1998) « Les hommes avec qui il travaillait partaient dans sa mouvance. Deux ou trois ont essayé de m'aider, mais ils ont eu de graves problèmes. L'un a fait des attaques cardiaques », raconte Claudine.

§ 36. Claudine est attachée aux valeurs morales. Elle alerte le syndicat, ne se laisse pas faire. Elle prend un avocat, fin 1995. Le personnel se mobilise enfin, une pétition en sa faveur réunit cent signatures sur cent dix.

« Mes collègues se sont alors rapprochés de moi. Il y a même eu un grand déballage sur tout ce qui se passait. Il y a des choses qui sont sorties qui n'avaient rien à voir avec moi. C'est difficile à vivre parce qu'après, on n'est pas bien. »

§ 37. Elle gagne son recours au tribunal administratif pour harcèlement. Mais on ne mute pas son directeur. C'est elle qu'on change de poste. On la met dans un service où sont transférées toutes les syndiquées. C'est le service sanction. Elle s'y sent mieux et la mobilisation générale se maintenant, ses collègues se relaient pour vérifier que tout va bien. Elle laisse la porte de son bureau constamment ouverte. Elle se sent à bout, déprimée. Elle a mal au bras mais ne prend

pas cette douleur au sérieux. Épuisée, elle a des vertiges, des saignements hémorragiques. Mais elle a peur de s'arrêter, d'être en faute à nouveau. Elle prend du Prozac pour tenir. En 1997, n'en pouvant plus, elle fait un bilan médical complet. Le radiologue lui annonce qu'elle a un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire dans la salle d'attente, entre deux portes.

§ 38. Après sa chimiothérapie, les cancérologues ont conseillé à Claudine de reprendre son travail. C'est effectivement une démarche positive qu'il ne faut cependant pas instituer de manière normative. Le renvoi au travail s'inscrit dans le déni des séquelles du traitement et l'ignorance des conditions de travail. Car Claudine n'est pas guérie. Même après des mois de psychothérapie, elle a toujours peur de son ancien directeur, présent dans le service. Elle se réfugie dans le premier placard venu quand elle entend sa voix et le dos collé au mur, le cœur battant à tout rompre, se sent coupable de se montrer aussi faible. Elle fait des cauchemars où elle se voit « nue, sur un escalier, menottée et faisant sous elle, tandis que la foule passe indifférente » auprès d'elle. Les défenses des médecins n'étant pas toujours compatibles avec celles des patients, il faudra batailler pour obtenir la prolongation du mi-temps thérapeutique de Claudine. Classée en urgence travailleuse handicapée par la Cotorep locale, elle pourra faire aménager son poste.

§ 39. La guérison psychique de Claudine se concrétise lors d'un cocktail, organisé sur les lieux de son travail. Elle entre dans la salle, découvre côte à côte son directeur général et son harceleur. Elle traverse la pièce, un sourire aux lèvres, va saluer son directeur, chaleureuse comme à son habitude. L'autre tend la main, fidèle à sa stratégie publique. Elle se détourne et s'en va, le laissant transparent et ridicule, la main en l'air.

Agathe, service de réanimation (persécution)

15

§ 91. Agathe est envoyée à la consultation « Souffrance et Travail » par son médecin du travail, en urgence, pour un épisode délirant aigu. Elle est agitée, en proie à un véritable délire de persécution, m'explique qu'elle s'est sauvée du service de réanimation où elle travaille depuis 25 ans car ses collègues lui veulent du mal.

§ 92. Agathe est aide soignante dans un service de réanimation depuis 25 ans. Très vite, sur deux ou trois séances, c'est le retour au travail, son organisation, son exécution, les défenses individuelles et collectives sollicitées pour maintenir un équilibre entre souffrance et plaisir, qui vont ramener un accrochage correct au réel.

§ 93. Je demande à Agathe de me parler de son travail. Le travail est devenu difficile dans ce service de réanimation, dit-elle, au fil des restrictions d'effectifs, des alourdissements de procédures.

« Tout le monde souffrait 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. »

16

§ 94. Ce que l'on peut qualifier d'épuisement professionnel provoque bientôt des arrêts maladie fréquents qui désorganisent encore davantage l'équipe réduite. Pas assez d'effectifs, trop de travail. Ces difficultés dites organisationnelles entraînent une discussion d'équipe avec 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. Personne dans l'équipe ne se précipite sur ce poste et, au terme de plusieurs réunions, c'est Agathe qui se décide.

§ 95. Dès sa prise de fonction, dit-elle, les petites réflexions sur son horaire d'arrivée et de départ commencent. Agathe doit de surcroît organiser le nouveau poste alors qu'aucune infirmière n'est nommée. C'est à elle, « formée sur le tas », que reviennent le démontage, nettoyage et remontage des respirateurs, du matériel de drainage, tâches habituellement confiées statutairement à une infirmière pour la responsabilité qui en découle.

« J'étais anxieuse de cette responsabilité que je n'aurais pas dû assumer. Je ne devais pas me tromper. »

§ 96. La charge de travail et les responsabilités de prise en charge de la sécurité d'un matériel vital sont génératrices très vite d'une charge mentale et éthique lourde.

§ 97. Tandis qu'Agathe se débat de son côté avec un poste à la limite de la légalité, engageant la vie des patients du service, le processus d'exclusion lié aux particularités de son poste continue. Bientôt, ses collègues aides 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 ! »

§ 98. Sentant que les horaires de son poste, pourtant discutés en équipe, déclenchent la rivalité, Agathe, très attachée à ses collègues, décide en plus de son travail, de les aider. Elle a beau se déployer sur tous les fronts, les réflexions, les brimades, les vexations du collectif de travail s'intensifient. Désormais elle se tait, se replie sur elle. Elle se concentre sur son travail dans une pseudo-légalité déstabilisante quant à ses règles de métier et nécessitant de sa part un surcroît de vigilance. Il lui arrive alors de

retrouver des câbles de branchement au scope trempés, dont elle mesure la dangerosité pour les patients et le personnel. 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. »

§ 99. L'hyperactivité de toutes, le travail sous contrainte de temps, l'épuisement professionnel provoquent des baisses de compétences cognitives et professionnelles d'une extrême gravité dans de tels services.

§ 100. Agathe, 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. La situation s'aggrave encore, plus personne ne lui parle. La surveillante finit par interpréter en termes de conflits intersubjectifs le grave dysfonctionnement organisationnel qui secoue son équipe et prend Agathe à part pour lui dire qu'elle n'est pas suffisamment intégrée ! La désorganisation du travail continue et lui est systématiquement attribuée. Lorsqu'il manque du matériel, la surveillante vient la critiquer sur les failles dans ses commandes et Agathe doit se justifier en montrant le matériel sur les étagères que personne n'est venu chercher.

§ 101. Le collectif de travail semble n'arriver à « tenir » la souffrance 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, toute folle qu'elle puisse paraître, semble une meilleure solution que l'effondrement de l'équipe ou celui du sujet.

§ 102. Le tableau clinique présenté par Agathe est évocateur de la paranoïa : expérience de travail

vécue comme l'effet de l'influence d'une intention malveillante attribuée à autrui, rapidement interprétée comme une persécution agie par un persécuteur désigné ou suspecté, sentiment de contestation de ses compétences professionnelles puis de son identité professionnelle, sabotage de son travail et de ses productions, dévalorisation et disqualification systématique,

17

puis développement d'une attitude de méfiance généralisée suivie de repli, interprétation systématique des intentions d'autrui comme des menaces (contre son intégrité psychique, puis contre son intégrité physique), troubles du jugement et agressivité corrélatifs.

§ 103. La décompensation d'Agathe est cependant incompréhensible sans le recours à l'apport conceptuel de la psychopathologie du travail. Dans certains métiers, l'exposition aux risques d'accidents graves est constante : BTP, centrale nucléaire, services à haut risque pour les patients ou les usagers. La dégradation des conditions de travail (baisse d'effectifs, manque de moyens) y prend une résonance particulièrement inquiétante. Mais le sentiment de peur devant l'erreur ou le risque grave est incompatible avec la poursuite du travail. Un déni collectif soude alors le groupe, devenu aveugle. Le déni pourrait logiquement déboucher sur un délire. Il n'en est rien parce que ce déni est assumé collectivement et non individuellement. Celui qui ne souscrit pas à la stratégie défensive est à lui seul, par son comportement différent, une menace pour le groupe. C'est parce que tous partagent la discipline impliquée par la stratégie collective de défense que les salariés

se reconnaissent entre eux comme membres d'un même collectif et qu'ils « tiennent » au travail.

§ 104. La décompensation d'Agathe nécessitera un suivi psychiatrique, certes, mais aussi la mise au jour du processus d'exclusion dont elle a été victime, son origine organisationnelle. Une médiation efficace auprès de son D.R.H. permettra sa mutation à un autre poste et résorbera entièrement son sentiment de persécution. La surveillante du service sera mutée à un autre poste.