

TABLEAUX PSYCHOPATHOLOGIQUES SPECIFIQUES
LIES AU HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL :
Marie PEZE¹

INTRODUCTION

En parallèle à la richesse clinique des recherches en santé mentale au travail, la notion de harcèlement, récemment apparue (Hirigoyen, 1998) semble avoir embolisé tout l'horizon conceptuel, au point que toutes les plaintes des salariés se présentent ainsi nommées. La prolifération d'associations, de consultations spécialisées, la promulgation rapide d'une loi (janvier 2002), demeurent une première dans l'histoire de la santé au travail.

La notion de harcèlement, on le sait, produit le couple " pervers/victime" et ne renvoie qu'à une causalité psychologique, sans interroger les conditions de travail. Le concept d'origine, énoncée par M.F.Hirigoyen, est désormais biaisée et élargie à toute situation de pression professionnelle. L'instrumentalisation de certains patients transformé en bannière dénonciatrice, au détriment de leur devenir psychique, physique et professionnel s'inscrit dans les dérives que nous constatons.

LE HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL EST UNE NOUVELLE PATHOLOGIE A L'INTERFACE DU PSYCHIQUE ET DU SOCIAL

La reconnaissance de la souffrance au travail semble donc malheureusement engagée dans des formes de prise en charge médico-juridiques, aboutissant à la notion de réparation.

En écho, la « plainte des victimes » s'élève autour de la notion de respect et dénonce les atteintes à la dignité, appelant à cette réparation.

Mais quelle réparation possible pour un emploi perdu ?

Pour l'atteinte à la santé mentale et/ou physique ?

Pour la perte du sens du travail ?

Quelle réparation possible quand le couple « pervers-victime » s'avère plus complexe que prévu dans sa construction et que le récit du harcelé met à jour sa participation passive au mieux, au harcèlement d'un autre avant le sien propre ?

Quelle réparation possible quand le bourreau dénoncé s'avère pris dans une organisation du travail où lui-même doit faire avec la conservation de sa santé ?

Quelle réparation possible quand tout un collectif de travail s'est acharné sur un de ses membres pour que la communauté des lyncheurs se retrouve dans la bienheureuse unanimité réconciliatrice.

¹ Docteur en Psychologie, psychanalyste, Consultation Souffrance et Travail, CASH de Nanterre.

RETOUR SUR LA PLACE DU TRAVAIL DANS LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE

Comment comprendre la redoutable efficacité du harcèlement moral au travail sans comprendre d'abord les enjeux psychiques liés à la situation de travail ?

Ce qui confère au travail sa dimension proprement dramatique est son lien avec la construction identitaire. Il serait illusoire de penser que nous laissons notre histoire personnelle accrochée sur un cintre dans les vestiaires de notre lieu de travail. La plupart des sujets en bonne santé espèrent avoir l'occasion d'accéder à une reconnaissance de leur valeur dans le champ professionnel et d'y poursuivre, avec ses failles et ses impasses, la construction personnelle commencée dans l'enfance.

Quand le choix d'un métier est conforme aux besoins du sujet et que ses modalités d'exercice permettent le libre jeu du fonctionnement psychique et corporel, le travail occupe une place centrale dans la construction identitaire. La situation de travail agit sur l'économie des corps à plusieurs niveaux. Si la tâche est porteuse d'un contenu symbolique, elle devient une voie d'expression de la personnalité profonde. Psychisme et corps agissent de concert pour une production valorisante. Les gestes de travail ne sont pas des enchaînements biomécaniques efficaces et opératoires. Le geste de travail est fait d'emprunts successifs à nos racines sociales, à notre histoire individuelle, à nos corps de métiers. Le geste de métier est l'expression de la posture psychique et sociale que nous adressons à autrui.

L'ATTEINTE DU GESTE DE TRAVAIL :

Si les gestes de métier sont une source fondamentale d'équilibre en offrant à notre personnalité une expression socialement positive, rendre leur exécution aléatoire, paradoxale, humiliante, jour après jour, a des effets rapidement traumatiques sur la psyché.

Dans la situation de harcèlement, la répétition pluriquotidienne d'un climat relationnel rude ou froid, les critiques sur le travail, la surveillance punitive des faits et gestes, les vexations publiques, la surcharge irréaliste de travail ou le vidage du poste, la mise au ban nette ou bien insidieuse du reste de l'équipe de travail, la mise en scène de la disparition au travers de la privation de bureau, de PC, de l'effacement des organigrammes ou du papier à lettre, les consignes de travail contradictoires qui deviennent des injonctions paradoxales, sont autant de puissants leviers d'effraction psychique. L'impossibilité de démissionner sous peine de perdre ses droits sociaux fait barrage aux mécanismes de défense que nous utilisons habituellement en face d'un danger.

La décompensation est inévitable dans cette situation d'isolement. Car une analyse fine de la situation d'impasse décrite par les patients harcelés met à jour *l'isolement du*

sujet. Isolement de fait dans un poste sans équipe, isolement subjectif dans un poste où le collectif de travail n'existe pas vraiment, où la coopération est absente, à fortiori la solidarité. La précarité a entraîné l'intensification du travail, 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. Certains se plaignent d'un harcèlement que quelques mois plus tôt ils ont vu exercer sur autrui sans intervenir ou bien pire pour garder leur place, en apportant leur témoignage à charge.

La culpabilité envers autrui dont on ne prend pas la défense produit la honte. La honte est surmontée par l'intériorisation des valeurs proposées, c'est à dire la banalisation du mal dans l'exercice des actes civils ordinaires (Dejours, 1999). La tolérance à l'injustice et à la souffrance infligée à autrui est érigée en valeur sociale, en équivalent de courage, de force de caractère. La force sociale se mesure à la capacité d'exercer sur les autres des violences dites nécessaires. Plus les conditions de travail se durcissent, plus ces défenses se rigidifient poussant les attitudes à la caricature.

L'IMPACT DU HARCELEMENT SUR LE PSYCHISME :

Vous l'aurez entendu, si le travail peut être un puissant opérateur de construction de la santé, il comporte aussi une dimension de souffrance. Il offre donc un champ propre à la psychopathologie. Le type de décompensation ne dépend pas uniquement du travail mais en dernier ressort de la structure de la personnalité, acquise avant la situation de travail.

Cette décompensation est une rencontre entre une organisation psychique individuelle et une organisation du travail. On comprend que l'analyse des situations de souffrance au travail requière des savoirs pointus, croisés et pluridisciplinaires pour faire la part entre facteurs externes et facteurs endogènes.

Contraints à la prise en charge de patients arrivant avec cette étiquette, les cliniciens de la santé au travail ont privilégié un regard clinique et scientifique sur cette nouvelle pathologie plutôt qu'une adhésion ou un rejet massifs.

La création de consultations assurant une prise en charge pluridisciplinaire a permis d'affiner l'étiologie, la sémiologie du tableau clinique spécifique, a permis de recenser les formes de management pathogènes et de mettre en place les procédures médico-administratives de prise en charge de cette pathologie.

C'est pourquoi le premier entretien avec un sujet harcelé est chargé de visées multiples: Rencontre avec le sujet, sa structure psychique, son organisation du travail, sa ligne de décompensation et en arrière fond, l'ébauche d'une stratégie thérapeutique.

Cette investigation est un moment privilégié pouvant conduire le sujet, sur le mode cathartique, au décollement de l'histoire au travail et de l'histoire singulière, à la verbalisation des affects réprimés. L'épreuve est certaine car l'entretien est long, le

retour à une chronologie des événements laborieux, l'expression des affects douloureuse.

Une expertise de harcèlement vise à reconstituer :

1 : Le parcours professionnel du salarié comprenant formation, postes occupés, ancienneté dans l'établissement, historique de l'entreprise, fusions, rachats, modification de l'organigramme,...

2 : La chronologie de la dégradation de la situation de travail qui doit recenser les modifications introduites dans l'organisation du travail, nouveau logiciel, arrivée d'un manager, accroissement des exigences, technique d'évaluation harcelogènes, analyse de la qualité de l'équipe, existence de réunions formelles ou informelles, convivialité véritable ou stratégique, partage des tours de mains, ou partage des fraudes, existence de clans..

3 : Le repérage des techniques de harcèlement utilisées, ou des techniques de management pathogènes au travers de la description de l'activité de travail :

4 : L'identification du tableau clinique spécifique de « névrose traumatique »

5 : Les événements de vie importants pouvant être responsables de la décompensation en lieu et place du harcèlement présumé.

Un cas clinique parlera mieux que cet empilement d'éléments diagnostiques.

Le kinésithérapeute de notre équipe m'envoie Pauline qu'il suit pour les séquelles d'ablation d'un sein après cancer et me l'envoie. Pauline a quarante sept ans. Très attentive aux autres, elle ne supporte pas le conflit. Elle joue le tampon depuis toujours dans sa famille car le conflit, l'agressivité signifient le désamour. Après avoir été secrétaire de direction dans le privé, elle s'est lassée des heures de transport qui affectaient sa vie familiale et a postulé dans une administration. Divorcée, seule avec deux enfants, elle a le souci de « tenir ». La monoparentalité est un levier de soumission.

Chaleureuse, consciencieuse, ne ménageant ni son temps, ni sa peine au travail, Pauline est aimée de tous. Un nouveau et jeune directeur technique est nommé en juin, fraîchement issu de son école de cadres. 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. Sans respecter le temps d'observation habituel, le directeur a décidé de moderniser. 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. Le pouvoir de direction et d'organisation du travail, ainsi que le pouvoir disciplinaire sont ainsi manifestement sur utilisés. Cette maîtrise relationnelle s'accompagne de vérifications constantes, de la pose de caméras dans tous les couloirs, de sanctions sévères sans discussion possible, de notes de service systématiques. Cette surveillance des faits et gestes

installe vite un climat persécutoire. Très vite, ce directeur est chargé de rédiger des marchés. Il demande à Pauline de taper des fausses factures. Elle refuse.

Le harcèlement est un délit souvent adossé à d'autres qu'il vise à maintenir cachés. Car après le refus de taper les fausses factures, les représailles n'ont pas tardé. En décembre, sa notation tombe pour la première fois de sa carrière. 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 d'une façon pathogène les techniques de management apprises.

L'utilisation ponctuelle d'une de ces pratiques de management ne constitue pas un fait de harcèlement mais cumulées, elles forment un système de déstabilisation particulièrement efficace et toxique.

D'abord, les pratiques relationnelles qui assoient la relation de pouvoir : 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. Il ne lui dit plus bonjour, au revoir, merci.

Les pratiques d'attaque du geste de travail ensuite, sous forme d'injonctions paradoxales qui vont entraîner une déstabilisation identitaire. 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, en prétendant ne jamais les lui avoir demandé. Il lui demande de corriger des fautes inexistantes.

Elle tâtonne sur son nouveau logiciel et fait des fautes qu'il relève immédiatement.

Il passe alors aux pratiques punitives destinées à mettre en situation de justification constante : Quand il a relevé suffisamment de fautes de frappe, il rédige un rapport pour sanction disciplinaire. Il envoie des notes de service systématiques, jusqu'à plusieurs par jour, il la convoque pour un entretien d'évaluation tous les mois.

Les pratiques d'isolement enfin qui entraînent la séparation du salarié de son collectif de travail : Il demande aux collègues de Pauline de la minuter et de porter sur un bordereau les erreurs commises. On ne s'assied plus à côté d'elle à la cafétéria.

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 Pauline 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 et ont déstabilisé son lien au réel. De nombreux patients peuvent basculer dans des épisodes de déréalisation ou de véritables bouffées délirantes.

Par manque de références pour penser ce qui relève de l'extérieur, du champ social, Pauline pense sa souffrance en terme 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.

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 harcelés n'apportent pas leur consentement pulsionnel au harcèlement qu'ils subissent.

Pauline réagit aux tentatives de déstabilisation, à la critique permanente par les prémices du tableau clinique spécifique : une hypervigilance, un surinvestissement de la qualité de son travail. Cet activisme est défensif. 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, l'effroi, ne la quittent plus. En allant au travail, elle enverrait bien sa voiture dans le mur. La nuit elle fait des cauchemars intrusifs qui la réveillent en sueur, la porte de son appartement s'ouvre à la volée, le visage de son harceleur s'y encadrant brutalement. Bientôt, elle n'arrive plus à dormir. La restriction de la vie sociale est majeure.

Nous voilà au cœur de la spécificité du tableau clinique lié au harcèlement moral. Ce tableau clinique est intitulé suivant les écoles névrose traumatique ou syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et sa sémiologie est bien décrite dans le DSM IV.

Six critères sont retenus :

1- La névrose traumatique survient dans toutes les situations où le sujet vit une menace, réelle ou ressentie, contre son intégrité physique, où contre l'intégrité physique de quelqu'un en tant que témoin.

Elle correspond à un débordement du travail de l'appareil psychique qui, pris par surprise, n'a pu développer des mécanismes de défense et d'anticipation du danger.

Tous les cliniciens de santé au travail ont été surpris par la gravité et la violence des symptômes présentés par les premiers patients venant se plaindre de maltraitance au travail. Si une telle dévastation psychique pouvait être envisageable dans les suites de situations de risque mortels (attentats sur le trajet du travail, prise d'otage de salariés dans les banques, agression avec blessures d'agents des services publics) rien ne nous préparait au diagnostic de névrose traumatique chez des patients allant simplement travailler.

2- Les scènes traumatiques sont revécues de façon persistante par les souvenirs, les cauchemars, les flash-back, la détresse, les manifestations neurovégétatives:

Par les Souvenirs de l'évènement

- Affects intenses de peur et de terreur sur le chemin du travail, raptus suicidaire pour éviter d'aller travailler,
- Ruminations incessantes avec envahissement de tout le fonctionnement psychique,

Par les Rêves pénibles et récurrents sur l'évènement.

- Les cauchemars intrusifs apparaissent entraînant le réveil immédiat en sueurs, en criant. Ils sont spécifiques reproduisant la rencontre avec le persécuteur au travail : telle patiente se voit, « *nue, sur un escalier, menottée et faisant sous elle, tandis que la foule passe indifférente auprès d'elle* ». Tel autre « *se voit dans un long couloir avec une boule blanche qui arrive à l'horizon et qui va le décapiter* », tel autre rêve que « *la porte de son appartement s'ouvre à la volée, le visage de son harceleur s'y encadrant brutalement* ».
- L'insomnie réactionnelle devient le moyen de bloquer la survenue des cauchemars intrusifs.

Par les scènes traumatiques qui reviennent de façon autonome comme si elles reproduisaient l'évènement traumatique :

- Les attaques d'angoisse surgissent spontanément, déclenchées par une perception analogique avec tel ou tel détail cardinal de la scène traumatique. bruit de l'atelier, couleur du mur, mimique d'une personne présente, parfum du harceleur.
- Les reviviscences ou flash-back des scènes d'humiliation au travail s'imposent au patient et lui font revivre la situation traumatisante. Elles peuvent aller jusqu'à l'hallucination.

Par La Détresse psychologique qui est forte et intense à l'exposition de signaux externes ou internes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'évènement traumatique.

Par les Réactions physiologiques à l'exposition de signaux externes ou internes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'évènement traumatique.

tachycardie, tremblements, sueurs, boule oesophagienne.

3- Il existe un refus persistant de stimuli associés au traumatisme comme indiqué par trois (ou plus) des symptômes suivants:

- (1) efforts pour éviter les pensées, impressions ou conversations associées au traumatisme
- (2) efforts pour éviter des activités, endroits, ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme. Evitement phobique du lieu du travail, du trajet lié au travail, du quartier, de la ville.
- (3) incapacité à se remémorer un aspect important du traumatisme
- (4) diminution marquée de l'insert ou de la participation à des activités significatives
- (5) sentiment de détachement ou de séparation des autres

- (6) gamme réduite d'affect (ex., incapable d'avoir des sentiments amoureux)
- (7) sentiment de futur raccourci (ex., n'aspire pas à une carrière, mariage, enfants, ou une vie normale)

4-. Il existe des symptômes persistants d'excitation accrue (non présent avant le trauma), comme indiqué par deux (ou plus) des symptômes suivants:

- (1) difficulté à s'endormir ou rester endormi
- (2) irritabilité ou crises de colère
- (3) difficulté à se concentrer. Les atteintes cognitives sont toujours présentes: perte de mémoire, troubles de concentration, de logique.
- (4) hyper vigilance une hypervigilance, un surinvestissement de la qualité de son travail. Cet activisme est défensif.
- (5) réaction effrayée exacerbée

5 -. La durée de ces symptômes dépasse un mois.

6. Le trouble entraîne une détresse clinique significative Les atteintes psychiques entraînent la perte de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, de perte de ses compétences. Les pleurs, le sentiment de culpabilité, la position défensive de justification est des signes majeurs d'effondrement anxio-dépressif, pouvant mener au raptus suicidaire ;

- Les maladies somatiques sont le signe de l'atteinte des défenses immunitaires après l'effondrement des défenses psychiques. (amaigrissement, boulimie, désorganisations psychosomatiques de gravité croissante). Il faut souligner la fréquence inquiétante des atteintes de la sphère gynécologique chez les femmes (cancer du sein, de l'ovaire, de l'utérus, aménorrhée, métrorragies).
- Il existe 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.

Dans un premier temps, les collègues de Claudine adhèrent aux demandes du directeur. Le harcèlement génère une pathologie de la solitude.

Elle alerte le syndicat, prend un avocat. Le personnel se mobilise enfin par une pétition en sa faveur qui réunit cent signatures sur cent dix. Elle gagne son recours juridique pour harcèlement mais on ne mute pas son directeur, on ne rétablit pas sa note. C'est elle qu'on change de poste, 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 qu'elle va bien.

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* ». L'épreuve a laissé des traces.

Si l'urgence, avec un patient harcelé, est de « faire cesser /faire sortir », c'est bien parce que les procédés toxiques utilisés sont vite intériorisés et continuent leur corrosion pathogène. Là, les deux modèles du traumatisme trouvent leurs limites. Le modèle psychanalytique, focalisé sur la seule histoire sexuelle infantile, ne suffit plus. Encore une fois, les harcelés n'apportent pas forcément leur consentement pulsionnel à ce qu'ils subissent. On comprend, lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient délibérément traumatisé par un autre humain, que mettre en avant la seule structure psychique du sujet, ses conflits inconscients, revient à lui dire qu'il a été harcelé pour ce qu'il est .

L'autre modèle du traumatisme, victimologique, laisse également hors du champ de l'analyse les conditions sociales car l'événement traumatisant est souvent naturalisé. (la cause est renvoyée à la nature perverse de l'agresseur).

Derrière ce tableau d'effraction psychique spécifique, immédiatement ou à distance, c'est avec sa structure de personnalité que le patient va décompenser : Le type de décompensation, névrotique, psychotique, somatique, ne dépend pas uniquement du travail mais aussi de la structure de la personnalité.

Pauline a mal au bras mais ne prend pas cette douleur au sérieux. Épuisée, elle a des vertiges, des saignements hémorragiques. Elle a peur de s'arrêter, d'être en faute à nouveau. Elle prend des anti-dépresseurs pour tenir. 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.

Après sa chimiothérapie, les cancérologues ont conseillé à Pauline de reprendre son travail. C'est 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 du rôle étiopathogénique de certaines conditions de travail. Classée en urgence travailleuse handicapée par la cotorep locale, elle pourra faire aménager son poste.

LES CONSEQUENCES EN TERME DE SANTE AU TRAVAIL :

Interrompue à temps, la situation de harcèlement demeurera une parenthèse noire dans la vie d'un sujet. Poursuivie trop longtemps, les séquelles psychiques, somatiques, on l'a vu, peuvent être définitives et constituent un enjeu de survie individuelle et de santé publique majeur.

Un travail devra se faire sur les atteintes identitaires, l'effondrement dépressif, la décompensation somatique, sans oublier ce qui fait la spécificité d'un tel tableau : énoncer le vrai et le faux, le juste et l'injuste à un patient dont l'organisation éthique individuelle a vacillé au contact de valeurs institutionnelles devenues contradictoires.

LA MISE EN PLACE D'UN RESEAU DE PRISE EN CHARGE :

Notre réseau de cliniciens a mis en place *des pratiques de coopérations* entre les acteurs de soins, une pluridisciplinarité qui n'est pas une compilation de spécialistes mais la mise en commun des savoir-faire de chacun. Alerté sur un cas, le réseau de soins répond par la mise en place des réponses spécifiques de chacun de ses membres :

Au médecin du travail, il revient de faire sortir le patient de la situation toxique par une inaptitude temporaire qui pourra devenir définitive afin de rompre le contrat de travail.

Au médecin généraliste, d'arrêter le patient et de prescrire.

Au médecin inspecteur du travail, d'être en position de tiers, d'appui et de conseil tant auprès du patient que du médecin du travail.

Le médecin conseil peut soutenir la transformation de la maladie en accident de travail ou en maladie professionnelle pointant juridiquement la responsabilité de l'employeur.

Le psychiatre ou le psychothérapeute peut traiter le choc de la rencontre entre la structure psychique singulière et la situation de travail. Au delà de son rôle de thérapeute, prescripteur ou pas, le psychiatre est souvent sollicité pour attester de l'existence d'un harcèlement moral. Seul le juge peut statuer sur l'existence de ce qui est désormais un délit.

Par contre, le psychiatre traitant peut diagnostiquer un tableau clinique spécifique, la chronologie de l'aggravation de l'état de son patient, son amélioration au décours d'un arrêt-maladie, d'une inaptitude au travail, d'une négociation de départ. Au delà de la rédaction de certificats, prudents et cliniques puisqu'ils sont susceptibles d'être instrumentalisés, la place du psychiatre peut être aussi dans une plus grande coopération avec les acteurs de soins.

L'isolement est cassé, le gain thérapeutique est immédiat. Le sujet a rejoint un nouveau collectif de travail, thérapeutique et centré sur lui.

CONCLUSION

La reconnaissance de la souffrance au travail semble engagée désormais dans des formes de prise en charge médico-juridiques, aboutissant à la notion de réparation.

La réparation du corps, du psychisme, la réparation sociale ont des temporalités différentes, qui pourraient devenir dissonantes à vouloir les régler en même temps. Il faut savoir préserver l'urgence d'une restauration de la santé physique, de la récupération d'un espace de pensée, avant même de travailler les choix de sortie de la situation.

Pour le juriste, la règle juridique peut apparaître comme un facteur d'apaisement des souffrances humaines. La peine aurait une vertu rédemptrice, sinon pour celui qui a mal agi, en tous cas pour la victime susceptible alors de replacer le Bien dans son étayage éthique. Mais la logique du juriste n'est pas celle du clinicien; la règle juridique ne prétend qu'à une vertu civilisatrice et non thérapeutique. Le droit admet le *pretium doloris* dont la réparation ne peut se faire autrement que sous la forme d'une somme d'argent. Dans l'inconscient, soyez en assurés, la blessure perdure.