

HÉLÈNE, TRAVAILLER POUR SOIGNER L'IRRÉPARABLE...

Camille SIBILLE, médecin du travail

PREMIÈRE CONSULTATION VISITE D'EMBAUCHE EN AVRIL 2010

Hélène est infirmière, elle vient d'avoir cinquante ans, c'est une belle femme, vêtue avec simplicité, mais avec beaucoup d'allure. Elle va prendre un poste de jour à temps plein dans un service de gériatrie, dans le cadre d'une mutation, elle vient d'une maison de retraite d'un département voisin.

Hélène est infirmière depuis 1983, elle a toujours travaillé, dans différents hôpitaux, mais aussi en PMI, en maison de retraite, le plus souvent à temps partiel. Elle explique son parcours professionnel diversifié par la profession de son mari : pompier professionnel. La famille s'est déplacée au rythme des affectations de son mari et elle, en tant qu'infirmière, n'a jamais eu de problèmes pour retrouver un poste.

Hélène a deux enfants, un fils né en 1984 et une fille née en 1986. Son père est en bonne santé, sa mère est décédée en 2005 d'une décompensation cardiaque, elle avait été soignée pour un cancer du sein. Hélène a deux frères et une sœur en bonne santé. L'an dernier elle s'est séparée de son mari et c'est pour cette raison qu'elle souhaite travailler à temps plein.

Dans ses antécédents, Hélène évoque un érythème nouveau apparu après la naissance de son deuxième enfant en 1986. Cet érythème a précédé une sarcoïdose qui a été traitée par la cortisone pendant six mois et qui n'a laissé aucune image pulmonaire sur la dernière radiographie pratiquée.

En 1994, Hélène est restée plusieurs mois en arrêt de travail pour une sciatique, elle a été opérée d'une hernie discale L₄-L₅, et ne présente aucune symptomatologie douloureuse actuellement. Par ailleurs Hélène a été opérée en 2009 d'une rupture du ligament croisé du genou droit, sans séquelles.

Hélène est malentendante : son déficit auditif est apparu pendant l'enfance, à l'âge de huit ans, lié à une atteinte bilatérale du nerf auditif. Il a nécessité un appareillage à partir de l'âge de quinze ans. Aujourd'hui Hélène a un implant interne cochléaire à gauche mis en place en 2008 et un appareil auditif externe à droite. Durant le temps de l'entretien, à

aucun moment, elle ne manifeste de difficultés à entendre mais elle sait qu'elle peut être gênée dans certaines situations et elle redoute que son handicap soit connu.

En 1994, Hélène a présenté une première crise comitiale nécessitant la mise en route d'un traitement antiépileptique. Elle est suivie par un neurologue et depuis 2006 elle est sous NEURONTIN 600° 4 cp/j et KEPRA 250° 2 cp/j. Malgré ce traitement bien suivi, elle présente trois ou quatre crises par an, sous forme d'absence, le plus souvent au repos, très rarement au travail.

Les antécédents médicaux et les traitements sont importants, et dans cette consultation, l'histoire professionnelle est peu évoquée. Ce qui est discuté, c'est la question du handicap auditif dans le travail de soins et la symptomatologie liée à l'épilepsie. Hélène a beaucoup de réticences à parler de sa surdité, elle n'a jamais voulu faire de demande de reconnaissance de travailleur handicapé, encore aujourd'hui, elle ne le souhaite pas. Dans le service, toute prescription médicale doit être écrite. Nous évoquons la nécessité du fax pour toute consigne donnée par téléphone, par exemple par l'interne de garde. Je lui propose de reprendre contact avec le service de santé au travail si nécessaire.

DEUXIÈME CONSULTATION VISITE DE REPRISE APRÈS MALADIE EN SEPTEMBRE

Hélène revient en consultation dans le cadre d'une visite de reprise maladie. Elle présentait un prolapsus vésical et utérin, elle a subi une hystérectomie totale par voie basse fin juillet. Elle doit reprendre son travail dans quelques jours. Elle est toujours suivie par son neurologue, qu'elle a revu en consultation et qui a maintenu le même traitement antiépileptique. Hélène n'a travaillé que trois mois dans le service depuis son embauche. Elle n'a pas rencontré de difficultés liées à son handicap auditif. Elle n'a présenté aucune crise depuis son embauche. Sur le plan somatique, il n'y a pas de contre-indication à la reprise du travail.

J'ai appris par ailleurs les difficultés que l'équipe soignante de son service avait rencontrées au début de l'été. En effet,

plusieurs aides-soignantes et infirmières ont décidé d'alerter le cadre infirmier sur le comportement de deux collègues, aide-soignante et infirmière, qui manifestaient à l'égard des patients des propos et des gestes de maltraitance, dont elles avaient été témoins et qu'elles jugeaient inadmissibles. Suite à cette alerte, la direction des soins et la DRH ont exigé pour intervenir que les soignants notifient par écrits ces accusations. Dans un premier temps, les équipes n'ont pas voulu faire un écrit officiel, mais après avoir reçu l'assurance de la part de leur cadre que cette démarche resterait confidentielle, elles ont accepté de signer un courrier. Les conséquences ont été les suivantes : mutation de l'aide-soignante dans un autre service et démission négociée de l'infirmière mise en cause. Dans le cadre de la négociation, l'infirmière a eu accès à son dossier et donc au courrier de ses collègues, elle a manifesté auprès d'elles sa colère. Les soignantes agressées par leur collègue ont le sentiment d'avoir été trahies par leur direction et en plus, elles trouvent les mesures prises injustes et totalement inadaptées à la problématique. C'est seulement à ce stade que j'ai été informée de la situation par les soignants.

Spontanément Héléne ne me fait part d'aucune problématique dans son travail, et pourtant elle semble inquiète, mal à l'aise. Quand je lui demande comment elle a vécu cette situation de conflit au sein de l'équipe, elle m'explique combien cet épisode a été douloureux pour elle. Elle n'a jamais travaillé avec l'infirmière puisqu'il n'y a qu'une IDE par poste, elle a travaillé avec l'aide-soignante sans rencontrer de problème particulier. Mais elle était opposée à toute dénonciation, à tout écrit, par principe. Sa position a été très mal perçue par ses collègues qui lui ont reproché de prendre parti alors qu'elle était nouvelle et qu'elle connaissait mal la situation. Aujourd'hui, Héléne, malgré une certaine appréhension à retrouver ses collègues, manifeste son souhait de reprendre le travail.

Mais en octobre, nous apprenons qu'Héléne est de nouveau en arrêt maladie. Début décembre nous lui adressons un courrier pour lui proposer de prendre contact avec nous, si elle le souhaite, en vue d'une consultation. Héléne téléphone, elle nous prévient qu'elle a demandé à son neurologue de nous écrire et elle prend rendez-vous fin décembre.

Le courrier du neurologue, adressé au médecin traitant, est le suivant :

« L'évaluation neuropsychologique d'Héléne ne met en évidence que des difficultés liées à l'état psychologique : il n'y a aucun argument en faveur d'une atteinte organique c'est-à-dire dégénérative sous-jacente. J'ai vérifié cliniquement qu'il n'y avait pas d'anomalie aux membres inférieurs puisque Héléne se plaint également de troubles de la marche, en particulier d'instabilité locomotrice ou de buter avec les pieds. La souffrance psychique est majeure. Le traitement par SEROPLEX 10° matin et soir est bien pris, mais c'est surtout un accompagnement psychiatrique qui me paraît le plus indispensable. Je prends contact avec le médecin du travail de façon à ce que soient bien perçues les difficultés professionnelles dans le contexte d'un syndrome anxiodépressif sévère. Je renouvelle le traitement antiépileptique sans

modification, ainsi que le traitement psychotrope. Je lui demande de te revoir dans un mois, je la reverrai à sa demande dans quatre mois. »

TROISIÈME CONSULTATION FIN DÉCEMBRE PENDANT L'ARRÊT MALADIE

Héléne est en arrêt maladie depuis plus de deux mois. D'emblée, elle exprime sa détresse, sa souffrance, elle n'arrive plus à penser, elle ne sait plus quoi faire. Depuis plusieurs mois, avant même la séparation conjugale, elle se plaignait de troubles de la mémoire qu'elle n'avait pas voulu signaler à l'embauche de peur de perdre son métier.

En septembre, elle était dans l'attente de la réalisation des tests neuropsychologiques prescrits par son neurologue et elle était terrorisée à l'idée d'apprendre qu'elle pourrait avoir une maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui Héléne sait que les tests sont normaux, mais elle doute toujours, elle raconte la perte de papiers, les oublis répétés, la difficulté à écrire, à rédiger une lettre, les critiques incessantes de son mari qui lui reprochait ses oublis, ses pertes de mémoire.

Dans son service, elle redoutait surtout les erreurs de médicaments, aussi bien dans la distribution des comprimés que dans la préparation des dosages. Elle décrit des troubles de l'élocution, « *les mots accrochent* » dit-elle. À la relève, il lui semblait qu'elle n'utilisait pas les bons mots, que ses collègues échangeaient des regards complices, sans oser lui faire de remarques. Elle me raconte un événement qui l'a terriblement angoissée, et qui a entraîné l'arrêt maladie. Un jour, elle est en train de distribuer les médicaments, elle entend la patiente lui dire « *Ce ne sont pas ceux que je prends d'habitude* » elle est en train de donner à M^{me} DURAND les médicaments de M^{me} DUPONT, elle est prise d'une peur panique, « *une trouille pas possible* » dit-elle. « *Et en même temps, je me rendais compte que je faisais une bêtise et je n'arrivais pas à me reprendre. Les derniers jours de travail, je ne faisais plus que ça : vérifier les médicaments. Au lieu de participer au travail collectif, à l'activité de nursing avec les aides-soignantes, je passais tout mon temps à la vérification des médicaments.* »

En faisant le récit de ses derniers jours de travail en octobre, Héléne exprime avec beaucoup d'émotion une grande souffrance, sa perte d'assurance, ses angoisses, sa peur de perdre son travail. En écartant toute atteinte dégénérative, le neurologue a confirmé la décompensation psychique. Mais Héléne refuse toute idée de prise en charge en psychothérapie.

Héléne a déjà été prise en charge sur le plan psychologique après le décès de sa mère, dans les mois qui ont précédé la séparation conjugale. Elle a mis fin brutalement à cette prise en charge. Elle accuse la psychologue d'avoir rompu le secret professionnel au sein de la famille, d'avoir informé sa fille de l'imminence de la séparation, Héléne s'est senti trahie, elle n'a plus confiance.

Dans le hors travail, Héléne est moins perturbée que dans le travail. Elle ne décrit aucun trouble obsessionnel compulsif,

aucune crise de panique dans sa vie privée. Spontanément Hélène ne rattache pas son état dépressif à son travail mais à son histoire personnelle, au traumatisme de la séparation conjugale dont elle a pris l'initiative, au décès de sa mère en 2005, une mère qui s'est toujours tu, qui n'a jamais rien dit, qui ne l'a jamais protégée de son père, et qui a préféré sombrer dans l'alcoolisme. Hélène évoque alors son père, les abus sexuels dont elle a été victime à partir de huit ans et dont elle n'a jamais pu parler jusqu'à la rencontre avec son nouveau compagnon. Ce père toujours menaçant, même de l'autre côté de la France, ce père devenu grand-père et qui invite aujourd'hui sa petite fille à venir habiter chez lui le temps de ses études d'infirmière. Ce père auquel elle doit encore et toujours faire face, mais comment protéger sa fille de ce qui n'a jamais été nommé ?

L'histoire infantile vient éclairer de manière singulière les décompensations somatiques qu'Hélène a présentées tout au long de sa vie. Le travail n'est pas aujourd'hui perçu par Hélène comme facteur déclenchant de la décompensation psychique, mais on peut faire l'hypothèse que l'activité de travail a joué un rôle dans le maintien ou dans la perte de son équilibre psychique. Je reprends donc avec elle son histoire professionnelle.

Hélène a fait des études d'infirmière après son bac, elle est devenue IDE en 1983, elle a travaillé dans un service de chirurgie de l'hôpital de W... sur un poste de jour, puis sur un poste à mi-temps après la naissance de son fils, puis sur un poste à mi-temps de nuit aux urgences et en chirurgie après la naissance de sa fille. Elle s'est arrêtée six mois en maladie pour sa sarcoïdose et elle a été déclarée inapte au travail de nuit aux urgences. Elle a été reclassée dans un service de long séjour toujours sur un poste à mi-temps. Cette expérience a été intéressante mais courte car on lui a proposé alors un poste en consultations de gastro-entérologie, deux jours par semaine, complété par quelques journées sur le poste en long séjour. Elle y est restée un an, puis son mari a été muté.

Hélène a occupé alors un poste à l'hôpital de X..., un poste en soins de suite aux urgences, elle effectuait les plâtres, les pansements, elle travaillait du lundi au vendredi de 8 h à 17 h, mais il s'agissait d'un remplacement de neuf mois. Elle a pris ensuite un poste en endocrinologie, mais au bout de quinze jours, elle a dû quitter l'hôpital, les horaires de pompier professionnel et ceux d'IDE en service hospitalier n'étaient pas compatibles avec une vie familiale. Elle a travaillé ensuite comme puéricultrice en PMI jusqu'en 1991 et la nouvelle mutation de son mari à Y...

Hélène a pris un poste d'IDE à 50 % à la maison de retraite de l'hôpital de Y1..., elle était la première infirmière à prendre ce poste occupé jusqu'alors par des religieuses, tout était à organiser et à mettre en place, elle s'y est engagée avec plaisir, et est restée dans le poste jusqu'en 2000. Pour se rapprocher de son domicile, elle a pris un poste à la maison de retraite de Y2..., elle aimait son travail et en 2002, pour les dix-huit ans de son fils, elle a pris un poste à 75 % jusqu'en 2009.

Le récit d'Hélène sur sa vie professionnelle reste très chronologique, peu d'événements, peu d'anecdotes, comme si les souvenirs manquaient, comme si la précarité liée aux mutations répétées du conjoint, le temps partiel avaient perturbé l'engagement subjectif dans le travail. Le récit s'enrichit à partir du travail en maison de retraite. À cette époque, Hélène ne comptait pas ses heures, elle se sentait responsable, respectée dans son travail.

En 2008, Hélène s'est séparée de son mari. En 2009, elle a rencontré un nouveau compagnon chez qui elle vit. Elle a pris un nouveau poste d'IDE à 75 % à la maison de retraite de Z... Mais les problèmes surgissent rapidement, la surveillante considère le contrat comme un trois quart de temps mensuel, contraignant Hélène à venir travailler tous les jours, avec des horaires variables, parfois pour trois heures. Hélène n'est pas concertée pour le planning, elle doit faire des astreintes, ce qui n'avait pas été prévu lors de l'embauche. Elle a été pendant plusieurs années responsable de l'organisation de son service, elle ne veut pas se laisser faire, elle se sent rabaisée. De plus, à ce moment de sa vie, le travail est devenu secondaire et sa vie affective primordiale, elle raconte comment tout a changé pour elle, elle a découvert une relation amoureuse, une vie de femme où elle n'était plus soumise, une sexualité, une sensualité qu'elle ne connaissait pas. C'est à ce moment-là qu'elle a commencé à douter dans le travail. La surveillante l'a accusée d'avoir égaré des documents médicaux, elle s'est défendu, elle a cherché avec ses collègues, et finalement elle a retrouvé ces ordonnances chez elle. Elle n'y comprenait rien, se persuadait qu'elle avait des problèmes de mémoire, la surveillante la traitait de « nulle », elle se sentait « détruite ». La situation est telle qu'elle demande sa mutation en avril 2010.

Quand elle prend son poste dans le service actuel, Hélène présente un syndrome anxieux généralisé qui n'est pas mis en visibilité lors de la visite d'embauche. Comment la question de la maltraitance et celle de la dénonciation viennent-elles résonner avec l'histoire singulière d'Hélène, avec son refus de dénoncer son père ? Comment Hélène peut-elle continuer son activité d'infirmière sans le soutien d'un collectif soignant auquel elle s'est opposée ? Le risque d'erreur sur les prescriptions médicamenteuses cristallise toutes ses angoisses et entraîne l'arrêt maladie. Les résultats tant attendus des tests neuropsychologiques sont normaux, et ne peuvent pas soulager la souffrance d'Hélène qui présente un état dépressif majeur.

Il me semble alors nécessaire de faire avec Hélène l'hypothèse que le travail exercé entre 1995 et 2008 a joué un rôle protecteur permettant de contenir l'angoisse, mais aussi d'entrer dans une demande de soins après le décès de sa mère. Hélène a vécu toute sa vie avec un secret, dans le souvenir de quelque chose d'irréparable et quand elle arrive à le mettre en mots, en récit avec son compagnon, elle peut alors exprimer une souffrance qu'elle avait tue, et les crises d'angoisse se multiplient : peur de l'oubli, peur de perdre la mémoire, d'avoir une maladie d'Alzheimer. Depuis 2009, Hélène reconnaît que les problèmes rencontrés dans le travail, difficultés d'organisation, fonctionnement du collectif

ont modifié son plaisir, son intérêt, son engagement dans le travail et que le travail n'a pas joué le rôle protecteur qu'il aurait pu jouer. En fin de consultation, Hélène accepte l'idée d'une prise en charge psychiatrique. Cette prise en charge demande du temps, et je lui conseille de faire une demande de congé longue maladie.

QUATRIÈME CONSULTATION, À LA DEMANDE D'HÉLÈNE EN FÉVRIER 2011

Hélène revient en consultation, à sa demande début février, elle est actuellement hospitalisée dans une clinique psychiatrique, elle vient pendant ses heures de sortie car elle est très inquiète pour son avenir professionnel. Elle vient de perdre son compagnon, âgé de cinquante et un ans, qui est mort dans ses bras, d'une crise cardiaque, un matin de janvier. Hélène, malgré la douleur, raconte : l'urgence vitale, l'appel au secours, les premiers gestes, les tentatives de réanimation, impossible... Elle me dit alors : *« Ce que j'ai redouté chaque jour pendant ma vie d'infirmière, je l'ai vécu chez moi, dans l'intimité. »*... Dans un premier temps, Hélène fait face à la situation, elle prend en charge l'organisation des funérailles avec les enfants de son compagnon mais le lendemain, la douleur est trop forte, elle est seule, elle est désespérée, elle prend des médicaments. On la retrouvera inanimée chez elle, le lendemain. Elle est hospitalisée, reste quatre jours dans le coma, avant d'être prise en charge en milieu psychiatrique.

Hélène n'était pas mariée avec son compagnon, elle se retrouve seule, sans logement, trop angoissée pour reprendre un travail, elle voudrait retourner dans le secteur d'Y... où sa fille habite. Hélène vient demander conseil : doit-elle demander sa mutation tout de suite ? Pourra-t-elle reprendre un poste d'infirmière ? Rassurer Hélène sur ses droits de congé longue maladie, lui dire qu'elle doit prendre le temps de se soigner, prendre contact avec le médecin psychiatre, évoquer la possibilité d'une reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique quand elle ira mieux. Tout ceci fait partie de la prise en charge thérapeutique.

COMMENTAIRES

Je voudrais dans cette observation mettre en visibilité mon activité, insister sur l'importance du suivi médical, de l'accompagnement, de la disponibilité du service de santé au travail sans lesquels il n'y a pas de clinique possible. Je voudrai attirer l'attention sur le temps particulier de la consultation en santé au travail quand le salarié est en arrêt maladie depuis plusieurs semaines. Cette consultation n'est pas dans une contrainte de temps aussi bien pour le médecin que pour le salarié. Le salarié est à la fois intégré dans le travail, puisqu'il a toujours sa place dans son service, dans l'établissement, mais il est à distance de son activité, son corps n'est plus engagé dans l'activité. Il ne s'agit pas d'une visite de pré-reprise du travail où l'enjeu des conditions de la reprise du travail peut envahir le temps de la consultation. C'est une consultation souvent riche sur le plan clinique, permettant de mettre en visibilité les liens qui se sont tissés entre activité et histoire singulière.