

# **TU DOIS LE PRENDRE, C'EST LA RÈGLE**

## **IL FAUT FAIRE COMME TOUT LE MONDE**

**B**ernadette est une infirmière, la quarantaine, mariée, deux enfants de 17 et 10 ans. Son DE obtenu, elle a d'abord exercé un an à l'hôpital en chirurgie vasculaire puis seule, en libéral, pendant dix ans. Elle est embauchée en 1996 par la directrice, elle-même infirmière, d'une association de soins dispensés sur Avie et Charnas, deux communes mitoyennes, regroupant une quinzaine d'infirmières. Elle y travaille encore actuellement.

La structure fonctionne avec une quinzaine d'infirmières, habitant pour moitié sur Avie, et pour moitié sur Charnas, la répartition des soins entre les infirmières tenant compte de la proximité géographique. Il y a sept tournées « fixes » (patients attribués) et huit tournées « remplaçantes » (pour fonctionner en cas de congé, arrêt maladie, formation). Une réunion périodique permet de présenter à l'équipe les nouveaux patients de les attribuer à chaque infirmière et de débattre de cas difficiles le cas échéant.

Bernadette a trouvé dans la structure, au moins pendant une longue période, ce qu'elle recherchait professionnellement. Le travail est intéressant et comporte à la fois des soins de nursing (soins à la personne) et des soins infirmiers à des malades qui peuvent être dans des pathologies très lourdes : par exemple SEP, ou accidents invalidants (dont récemment, un jeune tétraplégique), chimiothérapie à domicile, soins palliatifs en fin de vie. Il n'y a pas toujours d'auxiliaire de vie pour aider aux toilettes, mais la plupart des grands malades disposent d'un lit médicalisé. L'association travaille sur deux communes mitoyennes. L'effectif infirmier étant domicilié pour moitié sur chacune de ces deux communes, chaque infirmière y assure les soins en fonction de sa proximité géographique.

Le travail de soins est évidemment individuel, mais il y a une réelle possibilité d'échanges informels avec les collègues, ce qui aide à tenir le coup dans le travail. Les horaires sont meilleurs qu'en pratique libérale ; l'accès à la formation est facilité : en 2002, Bernadette passera dans le cadre de la

formation continue, un diplôme complémentaire en chimiothérapie, en même temps que sa collègue l'infirmière directrice. En soutien professionnel à l'équipe, il existe en outre et depuis peu, un genre de groupe de paroles, au sein duquel il est théoriquement permis de parler du travail en collectif avec un psychologue extérieur pour celles qui le souhaitent. La direction n'y participe pas.

La structure de soins infirmiers est dirigée par une directrice qui est elle-même infirmière et continue d'exercer, avec double casquette : les soins infirmiers et la gestion de la structure. Elle mène donc de front son métier d'infirmière et la gestion de l'association dans toutes ses composantes : organisation des plannings, prise de rendez-vous avec les familles pour les nouveaux patients, conseil d'administration de l'association, relation avec les deux mairies qui interviennent en subventions de fonctionnement.

Bernadette exerce cinq matins de 7 h 30 à 12 h, et un soir par semaine de 17 h à 20 h. Le mercredi matin, elle ne travaille pas, le réservant à piloter ses deux enfants dans leurs activités. Le mercredi matin, d'un commun accord, est travaillé pour celles des collègues qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'enfant à charge, ce qui permet à ces dernières de disposer du samedi matin quand elles ne sont pas de garde. La garde de week-end mobilisant trois infirmières en même temps s'effectue à raison d'un week-end toutes les cinq semaines.

Bernadette s'investit complètement dans son travail. En janvier 2000, au cours d'une période dans laquelle elle se qualifie de surmenée, elle est hospitalisée cinq jours à l'hôpital en service de neurologie. Elle présentait des céphalées et des troubles de la conscience pendant une heure environ, sans perte de connaissance, et ne pouvait plus parler normalement. Aucun diagnostic de certitude n'est avancé : spasme ? absence, petit mal ? L'asthénie intense après cet épisode a orienté un temps en effet les médecins vers une hypothèse d'asthénie post-critique. Mais rien d'objectif n'a pu l'établir et c'est le diagnostic de grosse fatigue qui a été retenu : un

arrêt de travail de huit jours est prescrit et tout rentrera dans l'ordre par la suite. Au travail, tout va bien à part des douleurs à l'adducteur gauche en 2003, attribuées aux fréquentes montées/descentes de véhicule au cours de la tournée des soins. En 2005, elle indique lors de l'examen annuel une tendance à l'envahissement par le travail signalé par sa famille, mis sur le compte de patients lourds et « attachants ». À l'entretien de 2006, elle signale une pré-ménopause qui lui paraît précoce à 45 ans et va l'amener à consulter son gynécologue ; d'autre part, elle indique qu'elle a « craqué moralement » avec une patiente. Un fonctionnement de l'équipe permet de prendre en charge ce type d'aléa au travail : la malade a été prise en charge momentanément par une autre infirmière de l'association. C'est une sorte de régulation de la part du collectif de travail tenant à la fois de la règle de métier et du soin (care) manifestée par l'équipe à un de ses membres lorsqu'une situation dégradée se présente. Elle répond à un impératif professionnel (assurer la continuité des soins) et permet en même temps de soulager l'infirmière qui en fait la demande quand c'est trop lourd à porter. Par exemple, les soins à une SEP ont été répartis sur plusieurs membres de l'équipe devant la fatigue d'une infirmière de l'équipe.

Au début du mois septembre 2008, Bernadette est revue en visite de reprise du travail après un arrêt de huit mois. Elle explique qu'elle a fait une « dépression réactionnelle » et est actuellement encore sous antidépresseur Effexor<sup>o</sup>, et anxiolytique Xanax<sup>o</sup>.

Tout a commencé il y a un an exactement. À partir de septembre 2007, elle se souvient d'avoir commencé à éprouver une grande anxiété. « *Le dimanche 30 septembre 2007 au matin* » se souvient-elle précisément, elle a présenté une lombalgie aiguë, qui lui a valu d'être hospitalisée une journée. Elle fait la liaison entre cette lombalgie et un évènement professionnel : au début de ce même mois de septembre, il lui avait été annoncé à la réunion d'équipe, qu'à son tour, elle devrait prendre en charge partiellement un jeune tétraplégique. Et là, qu'elle savait qu'elle n'allait pas pouvoir le faire. La reprise du travail après sa lombalgie devait commencer par une garde de week-end, « *la garde du 6-7 novembre* », avec ce tétraplégique.

Elle n'a pu se rendre à son travail : sonnée, elle fait appel à une collègue le jour même qui la remplace au pied levé.

Elle avait pourtant mis en garde, avait dit qu'elle ne pourrait assumer ce patient. Mais la sentence est tombée : « *Tu dois le prendre, comme tout le monde le fait !* ». Sa santé se dégrade : angoisse, pleurs fréquents, tétanie ou spasmophilie. Elle bénéficie d'un suivi psychologique en février. Fin mars 2008 elle est hospitalisée pour un amaigrissement brutal de 13 kg. Les symptômes mimaient le cancer du pancréas disent à Bernadette les médecins du service une fois que tout risque d'atteinte viscérale a été écarté, IRM et scanner normaux à l'appui. Bernadette est faible et reste en arrêt maladie. Après sa lombalgie, c'est sa deuxième somatisation sur un conflit grave prenant son origine au cœur de son travail.

Au nom de la mutualisation dans l'équipe des cas particulièrement lourds, Bernadette se devait de prendre en charge à

son tour ce patient. Elle se vit comme dans l'incapacité de pouvoir le faire. Mais il est possible que l'équipe le ressente non comme une incapacité mais un refus. Et d'ailleurs, ce patient, Bernadette ne l'a même jamais vu. Ce refus la place dans une situation délicate vis-à-vis de son équipe et de sa direction : elle malmène une règle professionnelle.

Mais en y regardant de plus près, une deuxième règle de métier est mise à mal. Cette règle de métier qu'on retrouve dans d'autres professions confrontées au risque et à la mort, comme dans le BTP, mais également en chirurgie pourrait s'énoncer ainsi : « Quand ponctuellement je ne "me sens pas d'y aller", je n'y vais pas, et je compte alors sur le collectif pour qu'il puisse prendre en charge le fait que je ne puisse pas y aller, sans avoir à faire des discours de justification sur les motifs de ce retrait, et sans risque de sanction ni d'exclusion du collectif. » **Mon expérience professionnelle me fait penser qu'un pylôniste qui indiquerait qu'il « ne se sent pas » un matin de monter au pylône, n'encourt aucun désagrément de la part de ses collègues et de son encadrement.**

S'agissant de Bernadette, les collègues de travail n'ont pas appliqué cette règle de métier. Il est vrai que l'incapacité exprimée par Bernadette peut être appréhendée par l'équipe et la direction non comme une impossibilité de faire, à un moment donné, mais comme un refus durable, dépassant les possibilités de suppléance d'un collectif.

Dans la structure de soins, le tétraplégique est pris en soins par des infirmières depuis quelques mois déjà. Il s'agit d'un jeune homme qui a toujours le moral, se fait conduire partout en voiture, sort en boîte et est décrit par l'équipe comme possédant une pêche d'enfer. Mais quand même, il est tétraplégique ! Il nécessite des soins assurés conjointement par une auxiliaire de vie habitant sur place, dans sa villa bourrée d'équipements électroniques et spécialement adaptée pour lui permettre une certaine autonomie. Devant l'équipe, Bernadette a multiplié les alertes préventives en indiquant que cette fois, « *elle ne pourrait pas y aller* », rencontrant l'incompréhension du collectif et de la direction : en fait, implicitement, elle viole la règle de mutualisation des cas lourds en refusant de s'occuper d'un patient tétraplégique. Du moment que, comme toute l'équipe, elle a déjà pu prendre en charge un tétraplégique, qui est toujours en soins avec l'équipe, pour ce tétraplégique là, où se trouve donc le problème ?

Or au regard de son histoire personnelle, ce malade tétraplégique n'est pas n'importe quel patient tétraplégique. Bernadette pour expliciter devant l'équipe son refus, a exposé lors de la réunion que ce patient avait été victime d'un accident qui lui rappelle en tout, celui dont a été victime son frère, devenu brutalement tétraplégique dans les mêmes circonstances dramatiques et décédé en 2002. Elle s'en est occupée jusqu'à la fin, en tant que sœur et en tant qu'infirmière. Et cette histoire résonne de façon insupportable en elle, réactivée par le travail. L'équipe n'entend pas l'alerte qui lui est faite. Bernadette s'effondre.

Pendant son arrêt maladie, des collègues prennent de ses nouvelles. En juin 2008, elle se sent mieux et souhaite reprendre le travail. Elle laisse des messages sur le répondeur de la directrice, qui indique-t-elle, restent sans réponses.

Fin août, elle montre plus d'insistance auprès de sa direction pour lui signifier sa volonté de reprendre le travail, et indique même faire un peu pression pour obtenir de sa part une convocation à la visite de reprise de travail.

Le certificat d'aptitude est accompagné d'une lettre à la direction : « *Elle peut reprendre son activité d'infirmière. La prise en charge d'un patient tétraplégique est totalement et définitivement exclue, en relation avec l'arrêt de travail qu'elle a connu dans la dernière période. Vous pouvez faire état de mon courrier auprès de votre équipe si vous le jugez utile.* »

Le cas est compliqué. Heureusement, je peux le travailler ces questions au sein d'un groupe de pairs. Ce dernier a été créé en préparation du thème Clinique médicale du travail, un an avant le Congrès de médecine du travail de Lyon en 2006. Puis il s'est transformé en GAPEP (évaluation des pratiques professionnelles entre pairs : EPP avec E-Pairs) et travail sur les monographies SAMOTRACE en réunions alternantes tout au long de l'année. Il est déjà plutôt expérimenté.

En lui lisant quelques jours après sa rédaction, et devant mon groupe de pairs, le contenu de la lettre adressée à la directrice, mon groupe de pairs se montre critique vis-à-vis du courrier d'accompagnement : il colle littéralement à la demande sans aucun recul et il risque d'entraver le travail psychique de Bernadette en légitimant une posture de retrait qui est posée comme définitive sans grande argumentation à la clé pour venir l'appuyer. Et si justement, le travail psychique de Bernadette aboutissait à ce qu'elle puisse un jour, travailler avec ce tétraplégique ?

Dans le courrier remis, il y n'y a pas une ouverture possible sur un état de limitation temporaire d'aptitude ! Une fois de plus, pour le groupe, la précipitation dans la rédaction de la lettre d'accompagnement de l'avis d'aptitude avait prévalu. De fait, le point de vue de la santé auprès de Bernadette n'est pas soutenu auprès de l'employeur, en apportant caution médicale à l'idée que se fait Bernadette de son incapacité d'être à nouveau en contact de soignant, un jour, avec ce patient. Elle est emmurée dans son impasse. Qu'est-ce qui est insupportable à Bernadette dans la perspective d'avoir des soins à donner à ce tétraplégique ? Elle met en difficulté l'employeur. La lettre est donc considérée comme risquant d'envenimer une situation déjà tendue. J'en ai pris complètement acte.

Pour autant le contenu de la lettre n'a pas pesé dans l'entretien entre Bernadette et la directrice. Voici comment Bernadette le raconte deux jours après : le rendez-vous avec la directrice, décrit par Bernadette comme glacial, est tellement bref que la lettre du médecin du travail n'est même pas donnée. Visiblement la direction ne s'attendait pas à ce que Bernadette reprenne le travail, et cette dernière est remplacée. La reprise n'était plus prévue. Il faut remanier le planning de l'équipe. L'entretien a lieu un mardi. Bernadette est

invitée sur le champ à reprendre le travail le lendemain mercredi alors qu'elle n'a jamais travaillé ce jour-là. Elle n'a pas le temps de s'organiser. Elle propose à sa direction de différer au lundi suivant sa reprise. C'est un non catégorique. Elle se lève au bout d'un entretien qui est conclu par une sorte d'ultimatum : « *Maintenant, plus de passe droit, c'est à prendre ou à laisser* », relate-t-elle. De quel passe-droit s'interroge Bernadette, a-t-elle bénéficié dans le passé ? Trop remuée pour lui poser la question, Bernadette en s'en allant lui remet le courrier du médecin du travail. Elle quitte le bureau en retenant ses pleurs ; le lendemain, elle passe trois jours et un week-end détestables, puis consulte son généraliste, qui la remet en arrêt.

En reprenant le récit de Bernadette, il est possible d'identifier une période antérieure au cours de laquelle une certaine évolution des conditions du travail a pu transformer les relations entre les infirmières, et en même temps affaiblir le collectif de travail. Je fais l'hypothèse que c'est à cette période de fragilisation des conditions de travail et de son collectif, que Bernadette a commencé à constater les premières atteintes à sa santé.

Les conditions d'exercice du métier d'infirmière en ville ont rapidement évolué depuis son entrée dans la structure. Deux éléments de cette évolution sont à examiner. Le premier porte sur les soins à la personne.

À son embauche, en 1996, il y avait déjà, dans l'exercice de l'infirmière, à la fois des « soins à la personnes » ou nursing, et des gestes plus techniques. La charge de travail était décrite comme moins importante, et l'effectif des infirmières moitié moins élevé. L'entraide alors est assez habituelle entre collègues. « *Au début, – explique Bernadette – dans une matinée j'avais quatre toilettes et quelques injections, mes collègues, pareil. Actuellement, j'ai facilement sept toilettes.* ». Elle concentre donc dans son activité les soins à la personne. Il y a probablement des situations de travail non homogènes. Cela dit, une toilette peut être un soin très lourd, consommateur de temps et est effectuée effectivement par les infirmières en ville, lorsqu'il n'y a pas – ou que les familles en refusent le coût – une auxiliaire de vie. Il faut lever le malade et faire sa toilette. Le nursing dans un contact avec des personnes en fin de vie, ne peut laisser intact, et se révéler être lourd physiquement et psychologiquement ; ceci étant, il fait partie intégrante du métier. Mais pour Bernadette il est clair que les actes de soins infirmiers qui à présent et depuis plusieurs années semblent essentiellement composer son travail au quotidien sont « un travail d'aide-soignante », un travail vécu comme « répétitif », de routine, alors qu'elle revendique d'être « soignante ». Cette dévalorisation peut s'accompagner d'une restriction de l'espace de mise en mots avec ses pairs, d'un vécu qui peut être teinté de honte. De fait, Bernadette décrit une diminution de la discussion sur le travail avec ses collègues. Pourtant elles aussi peuvent être confrontées à des actes de soins infirmiers nombreux au détriment d'actes plus techniques. Est-ce que cela induit chez elles le même rapport subjectif au travail de dévalorisation ? Il faudrait pouvoir recueillir leur avis pour le savoir. Mais il est probable qu'il contribue à l'individualisation des situations de travail.

Il y a un deuxième aspect dans l'évolution du métier, portant cette fois sur les actes techniques. Les injections restent quotidiennes, et les gestes plus techniques se sont multipliés depuis le changement de comportement des médecins à l'hôpital il y a un peu moins de dix ans. En liaison avec la création de structures type HAD, ou HAD spécifique au Centre anti-cancer, ils se sont mis à confier aux infirmières de ville des traitements auparavant pratiqués à l'hôpital. Les pompes de toutes sortes sont apparues : pompe d'alimentation parentérale ; pompe à morphine. Dans le cas de la structure, la pratique technique se fait essentiellement en chimiothérapie : par exemple, surveillance d'une pompe de chimiothérapie chez un malade dans les 72 h de traitement à domicile faisant suite à la sortie de l'hôpital. Cette technicité accrue du métier a du bon : valorisation de ce côté du métier par la technique, contacts multipliés avec des praticiens de cancérologie, ou des infirmières d'hôpital, qualité de la relation à construire avec les patients et leurs familles. Et incitation à évoluer dans les pratiques. Ainsi, dans l'association, le recrutement en mars 2007 du premier patient tétraplégique muni d'un stimulateur phrénique pris en charge par l'équipe sur la commune a amené dans l'urgence les infirmières du secteur d'Avie (où habite le patient) à partir, un peu inquiètes au départ, à l'hôpital spécialisé dans les grands traumatisés, pour se faire expliquer par leurs collègues infirmières d'hôpital comment prendre en charge les gestes techniques à pratiquer sur leur futur patient.

En réalité, le recrutement des patients « techniques » n'a pas exactement le même dosage dans les deux communes : hasard du recrutement, répartition des patients selon l'attrait du geste technique différent d'une infirmière à l'autre ? Progressivement, s'est établie une différence de pratiques entre les deux communes. Il est possible d'envisager à partir de là, qu'une collectivité d'infirmières intervenant sur sa commune davantage dans le nursing, comme Charnas, se voit quand même sollicitée pour accepter d'autres malades en nursing, au motif que les gestes techniques de l'équipe de l'autre commune, celle d'Avie, à recrutement majoritairement plus technique, sont à assurer : puisque l'équipe « nursing » n'est pas en situation d'assurer cette aide technique, autant qu'elle puisse dépanner Avie. Ce qui peut amener les infirmières de Charnas à accepter de prendre des activités de nursing sur l'autre commune, en plus de celles de leur propre commune. Dans ce contexte, les soins de nursing peuvent alors se colorer d'une note péjorative pour l'infirmière et contribuer à dégrader l'estime de soi. Le collectif a pu se fragiliser à partir de cette sorte de répartition des rôles qui n'a été pensée ni voulue par personne. Mais on peut facilement concevoir la suite. Une équipe travaillant davantage dans le nursing, est sollicitée sur sa commune pour prendre en charge un malade à pompe. Dans le cas où estimant manquer de pratique, ou ne sachant peut-être pas comment faire, elle est tentée de demander de l'aide à celles qui l'ont déjà fait sur l'autre commune. C'est en même temps une façon de vérifier implicitement la solidité du collectif de travail. Les réactions peuvent aller en effet du : « *Je vais t'expliquer, c'est bête comme chou* » à « *Comment, mais tu es bête ou quoi, tu ne sais toujours pas faire ça ?* » Autrement dit, la

tendance à prendre davantage de soins en nursing, alors que l'activité quotidienne est déjà dans des soins de nursing peut s'observer, avec des disparités entre infirmières, mais dans les derniers temps, il semble qu'il y avait un secteur plutôt nursing (Charnas) et un secteur plutôt technique (Avie).

Il faut revenir sur la prise en charge du jeune tétraplégique. Je ne sais du reste si elle relève du soin à la personne ou d'actes techniques. Mais auparavant il faut faire un détour pour expliquer le mode d'attribution des patients aux infirmières. Il est le suivant : il y a présentation dans l'équipe des nouveaux malades par la directrice. Après délibération l'attribution se fait oralement, et la directrice tranche s'il y a ballottage. Mais dans la dernière période, ce type de fonctionnement a un peu évolué : l'attribution de nouveaux patients tend à se faire sur un autre mode plus individuel, tenant compte d'un ensemble de critères ; mais malgré les difficultés décrites précédemment, l'arrivée du jeune patient tétraplégique a quand même pu faire l'objet d'une réticence exprimée collectivement de la part des infirmières des deux communes, devant le surcroît de travail qu'occasionnerait cette prise en charge : c'est une heure minimum avec l'aide de l'auxiliaire de vie, le matin, et rebelote l'après-midi. La réticence est étonnante pour un tiers extérieur : elle bouscule la règle professionnelle qui est d'accepter autant que faire se peut, tout nouveau patient, quitte à prendre sur soi. Et d'une manière générale, les infirmières ont plus que l'habitude de prendre sur elles ! Cette réticence a été portée collectivement. Elle peut être analysée en tant qu'émission par le collectif d'un signal d'alerte, alerte rédigée dans les règles de l'art des règles professionnelles. Elle est en même temps expression d'une fragilisation globale de leur situation de travail, qui ne permet plus de faire face, peut-être même adressée à la direction à l'état brut, sans même avoir elles-mêmes pu la mettre en mots.

À ce stade, j'évoque une hypothèse. La délibération qui permet à chacun de faire émerger à la conscience (au sens de conscience cognitive), des éléments non élaborés du travail, de les mettre en mots, somme toute d'exercer son intelligence en situation de travail un peu complexe ou dégradée, est atteinte. Elle est insuffisante à déclencher l'alerte et tout le monde passe à côté. La réticence manifestée collectivement à accepter un nouveau patient est considérée au mieux comme symptôme de ras le bol, de situation un peu difficile professionnellement mais c'est tout. Pourtant en reprenant les dossiers, la lassitude est bien indiquée à demi mot chez plusieurs infirmières mais le médecin la banalise et pense qu'il y a plainte diversement traduite par la tête et le corps, dans un contexte de travail surchargé. Il n'identifie pas la portée de ce qui peut se passer ensuite. Et il ne donne pas non plus l'alerte.

L'étape suivante est le refus de prendre en charge un patient particulier par une infirmière en particulier. Mais à ce stade le refus est porté individuellement, à l'encontre d'une grosse pression provenant du collectif. Il aboutit à l'impasse et à la seule façon pour Bernadette d'en sortir, la décompensation.

Il est possible que la spécialisation dans les faits, qui s'est établie à vau-l'eau, c'est-à-dire sans avoir été pensée volon-

tairement, ni peut-être même identifiée ainsi, entre commune « nursing » et commune « soins techniques » : Charnas plus nursing, Avie davantage technique, ait contribué à fragiliser le collectif des infirmières de l'association. Ce qui est certain est qu'avec un collectif de travail fragilisé, il est plus difficile d'échanger sur le travail et de construire sa santé au travail et probablement de faire le travail. C'est dans ce contexte que Bernadette a vu sa santé se dégrader. Un travail à partir de ces constats peut permettre néanmoins d'en reprendre une certaine élaboration collectivement.

Rien d'aussi net n'a transparu dans les entretiens lors des examens périodiques et il a fallu qu'apparaisse une décompensation pour que le médecin soit amené à se poser quelques questions autour de l'organisation du travail. Ce constat amène de lui-même une autre question : un suivi régulier n'a pas été, dans le cas présenté, un outil pour l'alerte. En attendant, Bernadette est en quelque sorte, dans l'attente, en arrêt maladie dans une sorte de paralysie de son pouvoir d'agir.

Je lui ai indiqué que j'allais appeler la directrice pour la rencontrer. Et que, tirée de cet écrit, je préparais pour elle une lettre qu'elle pourrait remettre à son généraliste, destinée à expliciter le lien entre sa décompensation et l'histoire de son travail telle qu'elle a pris le temps de la relater.

Le groupe de pairs me demande de réfléchir à trouver *le bon moment pour le faire*. Le bon moment, pour Bernadette, serait celui où elle serait en état de pouvoir tirer parti du contenu qu'elle lira en le transmettant au généraliste, sans le prendre en pleine figure, sans aussi empêcher sa propre élaboration par une fermeture.

Quelques jours après la réunion du GAPEP, la directrice vient, suite à mon invitation, au cabinet médical. Elle confirme avoir été très ennuyée par la lettre d'accompagnement du certificat de reprise, en a parlé à sa structure juridique d'appui, qui lui a conseillé de suivre l'avis du médecin du travail. Elle se trouve dans l'impasse elle aussi quand elle relate l'entretien avec Bernadette. Sa relation est concordante avec ce qu'en a dit Bernadette, mais permet de préciser que l'entretien a été tellement court, que la prise en charge du jeune tétraplégique n'a pas été du tout abordée. Le désaccord sur la date de reprise du travail a suffi à écarter le rendez-vous redouté par Bernadette. Il est convenu que la directrice propose un nouveau rendez-vous à l'infirmière dans des conditions plus calmes. Si l'entretien le permet, elle reprendra la main en lui demandant d'accompagner une fois ou deux le binôme chargé des soins au jeune tétraplégique non seulement pour assimiler les gestes techniques qu'elle ne connaît pas encore, mais aussi pour se faire une idée sur ce que ça lui fait à elle de se trouver en sa présence – « *lui qui a survécu alors que son frère est mort* » – puisque Bernadette ne l'a encore jamais vu.

En attendant, Bernadette est soutenue par son généraliste, et indique qu'elle trouve un ferme appui dans le fait que ce dernier « ne veut pas » qu'elle reprenne dans ces conditions.

Alain GROSSETÊTE

## BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- ♦ MOLINIER P., *Revue Travailler*
- ♦ DEJOURS CH., *TRAVAIL, USURE MENTALE*
- ♦ DAVEZIES PH., DEVEAUX A., TORRES C., *Archives Maladies Professionnelles* 2006, n°67, p.119-125



Vente en librairie – Prix : 17,50 € –  
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages