

À PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Annie LOUBET, médecin du travail

Elise, âgée de 43 ans, aide ménagère, est connue du médecin du travail depuis septembre 2003. Mariée, mère d'un enfant de dix ans, son conjoint est retraité. Elle est l'aînée de trois frères et deux sœurs. Sa formation est un peu inhabituelle dans ce métier : Bac, DEUG de langue, CAP cuisine, formation aide-ménagères.

Elise est vue pour la première fois lors de son embauche comme conductrice d'autocars de transports scolaires en septembre 2003 ; il s'agit d'un travail à temps partiel. Titulaire d'un permis transports en commun, elle conduit un master de dix-sept places. Il n'y a pas de billetterie, mais un contrôle de carte. Des enfants scolarisés en maternelle prennent ce bus et elle doit veiller à ce qu'ils soient attachés. Elle vient de s'installer dans la région. Peu d'échange lors de cette première consultation : des troubles du sommeil sont signalés en lien avec l'état dépressif du conjoint, encore en activité alors (infirmier en psychiatrie).

Revue en visite annuelle en novembre 2004 : la situation de travail est identique, toujours à temps partiel. Elle souhaiterait travailler plus et a même fait une demande pour un travail en milieu urbain à temps plein (mais à 75 km de son domicile). Dans l'année, elle signale avoir eu de nombreux arrêts de travail pour rhumes ou gastro entérites (proximité des enfants) et avoir souffert de douleurs du rachis et de tendinites.

Elise est vue en visite d'embauche en octobre 2006 pour un poste d'aide ménagère, en CDI à temps partiel, depuis un an pour 10 h /semaine, en parallèle avec la conduite en trans-

ports scolaires pour 3 à 4 h/j. Elise apprécie cette nouvelle activité pour l'intérêt trouvé dans les contacts humains. Elle avoue moins aimer conduire depuis deux ans, se plaint du manque de considération dans l'entreprise de transport : elle n'a pas été autorisée à conserver le véhicule chez elle entre ses services du matin et du soir, alors qu'il n'est pas utilisé entre-temps, ce qui augmente ses frais de déplacement et immobilise le véhicule familial pendant ses services ; tout ça pour un temps partiel. En 2005, elle a souffert de sciatique par hernie discale.

Elle est revue en mars 2007, en visite reprise maladie, avec toujours ses deux emplois :

- 20 heures/semaine : aide-ménagère pour trois personnes âgées et des remplacements de collègues ; *Beaucoup de personnes âgées sont en bonne santé mentale, elle trouve ce travail intéressant. J'avais alors attiré son attention sur les risques de surinvestissement.*
- 6 h 30 – 8 h 20 et 16 h 40 – 18 h : transports scolaires.

Depuis un an, elle souffrait des épaules et ne dormait plus, elle est arrêtée depuis trois semaines. L'amplitude des journées de travail est importante. Le véhicule qui sert maintenant à plusieurs services et donc à plusieurs chauffeurs a un siège difficile à régler, bien que récent et en bon état. Elise insiste à nouveau sur l'absence de considération de la hiérarchie : « *Ils n'ont pas confiance en nous ; on a une heure par jour pour l'entretien, il faut marquer l'heure de début et fin du travail ainsi que le travail réellement fait. Les temps par-*

tiels sont moins bien traités que les temps plein ». Elise signale avoir sollicité cet arrêt de travail, car son sommeil étant très perturbé par les douleurs, elle avait peur de manquer de vigilance. Elle est un peu soulagée par la kinésithérapie et va reprendre le travail.

Lors de l'examen systématique d'octobre 2007, des changements : Elise a démissionné de son poste de conductrice, a pu augmenter son temps de travail chez les aides ménagères (26 heures/semaine avec heures complémentaires). En fait, elle travaille à temps plein et souffre périodiquement de sciatgie. Elise ne signale pas de difficultés particulières en dehors d'une personne âgée dont elle a du mal à gérer les sautes d'humeur ; elle souhaiterait rencontrer la collègue qui intervient chez la même personne et regrette que les réunions de l'équipe soit souvent le soir. Depuis qu'elle a arrêté la conduite des cars, elle a moins de douleurs des épaules, parfois quelques douleurs de tout le membre supérieur gauche et des paresthésies des mains. Elle prend systématiquement 1cp d'Effergal^o le soir, pour s'endormir rapidement sans douleur. Elle souffre également d'une hernie hiatale avec œsophagite et a eu une gastroscopie. À l'examen, je note des contractures musculaires paravertébrales diffuses et une tendinopathie de la coiffe à gauche.

Elise sera reçue en urgence le lundi 12 janvier 2009, adressée par l'employeur. Le vendredi précédent, elle a été placée en garde à vue douze heures, mise en cellule ; son domicile a été perquisitionné. Un vol de bijoux avait eu lieu sept mois plus tôt chez une personne âgée chez qui elle intervenait. Lors des faits, son employeur lui avait demandé si elle avait été sollicitée par la gendarmerie. À sa réponse négative, elle lui avait demandé de ne plus s'occuper de cette personne âgée. Depuis, rien ne s'était passé et Elise avait complètement oublié ce dossier. Elle est accusée car « *quelqu'un lui aurait vu porter une bague de cette personne âgée* ». À sa sortie de garde à vue à 17 h 30, son employeur lui a demandé de se rendre chez son médecin traitant.

Elise raconte sa garde à vue, la terrible pression psychologique pour la faire avouer, les insinuations, « il y a eu des problèmes avec d'autres personnes âgées, on le sait ». Elise reconnaît avoir demandé à changer parfois, car elle se sentait peu à l'aise avec les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer. Elle me dit être très agressive avec son conjoint, reconnaît des idées suicidaires mais a bien dormi avec un quart de comprimé de Lysanxia^o. Elle dit se sentir extrêmement fatiguée dès qu'elle commence à réfléchir : « *Comment faire ce métier ? j'ai toujours le porte-monnaie des personnes âgées pour les courses, quand je change les draps, j'ouvre les armoires, il ne faudrait pas.* »

La situation implique pour le médecin du travail d'intervenir en urgence et en présence de la salarié :

- Appeler l'employeur pour demander qu'une déclaration d'AT soit faite ; l'employeur est d'accord et demandeur car ce risque est une réalité du métier. L'employeur organise le soir une réunion en urgence de toute l'équipe. Le médecin du travail encourage Elise à être présente à cette réunion bien qu'elle soit en arrêt de travail.

- Prendre contact avec un juriste (FNATH) ; il est impossible de porter plainte pour diffamation calomnieuse ou diffamation avant la fin de l'instruction. Ce type d'affaires est souvent classé sans suite par le parquet. Elise peut prendre un avocat et bénéficier de l'aide juridictionnelle si ses revenus sont compris entre 800 et 1 200 €.

- Contacter le médecin traitant qui l'a vue à sa sortie de sa garde à vue et est d'accord pour établir un certificat médical initial d'accident de travail avec le diagnostic de syndrome subjectif post traumatique

- Expliquer à Elise qu'il n'est pas possible de répondre à sa demande pressante d'avoir un rendez vous le jour même avec un psychiatre (hors HDT, il n'est pas possible d'obtenir un rendez-vous en urgence)

Établissement d'un autre certificat médical initial pour compléter la déclaration d'accident de travail qui sera rédigé dans les deux jours et ainsi libellé :

Je soussignée, docteur X... médecin du travail, certifie avoir reçu, en urgence le lundi matin 12 janvier 2009 à la demande de son employeur, M^{me} Elise, aide ménagère, n^o SS, domiciliée _____. Je connais Elise pour la suivre en médecine du travail depuis septembre 2003. Elise m'a dit avoir subi le vendredi précédent, c'est-à-dire, le 9 janvier 2009, une garde à vue d'une journée avec mise en cellule, dans le cadre d'une enquête sur la disparition de bijoux en mai 2008, dans une maison où elle intervenait comme aide ménagère. Elle a été relâchée à 17 h présumée innocente après que son domicile ait été perquisitionné et que ses bijoux aient été saisis.

Elise m'a déclaré avoir subi une pression psychologique importante, été menacée d'une prolongation de garde à vue jusqu'à 48 heures, s'être entendu dire qu'il y avait des problèmes dans d'autres maisons.

Avec cette garde à vue et cette suspicion, l'atteinte à l'identité professionnelle a été brutale et majeure avec détresse importante, agressivité à l'égard du conjoint, idées noires, difficultés à réfléchir avec sentiment d'asthénie intense, sentiment d'angoisse, des troubles de mémoire, une élocution hachée.

Il s'agit donc d'un syndrome subjectif post traumatique aigu en lien direct avec la situation de travail qui répond à la définition de l'accident du travail.

Certificat médical remis à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Elise appellera le lendemain pour donner de ses nouvelles : « *Il y a des hauts et des bas, la réunion s'est bien passé.* ». Elle s'est sentie soutenue par ses collègues, la hiérarchie et la présidente de l'association, qui portera plainte à l'issue de la procédure. Elle a rendez-vous avec un psychologue en fin de semaine. Elle pense que son médecin traitant croit qu'être en arrêt de travail suffise à la soulager. Elle déclare avoir des absences, s'éparpiller dans son travail, avoir des difficultés à organiser ses idées, avoir des problèmes de mémoire ; elle va essayer de se fixer aux heures d'école pour faire son travail domestique. Elle a dû mal à rester seule : « *Je n'ai pas volé ces bijoux, j'ai peur que les gendarmes reviennent* ».

Le médecin du travail reprend de ses nouvelles deux jours plus tard : état stationnaire, avec des crises d'angoisse, quand le conjoint doit s'absenter.

Elise passe quatre jours plus tard dans le service, elle a vu un psychologue et a rendez vous au CMP avec un psychiatre. Le médecin du travail recommande de continuer à passer régulièrement à l'association pour rencontrer les collègues. Elle a pris conseil auprès d'un membre de sa famille contrôleur du travail car « *Je sais aujourd'hui que je ne pourrai plus rentrer dans une maison* ». Elle déclare avoir des liens très forts avec beaucoup de personnes âgées, pour lesquelles elle s'inquiète. « *Jusqu'à maintenant je me valorisais dans ce travail, je remontais le moral des gens. Aujourd'hui, tout ce que j'ai fait n'a servi çà rien, ça m'a juste amenée à être en garde à vue, quelque part j'aime ce métier, quelque part je le déteste. Chez cette personne chez qui je suis accusée, je faisais bien mon travail.* »

Elise rappelle dix jours plus tard : « *Ça va à part quelques troubles de mémoire, pas de nouvelles de la CPAM et pas d'indemnités journalières* ». Elle ne dort plus comme avant, se lève fatiguée, a des réveils précoces et des difficultés à se rendormir. Elle me dit alors que son conjoint lui a dit de ne pas parler au médecin du travail de ses antécédents de dépression majeure après le décès de sa grand-mère. « *Je suis l'aînée de sept enfants avec un frère plus jeune de seize mois. On se faisait taper dessus par mon père et sa femme (divorce alors qu'elle avait 5 ans et demi). Mon frère est décédé à 22 ans d'un coma éthylique. Quand on me tapait, je ne savais pas pourquoi on me tapait. C'était en général sa faute. Cette garde à vue m'a ramené à tout ça. Je ne suis pas une victime. Je me suis mariée, j'élève mon fils avec des valeurs. J'ai l'impression d'être retombée d'un seul coup en dépression.* »

Elle est passée au bureau et voit une collègue qui habite le même village qu'elle. Elle ne peut envisager de reprendre le travail actuellement. Sa collègue qui a repris la maison où elle a été accusée de vol demande à la personne âgée de la suivre dans chaque pièce où elle intervient.

Nouvel appel téléphonique quelques jours plus tard : Elise a dû voir son médecin pour des céphalées rebelles mais a mal supporté le traitement, s'est trouvée confuse et a arrêté le traitement. Elle signale un retard de règles (qui aurait dû survenir le jour de la garde à vue). Nous sommes trois semaines après la garde à vue : « *Dans la journée, ça va mieux, j'ai pu faire du classement.* » Elle a rendez-vous dans une semaine avec le psychiatre. Elle n'est pas dépressive, du point de vue du médecin du travail et va faire la kinésithérapie prescrite il y a trois mois qu'elle n'avait pas fait faire.

Nouvel appel téléphonique, la semaine suivante, pour parler du chantage des gendarmes et de la menace de l'enfermer 48 heures dans une cellule. Elle veut quitter ce métier tout en culpabilisant d'avoir abandonné des personnes âgées. Elle ne veut plus prendre le risque d'être exposée à cette situation mais veut continuer à travailler pour être indépendante de son mari.

Elise rappelle avoir rencontré le psychiatre qui a prescrit du Rivotril^o. L'humeur reste fluctuante, mais elle dort beaucoup mieux et surtout se rendort. Elle ne fait plus de cauchemars mais des rêves. Elle signale la persistance de troubles de mémoire, culpabilise d'être agressive à la maison (« *J'ai vécu toute mon enfance dans un climat de violence* »). Elle a pu se rendre chez une personne âgée pour se faire payer (intervention comme mandataire), chez une autre pour lui faire sa liste de courses. « *Je veux bien rendre service, mais je ne veux pas de problèmes.* » Le médecin du travail lui recommande d'écrire sur son métier si elle s'en sent la force, suite au courrier reçu quelques jours auparavant. Sa sœur lui conseille de faire un bilan de compétences.

Chaque semaine, un nouvel appel téléphonique. « *D'autres soucis, ma sœur est hospitalisée pour maladie bipolaire. Ça bouffe du temps, de l'argent, de l'énergie, hier, j'étais à deux doigts de sauter par la fenêtre. J'ai ma mère qui m'a bien aidé financièrement qui va m'aider encore (le délai de l'enquête AT de la CPAM retarde le paiement des indemnités journalières). Mon problème, c'est mon fils qui a entendu ma conversation avec ma mère et a fait un cauchemar dont il a parlé ce matin. Au boulot, les collègues pensent que je devrais reprendre ; je ne m'en sens pas capable parce que "reprendre, c'est rentrer chez les gens". Je suis allée voir une personne âgée dont je m'occupais car elle devait être re-hospitalisée : je suis partie comme une voleuse car ma collègue arrivait après. Pourtant, je ne peux pas la laisser tomber, mais je ne veux pas que ça me retombe dessus.* »

En mars, il n'y aura que deux appels téléphoniques, dont un, pour informer du refus administratif de la CPAM, de reconnaître l'accident du travail. Le médecin du travail encourage Elise à contester en décrivant cette journée de garde à vue et ses effets persistants, car Elise a une vraie capacité à s'exprimer par écrit (courrier reçu le 12 février).

Le médecin du travail préparera un courrier pour le psychiatre pour lui demander d'écrire pour défendre le dossier accident de travail.

Vous suivez actuellement Elise, aide-ménagère, à laquelle j'ai conseillé de faire une déclaration d'accident de travail, au titre de syndrome subjectif post traumatique (copie du CMI que j'ai rédigé alors). La décision de la CPAM demandera un certain temps, puisqu'il y a eu d'abord un rejet administratif.

Je pense qu'il serait intéressant que vous lui établissiez également un certificat médical si vous estimez que ses problèmes de santé actuels ont un lien direct et essentiel avec sa garde à vue, liée elle à son métier.

La réponse du psychiatre :

Je réponds à votre courrier au sujet de votre patiente Elise. J'ai demandé à ma secrétaire de vous adresser en photocopie l'observation clinique et je vais également écrire au médecin conseil pour demander la possibilité de reprise à temps partiel thérapeutique.

En vous remerciant de votre humanité et de l'intention que vous portez à Elise.

L'observation du psychiatre :

Consultation du 10 février 2009

Cette dame nous est adressée par son médecin traitant. Il s'agit d'une dame qui est profondément affectée par une mise en garde à vue pour un vol qu'elle n'a pas commis, un vol de bijoux alors qu'elle est aide à domicile chez les personnes âgées. S'est enclenchée une véritable mécanique de « broiement » de la personne allant dans un contexte de suspicion général actuel qui pèse sur l'ensemble des acteurs d'aide à domicile, infirmières... sur la maltraitance.

Il y a eu plusieurs perquisitions chez elle et elle note : « dans ce métier, on ne vole pas...c'est le BABA du métier qui veut ceci ». Elle a été entendue par la gendarmerie sur les assertions d'une personne qui « m'a vu avec des bijoux ». Elle me dira un peu plus loin « Je vais porter plainte un de ces jours. J'ai été choquée », le médecin traitant l'a mis en arrêt-maladie pour une semaine, le médecin du travail l'a déclarée en accident du travail mais ceci n'est pas encore reconnu comme maladie professionnelle.

« Ça m'a renvoyé à plein de choses de mon passé, avec une remise en question de beaucoup de choses. C'est un gros problème, je ne dors plus beaucoup. J'essaie de faire des exercices de respiration mais cela ne marche pas beaucoup. »

Il est à noter dans ses antécédents qu'elle a subi une gastroscopie en août 2007. Il y a des moments d'angoisse le matin et généralement un quart de Lexomil^o est efficace. Le vol serait survenu le 21-23 mai et revient une question sans arrêt « Pourquoi ça me tombe dessus ».

Ordonnance de Rivotril^o et Micropakine^o pour un mois

Consultation du 10 mars 2009

Bon sommeil. À écrit au procureur du tribunal de grande instance pour avoir des précisions sur sa situation.

Traitement pour deux mois : Rivotril^o, X gtt le soir/ Micropakine 250, 1 cp le soir/Lexomil^o, 1/2x2.

Ira voir le médecin traitant pour prolongation d'arrêt de travail.

Consultation du 5 mai 2009

Nous revoyons ce jour Elise avec son mari en consultation, celle-ci est de nouveau très mal et surtout très en colère à la suite du refus de la CPAM. La première partie de l'entretien se passera à essayer de convaincre M. et Mme... qu'il n'y a pas de solution dans la procédure face aux administrations en général ; notre expérience nous a montré de façon répétitive que celles-ci ne pouvaient mener qu'à des escalades voire à des contextes quasiment paranoïaques. La procédure et la théâtralisation judiciaire qui en résultent n'ont jamais représenté une thérapie efficace pour les personnes leur permettant de se sortir des épreuves qu'ils traversent.

La deuxième partie de la consultation portera donc sur l'estime de soi qui a été gravement endommagée et abîmée par la calomnie et Elise qui ne manque pas de culture fait remarquer que tout est pratiquement dit dans le grand air de la

calomnie de l'opéra Le Barbier de Séville de ROSSINI, ce qui est exact. Ici toute la problématique de la rumeur en général et de la dénonciation calomnieuse ou de la délation en particulier qui est posé.

Dans un troisième temps, on remonte alors à une situation qui semble particulièrement dramatique pour Elise et qui consiste dans le fait d'être fâchée avec son père qui est professeur d'université. Le père manifestait souvent des accès de violence, d'autres moments des abattements dépressifs et lise se comportait comme une fille tout à fait loyale, soucieuse d'aider son père à sortir de l'enfer de la dépression. Il est fort probable que le père ait présenté des accès d'oscillation de l'humeur et au plan inconscient une « maladie d'idéalité ». Il s'avère que l'image paternelle est à double face : d'une part une figure archaïque maltraitante surtout psychologiquement et d'autre part une image d'un père en détresse émouvante et qu'il convient d'aider. Deuxième versant à laquelle Elise se sent particulièrement loyale, nous travaillons donc sur la possibilité de pouvoir reprocher en mots plus par une lettre qu'elle n'enverra pas, cette maltraitance au père et que celle-ci soit posée par des mots. Voire dans un second temps, lui pardonner, surtout lui pardonner d'être inscrit dans une condition humaine donc imparfaite et faillible. Monsieur est très aidant dans la consultation et joue un rôle très positif de soutien. La colère d'Elise parvient à s'exprimer et l'entretien se déroule de façon tout à fait satisfaisante. Je vais écrire au médecin-conseil de la CPAM en demandant s'il est possible d'envisager une mesure de reprise à temps partiel thérapeutique. Il semble important actuellement qu'Elise puisse retravailler partiellement ne serait-ce que pour avoir une amélioration effective de l'estime d'elle-même et commencer à dépasser le drame dans lequel elle s'est trouvée plongée.

Le 19 mai, appel téléphonique d'Elise. Le dossier judiciaire a été classé sans suite le 26 février 2009 pour motif « infraction insuffisamment caractérisée » (information donnée à l'intéressée par sa hiérarchie et le maire de sa commune). Elle peut maintenant envisager de reprendre le travail début juin à temps partiel encouragée par le psychiatre.

Nous sommes maintenant début juin, cinq mois après la garde à vue. Elise a pris rendez-vous pour faire le point. Elle apprécie beaucoup d'avoir été reconnue en accident de travail (décision du 25 mai) et remet au médecin du travail la copie du courrier manuscrit, écrit serré de douze pages, qu'elle avait rédigé pour la CPAM pour décrire ce qui lui était arrivé. Elle est toujours sous Rivotril^o et Micropakine^o. Elle se sent beaucoup plus agressive que par le passé. Elle envisage de reprendre le travail « bien qu'ayant pris ce métier en horreur ». Elle évoque la question de l'humanité, de la justice et du mensonge.

Le médecin du travail lui explique que la reconnaissance en accident du travail peut lui permettre de faire assez rapidement un bilan de compétences et lui propose, en vue de ce bilan de compétence, d'évoquer son dossier avec sa correspondante des services de maintien dans l'emploi à qui elle donnera ses coordonnées (et réciproquement). Elise évoque également la rencontre avec le psychiatre et semble trouver

drôle l'idée de la lettre à écrire à son père, à écrire puis à déchirer.

Fin juin, Elise a repris à temps partiel depuis une semaine et fait le point par téléphone. Les deux jours précédents la reprise de travail ont été marqués par des troubles anxieux : des diarrhées importantes et des pleurs. Elle a repris chez de nouvelles personnes âgées (demande d'aménagement formulée par le médecin du travail et acceptée par l'employeur). Elle dort mal et se sent « vidée » après chaque intervention.

Elle dit essayer de ne pas trop s'investir, garde une activité bénévole dans un magasin de vêtements. Elle a assisté à l'assemblée générale de son association, a senti ses collègues plus réceptives depuis qu'elle avait repris à mi-temps. Elle souhaite néanmoins changer de métier. Le médecin du travail explique que le temps partiel peut se prolonger, ce qui laisse le temps de récupérer et de préparer une reconversion. L'asthénie du matin persiste et Elise éprouve la nécessité de siestes quotidiennes.

Elise tiendra un mois à mi temps. Elle a des soucis financiers. Tout n'est pas régularisé avec la CPAM. Le projet de bilan de compétence avance, mais les délais sont longs. Le médecin du travail réexplique qu'il ne faut surtout pas démissionner, qu'il faut attendre d'être mieux pour prendre des décisions définitives. « *Je me suis mise à détester ce travail ; cette épreuve, c'est pire qu'un deuil.* »

Lettre du médecin du travail pour nouvelle prescription d'arrêt de travail :

En l'absence de son médecin traitant habituel, le Dr X..., actuellement en congés, vous allez recevoir Elise, aide ménagère, qui présente un stress post traumatique reconnu comme accident de travail, remontant à des événements violents en janvier dernier. Elle est suivie parallèlement, pour cette raison par le Dr Psychiatre. Une tentative de reprise de travail à temps partiel thérapeutique d'une durée de un mois s'avère trop précoce ; elle est très angoissée tous les matins, les gastralgies ont augmenté, elle rentre épuisée d'une demie journée de travail, malgré le traitement. Elle a à nouveau une aménorrhée.

Elle dit vouloir démissionner, ce qui n'est pas du tout souhaitable car cela retarderait tout ce qui est mis en place (bilan de compétence) pour lui permettre de rebondir dans un autre emploi.

Par ailleurs l'impact sur l'humeur est important et dégrade les relations familiales « Je ne supporte plus rien, je suis toujours d'une humeur exécrationnelle ».

Il est indispensable que lui soit prescrit, à nouveau, un arrêt de travail à temps plein, en accident de travail.

Contact téléphonique avec l'employeur, pour informer et remercier de ce qui est tenté pour permettre le rétablissement d'Elise. Il n'y a pas de difficulté particulière du côté de l'employeur, bien que la période des congés d'été soit une période difficile dans l'organisation du travail. Le médecin du travail informe l'employeur de la durée parfois importante des arrêts dans ce type de situation.

Un an plus tard, Elise n'a pas repris le travail ; le bilan de compétences lui donne envie d'apprendre le métier de bibliothécaire, mais elle est lucide sur les difficultés d'emploi dans ce secteur. « *Ça fait du bien, ça ouvre des perspectives, c'est l'espoir d'autre chose.* » Il s'avère qu'elle aime toujours le travail de relation auprès des personnes âgées et qu'elle a du mal à renoncer à ce travail, même si elle a mal vécu la tentative de reprise. Elle a entrepris une psychothérapie « *qu'elle aurait dû faire depuis longtemps depuis douze à quinze ans* ».

C'est dans les suites de la garde à vue que le médecin du travail aura accès aux éléments de l'histoire personnelle d'Elise, qui expliquent sans doute partiellement l'intensité de la réaction d'Elise face à ces accusations ; elle fait d'ailleurs très bien elle-même le lien entre ce qu'elle vit et ce qu'elle a vécu dans son enfance. Mais à l'inverse du psychiatre, le médecin du travail s'appuie sur le travail, sur la réalité concrète du moment pour mettre en place des mesures de protection : aider et soutenir la déclaration en accident du travail, accompagner en restant disponible pour des entretiens téléphoniques itératifs, aider aux démarches de reclassement éventuel.



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