

ARTICULER CLINIQUE MÉDICALE ET TIERS TEMPS : UNE EXPÉRIENCE

PREMIÈRE ÉTAPE : COMPTE RENDU DE NOTES UN PEU LÂCHES

Le numéro 51 de la revue *Santé et Travail* avait pour thème « Aide à domicile : des métiers peu ménagés ». Depuis plus de vingt ans, je rencontre régulièrement, en consultation de médecine du travail, les salariées d'une association d'aide aux personnes âgées. Les services de cette association ont la caractéristique géographique de se déployer sur un canton essentiellement rural et d'employer une quarantaine de femmes.

Analyser le travail en situation réelle est chose impossible puisqu'il se déroule dans l'espace privé des personnes âgées, à savoir leur domicile. On sait aussi qu'on ne peut pas souvent jouer à la stagiaire et l'article de la page 23 de la revue le confirme clairement en décrivant bien les inconvénients. Aussi, depuis quelques années, je participais à des séances de formation à thème. Le thème était toujours un prétexte pour inviter les personnes présentes à parler de leur travail. Par exemple, on m'a demandé de parler de la personne âgée agressive, de l'hygiène, de la canicule, etc.

En général c'est une réussite, car en partant du thème comme sujet de discussion d'expériences diverses, on dérive et on aborde très rapidement des situations inédites dont ces femmes n'ont presque jamais parlé entre elles. Des débats sur leurs pratiques sont alors mis en discussion sous forme critique ou interrogative, sous forme aussi de découvertes. Cependant, l'exercice est difficile car, très vite, chacun se met à vouloir parler de son cas en même temps.

Interdire, c'est délicat. Laisser faire tout autant, car on n'arrive à entendre que ce qui se dit tout près de soi et le reste n'est compris que par îlots géographiques de proximité. Il y

a donc beaucoup de perte de matériau. Pourtant, ces femmes viennent toujours nombreuses. On peut penser qu'elles y trouvent un grand intérêt car cela se déroule tout de même de 16 h 30 à 19 h.

En lisant le dossier de ce numéro 51, j'ai trouvé qu'il était tellement bien fait que j'ai proposé à la directrice de l'association qui organise ces rencontres, de bien vouloir le diffuser à chacune des aides à domicile afin qu'elles puissent y réfléchir. Dans un deuxième temps, elle leur a proposé d'en faire le thème de la séance qui était prévue pour quelques mois plus tard, c'est à dire courant novembre 2005.

Le jour de la « formation », elles n'avaient jamais été aussi nombreuses à se déplacer et elles avaient toutes le texte en main. Elles étaient extrêmement satisfaites de ce qu'elles avaient lu : « *C'est exactement cela, pour presque tout..., mais nous, on est maintenant "mensuelles", c'est rassurant de sortir de la précarité permanente de salaire... ,mais nous, maintenant, on nous paye dix minutes de trajet entre chaque mission...* »

La récente transformation de leur statut salarial a été, en premier, annoncée comme une différence importante par rapport au descriptif de l'article. Ce changement est en effet récent, il date du début de l'année 2005. En revanche le personnel administratif de l'association – deux personnes qui étaient aussi présentes – ont modéré l'enthousiasme en expliquant que : « *Pour nous, c'est un vrai casse-tête chinois ! Avec toutes ces heures dispersées et qui varient tout le temps en fonction des hospitalisations, des congés, des absences, on a un mal fou à trouver l'équilibre horaire pour chacune d'entre elles !* » Cela n'était cependant pas énoncé sur un ton de regret vindicatif, mais plutôt sur le ton de l'humour du style : « *C'est le principe des vases commu-*

nicants : pour satisfaire la majorité, quel travail pour nous ! »

En les poussant vers une analyse plus critique sur le contenu du travail, j'ai demandé si l'article n'avait pas occulté certains points, s'il n'y avait pas des manques. Évidemment, il y en avait.

« Ce qui est le plus difficile pour nous, et cela, je le sens et le vis tous les jours, mais je n'ose pas en parler, sauf à mon mari, c'est qu'on a notre avenir devant les yeux en permanence. Ça envahit ma vie, au point que, alors que nous avons décidé de nous fixer définitivement dans la région (son époux est cadre dans l'enseignement spécialisé et a connu plusieurs mutations), je pousse mon mari à ce que notre projet de construction de maison s'oriente absolument vers une maison de plain-pied, sans marches, sans escaliers ; en référence aux difficultés que me renvoient tout le temps mes personnes âgées. Ça me perturbe, ces modifications de perception de la vie ! Je n'étais pas comme cela avant ! »

Cette femme a une cinquantaine d'années. Ses collègues de la même génération confirment ses impressions et ses interrogations. Elle me dira par la suite, en consultation médicale, que ce retour de perception des autres aides à domicile a été assez apaisant pour elle.

Le problème du début de la perte d'autonomie de la personne âgée semble être une situation qui embarrasse beaucoup d'aides à domicile. Le débat est abordé par plusieurs angles d'attaques.

D'ABORD, L'INCONTINENCE DÉBUTANTE

Comment s'y prendre lorsque la personne âgée, consciente de ses débuts d'insuffisances, refuse l'intervention de l'aide à domicile ? Exemple. Une femme interdit à l'aide de nettoyer les toilettes. Elle dit qu'elle le fait elle-même. Or elle y cache des protections souillées d'urine, de linge sale, voire des « échappements » autour de la cuvette. Et, bien sûr, il y a les odeurs. L'aide à domicile respecte la demande de la personne âgée et laisse les toilettes. Mais elle est interpellée par le fils qui exige ce nettoyage. L'aide décide de ne pas céder et de respecter la demande de cette personne âgée. Elle comprend la honte, la pudeur et elle explique qu'elle accèdera finalement en douceur à l'autorisation de la personne âgée au moment où la question des fuites urinaires aura pu être abordée et discutée sur son aspect de normalité physiologique relative au vieillissement. Plusieurs disent avoir les mêmes problèmes pour refaire les lits, changer les draps salis.

On parle donc de la question de la honte, de la différence entre une maladie d'Alzheimer franche et un déclin cognitif et physiologique qui est toujours conscient pour la personne qui le vit.

ENSUITE L'ENTRETIEN DE SOI

À un moment donné, la personne âgée n'arrive plus à faire sa toilette. Cela se voit et cela se sent. Souvent cela va de pair avec un arrêt d'entretien du linge de corps (laver, sécher,

étendre, relever, deviennent des gestes trop difficiles). L'aide s'en aperçoit toujours et propose d'aider à faire la toilette. Il y a quelques fois un ferme refus. Elles sont plusieurs à reconnaître que cela leur est déjà arrivé. Elles se disent assez démunies devant ces situations. Comment s'y prennent-elles ?

Nouvel exemple. *« J'ai presque mis un an à y arriver ! Lorsque je me suis aperçue qu'elle ne se lavait plus, je lui ai proposé de la doucher. Elle a refusé net, elle était encore capable de... J'arrivais, elle était habillée, avec des sous-vêtements rarement changés. Je n'ai pas lâché, régulièrement je lui proposais de la laver en lui disant qu'à son âge, avec ses problèmes de mobilité, ça ne devait pas être facile... Toujours non. Je n'insistais jamais. Et puis, un jour elle a dit oui. Et là je l'ai lavée, j'ai fait "comme si", comme si c'était un acte de rien alors que c'était la première fois que je le faisais. Ça s'est bien passé et maintenant il n'y a plus de problème. Il faut savoir attendre, être patient. Et si la famille fait des reproches, on ne dit rien. Ils ne comprennent pas cela, mais surtout, ils ne savent pas y faire face. Ils sont démunis ! »*

ET LES MÉDICAMENTS

Souvent, il y en a des tonnes ! Les médecins font les renouvellements presque en automatique sans s'interroger sur les stocks, disent-elles. Elles sont un peu choquées par ce gaspillage, mais elles se taisent. On leur demande de faire prendre les médicaments à un certain nombre de personnes. Il y en a qui ne veulent pas ! Comment faire ? *« On voit bien tous les trucs pour ne pas l'avalier, on le garde dans la main ou on le cache, et nous on le retrouve. Faut-il le dire, faut-il obliger ? »*

« C'est particulièrement fréquent avec le LASILIX® ! », sont-elles plusieurs à affirmer sur le ton de l'évidence. Sur le moment, je ne comprends pas la raison de cette évidence et j'interroge. *« Mais parce qu'elles sont incontinentes et qu'il faut changer plus souvent les protections ! Elles en ont marre de changer les protections ! Alors, parfois on fait semblant de ne rien voir ! Est-ce qu'on ne peut pas avoir des ennuis avec les familles ? »*

Là, je me tairai sur ma réponse ! L'histoire du LASILIX® n'était jamais sortie dans les entretiens médico-professionnels individuels !

LES BONS VOISINS

Elles sont aussi parfois confrontées à des incidents extérieurs. Elles semblent être nombreuses à avoir à gérer l'intervention intempestive ce qu'elles appellent « les bons voisins ». Le ton monte d'un cran lorsqu'elles racontent cela.

Le « bon voisin » est celui qui, bénévolement, s'occupe ou porte une attention rapprochée à une personne âgée. Cela va d'une aide pour certains petits travaux, à des compléments de repas ou à une compagnie régulière tout simplement. Mais elles ont l'impression qu'il y a comme une compétition avec elles : *« Ils regardent l'heure à laquelle nous arrivons ou à laquelle nous partons et ils ne se privent pas de faire des remarques désagréables. "Vous avez dix minutes de*

retard” ou “Vous n’avez pas nettoyé cela !” *C’est sûr, on ne se laisse pas faire, mais c’est désagréable d’être critiquées par des personnes qui n’ont aucune légitimité à nous juger.* »

LES ACCIDENTS

Mais il y a parfois des événements plus dramatiques telle cette aide à domicile qui, raconte-t-elle, durant son intervention chez un homme vivant seul, s’est retrouvée à devoir gérer la survenue d’un accident grave. Cet homme est tombé dans les escaliers de la cave. Elle l’a entendu, est accourue et l’a trouvé inanimé et baignant dans une flaque de sang. Elle a appelé les pompiers.

Elle est restée durant toute l’intervention. Malheureusement cet accident s’est soldé par le décès de son « client ». Le médecin des pompiers s’est contenté de lui donner l’ordre de nettoyer le sang sans aucune attention à son état émotionnel. Elle était en véritable état de choc. *« Mais je l’ai fait ! J’étais tellement à côté de mes baskets que j’ai renversé la cuvette pleine de sang sur les chaussures et le pantalon du médecin ! Il n’était pas content, mais moi je l’étais. Il l’avait bien cherché ! Après, je suis sortie dans le jardin pour me remettre. La seule personne qui a prêté attention à moi a été une femme pompier qui est venue me voir en me demandant comment j’allais. On est des transparentes ! C’est parfois très dur ! ».* Elle n’aura, non plus, aucun écho de la famille.

Bien d’autres difficultés très diverses se sont dites... Mais, un peu tout le monde en même temps tellement cela semblait être un besoin. Je n’ai donc pas tout entendu. Ce que j’ai entendu, en revanche, c’est que la directrice proposait, à partir du début de l’année 2006, d’organiser des petits groupes d’une quinzaine de personnes pour que les aides à domicile puissent parler ensemble de leur activité et puissent élaborer des pratiques de travail communes. J’ai compris que l’article avait aussi eu cet impact-là (page 35 !) : donner des idées. J’ai demandé qui animerait ces groupes. *« Personne, malheureusement, nous n’avons pas les moyens de nous payer une psychologue ! »*, m’a-t-elle répondu. Je ne suis pas psychologue mais je me suis tout de même proposée pour en faire l’animation.

On l’aura noté, cette activité d’aide n’est exercée que par des femmes et, très généralement, leurs « clients » sont aussi le plus souvent des femmes. Est-ce plus facile, est-ce une difficulté supplémentaire ? La question n’a pas été abordée.

Ce qui est frappant, en ce qui concerne ma propre activité, c’est que j’ai l’impression de ne pas avoir beaucoup de pathologies touchant la sphère musculo-squelettique. Peu d’atteintes des poignets et de épaules et peu d’atteintes invalidantes de la colonne vertébrale. Pourtant, le métier est pénible physiquement, elles le disent toutes, la pression est permanente car il faut tenir les horaires et se réadapter continuellement à un cadre de travail différent avec des outils variables, il faut être toujours très attentif à l’autre tout en acceptant sans rien dire des réflexions ou des reproches pas toujours justifiés. En fait, je trouve ces femmes en bonne santé.

Je fais l’hypothèse que le peu de maîtrise que leur apporte la possibilité d’accéder à un regard critique ou distancié de leurs façons de faire, d’en comprendre un peu les mécanismes et parfois d’en rire (car elles rient beaucoup quand elles décrivent leur difficultés ou leurs erreurs) suffit à leur apporter une certaine forme de « détension » qui jouerait sur leur façon de se protéger lorsqu’elles sont en action.

DEUXIÈME ÉTAPE REPRISE

Ce récit du déroulement d’une rencontre avec un collectif d’auxiliaires de vie est repris pour montrer comment la clinique médicale du travail est impliquée et s’enrichit en même temps au cours de cette pratique de déformation d’un « tiers temps » prescrit.

La clinique médicale du travail est une clinique qui porte la même attention aux données subjectives issues du récit du salarié sur son travail qu’aux données objectives issues de la sémiologie et de l’examen des conditions de travail. La subjectivité que je définirais comme la possibilité de décrire pourquoi on fait ce qu’on fait et ce que ça nous fait de le faire ou pas, est centrale dans cette clinique.

Dans l’expérience du travail du salarié, l’accès à la subjectivité passe donc essentiellement par l’expression discursive de ce qui émerge à la conscience de ce dernier dans ce qu’il perçoit de sa posture au monde dans lequel il est immergé : vécu corporel et émotionnel, posture éthique, mobiles et économies de ses actions. La subjectivité du salarié devient donc une donnée objective à laquelle le médecin du travail doit attacher autant d’importance qu’aux seules données mesurables qui seraient, selon une certaine *doxa*, les seules à mériter le qualificatif d’objectives. La subjectivité, telle un brûlot, n’est pas à prendre du bout de deux doigts de la main pour l’écarter ; elle est à travailler, à décortiquer. Ce travail de déchiffrement fait partie de la clinique médicale du travail qui est bien une médecine mais une médecine qui ne travaille pas que sur les symptômes et les pathologies, une médecine qui travaille sur la santé – puisqu’elle est préventive.

L’accès à la subjectivité, est forcément colorée d’émotions, au sens de manifestations corporelles visibles (comme rire ou pleurer), mais elle n’est pas que cela ; elle n’est pas du simple psychologisme. Par extension, la clinique médicale du travail qui prend en compte la subjectivité dans son approche, n’est pas de l’affectif, n’est pas de l’émotionnel. Pour illustrer ce que j’explique là, je m’appuierai sur le travail que j’ai entamé depuis quelques années auprès des aides à domicile aux personnes âgées de mon secteur.

UN MÉTIER PÉNIBLE

Assurer le suivi d’une quarantaine de femmes dans le secteur de l’aide à domicile n’est pas forcément routinier. Pourtant, on est assuré de ne jamais pouvoir faire la visite des lieux de travail. On peut même dire qu’il n’est pas imaginable de suivre une aide ménagère chez des personnes âgées. Si le médecin se prêtait à un tel asservissement à un

prescrit réglementaire, sa présence ne pourrait être perçue comme un acte professionnel, ni par l'aidante, ni par la personne aidée, mais elle serait vécue comme une intrusion déplacée par les deux parties. Un médecin du travail n'a donc aucune place dans cette forme d'intimité.

Pourtant, dans les premières années de mon exercice auprès de ces personnels, de nombreuses plaintes liées à la pénibilité des tâches, caractérisées surtout par les manutentions de toutes sortes, s'incarnaient dans la fréquence des douleurs et des pathologies lombaires.

C'est aussi au cabinet médical qu'étaient discutées les exigences des personnes âgées, exigences parfois tyranniques comme devoir retourner un matelas toutes les semaines. En interrogeant tout simplement sur les raisons de cette soumission à des ordres, qu'à mes yeux, ni l'hygiène, ni la préservation de l'objet, ne justifiait, discrètement, des résistances se construisaient sur des petits détails comme celui-là. L'année suivante j'entendais : « *Vous aviez raison, j'ai expliqué pourquoi je ne retournerais plus le matelas que tous les six mois et c'est bien passé !* » Assurer et tenir une posture professionnelle était devenu possible ! Je n'ai plus jamais entendu parler des matelas !

Cependant, on restait dans le secret du cabinet médical. Une clinique médicale individuelle qui évoluait dans la temporalité du déroulement des entretiens annuels en ne s'appuyant que sur des données dites « subjectives ».

COMMENT VOIR LE TRAVAIL RÉEL EN PLUS RÉEL QU'EN VRAI

Pour rester dans ce champ d'exploration, l'idée m'est donc venue de proposer mon intervention dans des séances de « formation ». C'était pour moi une forme de tiers temps mais une forme un peu subvertie ; une autre manière de voir le réel du travail, le travail dans son versant collectif subjectif. En fait, du vrai tiers temps tout de même. Mon intention était que le thème des formations serait toujours un prétexte pour inviter les personnes présentes à parler de leur activité, à parler du « travailler », en confrontations collectives laissant place à l'intersubjectivité, au « comprendre ensemble » ; une forme de substitut au tiers temps donc.

La directrice de l'association a tout de suite adhéré à ce projet ; il faut dire que, pour elle, c'était une aubaine puisqu'il n'y avait pas à rémunérer l'intervenant. Les associations d'aide aux personnes âgées sont tout, sauf riches.

On m'a donc demandé de parler de la personne âgée agressive, de l'hygiène, de la canicule, etc. En général ces sortes de « formations », entre guillemets, sont une réussite, car, en partant du thème comme sujet de discussion d'expériences diverses, j'oriente rapidement sur les questions du faire.

« *Et vous, comment vous y êtes-vous prises avec vos personnes âgées la semaine du 11 août 2003 ?* » Je savais en effet, pour en avoir interrogé quelques unes au cours des consultations qui suivaient de près les congés d'été, que plusieurs s'étaient inquiétées de la qualité de leurs actions en pleine canicule : « *Fallait-il humidifier les habits des personnes*

âgées, fallait-il les forcer à boire avec beaucoup plus d'autorité qu'avant ? »

On dérive et on aborde très rapidement des situations inédites dont ces femmes n'ont presque jamais parlé entre elles, sans doute par absence de temps, ou de lieu, ou d'espace symbolique ouvrant une légitimité professionnelle à parler collectivement de situations réelles, soit trop honteuses, soit trop douloureuses, soit trop transgressives. Les pratiques professionnelles sont alors débattues et discutées sous forme critique ou interrogative, sous forme aussi de découvertes. Cependant, l'exercice est difficile car, très vite, chacun se met à vouloir parler de son cas en même temps.

À propos de la semaine caniculaire, aucune personne âgée n'est décédée. Elles ont sillonné le canton pour les faire boire et les rafraîchir, certaines ont même interrompu leurs vacances. Cette énorme fierté a été collectivement partagée. Elles avaient à peu près toutes fait la même chose, sans réel mot d'ordre.

LES REGARDS PROFESSIONNELS CROISÉS

Mon « guidage » dans ces réunions n'est donc pas fait à l'aveugle. Il est sous-tendu par ce que j'ai pu entendre, ou à répétition, ou de façon isolée, au cours des consultations médicales, il est sous-tendu aussi par les petites métamorphoses individuelles que je repère et qui se produisent dans le déroulement de l'histoire personnelle lorsqu'on parle régulièrement des soucis qui surviennent dans le travail. Par exemple, les premières années de mon arrivée, elles achetaient toutes leurs gants de protection. Ce n'est plus jamais le cas, elles ont exigé que l'association les leur fournisse.

À la dernière séance, organisée autour de la lecture d'un article sur le métier des aides ménagères paru dans le numéro 51 de la revue *Santé et Travail*, j'avais demandé ce qui, à leur avis, manquait dans cet article. Le sujet suivant est abordé par une aide ménagère. « *Le fait d'avoir son avenir devant les yeux en permanence, ça envahit ma vie, au point que je pousse mon mari à ce que notre projet de construction de maison s'oriente absolument vers une maison de plain-pied, sans marches, sans escaliers ; en référence aux difficultés que me renvoient tout le temps mes personnes âgées ; ça me perturbe, ces modifications de perception de la vie ! Je n'étais pas comme ça avant !* »

Certaines des collègues de cette femme, évidemment reprennent le thème en s'y inscrivant personnellement. Ce qui était invisible devient brutalement très clair, et pour les intéressées, et pour le médecin. Et pour le médecin !

J'illustre avec l'exemple du LASILIX®.

Ce même article abordait peu les difficultés qu'elles rencontraient pour faire prendre les médicaments. Elles faisaient donc les commentaires suivants : « *Il y a des personnes âgées qui ne veulent pas les prendre, les médicaments ! Comment faire ? On voit bien tous les trucs pour ne pas l'avalier, la pilule, on la garde dans la main ou on la cache, et nous on la retrouve. Faut-il le dire, faut-il obliger ? C'est particulièrement fréquent avec le LASILIX® !* »

Elles affirmaient cela sur le ton de l'évidence, certaines que j'avais compris ! Elles, elles savaient toutes de quoi il était question. Mais, sur le moment, pas moi ! J'ai donc interrogé. « *Mais parce qu'elles sont incontinentes et qu'il faut changer plus souvent les protections ! Elles en ont marre de changer les protections ! Alors, parfois on fait semblant de ne rien voir ! Est-ce qu'on ne peut pas avoir des ennuis avec les familles ?* »

L'histoire du LASILIX® n'était jamais sortie dans les entretiens médico-professionnels individuels, certainement parce que l'interlocutrice que je suis, aussi bienveillante puis-je paraître, est médecin ; autrement dit je suis de celles qui pourraient prescrire du LASILIX® – et sûrement pour de très bonnes raisons de leur point de vue...

MAIS PAS DE FAUSSE ROUTE !

En revanche le côtoiement de la mort et sa proximité permanente ne semble pas être une cause de souffrance trop gênante dans le travail. C'est pourtant une question qui m'a longtemps rendue prudente, faisant l'hypothèse qu'il y avait peut-être là un risque de psychopathologies qui aurait mérité d'être prévenu. J'ai donc exploré cette hypothèse en interrogeant sur cette question au cours des consultations.

Ce que j'ai compris, c'est que la mort préoccupe surtout les nouvelles, celles qui entrent dans le métier. En fait, ce qu'elles appréhendent, c'est le jour où se produira la rencontre avec une personne décédée. C'est la scène – voir la mort en vrai –, qui est crainte, mais pas l'action, puisqu'il faut alors seulement prévenir la directrice. En revanche, la découverte d'une personne accidentée ou inanimée, est bien plus anxiogène car, à ce moment-là, il faut agir et agir sans se tromper.

Être auxiliaire de vie, c'est aider, soutenir, entretenir la personne âgée jusqu'à sa fin. Ce n'est pas l'empêcher de mourir. La mort fait partie du réel du travail et cela est bien compris comme tel. La tendance à vouloir psychologiser l'effet de la mort, c'est-à-dire à vouloir ne prendre en compte que la dimension et le charge émotionnelle du phénomène en le déconnectant du réel du travail, par la création de « groupes de soutien » ou de « groupes de paroles » est, à mon avis, une erreur. Il s'agit souvent-là, pourtant, d'un souhait collectivement partagé entre dirigeants et salariés, se référant à un concept largement médiatisé, semblant faire consensus social, qui s'appuie sur une représentation un peu stéréotypée de ce que sont les difficultés imaginées des aides ménagères face à la question de la mort des personnes âgées.

Ces groupes sont donc dirigés par des experts qui croient tout savoir sur les tracas dominants de ces salariées ; ils leurs servent donc un prêt à parler, un prêt à penser, les empêchant de dire ce qui les embarrasse vraiment. L'espace du « dire » doit être au service de l'expression du savoir du salarié sur son propre travail, pas au service du savoir de l'expert.

Un groupe de parole sur la mort, qui ne considère donc jamais la mort de la personne âgée comme une contingence du travail ordinaire mais comme un événement extraordinaire, risque de transformer les auxiliaires de vie en personnes passives face à un injuste destin lorsqu'elles seront

confrontées à ces situations. C'est probablement plus dangereux que de laisser faire les socialisations du chagrin ou de la peine – qui sont évidemment toujours présents – auprès des proches et des collègues. Victimizer inscrit le réel dans une dimension subie et fait perdre la main sur son contrôle ; de fait, cela inhibe toute possibilité d'action – ici, s'accrocher au réel du travail.

ET EN TERME DE SANTÉ

C'est cette position médicale très particulière d'accès et de jeu de renvois entre le secret du subjectif individuel et la révélation du subjectif collectif qui caractérise une des facettes de la clinique médicale. Cette clinique médicale du travail acquiert alors une formidable puissance d'ouverture de ce qui auparavant n'offrait qu'assez peu d'issue. Elle ouvre la possibilité d'un ancrage dans un univers commun et partagé par les salariées et elle permet au médecin d'avoir accès au tiers temps collectif subjectif très différent de la seule connaissance du travail qui leur est commandé.

Le constat de ce cheminement professionnel est que, sur une quarantaine de salariées, je note très peu de TMS, très peu de lombalgies invalidantes. Il y a bien des douleurs, mais elles sont un peu balayées d'un revers de main : « *C'est sûr avec le métier qu'on fait, mais ça passe... !* » On peut faire l'hypothèse que l'accès à la perception commune de la valeur de ce métier les autorise à des protections corporelles, diminue la raideur des défenses que tout travail entraîne. On peut aussi faire l'hypothèse que l'accès à la compréhension commune tarit les voies de la dépressivité. Par exemple, la salariée qui voulait sa maison de plain-pied me dira quelques jours plus tard, en consultation médicale, que ce retour de perception de ses collègues, conforme à la sienne, aura été assez apaisant pour elle. Par cette sorte de cadrage, la clinique médicale participe à la construction de règles de métier.

UN CONTEXTE NÉCESSAIRE

Le déploiement de cette forme de clinique médicale est invisible socialement car son champ d'action est du côté du maintien de la normalité. En fait, on pourrait presque dire que c'est cela la prévention. En définitive, ses effets sont invisibles puisque ce sont des empêchements d'advenir. C'est pourquoi il est important de repérer cette clinique et de la décrire.

Cependant elle reste très fragile, très liée à des contingences structurelles singulières qui lui permettent de se développer – mais qu'il faut peut-être aussi apprendre à construire. Ici, la participation active et le soutien d'une directrice et d'une présidente d'une association à cette forme de travail sont clairement en cause et ont été décisifs dans la réussite de cette expérience. Malgré tout, le contexte n'est pas paradisiaque comme pourrait le laisser penser une présentation un peu trop idyllique. Des conflits existent aussi, comme dans tout collectif de travail. Par exemple, une des salariées les plus âgées (et, comme elle le dit elle-même, une des plus maniaques aussi) présente un syndrome du canal carpien (je vois tout de même quelques TMS !). Je lui ai proposé de faire une déclaration de MP 57 dès qu'elle le souhaitera. Elle a décidé de réfléchir car, m'a-t-elle dit, « *Je n'ai pas fini*

d'avoir des réflexions de la directrice ! » Cette situation est d'ailleurs l'occasion de regards de connivence avec le médecin au cours des séances collectives lorsqu'il est question par exemple de relations travail-santé. Le médecin est toujours là avec son regard de clinicien !

ET LES SUITES...

Donc cette clinique est féconde car rien ne s'arrête jamais ; les séances d'échanges collectifs autorisent ensuite, lors des consultations médicales suivantes, l'abord de difficultés jamais signalées auparavant au cabinet médical, comme par exemple le bouleversement émotionnel que l'expression physique de pulsions sexuelles de vieillards entraîne. Comme par exemple aussi, l'histoire du repassage qui m'a été rapportée en consultation médicale quatre jours après les échanges extrêmement nombreux que l'article avait déclenchés. Cette femme-là, elle, n'avait pas parlé... mais elle avait visiblement avidement écouté. Elle me raconte donc, que, lorsqu'elle faisait le repassage de cette personne trop âgée pour rester debout longtemps, celle-ci s'asseyait à côté d'elle en la regardant faire et en critiquant ses manières. « *Moi, je ne pose pas le linge comme ça ; moi, je ne m'y prends pas comme vous ; moi, je vais plus vite, etc.* » Blessure évidente pour l'auxiliaire de vie car mise en cause de son savoir-faire.

En retournant la question de la blessure et en parlant de celle de la personne qui ne peut plus faire elle-même ce travail si ordinaire pour une femme, si identitairement estampillé du côté du genre puisque le travail domestique est constitutif des stéréotypes de l'identité féminine et qui se défend de cette souffrance en se présentant comme bien meilleure que

celle qui le fait, la salariée a tout de suite compris que le registre de la compétition utilisé avait un sens fort de préservation d'une image de soi que l'avancée en âge dégrade tous les jours. Je ne l'ai pas encore revue, mais il est tout à fait possible que son approche des critiques des personnes âgées aura changé car s'était ouvert, là aussi, pour elle, une autre vision du rapport au monde des autres et du sien.

CONCLUSION

La clinique médicale du travail, grâce aux aller-retour entre individuel et collectif, grâce aux aller-retour entre préoccupations du personnel de terrain et préoccupations de l'encadrement, grâce à la connaissance des parcours professionnels et de santé de chacun et, grâce aussi, parfois à la connaissance un peu plus flottante de certains parcours de vie non professionnels, acquiert une capacité de vision diachronique de la santé de chacun et de la santé du collectif. Cette vision est aussi une forme de clinique ; clinique, qui, redéployée en dehors du cabinet médical, est sans doute un bon étayage au maintien de la santé puisqu'elle permettrait aux auxiliaires de vie de cet exemple de se maintenir « normales » entre elles.

En fait la clinique médicale du travail est du côté du *politis* au sens d'être au cœur de la cité et d'y agir. Elle dégage des espaces possibles à la créativité, à la normativité, à l'appropriation de la possibilité d'agir en s'appuyant sur des règles qu'on a élaborées collectivement, ce qui correspond à la définition de la santé de G. CANGUILHEM : « *Être sain c'est non seulement être normal dans une situation donnée, mais aussi être normatif dans cette situation et dans d'autres.* »

Fabienne BARDOT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE : Annie LOUBET-DEVEAUX

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Denise RENOU-PARENT – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Marie-Andrée CADIOT, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Rhina RAJAONA, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Mireille THÉVENIN

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.