

## Mouvements de la clinique individuelle et construction d'espace de discussion collective : effets sur la santé.

Docteur Fabienne Bardot

### Introduction.

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 et comment 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'écartier ; elle est à travailler, à décortiquer. Ce travail de déchiffrage 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 auxiliaires de vie de mon secteur.

### Un métier pénible.

Assurer le suivi d'une cinquantaine 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.

Dans les premières années de mon exercice auprès de ces personnels, au cours des entretiens médicaux, de nombreuses plaintes liées à la pénibilité des tâches, caractérisées surtout par les manutentions de toutes sortes, s'incarnaient dans la fréquence des douleurs, dans la fréquence 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 !

Et 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 collective 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 le cas, elles ont exigé que l'association les leur fournisse.

À la dernière séance, organisée **autour d'un dossier** sur le métier des aides ménagères, paru dans le numéro 51 de la revue « Santé et Travail », dossier qu'elles devaient toutes avoir lu, j'avais demandé ce qui, à leur avis, manquait dans les articles qui le constituait.

Immédiatement, 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, cette modification de la vision de ma 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 dossier 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'avaler, 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 un 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 la 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 tracés dominants de ces salariées ; ils leur 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.

Victimiser 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 du travail. Elle 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 à **un 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 cinquantaine 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 la découverte de la sensation de ses collègues, conforme à la sienne, aura été assez apaisante 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 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 empêchement d'advenir. C'est pourquoi il est important de la repérer 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 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 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 tripoteurs 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 le dossier 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 toujours. 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 ensemble, 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 ».*

Le 28 05 2006.