

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

UNE CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL⁽¹⁾

N'est-il pas surprenant de développer aujourd'hui cette question de la clinique médicale du travail⁽²⁾, alors que nous avons eu plus de cinquante années pour le faire ? Ne serait-il pas plus approprié de parler plutôt de l'action sur le terrain, action de terrain qui est une des orientations forte de tous ces nouveaux textes réglementaires ? Et bien, justement, je souhaiterais vous faire adhérer à l'idée que cette clinique médicale du travail est le chaînon indispensable à un fonctionnement opérant de ce projet mutationnel souhaité par les décideurs politiques et par les partenaires sociaux.

À première vue, on pourrait penser que ces bouleversements réglementaires, en transformant les pratiques des services de santé au travail, vont déposséder les médecins d'une partie de leur rôle dans la prévention des risques liés au travail. Ce sera sûrement vrai dans le domaine de la santé au travail..., mais certainement pas dans le champ de la médecine du travail.

Pour comprendre cela, revenons un peu en arrière. Jusqu'à une date récente, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail n'étaient confiées qu'à des médecins, dans des services de médecine du travail. Certes, des services de prévention, tels les CRAM ou l'OPPBTp disposaient de techniciens présents et efficaces mais, au plus près du terrain, ce sont bien des médecins du travail, seuls, qui avaient en main les rênes de la prévention.

Cela a eu deux conséquences majeures. D'abord, la stérilisation presque complète de l'hygiène industrielle dans les entreprises, puis le détournement de l'attention des médecins de l'analyse du travail à partir des atteintes à la santé (DAVEZIES, 1999). De cliniciens, ils ont essayé de devenir préventeurs techniques des risques professionnels. Le renversement apporté par l'introduction des IPRP sur la scène de la prévention est sans doute le moment de replacer le médecin du travail dans son rôle central de clinicien.

Je vais donc essayer de vous démontrer, que loin de nous éloigner de l'action en entreprise, le développement de l'épaisseur de cette clinique va nous permettre d'affermir le poids de nos interventions, d'enrichir nos connaissances sur

1- Présentation pour les Journées Médicales du CISME du 21 octobre 2005.

2- Cette expression a été donnée pour la première fois par le D^r Philippe DAVEZIES. Il s'agit d'un de ses thèmes de recherche actuels.

les processus qui jouent sur la santé et d'utiliser les éclairages des IPRP. Ces IPRP qui ont des angles d'approche différents puisqu'ils sont orientés essentiellement vers l'étude du travail et de son environnement ainsi que vers la conception et l'amélioration des techniques de travail, de l'hygiène et de la sécurité industrielle.

Cependant, pour cela, il faut absolument être convaincu que la médecine du travail est une spécialité à part entière. Deux éclairages peuvent étayer cette assertion :

➤ *D'un point de vue juridique d'abord* : On peut dire que l'apparition de cette discipline, la médecine du travail, est une des conséquences du droit du travail, et, en particulier, du contrat de travail. Si on considère que ce contrat est « une convention par laquelle une personne s'engage à mettre son activité à la disposition d'une autre, sous la subordination de laquelle elle se place, moyennant une rémunération », cela signifie que le travail de cette personne est considéré comme un bien monnayable mais pas son corps biologique, pas son corps mental, pas son corps psychique (SUPLOT, 1994). C'est pourquoi, d'ailleurs, des règles de protection du corps humain sont prévues par le Code du travail : obligation faite à l'employeur de protéger des risques du travail, pas de droit de fouille, droit de retrait en cas de danger vital, suivi médical régulier et possibilité d'inaptitude médicale de soustraction au risque pour la santé.

➤ *D'un point de vue sanitaire ensuite* : S'il est évident que toute activité laborieuse se déroule dans un équilibre plus ou moins stable, plus ou moins satisfaisant, entre préservation de la santé et efficacité productive, il en résulte que cet écart laisse un résidu d'exposition impossible à combler. Cet entre-deux se traduira un jour ou l'autre par des effets sur la santé (DAVEZIES, 2001)

Cette veilleuse de nuit d'une maison de retraite qui est obligée de monter à genoux sur le bord du lit d'un résident pour le pousser au maximum vers le mur afin qu'il ne retombe pas de son lit non médicalisé, alors qu'à 57 ans ses articulations sont enraidies et qu'elle souffre du dos, est exemplaire du risque qu'elle prend pour que son travail soit fait au mieux. C'est de cet écart-là dont je parle : entre prise de risque et efficacité. C'est dans cet espace où la santé est mise

en jeu au cours de l'activité de travail que se situe le domaine spécifique de l'investigation clinique du médecin du travail.

Avant de développer ce que cette clinique a de spécifique, je voudrais commencer par exposer quelques notions conceptuelles nécessaires à la compréhension de la démarche.

COMMENÇONS PAR LE TRAVAIL

Étymologiquement, le mot « travail » vient du bas latin *tripalium* qui désigne un instrument de torture formé de trois pieux. Historiquement et culturellement, jusqu'au XVI^{ème} siècle, le mot « travail » a, en français, un strict sens obstétrical. Il exprime ce qu'endure la femme durant l'enfantement, à savoir la douleur et la création. « *Acte où se rejoue à chaque fois, comme dans tout travail, le mystère de la condition humaine* », nous dit Alain SUPIOT (1994). Socialement, c'est une activité qui produit soit des objets, soit des services et qui, dans tous les cas, implique des liens sociaux (VEIL, 1996) et organise tous les rapports sociaux (GAINARD, 2005 ; KERGOAT, 2005). Ergonomiquement, « *c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation du travail(3)* » (DEJOURS, 1995). On l'aura compris, le travail est différent de l'emploi et, le travail, ou plutôt l'activité, grâce à sa fonction structurante, façonne les individus et est nécessaire à la construction de leur santé (DAVEZIES, 2004).

ABORDONS MAINTENANT L'OBJET DE CETTE CLINIQUE

Est-ce la santé ou la maladie du sujet au travail ? Si on considère qu'il n'y a pas alternative entre santé et maladie, mais seulement différence de niveau sur une échelle de situations où les capacités normatives (CANGUILHEM, 1966), existent ou n'existent plus, on peut dire que la clinique médicale du travail s'intéresse aux pathologies, mais pas seulement aux pathologies. Elle s'intéresse à leurs oscillations au fil du temps et aux caractéristiques des parcours professionnels et personnels qui semblent se rattacher à leurs mouvements (BARDOT, HUEZ, 2003).

Par exemple, il est montré qu'un chauffeur PL chez qui apparaît un certain degré de défaillance visuelle sera moins souvent accidenté qu'un chauffeur sans déficit, car il anticipera en permanence le risque d'accrochage en réduisant vitesse et autres prouesses routières. Ce chauffeur s'adaptera aux nouvelles normes que la modification de sa capacité visuelle lui impose et compensera ce manque par une meilleure maîtrise de l'attention portée aux environnements (DAVEZIES, 2005).

Après ces préambules, revenons sur le mot « clinique » en précisant, qu'évidemment, nous n'entendons pas par là un pur et simple examen à mains nues du corps et de quelques fonctions d'un individu considéré comme un objet humain. La clinique en général, est une démarche de décryptage, de

.....

3- Définition donnée pour la première fois par Philippe DAVEZIES.

déchiffrage ; en permanence, elle guide l'entretien et l'examen. Il s'agit donc, au cours de chaque consultation de médecine du travail de récolter des données, du matériau, aussi bien objectifs que subjectifs, sur le travail, sur la santé et sur le parcours professionnel et personnel pour permettre une description des interactions des uns sur les autres, description qui soit aussi fine que possible.

D'abord que récolte-t-on sur le travail ? En premier sans doute, ce qui l'encadre, c'est-à-dire les horaires, la nature du contrat de travail, les événements du parcours professionnel, etc., tout cela constituant les principales données objectives personnelles.

À la question « *Qu'est-ce que vous faites ?* », tout le monde, absolument tout le monde nous renvoie à la tâche, à ce qui est prescrit ; on nous décrit ce qui est à faire. Par exemple, je vous dis que ce matin j'ai à vous expliquer ce que nous entendons par « clinique médicale du travail ». Si je m'arrête à cela pour vous décrire tout le travail qu'il y a derrière cet exposé, vous serez assez mal renseigné sur la réalité de ce qui s'est passé pour aboutir à ce que je vous présente aujourd'hui. Il faut donc aller plus loin.

Il faut accéder au « comment », « *Comment vous y prenez-vous pour faire ce que vous faites ?* ». Cette question, évidemment renvoie à ce qu'il y a de subjectif et d'intime dans l'activité de travail. C'est sans doute ce qui est le plus difficile à obtenir. Il nous faut prendre la posture de celui qui ne sait rien, de celui qui s'adresse à un sujet dont les propres visées personnelles et les projets échappent à l'investigation et au regard clinique.

Nous essayons de nous faire raconter l'activité et de nous faire décrire comment le salarié colore cette activité d'un style qui lui est personnel. Cette salariée de la SPA me décrit ainsi son travail, « *Je nettoie les chats. À chaque box, je passe à l'eau de Javel la petite pelle qui me sert à nettoyer les souillures des litières. Vous comprenez, pour ne pas contaminer les autres animaux. C'est ça l'hygiène ! Évidemment, on me trouve lente. C'est pourquoi on ne me donne plus les chiens !* »

Il faut souvent poser plusieurs questions car cela ne s'exprime pas si facilement : « *Ce que vous avez à faire, comment vous le faites ?* » ; « *Qu'est-ce qui est dur dans votre travail, qui est difficile, qui est pénible (...) et comment vous vous en débrouillez ?* » ; « *Et qu'est-ce qui est plaisant ?* » ; « *Qu'est-ce que vous aimez le plus à réaliser ?* » ; « *Est-ce qu'on vous demande de le faire comme vous le faites ?* » ; « *Suivez-vous les procédures à la lettre ?* »

Nous obtenons ainsi des points de vue singuliers que nous conservons dans le dossier médical et en vrac dans notre mémoire.

Ensuite, nous abordons les questions de santé. Nous interrogeons sur les événements sanitaires récents ou anciens, sur la perception de sa propre santé avec la recherche de symptômes, de manifestations infra pathologiques, en particulier les douleurs, les prises de médicaments... L'examen corpo-

rel matérialise toujours les symptômes qui sont décrits. Et, lorsqu'il n'y a pas de symptômes, *a priori* quand tout va bien, cet examen a alors une valeur symbolique forte dans le sens où il signifie que l'engagement corporel dans le travail est reconnu, engagement corporel que pas un travailleur ne dénie. Ne pas le faire c'est s'exposer aux classiques remarques laconiques : « *Elle ne m'a même pas examiné, elle ne m'a même pas pris la tension !* » Bien sûr aussi, des examens complémentaires de dépistage peuvent compléter l'investigation physiologique.

L'ENTRETIEN MÉDICAL INDIVIDUEL N'EST PAS SUFFISANT POUR CONSTRUIRE UNE OBSERVATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

D' autres connaissances sont nécessaires qu'il faille aller chercher dans divers registres.

PREMIÈRE RESSOURCE, DU CÔTÉ DE LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE

Il est nécessaire de posséder des connaissances en médecine évidemment, mais aussi en toxicologie, en ergonomie, en épidémiologie, en psychodynamique, etc., pour comprendre les phénomènes cliniques que nous avons à mettre en lien avec le travail. Mais il est évident que la médecine du travail ne se réduit pas à un patchwork de spécialités accolées les unes aux autres (DAVEZIES, 2005). Ces spécialités, reliées les unes aux autres par le fil conducteur du travail constituent un bagage théorique réunifié dans lequel il faut puiser pour aider à l'analyse du matériel clinique. Ce savoir réorganisé est un outil de travail.

DEUXIÈME RESSOURCE, LES RÉCITS INDIVIDUELS DES SALARIÉS COLORÉS DE LEUR EXPÉRIENCE PERSONNELLE

Leur cohérence nous permet de nous faire un point de vue assez solide de la ou des situations de travail. Leurs divergences aussi d'ailleurs, dans le sens soit d'une interrogation sur l'existence de conflits non extériorisés, soit sur l'existence d'une décompensation individuelle qu'il faudra aller instruire en se retournant vers des études de postes de travail.

TROISIÈME RESSOURCE, LA CONNAISSANCE DU MILIEU DE TRAVAIL

Il s'agit d'une donnée objective dont la clinique médicale du travail ne peut se passer. Pour comprendre ce qui est décrit de l'activité, le médecin doit pouvoir se la représenter dans un décor qu'il aura déjà observé. Cela facilite l'interrogation du salarié. Cette connaissance permet donc au médecin du travail de faire l'articulation entre risques et contraintes professionnels d'une part, et construction ou dégradation de la santé d'autre part. On peut ajouter que la clinique médicale du travail se déploie également dans les ateliers. La compréhension peut alors être facilitée par la médiation des objets qui entourent le travail au moment où on parle. « *Voyez, Docteur, c'est avec cette machine-là que j'ai des soucis,*

parce qu'il faut faire comme ça, sinon ça se met comme ça, et ça coince. » C'est sûr, le tiers temps est une vraie nécessité.

QUATRIÈME RESSOURCE, L'APPORT DU CONTENU DES INTERVENTIONS DES IPRP

Cette dernière donnée objective complète la panoplie des informations nécessaires à l'ordonnement de tous ces recueils, recueils que le médecin du travail sera obligé d'organiser pour produire une analyse clinique qui mette en lien les manifestations pathologiques qu'il aura constatées et les situations de travail. Accessoirement, je me permets d'ajouter que cette complémentarité de différents professionnels qui analysent un même objet, le travail, avec des techniques, des normes, des qualifications et des expériences différentes, ne peut se faire qu'en dehors de toute relation de domination et de dépendance ; les uns et les autres s'échangeant leur point de vue relatifs à leurs disciplines en toute égalité.

C'est le déroulement de cette démarche comme regard particulier sur le travail qui labellise la médecine du travail en véritable spécialité. Comme le dit Michel FOUCAULT : « *Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle* » (1963).

Ces observations cliniques ont deux fonctions :

- La première est de permettre de comprendre, au moment des événements, ce qui peut porter atteinte à la santé. On est dans le synchronique et le contemporain.
- La seconde est de repérer, dans une trajectoire professionnelle bien documentée en santé et en travail, ce qui a pu aboutir à l'apparition de certains symptômes. On est dans le diachronique, le parcours professionnel. Cette attention aux difficultés, aux pénibilités et aux contraintes permet d'instruire et d'expliquer, dans le long terme, ce qu'on appelle « les traces du passé » dans les études quantitatives (MOLINIÉ, 2006).

La répétition de constats un peu semblables confirmera que cela n'est pas un effet du hasard. Le cas des épidémies de TMS est de ce point de vue exemplaire. L'épidémiologie, ensuite, en prenant le relais, pourra chiffrer l'ampleur du ou des phénomènes.

Les apports de ces investigations cliniques qui mettent en lumière des processus délétères ne sont pas une fin en soi. Elles doivent orienter le médecin vers l'action. Elles doivent aider à l'intervention en entreprise puisqu'elles peuvent soutenir un ou des arguments d'alerte dans une visée de transformation préventive, voire curative, des situations de travail. Ces interventions sont toujours à travailler avec beaucoup de précaution pour ne pas tomber dans le registre du malheur ou de la dénonciation, les atteintes à la santé étant toujours présentées en rapport avec ce qui fait difficulté dans le travail.

Dans les toutes petites entreprises, la fiche d'entreprise peut en être le support, mais des interventions individuelles, faites avec l'accord de l'intéressé et en respectant absolument le secret médical, peuvent aussi se pratiquer. Dans les plus grosses structures, des constats collectifs peuvent être à

l'origine de démarche conjointe d'intervention, en partenariat avec les IPRP, les gestionnaires et les CHSCT.

EXEMPLES

Voici deux très courtes observations cliniques, très simplifiées. Elles sont issues de mon activité ordinaire ; l'une s'étant présentée en début de journée, l'autre en fin de matinée. Elles ne m'ont pas spécialement rallongé la durée de la consultation. L'entraînement à la perception de tous les signes qui se dévoilent au cours d'un simple entretien médico-professionnel est sans doute l'aboutissement d'un assez long apprentissage qui n'est pas indépendant de l'acquisition de toutes les connaissances précédemment citées. Ces connaissances constituent le terreau dans lequel il faut puiser pour que le réarrangement de tous ces signes et de toutes ces clés de compréhension donnent un sens aux combinaisons travail-santé. C'est le passage à l'écriture qui prend du temps, ensuite ; pas l'activité herméneutique que notre pratique nous impose.

PREMIÈRE OBSERVATION, MME A...

Elle se situe dans ce que j'ai appelé le contemporain et la seconde correspond plutôt à l'instruction d'un parcours professionnel. Mme A... est embauchée à 50 ans comme agent d'entretien dans une petite collectivité territoriale. Elle est d'abord à mi-temps et en CDD. Elle s'occupe de faire manger puis d'organiser et de surveiller la sieste des enfants d'une école maternelle.

Cette année-là elle signale des migraines traitées par Seglor®, des douleurs lombaires et des troubles du sommeil.

Deux ans après, elle passe contractuelle à temps plein au poste d'ATSEM, acronyme signifiant « Agent technique spécialisé des écoles maternelles ». C'est évidemment une promotion et une marque de confiance car elle n'a pas de diplôme particulier et elle apprend sur le tas. Les migraines s'estompent, les lombalgies s'atténuent, le sommeil est revenu. Elle est enchantée. Je la revois trois années plus tard. Elle a maintenant 55 ans.

Elle m'annonce d'emblée, sans que je n'aie à poser la question, qu'elle n'est restée ATSEM que deux ans. Depuis un an elle est repassée « agent d'entretien » ; donc, déqualification. « *Ils ont bien su me trouver quand ils ont eu besoin de moi !* » me dit-elle. Entrer dans l'entretien médical par cette annonce est pour moi un signe. Un signe qui me fait percevoir une certaine déstabilisation. Ce signe apporté par l'annonce assez bruyante du changement d'activité, me met en alerte et m'indique qu'il y a là une souffrance identitaire dont l'onde de choc a peut-être fait des dégâts par en dessous, des dégâts invisibles.

J'emploie ici le mot « souffrance » au sens de l'expression subjective d'un conflit qui dépasse les capacités d'adaptation ou de résistance défensive aux possibilités personnelles du sujet. Il y a empêchement de la capacité autonome d'agir. La souffrance pathogène est l'expérience de l'échec-butoir, non détournable, non rattrapable. La souffrance est caractérisée par sa dimension subjective.

Pour ne pas m'engager dans une fausse route médicale, je tempère la quête d'adhésion à son statut de victime (RECHTMAN, 2002) en lui disant que, n'étant pas diplômée, l'administration n'avait peut-être pas eu le choix puisqu'elle devait appliquer une réglementation qui exigeait, soit des diplômes, soit une validation des acquis ; ce qu'elle ne pouvait produire ni dans le premier cas ni dans le second puisqu'elle n'avait pas les cinq années d'ancienneté requises pour prétendre à cette reconnaissance. Mme A... admet volontiers tout cela.

En la questionnant sur son contrat, j'apprends qu'elle est maintenant stagiaire depuis trois mois, ce qui signifie qu'elle peut espérer une titularisation dans neuf ou dix mois ; donc une stabilité d'emploi assurée jusqu'à sa retraite. Elle convient que c'est une vraie sécurité. Donc, tout n'est pas si noir dans sa situation.

J'essaie alors de la faire parler de son activité ordinaire, faisant l'hypothèse que quelque chose de très concret la met en difficulté dans le travail.

De 11 h à 16 h 30 elle s'occupe des enfants, d'abord l'assistance aux repas puis l'assistance à la sieste. Il se trouve que l'école est très petite. Il n'y a pas de salle prévue pour la sieste des enfants, la salle de jeux en fait office. Il faut donc déplier une quinzaine de lits qui sont assez lourds et faire ces lits. Il faudra ensuite, après la sieste, replier les lits et les ranger. Il faut passer les draps et les couvertures souillées de pipi à la machine à laver. Il n'y a pas de sèche-linge, ni d'endroit pour étendre. Mme A... fera sécher le linge chez elle, durant la nuit. À part la directrice, personne ne sait qu'elle fait cela : « *Du moment que tout est fait, personne ne s'interroge vraiment.* » dit-elle.

De 16 h 30 à 18 h 30 elle fait deux heures de ménage. Seule. La salle de jeux, les couloirs intérieurs et extérieurs, les sanitaires, le bureau de la directrice, etc. Elle explique que c'est très dur à entretenir car cette école est la seule où les parents entrent en prenant les couloirs, que c'est la seule école où la cour est recouverte de sable. Tout est vite ressalé et « *... étant très maniaque, je nettoie jusqu'à ce que tout soit parfait* », ajoute-t-elle.

La pression temporelle est importante car ces deux heures de ménage se faisaient avant à deux. Aller vite et faire bien malgré tout, finir l'entretien du linge à la maison laisse des traces.

Depuis quelques mois elle présente un coryza rebelle qui, après avoir disparu pendant ses congés, est réapparu à la reprise. Allergie à la poussière ? Peut-être... Elle doit faire des tests dans les jours qui viennent. Après une longue accalmie, une crise migraineuse s'est produite voilà six mois. Elle souffre de dorsalgies régulièrement et dort mal à nouveau. L'examen clinique montre en effet une raideur lombaire certaine, des points douloureux des apophyses transverses, des épines iliaques postérieures douloureuses, etc. Elle est donc à nouveau sous traitement : AVLOCARDYL® et NOCTRAN®.

Une somatisation ne fait pour moi aucun doute, somatisation, qui, je le pense, porte l'empreinte du travail. D'abord

un déclassement mal expliqué déclenchant un vécu d'injustice, des manutentions incompatibles avec son avancée en âge, une absence de moyens dont personne ne se soucie, une pression augmentée dont l'effet en terme de pénibilité accrue n'est pas analysée et un isolement certain sont autant de faits que ne compense ni la perspective de stabilisation de l'emploi, ni le respect des enjeux qu'elle se donne en terme de qualité de son travail.

Mme A... refusera que j'intervienne auprès du service RH. Elle veut préserver ses chances de titularisation. Peut-être va-t-elle arrêter de terminer le travail à son domicile de façon à rendre visible ce que sa diligence occultait ?

Je demande à la revoir dans un an alors qu'elle n'est pas en Surveillance Médicale Renforcée.

SECONDE OBSERVATION, MME B...

Je rencontre Mme B... pour la première fois en 2002. Elle a 32 ans et est femme de ménage, à mi-temps, en CDD dans une entreprise de nettoyage industriel. Elle nettoie le réfectoire et l'internat dans un établissement s'occupant d'enfants handicapés. Quelques mois plus tard la sous-traitance de cette activité est confiée à une autre entreprise de nettoyage qui l'embauche en CDI, trente heures par semaine. Elle s'occupe de la lingerie et fait la plonge. Elle se dit ravie de cette activité.

Deux ans plus tard, lorsque je la revois, elle a alors 35 ans, elle est passée à temps plein et a été formée à l'hygiène. Sa tâche s'est en effet très enrichie au point qu'elle dit être complètement débordée. « *Je vais vous expliquer ce que je fais.* » me dit-elle.

Et elle me décrit à toute vitesse sa semaine ; je n'ai pas à poser la moindre question ; d'ailleurs, ce n'est pas possible car elle ne me laisse aucune place pour le faire ! Cette logorrhée sera pour moi un signe clinique montrant son entraînement à la rapidité.

Donc, le lundi, elle commence à 7 h en faisant le nettoyage des trois classes (sols, poubelles et toilettes), puis elle poursuit par l'accueil, les sanitaires des bureaux et la salle de réunion. Elle récupère ensuite des habits du week-end des enfants qui sont restés : lavage et repassage. Vers 9 h 45 elle doit commencer le nettoyage de l'internat où elle s'occupe des chambres des enfants n'ayant pas quitté l'établissement en fin de semaine. Elle fait de nombreux aller-retour entre les chambres et la buanderie car il y a beaucoup de linge « plat » souillé – le linge plat étant constitué des draps, serviettes et couvertures.

Elle prend son repas debout en vingt à trente minutes pour être sûre de terminer à 16 h car elle a sa fille à récupérer à l'école ; elle est seule à l'élever et tient à suivre assidûment les devoirs. Elle entame la remise au propre de la salle de restaurant : balayage puis lavage des sols en respectant les procédures d'utilisation des produits fournis. Elle fait la même chose pour la salle à manger de l'internat. Puis c'est la plonge où elle fait un prélavage des plats de service et de la vaisselle la plus souillée avant de tout mettre au lave-vaisselle.

Les autres jours, elle commence à 8 h, et à chaque jour correspond une activité différente afin que tout ait été nettoyé en fin de semaine : « *Le mercredi, c'est mes canapés, puis les 18 chambres. Je vide 200 litres de poubelles par jour, j'envoie tous les draps et les couvertures au CAT pour le nettoyage, je les compte, il y a 30 à 40 draps et 15 à 20 couvertures le mercredi et le vendredi. Je fais tout en courant. J'ai l'impression de me machiniser. J'ai une pendule dans la tête. Ça me transforme ! Je me suis surprise dimanche à couper les ongles de ma fille à toute vitesse ! Et pourtant tout n'est pas bien fait à fond, je ne fais pas les hauteurs, je ne frotte pas assez.* »

Elle trouve ce travail trop stressant alors qu'elle est seulement rémunérée au SMIC. Elle trouve que c'est injuste. Elle pense à chercher un autre emploi. « *Qu'en pensez-vous ? Vous ne croyez pas qu'avec ce rythme je vais avoir des soucis de santé ?* » Je lui réponds qu'effectivement, le corps n'est pas inusable et que si, actuellement, son agilité, qu'elle doit beaucoup à sa structure gracile, la préserve, il est à parier qu'un jour ou l'autre il y aura une rupture. Elle part en me disant « *Je vais réfléchir ! Quand je pense qu'à la fin de ma formation, l'enseignant m'a dit que tout était très bien... sauf la vitesse ! Pas assez rapide m'a-t-il dit !* »

Tout cela est consigné dans son dossier, ce qui constituera une partie de sa trajectoire professionnelle, trajectoire encore indemne de toute atteinte à sa santé.

Pour conclure, je dirai que ces nouveaux textes sont peut-être l'occasion de rendre opérationnels des dispositifs de prévention efficaces s'appuyant sur des actions coordonnées mais différentes de professionnels de champs disciplinaires complémentaires mais indépendants les uns des autres.

La clinique médicale du travail, par la mise à jour des processus à l'œuvre sur la santé étant une voie de connaissance indispensable à la construction de l'édifice préventif.

Fabienne BARDOT

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ BARDOT Fabienne, HUEZ Dominique, octobre 2003, « Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions professionnelles réactionnelles », *Travail et emploi* n°96, p. 55-66.
- ♦ CANGUILHEM Georges, 1966, « Le normal et le pathologique », 8^{ème} édition, Quadrige PUF.
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2005, « Éléments de réflexion concernant l'aptitude aux postes de sécurité : l'exemple de la conduite », in *Rapport UMRESETTE n°0 501* (http://www.inrets.fr/ur/umrestte/publications/0501-Davezies_Charbotel.pdf).
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2004, « Entre psychique et social, quelle place pour l'activité ? » <http://philippe.davezies.free.fr>
- ♦ DAVEZIES Philippe, 2001, « Convergences, tensions et contradictions entre différentes approches de la santé au travail », Journée pluridisciplinarité en santé au travail organisée par la SELF, Paris. <http://philippe.davezies.free.fr>
- ♦ DAVEZIES Philippe, 1999, « Archives des maladies professionnelles », 60, 6, p.542-550.
- ♦ DAVEZIES Philippe, 1998, « Pour un recentrage sur la clinique », in *Des médecins du travail prennent la parole*, Syros, p. 186-195.
- ♦ DEJOURS Christophe, 1995, *Le facteur humain*, PUF.
- ♦ FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, 5^{ème} édition, Quadrige PUF.
- ♦ GAINARD Lise, 2005, « Penser la notion de race, un défi : le concept de race nécessite le maniement d'une sémiologie du négatif », Colloque « De la discrimination dire "ethnique et raciale" : discours, actes et politiques publiques – Entre incantations et humiliations », mai 2005, Actes à paraître.
- ♦ KERGOAT Danièle, 2005, « Rapports sociaux et division du travail entre les sexes », in Maruani M. (dir), *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs*, La Découverte, p. 94-101.
- ♦ MOLINIÉ Anne-Françoise, 2006, « La santé au travail des salariés de plus de 50 ans », in *La société française, Données sociales 2006*, INSEE.
- ♦ RECHTMAN Richard, 2002, « Être victime : généalogie d'une condition clinique », *L'évolution psychiatrique*, Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, vol 67, n°4, p. 775-795.
- ♦ SUPIOT Alain, 1994, *Critique du droit du travail*, PUF.
- ♦ VEIL Claude, juin 1996, *Psychiatrie française*, vol. XXVII 2/96.

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Annie LOUBET-DEVEAUX

Comité de rédaction : Fabienne BARDOT, Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Denise RENOU-PARENT, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Véronique ARNAUDO, Fabienne BARDOT, Bernadette BERNERON, Alain CARRÉ, Philippe DAVEZIES, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Dominique HUEZ, Annie LOUBET-DEVEAUX, Gérard LUCAS, Jocelyne MACHEFER, Elisabeth PAGEL, Alain RANDON, Christian TORRÈS, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil