

CAHIER DU S.M.T.

n°3

"Santé et Médecine du Travail"

JOURNÉE DU 10 JUIN 1989

EVALUATION EN MEDECINE DU TRAVAIL

INTRODUCTION AUX DEBATS

«L'air du temps» est à l'évaluation de la médecine du travail. Malheureusement des cas existent où cette évaluation ne traduit que le plus médiocre raisonnement comptable : cela se résume à un rapport moyens financiers mis en oeuvre/activité mesurable, c'est à dire essentiellement nombre de consultations effectuées, accessoirement nombre et durée des «visites de locaux de travail» (dit tel quel) et nombre de séances de CHS auxquelles le médecin a assisté.

A la réflexion pourtant, émerge rapidement l'évidence massive et incontournable que l'activité du médecin du travail, ses objectifs, les moyens qu'il met en oeuvre et ses résultats sont étroitement intriqués avec la problématique du champ social dans lequel il exerce. Un des débats du SMT a été de savoir si le médecin du travail était là pour dire ou transformer, en sachant que dire, c'est déjà contribuer à un processus de transformation des conditions de travail : allons-nous faire l'hypothèse que la mesure de la transformation est un indicateur direct de notre efficacité ? L'"évaluation" dont nous parlions plus haut ne se donne pas la peine de s'interroger sur les objectifs, d'analyser la situation préalable à notre action. C'est une caricature. Mais plus généralement, nous savons que l'objectif d'une étude négociée dans un champ social est le fruit d'un compromis entre les objectifs des différents acteurs, et intègre la notion de «champ du possible». Et le fait qu'elle puisse ne pas être négociée doit être pris comme signifiant.

Cessons. Nous sommes un certain nombre de médecins du travail à pourtant être convaincus de la nécessité de nous construire une argumentation orientant nos choix, nos recherches de connaissance, nos méthodologies, notre stratégie, à vouloir construire une critique. Alors, parlons de l'évaluation en médecine du travail.

L'objectif est bien sûr pour nous, l'amélioration, la promotion de la santé au travail. Mais nous savons qu'il peut y avoir conflit entre droit à la santé et droit au travail (l'exclusion du monde du travail amenant à une altération de la santé), santé individuelle et santé collective (dans le cadre de «travail d'équipe»). De plus, cet objectif sous-tend des questions éthiques touchant à notre stratégie (cf: question posée «dire ou transformer», et celle de la place des connaissances scientifiques dans le champ social). C'est pourquoi il sera nécessaire de réfléchir sur l'évolution depuis 1946 des concepts de santé, de prévention, du rôle du médecin du travail, sur les apports

SOMMAIRE

* INTRODUCTION AUX DEBATS <i>Marie Christine BOSQUILLON</i>	p. 1
* PEUT-ON EVALUER <i>Pierre ABECASSIS</i>	p. 3
* POUR UNE ETHIQUE DE LA'EVALUATION EN MEDECINE DU TRAVAIL <i>D.ominique HUEZ</i>	p. 6
* EVALUATION QUALITATIVE EN MEDECINE DU TRAVAIL <i>Jocelyne MACHEFER</i>	p. 9
* PSY-SHOW PATHOLOGIE DU TRAVAIL <i>Denise PARENT</i>	p. 14
* A PROPOS D'EVALUATION <i>Francis DERRIENIC</i>	p. 16
* EVALUATION A partir de l'intervention de Bernard Cassou <i>Jean Noël DUBOIS</i>	p. 22
* EVALUATION: DEBAT S.M.T. <i>Jean Noël DUBOIS</i>	p. 23

Supplément N° 1 à Pratiques N° 22
Décembre 1990
Prix du numéro: 50 F

INTRODUCTION AUX DEBATS (suite)

de la psychopathologie du travail dans le champ de la santé.

Et si notre objectif est «clair», nous avons conscience qu'il y a peut être, dans le domaine de la santé, des objectifs non-dits contradictoires : ainsi, dans certaines entreprises, la souffrance est gérée comme un moteur.

L'évaluation d'une action de prévention touche tous les domaines de l'action du médecin du travail, en particulier la mise en évidence de facteurs de risque (avec quantification), le dépistage des affections inhérentes à ce risque, le choix d'une action de prévention et sa quantification. Pour chacun de ces temps, nous disposons d'outils de mesure (ergonomie, épidémiologie, etc...). Encore faut-il savoir les choisir avec pertinence, les articuler dans le respect de la spécificité de la médecine du travail : approche globale de l'Homme au travail, statut de la médecine du travail dans le champ social. Ce sont là des questions fondamentales et complexes.

On peut certes calculer avec intelligence, il doit être possible d'intégrer les coûts à long terme d'une atteinte à la santé (ou au contraire les bénéfices d'une amélioration) dans un processus d'évaluation en médecine du travail. Mais est-il souhaitable d'accepter de rentrer dans un système de pensée économique coûts/bénéfices ? La production matérielle doit-elle n'être régie que par la rationalité économique ? Cette association d'idées travail/rationalité économique n'est-elle pas seulement contemporaine du capitalisme industriel ?

Marie Christine BOSQUILLON

PEUT-ON EVALUER?

Poser le problème de l'évaluation en médecine du travail se situe à mon avis et d'emblée sur un terrain défensif. Ce n'est pas un hasard si la question de l'évaluation se pose de nos jours, en période de crise chronique du système de production. Fondamentalement la démarche de l'évaluation survient face à deux interpellations-refrains:

- 1/ la médecine du travail coûte trop cher;
- 2/ est-ce que la médecine du travail sert à quelque chose.

Et nous voilà, nous, médecins du travail à sensibilité «progressiste», entraînés dans ce débat où nous nous efforçons de convaincre:

- 1/ qu'on est pas plus cher que d'autres,
- 2/ qu'on est utiles puisque - au choix selon les sensibilités -:
 - ce matin j'ai découvert une hypertension,
 - hier j'ai fait remettre un capot de machine qu'un (brave mais inconscient) ouvrier avait ôté,
 - sur les 23 personnes qui avaient arrêté de fumer l'an dernier, 21 seulement ont repris,
 - l'an prochain je ferais une étude épidémiologique sur la fréquence des cors aux pieds dans les chaussures de sécurité.

Soulignons au passage que les questions ci-dessus sont posées essentiellement par:

- a/ les patrons,
- b/ l'état, ce qui est sensiblement la même chose.

Pour nos réponses pour l'instant nous nous défendons donc par rapport à des attaques. Ces attaques sont assez grossières, guère étayées et nos réponses en général à la hauteur. Essayons donc si possible d'élever le débat, de voir les différents niveaux où se pose l'évaluation en médecine du travail. Je situerai cette évaluation à trois niveaux, de façon peut être un peu trop didactique, mais essayons.

On peut évaluer:

- 1/ la médecine du travail globalement à l'échelle nationale en tant qu'institution,
- 2/ une action ponctuelle, limitée dans le temps et dans l'espace en médecine du travail,
- 3/ le médecin du travail.

1/ Avant de poser la question de comment évaluer la médecine du travail posons si vous le voulez bien celle de pourquoi? Pour quoi, en effet, ne veut-on pas évaluer l'ophtalmologie, la

pédiatrie ou la gynéco? Parce que ce n'est pas pareil! Va-t-on rétorquer. Certes! La différence fondamentale est que la médecine du travail est une institution, qui évolue un peu dans le champ de la médecine, mais surtout dans le champ social. Elle est de ce fait directement (et non par le truchement de la Sécurité Sociale, comme les autres spécialités) l'objet d'une lutte. Sans parler de son efficacité éventuelle, du fait même de son existence financée par le patronat et donc étant une part de salaire indirect, la médecine du travail est un acquis des salariés. Et fondamentalement c'est cet acquis - et pas nous - qui est l'objet d'une remise en cause. Il faut donc cesser de tourner autour du pot. L'évaluation en médecine du travail, de l'institution médecine du travail, dans l'état actuel de crise et des rapports de force politiques et sociaux a pour but essentiel d'essayer de démontrer qu'il faut réduire cet acquis social à la portion congrue, voire la supprimer. Et toutes les tentatives, tous les documents, officiels ou officieux, vont dans ce sens quels qu'en soient les auteurs, leurs fonctions ou appartenance politique. La question de comment évaluer au niveau institutionnel devient donc à mon avis secondaire. Les dés sont pipés, ou, au mieux les instruments de mesure inadaptés. On pourra démontrer ce que l'on voudra, et l'on trouvera toujours des technocrates pour le faire. Le fond du problème est qu'une médecine de globalité n'est pas évaluable et il me semble qu'en tant que syndicat, non seulement nous devons nous opposer à toute tentative d'évaluation de l'institution, refuser d'y participer etc, mais plus encore revendiquer une non-évaluation pour ce qu'elle contient de subversif: à l'heure où l'on veut tout chiffrer ou mettre sur disquette nous prenons le parti de l'humain et nous le proclamons.

2/ Evaluer une action ponctuelle en médecine du travail relève d'une démarche totalement différente. L'action est limitée dans le temps et dans l'espace au niveau d'une usine ou d'un groupe; elle concerne un ou plusieurs médecins et une collectivité de travail.

Elle se déroule en cinq étapes:

- a/ identifier les problèmes de santé prioritaires dans la collectivité par exemple les lombalgies et postures de travail dans une usine d'électronique;
- b/ se fixer des objectifs: diminuer la fréquence des lombalgies et corollairement la souffrance des malades;
- c/ poser le problème: questionnaires, fréquence des arrêts pour lombalgie, traitements, etc;
- d/ de quels moyens dispose-t-on: amélioration des postes, automatisation;
- e/ évaluation proprement dite: une fois le traitement appliqué: résultat obtenu chiffrable (moins d'arrêts, moins de soins) et subjectif (amélioration du confort). Comparaison avec l'état antérieur, et éventuellement l'investissement.

Les réserves que l'on peut émettre peuvent être méthodologiques (thèmes, objectifs, moyens, modes d'évaluation). Sur le plan principal - mais on peut en discuter - je ne vois pas pourquoi en tant que syndicat nous aurions des objections particulières quant à la démarche.

3/ Evaluer le médecin du travail et son activité. Terrain glissant mais... On peut envisager l'évaluation par rapport:

- a/ aux autres médecins,
- b/ à ce qu'en attendent les usagers dans le cadre de sa mission.

a/ Le vent de libéralisme actuel a fait germer ici et là dans la tête de certains patrons du CISME, directeurs de services, voire médecins-chefs l'idée selon laquelle l'absence de réelle progression de carrière, des augmentations de salaire à l'ancienneté uniquement, étaient des éléments de sclérose ou du moins ne motivaient pas suffisamment le médecin du travail lambda, d'où l'idée d'une rémunération et d'une carrière liée au mérite.

Idée pour l'instant dans l'air sans traduction réelle sur le papier. Inutile de faire un dessin. D'abord on voit mal comment faire dans la pratique mais surtout en tant que syndicat on ne peut cautionner un système qui viendrait plus encore atomiser la profession, la livrant aux critères de

rentabilité et à tous les arrivistes ou opportunistes. A quand des TSAP en médecine du travail?

b/ Il a toujours été dans la démarche du SMT d'impliquer les usagers dans notre activité, conscients qu'ils sont les seuls éléments réellement moteurs des avancées dans le domaine de la santé au travail.

Nous ne pouvons donc qu'être favorables à ce qu'ils évaluent notre activité. C'est dans cet esprit que nous participons aux formations syndicales de délégués de CHS, que nous entretenons des relations avec les organisations syndicales, que nous avons participé à la rédaction du Livre «Les Risques du Travail».

Si on y regarde de près, les salariés disposent de peu de moyens pour évaluer notre activité. Ils peuvent nous confier des missions mais comment peuvent-ils juger si nous les avons correctement remplies? Le seul lieu où les représentants des salariés peuvent émettre un jugement collectif sur notre activité est le comité d'entreprise au moment où ils doivent émettre un avis sur notre rapport à un expert extérieur - utilisant ainsi un droit des lois AUROUX - pour évaluer le rapport annuel du médecin du travail de l'entreprise. quoi que l'on pense de la forme qu'a pu prendre cette évaluation, et des problèmes déontologiques qu'elle soulève, nous ne pouvons, sur le fond, qu'être favorables à ce que les travailleurs utilisent les moyens réglementaires à leur disposition pour évaluer de quelle façon nous remplissons notre mission.

Pour conclure, soulignons, à la manière de Socrate, que l'évaluation peut être la meilleure et la pire des choses. Mais remarquons qu'elle se pose actuellement surtout en termes quantitatifs et que, du coup, elle fait l'impasse sur un facteur essentiel auquel nous allons être confrontés dans l'avenir en médecine du travail: celui de la qualité.

Pierre ABECASSIS

**SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL
est née le 11 Novembre 1990 à Chatenay Malabry**

Association loi de 1901, au delà des clivages syndicaux et/ou des statuts, elle regroupe principalement des médecins du travail, mais aussi quelques experts scientifiques et sociaux.

Quels sont ses objectifs?:

"Permettre un échange sur les pratiques professionnelles, un effort d'élaboration tourné vers les conséquences éthiques, sociales et scientifiques du développement de la médecine du travail".

Ce congrès fondateur a permis d'aborder deux thèmes.

Tout d'abord à partir du constat et de l'analyse de l'éclatement des collectifs de travail: sous traitance, contrat à

durée déterminée, intérimaires, faux artisans, etc... nous nous sommes interrogés sur la façon de surveiller et de rendre compte de l'état de santé de ces travailleurs. Cette réflexion sera poursuivie lors de notre journée de printemps 1991.

Ensuite, nous avons vu comment, à partir de la clinique médicale, la psychopathologie pouvait être une clé d'interprétation. Ainsi, à propos de la souffrance au travail, nous avons vu l'intérêt de recueil de données, la façon d'y procéder, de le traiter et l'intérêt fondamental de la restitution des résultats à la collectivité.

SANTE ET MEDECINE DU TRAVAIL
52, rue Galliéni 92240 Malakoff

POUR UNE ETHIQUE DE L'EVALUATION EN MEDECINE DU TRAVAIL

Evaluer les pratiques professionnelles en médecine du travail, c'est un projet qui ne fait pas peur au législateur. Ne se propose-t'il pas d'évaluer l'appel aux experts ou le remplacement de la visite annuelle par toute action visant à agir sur les conditions de travail?

1/ La prise en compte d'une double articulation`

Prévenir et dépister les altérations de la santé au travail, voilà l'objectif général de la médecine du travail; mais est-ce:

- à travers la prise en compte de la santé de chaque individu ou de la collectivité de travail?

Individu ou collectif?

- à l'aide de connaissances scientifiques déjà constituées et qu'on contribue à enrichir, ou à l'aide de témoignages, prises de position "du point de vue de la santé"? Expert ou porte-parole?

C'est la prise en compte de cette double articulation qui fonde la spécificité de la médecine du travail: médecine de l'individu et de la collectivité du travail, employant des connaissances scientifiques historiquement déterminées et dans un contexte social donné.

Alors, que se propose-t'on d'évaluer?

- l'efficacité d'une action pour le plus grand nombre ou l'accompagnement de la santé de chacun?

- l'avancée des connaissances scientifiques et la fiabilité des indicateurs employés, ou leur savoir-faire d'emploi dans un projet de transformation et leur utilisation "prétexte à prévention"?

2/ L'éthique, une question centrale

Evaluer une pratique médicale c'est rendre compte des pratiques effectuées mises en oeuvre. Très souvent les pratiques médicales ont pour objet le corps humain devenu corps productif, corps assujetti. Les pratiques de sélection médicale, certaines pratiques dites de prévention n'aboutissent-elles pas à des solutions "d'ordre social"?

Les pratiques professionnelles dans le dépistage du SIDA, de consommation de drogue ou d'alcool, de sélection des travailleurs les plus normaux, présentant le moins de facteurs de risque et demain exempts de "tares" génétiques illustrent bien cet enjeu. De quelle efficacité préventive est porteur une pratique professionnelle "éliminant" systématiquement les handicapés des postes "risque", réservant l'exposition aux cancérigènes aux travailleurs de plus de 50 ans ou mettant inapte au travail sous contrainte du temps tous les travailleurs de plus de 30 ans.

A travers le contrôle social (CE, CHSCT, commission de contrôle, expertise, conseiller...) la médecine du travail a les bases d'une institution médicale démocratique. Exerçant dans ce lieu féodal qu'est l'entreprise où la citoyenneté est bien souvent laissée à la porte, au coeur d'un conflit d'intérêt entre producteurs et donneurs d'ordre la médecine du travail peut être une institution de normalisation sociale.

Démocratie ou ordre social, quelle pratique d'évaluation en rendra compte?

3/ Une conception du travail qui conditionne un exercice professionnel

Pour Yves SCHWARTZ il faut voir l'homme, sujet vivant de l'expérience ouvrière derrière l'opérateur de tâches codifiées. L'usage personnel de son travail est une question qui a très longtemps été frappée d'oubli. Le travail est intérêt puissant de la vie, aventure originale par l'invention de l'homme. Il conçoit le travail comme reprise et appropriation des contraintes initiales d'existence et d'exercice des capacités, comme expérience de la vie, ouverte à des contraintes sans limite.

Cette conception du sujet travaillant fait pendant à la conception dynamique de la santé comme tendant vers un état de bien-être physique, psychique et social, quand l'espoir est permis, quand il y a du désir.

Comment rendre compte d'une pratique de promotion de la santé du sujet travaillant?

4/ Objectif apparent, objectif réel

Peut-on évaluer hors de tout contexte les multiples objectifs intermédiaires annoncés (et qui le sont de plus en plus à travers les plans de prévention); quelle est leur signification?

La construction, l'élaboration des connaissances scientifiques répond à une méthode rigoureuse: objet, objectif, découpage, isolement des différents paramètres, reproductibilité.

L'évaluation d'une pratique professionnelle procède très souvent de la même façon: on découpe, on isole, on mesure à l'aune des connaissances scientifiques produites et l'objectif apparent. Pourtant bien des pratiques professionnelles procèdent de la même dialectique que les recherches-actions où ce qui compte n'est pas tant les nouvelles connaissances produites (existant par ailleurs dans la littérature), que le saut qualitatif permis dans une dynamique de prévention.

Comment évaluer une dynamique de prévention où le médecin du travail n'est qu'un acteur?

5/ l'entreprise lieu collectif d'exercice de collectifs de travail, masquant une médecine individuelle

Dans l'entreprise les objectifs de prévention sont toujours collectifs: pour tel atelier, tel type de travailleur, tel groupe à risque. Le discours public du médecin de travail oublie lui aussi l'individu: secret médical, efficacité, Taylor sont passés par là.

Pourtant la dialectique individu/collectivité n'est pas une dialectique où les plateaux de la balance pèsent d'un poids égal.

Du côté de la collectivité on trouve les études de conditions de travail, l'emploi de la métrologie, l'application de connaissances sur les facteurs de risque et la confrontation avec des normes. L'individu y est absent. Le médecin du travail peut l'y rendre présent, c'est même la spécificité de sa pratique professionnelle; pour cela il utilise ce qu'il a observé, entendu à travers chaque visite médicale individuelle.

L'approche individuelle plurielle au niveau de la collectivité du travail n'a été possible que

par le biais des visites médicales. Le terrain, les lieux de travail apportent des interrogations, éventuellement des données avec quelques opérateurs "organiquement" découpés mais, seule la visite médicale peut tenter d'approcher la globalité.

Toute tentative d'évaluation au niveau de la collectivité d'une pratique préventive risque de considérer comme secondaire la pratique clinique individuelle qui a pourtant permis sa singularité, la hiérarchisation des priorités.

Comment rendre compte du rôle de chaque visite médicale dans la prévention plurielle?

6/ La prévention par objectif: la simplification face à la globalité

La pratique professionnelle en médecine du travail pour beaucoup s'exercerait dans le champ clos des connaissances scientifiques constituées. Le jeu consisterait en quelque sorte à prévenir les facteurs de risque majeurs et bien souvent légalement signifiés pour prévenir les risques.

Ce type de raisonnement fait l'impasse sur les caractéristiques particulières des différentes conditions de travail et sur la diversité des travailleurs.

C'est pourtant dans la rencontre de ces deux singularités (tel travailleur sur tel poste) que l'exercice spécifique de la médecine du travail peut s'évaluer. Cela oblige à prendre en compte l'histoire des individus et de leur santé, comme l'histoire plurielle de l'entreprise. Or la pratique préventive du médecin du travail s'exerce à l'interface de ces deux histoires.

Comment évaluer des histoires et non pas des moments transversaux?

Comment rendre compte de la spécificité des savoir-faire mis en jeu?

7/ Une face évaluable, une face qu'on ne veut pas évaluer

Une certaine médecine du travail a pour pratique de prescrire la santé:

- profil du meilleur travailleur
- prise en compte des pathologies officielles, tant pis si le poids de la rigidité de l'organisation du travail exprimé par la souffrance des travailleurs est majeur, on fera campagne d'action contre le bruit...!

La santé réelle est autrement plus complexe; elle introduit le sujet. Notre éthique médicale ne peut l'ignorer. Elle nous fait placer notre action au sein du système de santé. Elle nous fait porte-parole de la santé individuelle dans l'entreprise.

Doit-on évaluer seulement ce qui correspondrait aux intérêts immédiats de l'entreprise?

Y aurait-il une hiérarchisation dans l'évaluation?

- On n'évaluerait que la face de "veilleur", rendant compte du point de vue de la santé. Alors que les pratiques de normalisation sociale laissent indifférents, on se refuserait à prendre en compte dans un projet d'évaluation tout ce qui permettrait une démarche citoyenne.

- La qualité des connaissances scientifiques serait digne d'attention mais les savoirs intermédiaires, les histoires individuelles ne présenteraient pas d'intérêt.

Quant à la place de la médecine du travail dans le système de santé, elle n'est pas à l'ordre du jour puisqu'on parle de travail!...

Dominique HUEZ

EVALUATION QUALITATIVE EN MEDECINE DU TRAVAIL

VOYAGE, VOYANCE

Réfléchissons à l'évaluation, pour voir!

Où est ma boule de cristal?

- «Je vois... des populations ayant même profession disséminées dans divers pays d'Europe. Conditions de travail similaires, niveau social identique, progrès médical comparable, même Impact des médias... et rôle des partenaires sociaux? OUI! PÀREIL.

Et bien! Ont-ils même âge, même passé, même alimentation? Et l'alcool, le tabac... Ah! j'oubliais: STRESS identique.

MAIS, QU'ATTENDONS-NOUS POUR LES COMPARER?

- «Un facteur différé.»
- «Lequel?»
- «Ils n'ont pas tous une médecine du travail.»

MAIS, ALORS! EVALUONS! EVALUONS L'IMPACT DE LA MEDECINE DU TRAVAIL.

Oui! Que dit la boule de cristal?

EMBARCATION, QUAI No

Dans quelle galère j'allais m'embarquer! Sommes-nous rentables? Me demandais-je!
Quel cauchemar:

COUT/EFFICACITE/RENTABILITE...

Quel impact de la médecine du travail aujourd'hui? De ce médecin ni ingénieur, ni ergonomiste, pas plus toxicologue que socio ou même psychologue!

- Mais médecin spécialisé,... et témoin privilégié des conditions de travail et de leur répercussion sur la santé, tant au plan individuel qu'au niveau de la collectivité de travail.
- Et médecin avec un statut particulier en entreprise.

LES PASSAGERS A DESTINATION DU MONDE DU TRAVAIL,
SONT PRIÉS DE POINTER A L'HEURE ET DE SE PRESENTER QUAI No A LA CONSULTATION
MEDICALE

- C'est là qu'intervient la qualité du dialogue, de l'écoute, du transfert...

- Savoir percevoir le MESSAGE qui nous est livré à travers les récits du salarié sur son travail, l'incommunicabilité parfois, les ordres imposés sans explications, sans avoir les moyens de les réaliser...

Ecoute de la PLAINTÉ, de l'INDIGNATION allant de l'attente (signe d'espoir) à l'impatience (TURN OVER, ABSENTEISME, GREVES), ou à l'abnégation et à la déprime.

Mais à qui profite le transfert?

A qui et sous quelle forme restituer ces constats?

QUEL IMPACT DU MEDECIN POUR FAIRE CHANGER LES CHOSES?

VENT FORCE 7 EN CABINE PEINTURE

LEGER BROUILLARD SUR LA MOITIE EST DU SECTEUR SOUDURE

Quel drôle de matelot, ce médecin!

- Quelle qualité attribuer à ses mesures, ses moyens techniques? quelle qualité de l'observation, de l'analyse du travail?
- Quelles connaissances scientifiques, quelle formation?

Quel rendu des résultats, quel partage du savoir, et selon quelles qualités pédagogiques?

En un mot, quel IMPACT du médecin du travail pour la prévention en milieu de travail? (Est-il le mieux placé pour ce rôle? Quelle équipe multidisciplinaire?)

TERRE PROMISE A BABORD

Le médecin du travail doit-il jouer les DON QUICHOTTE et pour fendre l'air de l'épée de la justice sociale pour être entendu?

Terre promise, pourtant, pour les petites et moyennes entreprises, qui «rêvent sérieusement», au fil du sommeil (paradoxal!) du ministère, d'un nivelage par le bas de la médecine du travail à l'aube de 92.

- Terre promise pour les techniciens avides de taux d'exposition, d'imprégnation, d'accidents de travail (d'hémoglobine?).

- Terre promise enfin pour les mécanos de la prévention qui voudraient faire croire qu'un bilan de santé tous les 10 000 km suffit à relancer la machine humaine.

VINGT MILLE LIEUX SOUS LES MERS

- Les sociétés technocratiques n'ont-elles pas tendance à l'évaluation quantitative du RETEN- TISSEMENT d'IMPERATIFS techniques économiques...

- L'évaluation qualitative de la médecine du travail à la Française reviendrait alors à rechercher si, par ses qualités relationnelles et son rôle de staff un peu particulier (car IMPOSE) elle permet, face à la logique de production et malgré l'absence de volonté des pouvoirs publics, de replacer sans relâche l'HOMME AU CENTRE DU DEBAT.

ET LA, EMERGE DE MA BOULE DE CRISTAL UNE VOIX SYNTHETIQUE QUI ANNONCE:

A LAU BE DE 80 12 LAME DECINE DU TRAVAIL NESE RAPLUS QUE LE SOUS MARIN DUSYS TEME DE SANTE FRANCAIS.

OBJECTIFS EN MATIERE DE SANTE

La Médecine du Travail obéit aux objectifs flous de la loi de 1946:
EVITER TOUTE ALTERATION DE LA SANTE DU FAIT DU TRAVAIL

Elle n'a pas donné lieu à évaluation à ce jour.
Sa spécificité par rapport aux objectifs en SANTE PUBLIQUE est nette, celle-ci s'adressant à une ou des collectivités, avec des objectifs ciblés, donc restreints.

La place de la Médecine du Travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire telle que la suggère le BIT est pour le moins imprécise.

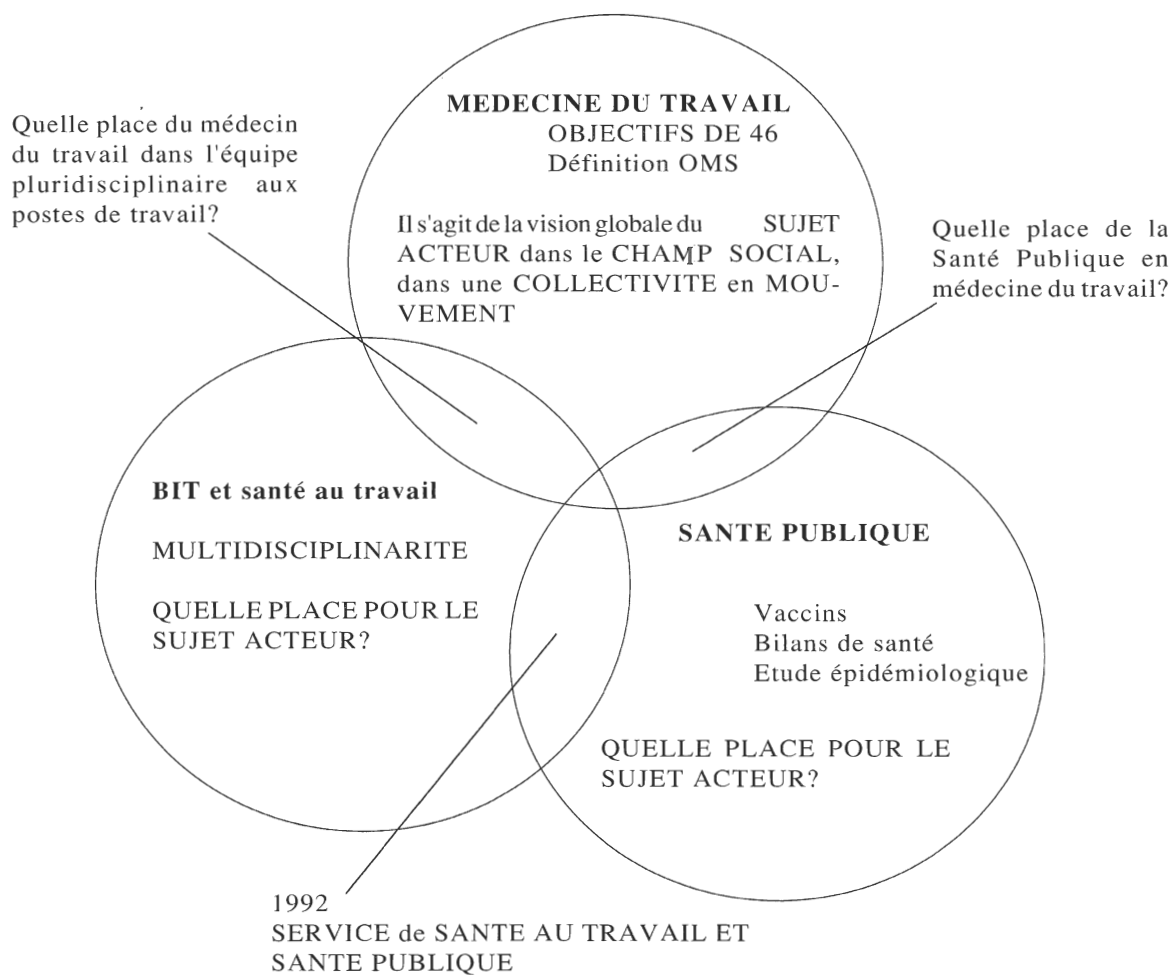
Face à l'échéance de 1992, il n'est pas inutile de rappeler le CONTEXTE SPECIFIQUE dans lequel s'exerce la Médecine du Travail:

- l'écoute et l'examen d'une part,
- la connaissance du travail réel et ses répercussions sur la santé d'autre part,

permettent la vision globale de l'individu et la connaissance d'une collectivité au travail.

Or l'INDIVIDU est SUJET ACTEUR dans l'entreprise, au sein d'une COLLECTIVITE en MOUVEMENT où alternent dialogues et affrontements entre partenaires sociaux, où le contexte économique fluctue.

Quelle place le BIT accorde-t'il au sujet acteur?



QUELS INDICATEURS POUR L'EVALUATION

Quel impact de la médecine du Travail par rapport à l'INDIVIDU, et à la COLLECTIVITE?

Le médecin du travail a, il est vrai, la particularité d'être le seul à pouvoir écouter tous les sujets de l'entreprise, et à pouvoir conjuguer les informations avec l'analyse du travail au poste. Malgré cette bonne connaissance des sujets acteurs, il faut nuancer ces propos et se méfier du pseudo rôle d'expert.

La multidisciplinarité permet de regrouper les informations, mais en l'absence de statut, attention aux risques:

- devoir répondre à des demandes par ailleurs sans prises en compte d'autres facteurs de risque ni des problèmes ressentis par les opérateurs
- qui effectue la demande, et quel est son but?
- à qui restituer les résultats?
- quels compromis dans cette équipe en matière d'objectifs santé, productivité. Quelles préoccupations privilégier, qui en décidera?

Dans ce contexte, comment construire la santé, et comment évaluer l'efficacité des moyens?

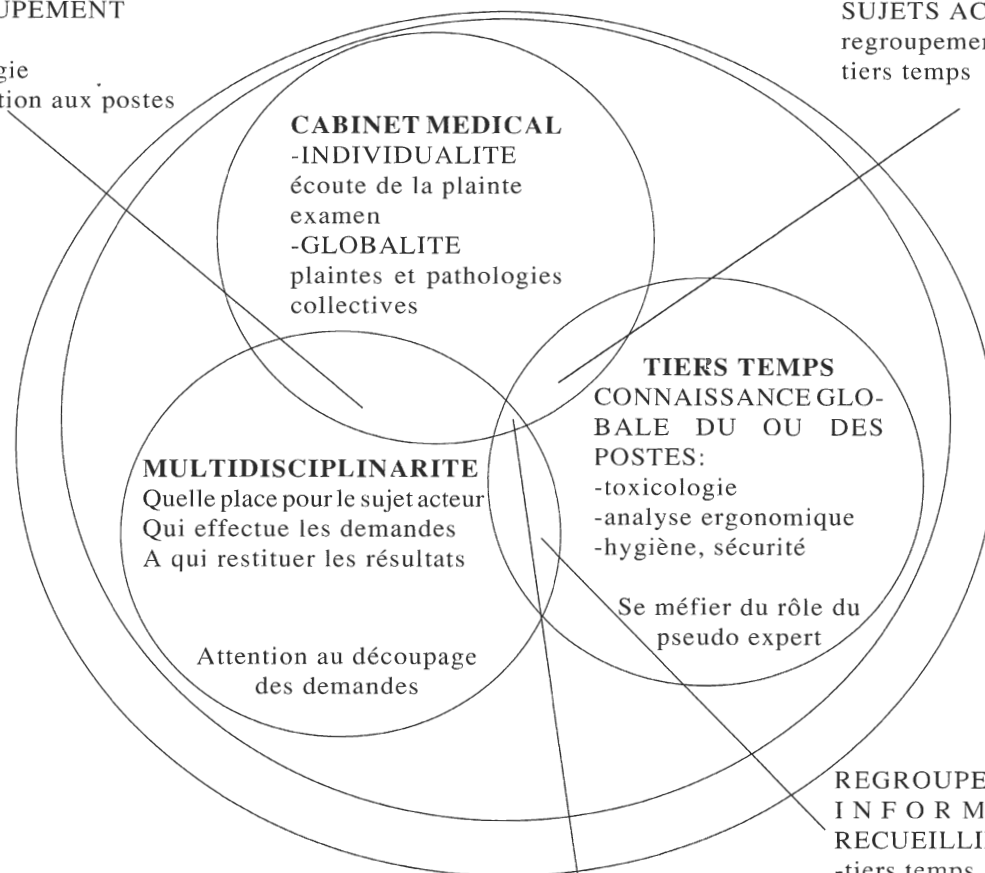
Comment tenir compte du frein représenté par les impératifs de production?

DE LA NECESSITE DU
REGROUPEMENT

- plainte
- pathologie
- observation aux postes

CONNAISSANCE DES
SUJETS ACTEURS

- regroupement médical et tiers temps



INDIVIDUALITE/GLOBALITE
QUELS INDICATEURS POUR
L'EVALUATION

AU CARREFOUR
LE SUJET ACTEUR

REGROUPEMENT DES
I N F O R M A T I O N S
RECUEILLIES

- tiers temps
- équipe multidisciplinaire

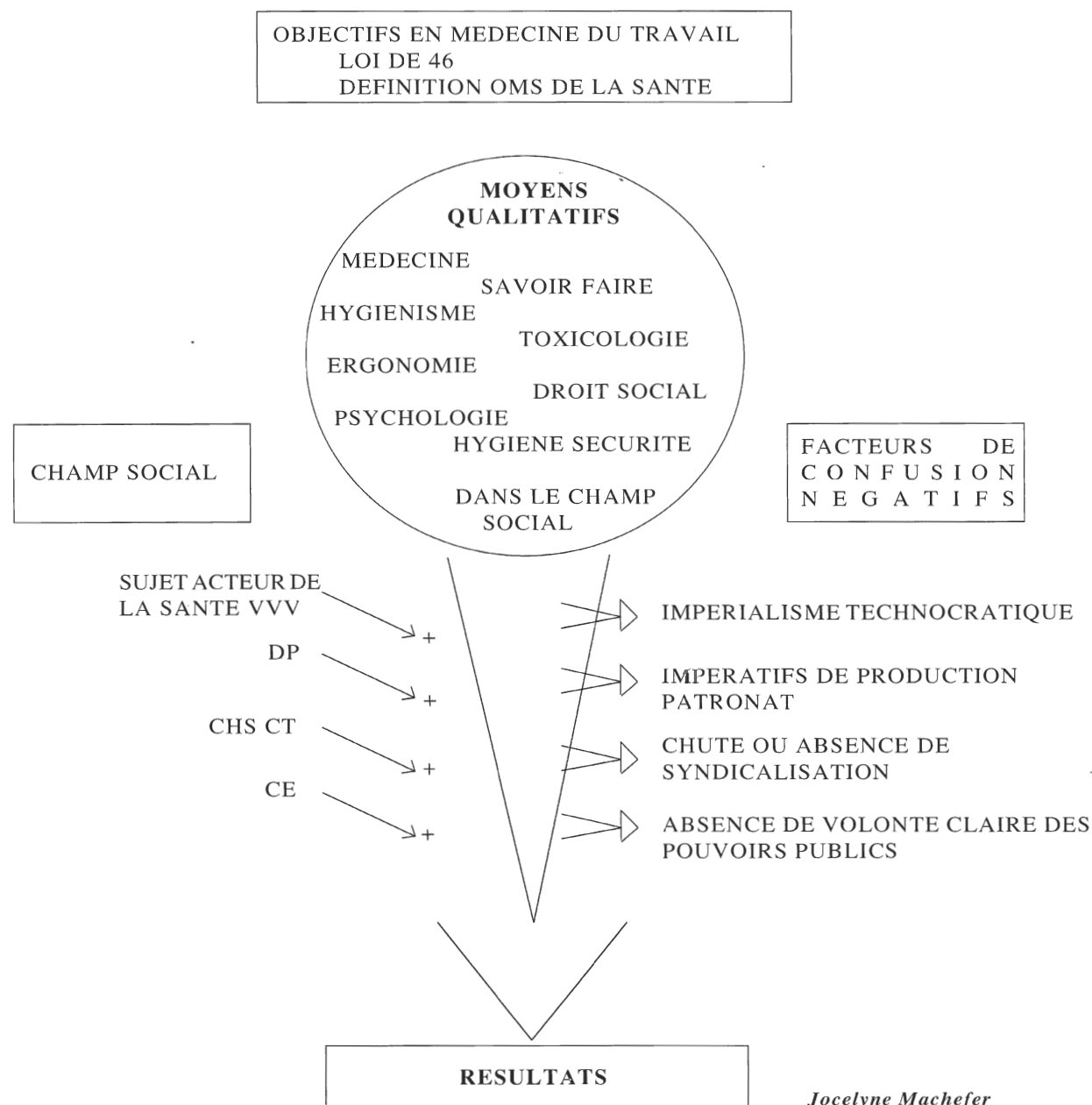
EVALUATION QUALITATIVE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Evaluer l'efficacité des moyens mis en oeuvre en Médecine du Travail, pour atteindre les objectifs flous de 1946, ne peut se résumer à l'évaluation des compétences engrangés dans ce but.

Il faut tenir compte, au cas par cas, du poids dans le champ social des D.P., CHS-CT, C.E. (quand la taille de l'entreprise le permet) et du sujet acteur de sa santé.

Mais nos sociétés technocratiques privilégient l'impératif technique et tendent à surveiller à postériori le retentissement sur la santé (prévention secondaire).

Dans l'entreprise, l'impératif patronal est bien sûr d'améliorer qualité et quantité de production. A vouloir conjuguer recherche de conditions de travail optima à la fois pour la santé et la production, le Médecin du Travail s'attire encore bien souvent des ennuis. La désyndicalisation en perte de vitesse peut accroître ce phénomène.



VOUS AVEZ DIT PSY-SHOW PATHOLOGIE DU TRAVAIL ?

«Quand j'entends ce mot (écorché pour mieux en souligner l'incongruité) je sors mon dictionnaire...»

Il faut encore et encore le justifier et prouver qu'il a sa place en matière de santé au travail. Enfin, après ce parcours du combattant, on peut en venir aux faits : si c'est l'homme au travail que nous rencontrons, il ne se présente tout de même pas à nous «dissocié mais avec ses problèmes professionnels, familiaux et personnels mêlés».

Il faut pourtant bien parler quelque part de cette souffrance qui fait partie intégrante de Sa Santé au même titre que l'on est tenu de repérer les signes de pathologie respiratoire ou rhumatologique même liés en totalité en particulier à ses conditions de travail.

1) Travail non qualifié/désir

Aliénation

Tout commence par un désir solidement muselé dès la mise au travail, parfois jusqu'à être oublié au laminoir de la chaîne, mais qu'il faudra de toute façon ré-enfourer le plus vite possible si il tentait de resurgir.

A cette auto-répression du désir viennent s'ajouter toutes les «violences» liées à l'organisation du travail au travers de ses rouages relationnels qu'ils soient :

- Horizontaux

Compétition entretenue à coup de primes, disparités dans la distribution des tâches,

- ou Verticaux

Côtes d'amour et souffre-douleur en tout genre, des petites humiliations avec incursions si besoin est dans la vie privée, aux tracasseries quotidiennes (avec ordres et contrôles, harcèlement verbal) de la part d'une maîtrise dont certains comportements peuvent être qualifiés de pervers quand ils vont jusqu'à demander la «mise au piquet» (en 89 on croit cauchemarder !), bras croisés devant tout un atelier, d'un salarié puni (de non-rentabilité), ou même devant les moqueries répétées d'une monitrice montrant du doigt à la cantonade les erreurs d'une piqueuse en chaussures.

Rien de bien nouveau sans doute depuis que la «fabrique» existe (fabriques auxquelles les ateliers s'apparentent davantage, par ailleurs, qu'à l'Entreprise pré-européenne). Mais de telles brimades s'exercent avec d'autant moins de retenue que le contexte économique s'y prête et ne se heurte plus à aucune sorte de résistance (individuelle ou collective).

Aussi cette loi du caïdat prend appui sur la peur chronique de perdre son emploi, composante désormais profondément liée à la vie des salariés. Elle s'exprime parfois de façon particulièrement parfaite, tel ce salarié qui vivait depuis quelques mois l'inquiétude d'un dépôt de bilan et

a développé une symptomatologie spectaculaire (céphalée, vertiges jusqu'à la perte de connaissance), si les examens complémentaires se sont avérés négatifs, tout est rentré dans l'ordre avec la survie de l'entreprise.

Cette peur se traduit aussi par une auto-censure de la «plainte» quelquefois disproportionnée au risque objectif de licenciement. Tout mal être au travail doit rester clandestin et la confiance avec le médecin du travail ne s'établira qu'à cette condition : «ne rien faire qui puisse attirer l'attention sur la personne et risque d'entraîner un processus d'exclusion...».

Il faut bien reconnaître que les tentatives d'aménagement de poste ou de limitation se soldent trop souvent par la mise en accusation des salariés concernés. Ils deviennent instantanément suspects d'incompétence ou de paresse (c'est en tout cas un gain de temps sur l'étude de poste !).

2) Travail non qualifié et sublimation ?

Ceux qui parviennent à maintenir un certain équilibre psychique se réalisent le plus souvent «ailleurs» que ce soit dans la militance ou dans une vie de loisirs «exutoire» dont le caractère passionné ou particulièrement original laisse à penser qu'il s'agit là d'un élément «vital»... mais que les conditions de travail (le vieillissement aidant) demeurent plus difficiles et lâcher cette deuxième vie pour se résoudre à cette fracture entre la tête et le corps.

3) Travail non qualifié et économie psychosomatique

Plusieurs cas de figure traduisent sans aucun doute la même menace : celle de la fragilisation du corps ainsi amputé de la tête puisque privé de son autonomie de fonctionnement. Les uns, grands compères d'un absentéisme si coûteux «dépriment», de façon masquée ou non, par la maladie somatique. D'autres au contraire tiennent contre fumées et poussières et semblent mettre leur point d'honneur à garder leur «casier d'absence médicale vierge». D'autres encore s'investissent dans leur rôle de support économique et dans certains cas la réussite de leurs enfants devient une motivation suffisante de vie réussie par procuration pour «résister».

En conclusion, devant de tels risques et de tels désordres de santé mentale même privé de moyens d'action, le moins que l'on puisse faire est de permettre l'émergence de cette souffrance, la reconnaître pour la faire reconnaître au même titre que d'autres maladies professionnelles plus faciles à repérer.

Denise PARENT

CAHIERS DE LA MUTUALITE DANS L'ENTREPRISE

Numéro 32/33 sur la médecine du travail

Des analyses

Des témoignages

Des interviews des différents acteurs

édité par **la MUTUALITE FRANCAISE**
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cédex 15
abonnements: tél 40 43 33 88

A PROPOS D'EVALUATION

MEDECINE DU TRAVAIL ET EVALUATION

2 mots 2 contextes

. Contexte de la profession

- * des débats (déréglementation?)
 - visite médicale systématique (contre plus ou moins 1/3 temps)
 - «groupes à risque» (efficacité? rationalisme?)
 - dépistage par d'autres médecins
- * des incertitudes
 - de nombreux rapports DUCAMIN, ROCHAIX, CISME
 - 1992-1993 le rendez-vous européen
 - alignement à minima?
 - service de santé au travail? (BIT)

. Contexte de la santé

- * les atteintes de la santé en relation avec le travail sont gravement sous-estimées
- * la prévention des maladies liées au travail est insuffisante
- * la recherche des effets du travail sur la santé est insuffisante
- * l'information des salariés reste une exception

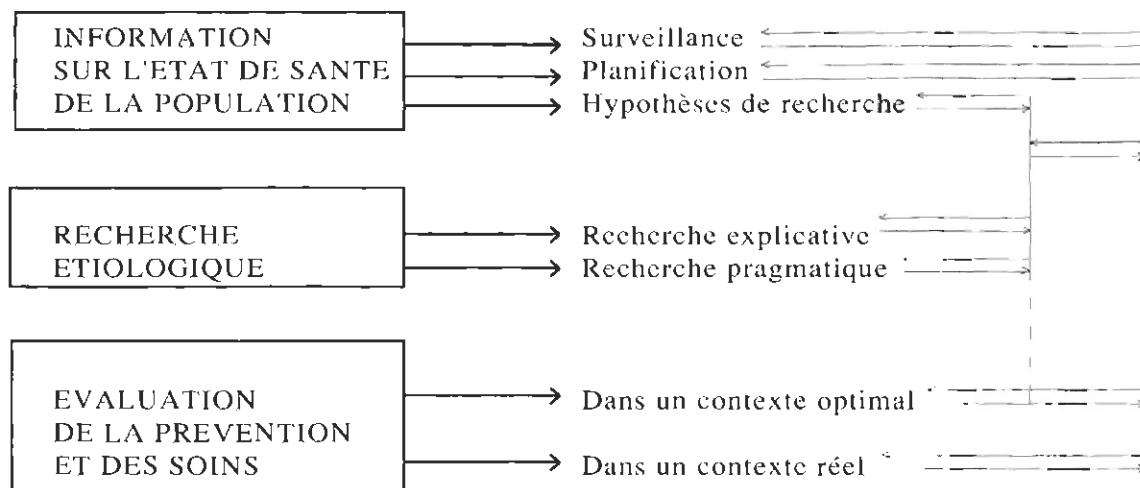
«LE COUP DE L'EVALUATION»

Extrait du rapport DUCAMIN:

«Il s'ensuit qu'il n'y a à proprement parler, à partir de l'instrument dont le pays dispose, ni campagne de prévention d'envergure nationale, ni concours très marquants au progrès médical.»

EVALUATION?

Rumeau Rouquette: (Méthodes en épidémiologie, Flammarion 1970)



Relations existant entre les trois grands axes de l'épidémiologie

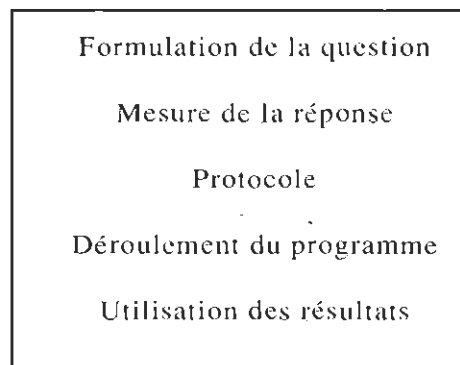
- . Est-ce utile? (efficacy) y a-t-il un avantage ou un intérêt potentiel pour l'individu?
- . Est-ce efficace? (effectiveness) «est-ce que ça marche» dans le contexte réel?

3 niveaux d'appréciation

- 1/ contexte idéal d'optimisation des ressources et moyens
- 2/ contexte idéal
 - infrastructures existantes
 - résistance du milieu
- 3/ contexte général intégrant toutes les retombées sur le système social

CAROL H. WEISS:

Evaluation Research (Prentier Hall, 1972)



M. KAMINSKI

Evaluation des actions de prévention des risques professionnels (RESP, 1986, 34, 237-244)

Recherche bibliographique	
10 grandes revues d'épidémiologie et santé publique	
1981 - 1985	
- Revue d'épidémiologie et de santé publique	
- Revue Canadienne de Santé Publique	
- J. of Epidemiology and Community Health	0
- American J. of Epidemiology	
- American J. of Public Health	
- Journal of Environmental Health	
- Scandinavian J. of Health	2
- J. of Occupational Medicine	3
- Archives des maladies professionnelles	3
- British J. of Industrial Medicine	9 /400

Sur 17 articles:

- 15 sur des données réelles
- 6 ont un objectif d'évaluation dans le titre
- aucun ne comporte de groupe témoin
- nombre important de perdus de vue
- complexité des interventions

Problèmes de santé:

- 6 Cancers
- 2 Maladies infectieuses
- 1 SNC
- 2 Coeurs
- 1 Fatigue, sommeil, vie familiale
- 2 Pneumoconioses

Avis général: études rares, méthodes inadéquates, difficultés

- aspects éthiques
- temps de latence élevés
- complexité des problèmes de prévention

Archétype

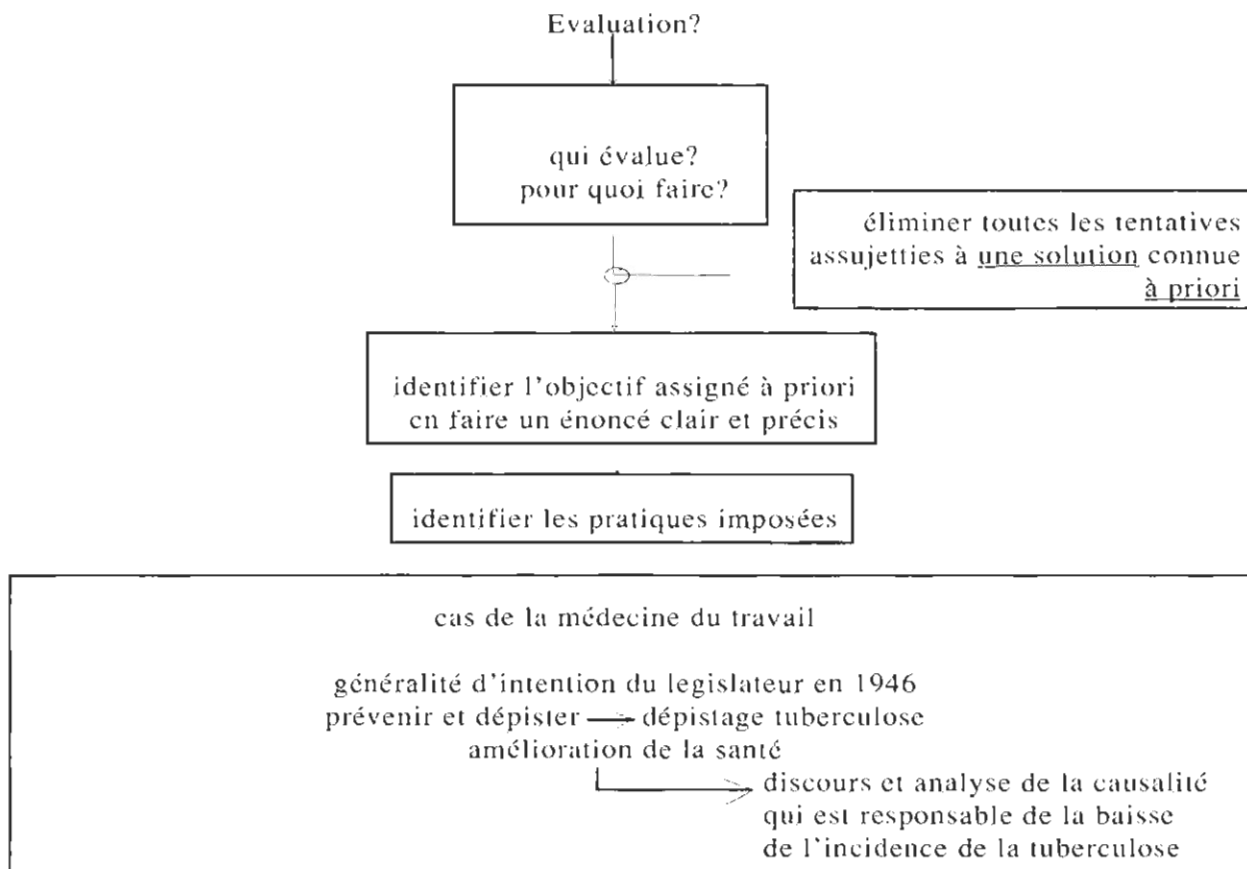
	AVANT	APRES
groupe «expérimental»	a	b
groupe témoin	c	d

Est-ce mieux de a à b que de c à d?

Problèmes d'interprétation : - mesures des réponses a b c d
- complexité des problèmes de prévention

ALORS

EVALUATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL???



Loi du 11 Octobre 1946

Objectif de la médecine du travail

«EVITER TOUTE ALTERATION DE LA SANTE	PREVENTION PRIMAIRE
DES TRAVAILLEURS	POPULATION-CIBLE
DU FAIT	CAUSALITE
DE LEUR TRAVAIL»	DETERMINANTS

Objectif de la médecine du travail en France

A REBOURS
DU MODELE DOMINANT:
REPARER

SPECIFICITES DANS LE CONTEXTE FRANCAIS

- * Seul système opérationnel généralisé de médecine préventive
- * Seul lieu d'observation systématique des effets du travail sur la santé
- * Seul système médical où les usagers ont un minimum de pouvoir de contrôle et d'évaluation même si théorie et pratiques peuvent être éloignées
- * Par rapport au droit à la santé, le champs de la médecine du travail est l'un des rares dotés d'un minimum de dispitions règlementaires (source d'un contre-pouvoir dans l'entreprise)

PRATIQUES

La lettre du S.M.G.

Dossiers des numéros à paraître:

Janvier (23)

Regards sur la prévention

Avril (24)

Santé-immigration

Juin (25)

Santé: les marchands d'illusion

Septembre (26)

sur les journées de printemps à Prague: rencontre avec des médecins de l'Europe de l'Est

Abonnement:

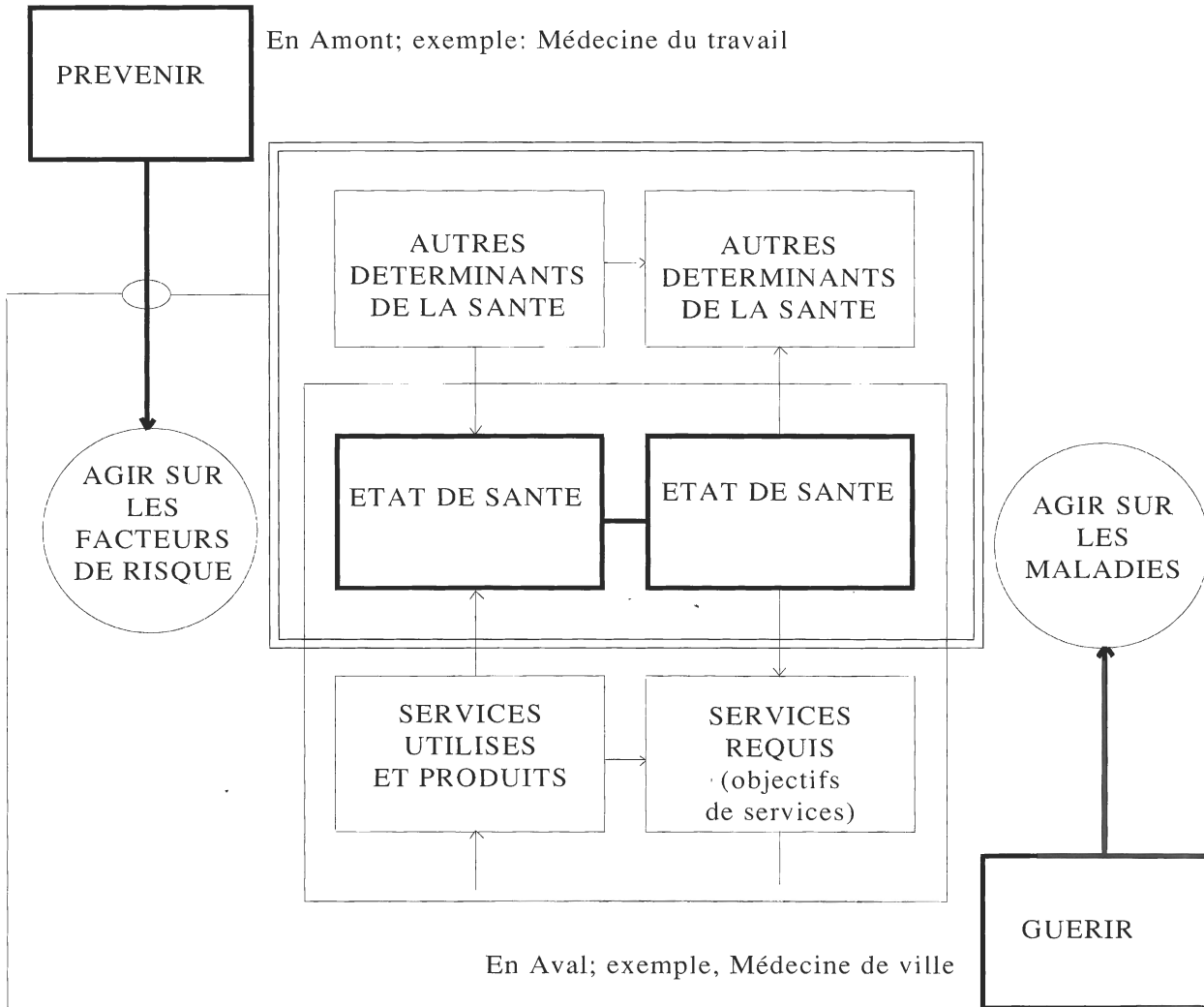
200 Francs pour un an (4N°)

100 Francs (étudiants, difficultés financières)

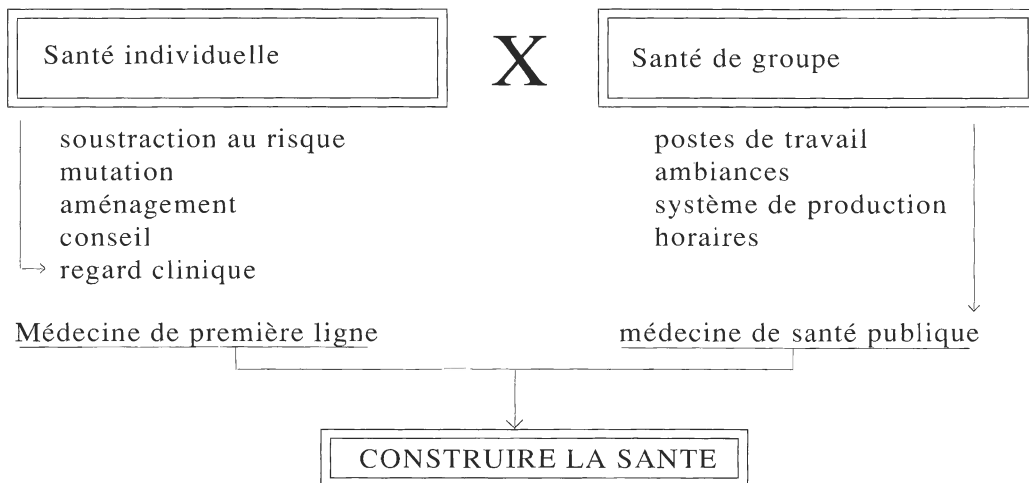
à S.M.G. 52, rue Galliéni 92240 Malakoff

AVANT
situation actuelle

APRES
situation désirée



D'après Pineault, Daveluy, "La planification de la santé" ARC Inc 1984)



ET SI...

Il y avait un essai bien compris de questionnement par une évaluation, est-ce que cela pourrait être:

La médecine du travail?

- * permet-elle une meilleure prise de conscience des risques professionnelles?
- * livre-t-elle des informations adaptées aux salariés?
- * permet-elle d'apporter des modifications des conditions de travail?
- * permet-elle de dépister des nouvelles situations de risque possible?
- * permet-elle de suivre la santé des travailleurs?
cursus professionnel - au-delà de la retraite
transfert des risques
- * le cas échéant permet-elle de faire le nécessaire pour qu'il y ait réparation en cas d'atteinte à la santé en relation avec le travail

Mais poser ces questions, n'est-ce pas aussi interpellier le système de santé?

Francis DERRIENIC
épidémiologiste
INSERM U170- Villejuif

La réponse médicale à la plainte

Journées de Printemps de l'Union Syndicale de la
Médecine- Chatenay Malabry 89

Le compte rendu des journées de Printemps de l'USM est disponible avec l'ensemble des textes préparatoires et le résumé des débats.

La réponse médicale à la plainte vue par les praticiens et par des spécialistes de sciences humaines.

160 pages au format 14x21

**Pour recevoir ce livre, adressez un
chèque de 60 Francs au
SMG 52 rue Galliéni, 92240 Malakoff**

EVALUATION

A partir de l'intervention de B. CASSOU

Maître de conférences en Santé publique

Le débat sur l'évaluation en médecine du travail est une «mêlée confuse», car:

- les interprétations du concept évaluation sont multiples,
- la résistance des médecins du travail, face aux pratiques d'évaluation reste énorme.

En effet, le corps médical se bat depuis de nombreuses années pour refuser toute évaluation de ses pratiques et de ses résultats. L'argument d'autorité est le plus souvent invoqué: « la preuve que mon action est bonne, il n'y a que moi qui puisse l'apporter». Cet attachement du clinicien à sa parole, à son expérience, ne sousentend-il pas que derrière le refus de l'évaluation, il y a la peur de la remise en cause de son comportement.

L'évaluation repose sur trois butoirs:

- avoir un objectif de départ «on veut améliorer la santé»,
- définir des voies pour y arriver. Elles sont multiples, et pour évaluer, il faut comparer,
- utiliser les moyens à disposition, de façon maximale et efficace.

Or le débat devient confus, car:

1/ Le système fonctionne sans objectif évaluable. La phrase symbolique de la médecine du travail: «éviter toute altération de la santé du fait du travail», est une notion floue et l'évaluation se perd dans un débat idéologique.

2/ Quelles sont les autres voies que la médecine du travail, pour arriver à cet objectif d'amélioration de la santé? Les hygiénistes, les ergonomes prétendent avoir les moyens de l'atteindre. Il faut se convaincre de cette possibilité, que quelqu'un puisse faire ce que l'on fait, différemment.

3/ Quels sont ces moyens et ces ressources que l'on a à notre disposition?

Pour évaluer, il faut donc répondre à ces trois questions:

Quels sont les objectifs, qui serviront de point de référence?

Quelles sont les voies que l'on va comparer?

Quels sont les moyens, dont on va juger l'influence sur les objectifs?

Les objectifs se définissant à partir d'un point de référence, celui-ci n'est-il pas l'état actuel de la santé des travailleurs? Le débat doit permettre d'identifier précisément les moyens mis à notre disposition, il faut s'aider de cette clarification pour faire avancer ce qui est important, notre situation professionnelle.

Cela doit déboucher sur la revendication d'une **Instance Nationale d'Evaluation en Médecine du Travail**, comportant des employeurs, des organisations syndicales, des scientifiques, qui fourniraient des recommandations.

Le débat général sur l'évaluation est utile car en obligeant à poser et à répondre aux bonnes questions, il sert de levier pour faire progresser le système de prévention des risques professionnels.

Jean Noël DUBOIS

EVALUATION: DEBAT S.M.T.

La réflexion sur l'évaluation fait surgir une problématique nouvelle pour le SMT. Jusqu'à ce jour, nous avons attaché une importance primordiale à notre éthique professionnelle, à ne pas se substituer aux travailleurs eux-mêmes dans le contrôle de leur santé. Or l'évaluation nécessite à la fois un abord économiste et scientifique, et nous en connaissons les limites et les insuffisances.

OBJECTIFS: Une inquiétude émerge face aux professionnels de l'évaluation, souvent simplificateurs, et découpant l'évaluation en tranches: objectifs/moyens/choix. La détermination des objectifs doit se faire d'un certain point de vue, aboutissement d'une réflexion idéologique. La fonction de la médecine du travail est d'introduire à ce niveau le point de vue de la Santé. Pour cela, il faut envisager un objectif large, qui se subdivisera en objectifs opératoires plus étroits, adaptés aux situations rencontrées. Nous nous refusons à évacuer certains aspects, tel le rapport entre santé et organisation du travail, mais ceci est impossible à énoncer comme objectif prioritaire dans notre pratique. Il devient nécessaire de poser des objectifs intermédiaires, qui serviront de processus dynamisants pour aboutir à la problématique globale recherchée. Ce dynamisme est souvent évacué dans la pratique de l'évaluation. La prise en compte d'une évaluation longitudinale et non transversale, incluant la parole des utilisateurs, nécessitera d'accepter que les objectifs intermédiaires soient modulables.

L'exemple des cancers professionnels est instructif. En effet, vouloir recenser les facteurs de risques et les faire diminuer, voire les supprimer; c'est aussi s'interroger sur la dynamique de prévention que l'on va générer, le regard critique par rapport aux conditions de travail, la détermination collective, et donc le rapport à l'organisation du travail. D'autres objectifs vont naître et risquent de devenir prioritaires. Or dans l'évaluation en médecine du travail, l'attente du spectateur extérieur ou du spécialiste de Santé Publique, sera dans la production de résultats sur ces facteurs de risques (normes, quantification,...).

Doit-on poser le débat sur l'évaluation des pratiques professionnelles ou sur l'évaluation des résultats de ces pratiques?

PRATIQUES: N'est-ce pas le rôle des médecins du travail de poser leur propre pratique en évaluation? Le refus serait fortement synonyme de problématique, et cela inciterait encore plus à l'évaluation. Comment évaluer notre contribution à la promotion de la Santé dans l'entreprise? Le médecin du travail devient gênant quand il met «sur la table» un fait qu'il constate, devant tous les partenaires sociaux. Il doit identifier, suspecter, détecter des situations pathogènes et les éclairer pour les remettre au débat, de façon à permettre l'émergence d'un certain nombre d'énoncés, tel le rapport entre santé et organisation du travail. *Définir des objectifs, c'est rendre visible un problème.*

La médecine du travail, si elle est dans l'entreprise, s'inscrit dans un système de santé; on lui attribue des objectifs dont un certain nombre sont en prise dialectique avec d'autres acteurs du système de santé, se situant eux, hors de l'entreprise. Le médecin du travail va être amené à

baliser d'autres champs d'intervention avec des confrères, des spécialistes, des épidémiologistes, des ergonomes. Que va-t-il falloir mettre en commun pour déterminer des objectifs précis? Quelle serait donc la signification d'une évaluation qui ne s'interrogerait pas sur l'efficacité des pratiques professionnelles et des relations avec ces autres acteurs du système de santé?

MESURES: A un moment donné, il faut se doter d'instruments pour arriver à une étude épidémiologique sur nos observations. Cela nécessite des enquêtes, des travaux,... pour avancer et peser dans le débat, pour mieux convaincre. La mesure est la réflexion sur une question qui se pose à tous, c'est essayer de l'interpréter puis la verbaliser. Cependant le danger est de trop s'éloigner de la pratique de terrain, avec le risque d'en oublier notre spécificité (voir certains hospitalo-universitaires très préoccupés par le recueil, l'engrangement de données et la production de connaissances scientifiques, très utiles pour l'avancement des carrières...).

Une des fonctions essentielle du médecin du travail est de proposer aux partenaires sociaux, un modèle de la Santé au travail. Si cette pratique semble facile à suivre pour les facteurs de risques toxicologiques, les difficultés apparaissent pour faire émerger des déterminants essentiels pour la santé, la souffrance, les troubles liés à l'organisation du travail,... mais ceci est fondamental.

L'évaluation en médecine du travail est complexe; en effet, on ne peut se poser la question en même temps des problèmes d'utilité, d'efficacité pour la population, et traiter des trajectoires de professionnels eux-mêmes à l'intérieur du système. Il faut tenter de séparer provisoirement les questions, puis en faire une synthèse.

Il y a une sorte de «télescopage» entre le débat sur les objectifs et celui sur l'évaluation. Accepter l'évaluation est souvent une façon implicite de reconnaître l'accord sur les objectifs. Il devient urgent de réintroduire dans le débat, la réflexion sur l'élaboration des connaissances, les omissions, le découpage, et sur les objectifs de la médecine du travail.

Il est normal que nous ayons des comptes à rendre; que l'on puisse exprimer nos priorités et une fois les choix établis, il est indispensable d'en rendre compte.

Jean Noël DUBOIS

LES CAHIERS DU S.M.T.

N°1: **Spécificité et Médecine du Travail** (89)

N°2: **Ethique et Pratique en Médecine du Travail** (90)

Introduction aux débats

N°3: **Evaluation en Médecine du Travail** (Novembre 90)

A paraître:

N° 4: **Ethique en Médecine du Travail** (Février 91)

Sommaire:

- A propos des débats - Marie Christine Bosquillon

- Ethique en médecine du travail et stratégie d'intervention en milieu du travail

Jocelyne Machefer

- Un médecin sous influence - Denise Parent

- Le souci éthique en médecine du travail - N. Dodier

Ce Cahier m'a intéressé

(Je ne suis pas membre du S.M.T.)

Je verse 50 Frs

Soutien 100 Frs

Je réserve le No4 100 Frs

Règlement à l'ordre du S.M.T., 52 rue Galliéni 92240 Malakoff