

La réforme de la santé au travail en France se fait sans l'avis des professionnels de la santé au travail, en shuntant notamment les médecins du travail.

Le SNPST et d'autres institutions et associations de médecins du travail ont affirmé leur volonté et leur capacité pour œuvrer au mieux pour la prévention de l'atteinte de la santé des salariés. De décrets en décrets, la santé au travail est menacée d'étouffement ou de démantèlement et pas seulement dans le privé. Les médecins du travail sont hyper sollicités par des actes obligatoires inconciliables où la stratégie tient une place importante pour sauvegarder les missions. Mais nos stratégies sont parfois en opposition. C'est normal, c'est de l'injonction paradoxale.

Les moyens de redonner plus d'utilité à notre métier pour la santé des travailleurs sont encore à définir et à conquérir.

Avec les IPRP, bien sûr, mais aussi sans doute avec des auxiliaires et infirmier(e)s du travail motivés pour collaborer avec nous à l'approche médicalisée du travail.

Avec plus d'apport à la santé publique du travail comme avec l'INVS ou les Hôpitaux européens.

Avec la certification des maladies professionnelles cruellement sous déclarées et la reconnaissance des handicaps au travail.

Le choix des orientations et des références de métier est à construire collectivement dans les services de santé au travail notamment avec les commissions médico techniques et les commissions de contrôle.

Gérard Lucas ■

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 18

juillet 2005

Sommaire

Actualité du syndicat ... p.2

- D'une circulaire à l'autre...
- Contentieux

Terrain ... p.3

- Reçu à la rédaction : réaction à l'entretien paru dans le numéro précédent.
- L'avis du SNPST

Institutions ... p.4

- Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le DIUST...

Entretien ... p.5

- Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant : interview de Madeleine Estryn-Behar

Chantier ... p.6

- Handicap et maintien dans l'emploi : alerte !
- Les dessous d'une offre de poste de médecin de prévention à la Bibliothèque Nationale de France
- Le licenciement pour seul traitement d'une vraie médecine de prévention

Eurêha ... p.7

- La face cachée des Maladies Professionnelles dans les PME du BTP

Comment s'abonner

p. 8

Surveillance des TMS : quand des médecins du travail s'organisent en réseau pour honorer leur mission de santé publique.

Par Gérard Lucas

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs représentent le type même d'un réel problème de santé publique avec un nombre de Maladies Professionnelles déclarées au titre du tableau 57 qui continue à croître depuis 1990. En 2003, le coût total des MP 57 reconnues s'élevait à 541 millions d'euros soit le deuxième poste des dépenses MP de la caisse AT/MP après l'amiante.

L'Institut de Veille Sanitaire en Santé et Travail (INVS), branche récente de l'INVS, a soutenu, en 2002, en Pays de la Loire, un réseau de surveillance des TMS novateur qui s'avère performant.

La demande du ministère à l'INVS était de dénombrer les TMS en France et leur distribution en fonction des secteurs d'activité afin d'aider à l'orientation et à l'évaluation des actions de prévention des TMS. Le réseau expérimental des pays de la Loire a su mettre en place la mesure de la prévalence des TMS, le dépistage des maladies émergentes et la mise au point d'un protocole de surveillance applicable dans d'autres régions. Des médecins de soins sentinelles



(rhumatologues et orthopédistes) ont relevé l'incidence des Syndromes du Canal Carpien (SCC) et des hernies discales dans la population générale. En parallèle, et indépendamment, les médecins du travail sentinelles ont recueilli chez les salariés la prévalence des TMS et les facteurs de risque. Le réseau des médecins du travail sentinelles des Pays de la Loire. L'échantillon des salariés suivis par ces sentinelles est représentatif de la population.

L'ensemble de l'enquête a été coordonné par le Dr Yves Roquelaure, maître de conférence à la faculté de médecine d'Angers, médecin du travail épidémiologiste avec le concours des Médecins Inspecteurs du Travail (MIRTMO).

Des résultats sans appel... avec un salarié sur 7 atteint

Selon le recueil des médecins de soins dans la population générale, si le risque relatif de développer un Syndrome du Canal Carpien, diagnostiqué par EMG (électromyographie), est trois fois plus fréquent chez les femmes, augmentant beaucoup avec l'âge après 45 ans, il est surtout deux fois plus important chez les actifs ayant un emploi. Parmi les opérés du SCC, le risque professionnel relatif est encore plus fort, de 2,5 pour les femmes à 3,7 pour les hommes. Les patients jugent que leur activité professionnelle est la cause principale de leur maladie dans 72% des cas et la cause au moins partielle dans 94% des cas. L'INVS estime, après calcul, la fraction attribuable à une activité professionnelle à près de la moitié pour les SCC diagnostiqués et à plus de la moitié pour les canaux carpiens opérés. Ce calcul permet de rétablir le coût réel des atteintes du Canal Carpien qui devrait revenir à la branche AT/MP de la sécurité sociale alors que la plus grande part est encore sur le compte de l'assurance maladie, étant donné l'importance sous déclaration de cette maladie professionnelle.

En 2002-2003, un salarié sur 7 présentait un TMS diagnostiqué, 11,3% des hommes et 15,1% des femmes. Il s'agit bien de diagnostics cliniques de TMS faits par les médecins du travail et non des symptômes évoqués par les salariés. C'est une prévalence très élevée, bien plus que celle attendue. La tendinite de la coiffe des rotateurs est l'affection la plus fréquente, suivie du SCC et de l'épicondylite. Les tendinites de De Quervain, du tunnel cubital et des doigts sont moins fréquentes. Les secteurs d'activité où la prévalence est la plus forte sont l'industrie automobile, les administrations (eh oui !) et les industries de biens intermédiaires. Les professions les plus concernées sont les ouvriers agricoles, les policiers et militaires, les ouvriers non qualifiés, les

ouvriers qualifiés de la manutention, les personnels de service direct aux particuliers...

Les plus de cinquante ans autant exposés

Dans cette enquête, dont le recueil a été assuré par les médecins du travail, l'exposition aux facteurs de risques ergonomiques et psychosociaux ont été recueillis par un auto questionnaire « Salsa » validé chez nos voisins européens du nord. On constate que les salariés âgés de plus de 50 ans, particulièrement sensibles à tous ces TMS, sont aussi exposés que les jeunes aux facteurs de risques posturaux et gestuels connus pour générer des tendinites de la coiffe des rotateurs et pratiquement aussi fréquents pour les autres TMS. Il n'est donc pas étonnant de compter de plus en plus de quinquagénaires quittant l'emploi. Le vieillissement programmé des salariés au travail devient franchement inquiétant en matière de santé publique si rien n'est fait pour aménager les conditions de travail des plus âgés. On savait que les intérimaires avaient de moins bonnes conditions de travail et davantage de TMS à âge égal, ce qui s'explique sans commentaires quand on en découvre que 80% d'entre eux sont confrontés à ces risques de TMS.

Le stress est aussi une dimension qui a pu faire l'objet de corrélation. 14% des salariés ressentent

dire... Fallait le dire... Fallait le dire

V'la l'été...

Comme tous les ans, à la même époque, il peut faire chaud voire très chaud... même qu'on parle de canicule et que du coup tout le monde se croit obligé de publier des conseils... Moi j'aime bien les conseils... surtout quand s'agissant de prévention, ils s'adressent aux travailleurs... auxquels il est donc recommandé, éventuellement sous couvert d'un document établi par le médecin du travail « de penser à consulter le bulletin météo, d'adapter son rythme de travail selon sa tolérance à la chaleur et d'organiser le travail de façon à réduire la cadence dans la mesure du possible, de réduire ou différer les efforts physiques intenses, de reporter les tâches ardues aux heures les plus fraîches de la journée, d'alléger la charge de travail par des cycles courts travail/repos (exemple : pause toutes les heures), de réclamer et d'utiliser systématiquement les aides mécaniques à la manutention (diables, chariots, appareils de levage...), de cesser immédiatement toute activité dès que des symptômes de malaise se font sentir et de prévenir les collègues, l'encadrement, le médecin du travail... de ne pas hésiter à consulter un médecin, d'inciter les travailleurs à se surveiller mutuellement pour déceler rapidement les signes ou symptômes du coup de chaleur et les signaler à l'employeur et au médecin du travail ».

Ah, j'oubliais... il faut aussi boire beaucoup, beaucoup, de l'eau certes... ce qui risque malheureusement d'être la mesure la plus facile à mettre en oeuvre...

La nana des lilas

D'une circulaire à l'autre...

Manque de moyens pour les médecins du travail et les équipes médicalisées, manque d'indépendance pour les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), tel peut être le résumé des réformes et récents textes réglementaires relatifs à la santé au travail. Les deux dernières circulaires ministérielles, sorties en 2005, ne font que confirmer ces craintes et parachèvent ce sombre tableau. En privilégiant l'approche par poste au détriment de l'approche individuelle, il s'agit d'un choix de santé au travail qui remet en cause l'approche médicalisée et personnalisée de la santé au travail.

Des effectifs comptabilisés par postes et non par individus

L'article L 620-10 du code du travail, introduit par ordonnance, précise la manière de calculer les effectifs des entreprises à prendre en compte pour la mise en œuvre de certaines dispositions du code du travail, telles que la création d'instances représentatives des salariés (CHSCT, CE...)

La circulaire DRT n°3 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail reprend ce mode de calcul pour l'appliquer aux effectifs attribuables aux médecins du travail.

S'il peut être légitime de simplifier le code du travail, pourquoi en diminuer la portée en uniformisant les seuils d'effectifs pour l'application des obligations réglementaires de la part des entreprises ?

Appliquer ces règles pour calculer les effectifs de salariés attribués aux médecins est inacceptable du point de vue de la prévention, de l'éthique et de la déontologie médicale.

Dans les entreprises, certains salariés travaillant sous contrat précaire et se succédant sur le même poste de travail, ne sont plus du tout comptabilisés dans l'effectif. « N'entrent pas dans l'effectif les salariés titulaires d'un CDD, d'un contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure lorsqu'ils remplacent un salarié absent ou dont le contrat de travail a été suspendu » (circulaire DRT n°3).

conséquences graves sur la qualité du suivi médical individuel en diminuant le temps consacré à chaque salarié.

Face à ces risques, le SNPST a fait un recours gracieux auprès du Ministre et a alerté le Conseil National de l'Ordre, la Haute Autorité de Lutte Contre les Discriminations et le Comité Consultatif National d'Éthique (courriers consultables sur le site). Notre demande semble d'autant plus fondée que nous avons appris, lors de notre entrevue avec M. Combexelle, que cette partie de la circulaire avait fait l'objet d'un arbitrage politique.

Par ailleurs, une action du SNPST, en concertation avec les organisations syndicales de salariés, est programmée.

Une dérive possible hors de tout contrôle

La circulaire DRT 2005/05 du 20/6/05 relative au dispositif d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) légitime, sans vergogne, les groupement d'intérêt économique (GIE), ce qui ne peut que réjouir les employeurs. Deux d'entre eux sont d'ailleurs explicitement cités comme exemple d'initiative de pluridisciplinarité « de nombreux services de santé au travail (SST) pratiquent une politique de mutualisation afin de satisfaire leurs obligations pluridisciplinaires, à coût quasi-constant ». Bien curieuse manière de



De plus, les CDI à temps partiel ou n'ayant travaillé que quelques mois ne comptent que pour un pourcentage infime « un salarié à temps partiel, par la nature de son contrat de travail, entre dans l'effectif au prorata du temps de travail inscrit dans son contrat » (circulaire DRT n°3).

Ces dispositions ont pour conséquence d'exclure a priori du suivi médical tous les salariés en situation précaire alors même que toutes les études scientifiques montrent que les salariés précaires sont les plus fragilisés et les plus exposés face aux risques et pathologies générés par le travail et que le temps partiel subi est l'un des facteurs générateurs de stress et de TMS.

Est-il éthiquement et déontologiquement acceptable d'envisager accorder un temps médical à une caissière ou une femme de ménage au prorata du temps de travail qui lui a été imposé par l'employeur ?

Cette façon de comptabiliser les effectifs par poste et non par individu permet aux employeurs d'augmenter encore le nombre de salariés attribués à chaque équipe médicale au risque d'avoir des

la part du Ministère de privilégier la qualité, comme il l'avait annoncé dans la circulaire précédente !

En revanche, le fait de reconnaître une habilitation des GIE en tant que personne morale pose les questions déjà soulevées par le SNPST sur le fonctionnement de ces organismes et les garanties de contrôle.

Les SST sont manifestement les financeurs de ces GIE qui fonctionnent sans les contrôles comptables prévus pour les SST, ouvrant ainsi la porte à toutes sortes de dérives.

Enfin, la pluridisciplinarité au sein des GIE échappe au contrôle social et au contrôle de l'État qui sont prévus par le code du travail pour les SST.

Ces contrôles étaient pourtant les seules garanties d'indépendance pour les IPRP en l'absence d'un véritable statut protecteur.

Le SNPST devra donc être très vigilant pour dénoncer, avec les syndicats de salariés, toutes les dérives possibles de la pluridisciplinarité pouvant porter atteinte aux actions de prévention en santé au travail.

Contentieux

Par Michel Hamon



L'union fait la force : exemple de mobilisation collective dans un service de santé au travail

Les médecins d'un service interentreprises de la région parisienne, craignant une augmentation de leur charge de travail, du fait de l'application des nouvelles dispositions du décret de juillet 2004, se sont mobilisés collectivement en décidant d'une forme d'action originale.

Une forte majorité d'entre eux a décidé de surseoir à l'envoi des rapports annuels 2004, dénonçant l'intention de la direction d'aller vers des effectifs maximaux (plafonds fixés par le décret de juillet 2004) et demandant l'ouverture d'une négociation sur ce sujet. Ils estimaient, en particulier, que l'augmentation des effectifs surveillés, et de la charge de travail qui en résulte, répond à une logique purement comptable du fonctionnement d'un service de santé au travail, incompatible avec l'exercice de leur responsabilité professionnelle exprimée notamment dans l'article 71 du code de déontologie.

Ils ont alors été convoqués individuellement par la direction qui les a menacé d'une procédure disciplinaire. L'action collective s'est néanmoins poursuivie en décidant que tous les médecins se présenteraient le jour de la commission de contrôle pour être en mesure de présenter individuellement leur rapport, ce qui n'était pas prévu à l'ordre du jour.

Lorsque plus de 30 médecins se sont présentés le jour dit à la réunion de la commission avec leurs rapports annuels individuels, celle-ci a pris acte de leur présence, mais devant l'impossibilité de les entendre tous, la commission a été repoussée, une rencontre de négociation avec le président du service étant programmée. La suite a donné raison à ces collègues puisqu'un accord a été signé sur des effectifs moyens et maximaux par médecin, inférieurs à ceux fixés par le décret. Mais surtout, une dynamique collective est apparue dans le service qui permettra peu après de mobiliser l'ensemble du personnel contre un projet de licenciement économique d'une assistante médicale et d'obtenir l'abandon de ce projet...

Confidentialité informatique et secret médical

Un conflit oppose, depuis environ un an, des médecins du travail d'un service interentreprises de la région Paloise à leur direction au sujet de la confidentialité du dossier médical informatisé et de la possibilité d'accès à des courriers confidentiels soumis au secret médical par des tiers non autorisés (services administratifs notamment). L'évolution de cette situation a amené un certain nombre de médecins à déposer une plainte contre X auprès du procureur de la république pour atteinte au secret professionnel médical et atteintes au droit de la personne résultant des fichiers ou traitements informatiques. Le Syndicat National des Professionnels de Santé au Travail a décidé de se porter partie civile dans cette affaire aux côtés de ses adhérents. Nous considérons, en effet, qu'il s'agit là d'un enjeu majeur pour notre profession. La confidentialité est une condition essentielle de la confiance des salariés et notre responsabilité pourrait être engagée en cas de diffusions d'informations soumises au secret médical.

Visite de pré-reprise et inaptitude

Une visite survenant avant la fin d'un arrêt de travail prescrit par un médecin traitant, habituellement qualifiée de visite de pré-reprise, peut-elle donner lieu à un avis d'inaptitude lequel s'imposerait donc à l'employeur, en particulier en l'obligeant à rechercher des solutions de reclassement ou à procéder au licenciement dans le délai d'un mois ?

Telle était la question relatée récemment dans la rubrique juridique du concours médical (en date du 11 mai 2005)

La jurisprudence a considéré dans le cas présent, (Chambre sociale, pourvois n° 03-41.479 et n° 03-41.904), que, le salarié ayant lui-même informé son employeur qu'il mettait fin à son arrêt de travail et sollicitait l'avis du médecin du travail, il s'agissait en réalité d'une visite de reprise à l'initiative du salarié et non pas d'une visite de pré-reprise. Elle a donc estimé que le salarié déclaré inapte aurait du faire l'objet soit d'un reclassement soit d'un licenciement dans le mois suivant le deuxième avis, même si l'arrêt de travail avait pu être prolongé par le médecin traitant.

Rappelons pour mémoire qu'une visite avant la fin d'un arrêt de travail, que ce soit à la demande du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil, est jusqu'à preuve du contraire une visite de pré-reprise, destinée à préparer le retour au travail sans devoir se conclure par un avis d'aptitude/inaptitude.

Dans le cas présent, la requalification en visite de reprise imposait à l'employeur de respecter ses obligations de reclassement ou de licenciement à la suite d'un avis d'inaptitude.

Reçu à la rédaction

Dans un souci de transparence, la rédaction tient à vous faire part de la réaction de Jean Michel Sterdyniak, président de la METRANEP (Association des Médecins du Travail du Nord-Est Parisien) suscitée par la lecture de l'entretien publié dans le numéro précédent du JMT, tout en soulignant que chaque entretien est de la responsabilité de l'auteur qui le relit et le corrige avant toute publication.

Le propos n'est pas de faire de la polémique mais le débat n'est pas clos... devant la pluralité des opinions à laquelle le JMT se félicite de pouvoir participer...

« Je trouve affligeant l'entretien avec Catherine Vogein. Faire croire que la nouvelle réglementation amène une régression par rapport à la situation antérieure me paraît faux. Certes, je partage certaines craintes exprimées par notre syndicat (sur les moyens, la démographie, l'engagement des pouvoirs publics et de nos autorités de tutelle...) mais la réforme comporte aussi des points positifs et des ouvertures qu'il nous appartient d'exploiter (renforcement du contrôle social, renforcement de l'indépendance médicale, CMT, sanctuarisation du tiers-temps, temps connexe, découplage de la cotisation de la visite médicale, autres façons de travailler, obligations faites aux SST d'avoir des objectifs voire des résultats en matière de mise en oeuvre d'actions de prévention...). Bref, depuis la publication du décret, ça bouge beaucoup. Par exemple, pour la première fois, en région parisienne des réunions interservices de médecins se tiennent pour une réflexion commune.

A Paris, je suis à l'origine de la mise en place de deux actions de prévention pluridisciplinaire et pluri-institutionnelles (sur les cancers professionnels et sur les ouvriers nettoyeurs) avec le soutien de la direction de mon service et la participation d'autres SST, ce que je n'avais jamais réussi à obtenir avant. Tout n'est pas rose, rien n'est acquis certes mais tout n'est pas noir non plus. La médecine du travail c'est aussi ce que les médecins du travail en font et en feront !

Jusqu'à maintenant la "santé au travail" en France reposait sur la médecine du travail, elle-même reposant essentiellement sur la visite médicale. La France est le pays où il y a le plus de médecins du travail et pourtant les indicateurs de santé au travail sont parmi les plus mauvais des pays développés. La médecine du travail à la française a échoué dans sa mission de prévention collective. Nous répétons de façon incantatoire "scandale de l'amiante" mais nous ne sommes pas capables d'en tirer les leçons. Par ailleurs, même dans des domaines qui relèvent de la consultation médico-professionnelle, nos résultats sont médiocres voire très médiocres (maintien dans l'emploi, surveillance post-exposition, harcèlement moral). Alors même si la réforme n'est pas celle que nous avons souhaitée, rien ne serait pire à mon avis que le maintien de l'ancien système.

Dans la ligne de la toute première réaction de notre syndicat, la nouvelle réglementation n'est analysée que du point de vue corporatiste de "la charge de travail" des médecins du travail (les pauvres!) et de l'inquiétude sur le financement des SST. Rien sur le métier de médecin du travail, sur nos missions, sur nos responsabilités vis-à-vis des salariés, sur les besoins de ceux-ci en matière de santé au travail. Leur demande t-on même leur avis ? Sur la question de la charge de travail, nous avons pris une position démagogique. Il est évident que nous aurons moins de visites cliniques qu'avant contrairement à ce que nous affirmons en comparant de manière fallacieuse la réalité d'aujourd'hui à la virtualité de demain! Dans mon

service, avant le décret, les médecins avaient une obligation de 7 "vacations" cliniques par semaine avec 12 ou 13 convoqués, à raison d'une personne par quart d'heure. Nous en sommes aujourd'hui à 6 vacations cliniques avec 11 convoqués (1 toutes les 20 mn). Je dirai "méchamment" que si la charge de travail des médecins risque d'augmenter, c'est parce que nous serons évalués, que nous aurons des comptes à rendre et qu'on va demander des résultats aux SST donc qu'on va nous obliger à travailler et non parce que objectivement on nous en demande beaucoup plus par rapport à avant !

C. Vogein affirme que "le décret semble assurer la promotion d'écrits superficiels" les fiches d'entreprise. Rien n'empêche les médecins de pratiquer autrement et de faire des fiches pertinentes et de véritables études des conditions de travail. Remplir les fiches d'entreprise ne me paraît pas plus superficiel et touristique que d'aligner des visites annuelles systématiques dont personne ne comprend plus le sens. Surtout de la façon dont ces visites sont majoritairement faites, sans lien avec le travail (sinon du point de vue de l'aptitude) et sans retour sur lui. Il suffit de voir les dossiers médicaux tels qu'ils sont tenus actuellement pour s'en rendre compte: aucune reconstitution de carrière, aucune mention des expositions présentes ou passées; rien que de la médecine générale ou de l'aptitude. J'aimerais bien connaître où se fait la restitution vers le corps social des "observations cliniques des souffrances des salariés" que nous prétendons assurer (et qu'on ne me cite pas les exceptions).

Face aux risques des entreprises, C. Vogein recommande de faire du "copié collé". En vérité, ce type de position va tout à fait dans le sens de ce que souhaite le patronat qui ne veut pas de médecins sur les lieux de travail, pas de fiches d'entreprise et qui fait tout pour maintenir les médecins dans leur cabinet (dans leur tour d'ivoire, complètement isolés des rumeurs du monde et où on leur laisse le droit de faire mumuse). C. Vogein, avec une grande naïveté, affirme qu'elle disposait d'une grande autonomie dans son tiers temps et craint qu'il n'en soit plus de même. Ce qu'elle ne voit pas, c'est que si elle avait cette autonomie, c'est qu'à l'époque les directions des SST se moquaient totalement des tiers temps puisqu'ils ne rapportaient rien financièrement. En revanche, le contrôle administratif et les pressions commerciales se faisaient sur les visites cliniques, qu'elle était bien obligée de faire à la chaîne! C'est d'ailleurs ce qu'elle reconnaît involontairement quand elle nous informe du changement de mode de prélèvement des cotisations induit par la réforme.

Mieux encore et tout à fait symptomatique, la question du classement en SMR ne se pose qu'à l'occasion du problème du financement des SST! C. Vogein a beau critiquer sa Direction qui veut maximiser les SMR pour avoir le maximum de cotisations, elle entre tout à fait dans cette démarche purement commerciale (comme nombre de médecins) puisqu'elle reconnaît avoir classé tous les salariés SMR "écran" dans sa

principale entreprise, sans nous dire le bienfait escompté en matière de prévention et de santé au travail. Il y a là un grave risque de dérive. Le résultat est aussi aujourd'hui que les rapports annuels des professionnels de pointe que sont les médecins du travail, montrent que le principal risque encouru par les travailleurs français est le risque "écran". Il ne faut pas s'étonner dès lors que nous puissions passer pour des charlots.

Enfin, cerise sur le gâteau compte tenu des ambiguïtés des positions du syndicat, on est opposé évidemment à la pluridisciplinarité même si on fait semblant d'en défendre l'idée. Curieux médecins du travail qui ne veulent pas vraiment sortir du confort de leur cabinet médical mais ne veulent pas non plus que d'autres y aillent pour faire le travail que l'on ne veut ou ne sait pas faire.

Bon, je ne prendrai pas tout ce temps pour écrire "ce coup de gueule" si les positions exprimées dans cet entretien ne me paraissaient pas si en harmonie avec les positions officielles du syndicat. Le décret est, selon le ministère, un choc culturel. Il serait temps pour les médecins du travail et le syndicat de faire leur révolution culturelle ».

L'AVIS DU SNPST

Les points de vue de Catherine Vogein et de Jean Michel Sterdyniak sont un très bon exemple des stratégies que peuvent inventer les médecins du travail désireux de soutenir une éthique lorsqu'ils sont confrontés à des obligations réglementaires impossibles à réaliser.

Il est normal que ces stratégies et les choix qu'elles impliquent fassent l'objet de discussions parfois passionnées, puisque l'on touche là à la question du sens du métier.

Mais, du point de vue syndical, il est nécessaire de rappeler que dans les circonstances actuelles, ce débat sur le métier consiste à faire les moins mauvais choix et à tricher le plus « justement » afin de préserver la santé des salariés. Car nos missions sont bien d'associer une intervention sur les lieux de travail, un suivi médicalisé personnalisé des salariés, et une participation aux études et recherches en santé au travail. Ces trois aspects sont indissociables et permettent une action efficace, à condition d'avoir les moyens de les réaliser. Le rôle de notre syndicat est bien là : dénoncer ce manque de moyens et agir par toutes les voies légales pour obtenir une préservation de la santé au travail efficace pour les salariés. Ceci implique la mise à disposition de réelles possibilités d'action pour les professionnels de santé au travail.

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le DIUST . . .

par Marie-Christine Limame* et Véronique Baclet**

A l'inverse des médecins du travail qui bénéficient d'une formation universitaire obligatoire, les infirmières de santé au travail ne sont recrutées que sur la base de leur Diplôme d'Etat. Aussi a-t-il paru pertinent de s'intéresser à l'apport spécifique du diplôme inter-universitaire en santé au travail (DIUST), suivi par un nombre croissant d'infirmières de santé au travail, en recueillant le témoignage croisé d'une infirmière ayant suivi le DIUST et d'une enseignante du DIUST**.*

Une meilleure appréhension du contexte professionnel

Formées dans une perspective de soin, nous ne connaissons que peu le monde du travail et ses risques lors de notre embauche. Notre culture de prévention est limitée et la définition de notre fonction est vague et « fourre-tout » puisqu'elle consiste à « assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités ». De nombreux employeurs méconnaissent également les compétences que peuvent apporter des infirmières de santé au travail, et nous confient des tâches n'ayant aucun rapport avec la santé au travail. Ce n'est alors que par la formation continue que nous pouvons éventuellement obtenir des stages pour acquérir des compétences spécifiques en santé travail.

Cette situation crée de grandes disparités dans nos aptitudes professionnelles et dans nos pratiques quotidiennes: des examens complémentaires à l'évaluation des risques, en passant par la gestion du 1% logement et l'éducation pour la santé...

L'enseignement du DIUST nous permet d'adapter notre pratique professionnelle à la réalité de l'entreprise par l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur l'environnement humain, social et juridique de l'entreprise et sur les relations entre le travail et la santé...

C'est vrai qu'à notre arrivée en formation, on peut craindre quand on est déjà en entreprise, de s'ennuyer même si on vient chercher un diplôme, une reconnaissance de notre pratique. Mais on se rend vite compte que nos connaissances sont partielles, limitées à « notre » entreprise et à son activité. La formation nous permet d'approfondir nos compétences et d'élargir notre horizon grâce à la rencontre avec des collègues d'autres secteurs. Outre l'apport de nouvelles connaissances, la formation précise notre rôle et mission en entreprise, mission au sens noble. On se sent alors moins dans le « faire » et plus dans la compréhension. Nos connaissances disparates forment les pièces d'un puzzle, qui va se reconstituer au fil des modules. Venus pour un diplôme, les étudiants s'enthousiasment pour un projet !

Elaboré en 1993 par une équipe d'infirmières du Groupement des Infirmiers du Travail (GIT) et de médecins du travail, autour de trois enseignants universitaires, les Prs J.F. Caillard, A. Cantineau et P. Frimat, le DIUST a pour objectif de donner une base commune aux infirmiers et infirmières de santé au travail (IST) et d'évoluer vers une spécialisation d'infirmière en santé travail. A ce jour, 500 infirmier(e)s ont été formé(e)s ou sont en cours de formation en France et en Suisse, accueillant aussi des étudiants étrangers originaires du Maghreb et d'Afrique francophone.

Il s'agit d'une formation très enrichissante qui nous donne l'opportunité de prendre du recul, de la hauteur et de réfléchir collectivement avec des collègues et des experts sur notre rôle et nos missions. Elle permet de mieux définir notre champ de compétences au regard des autres intervenants en santé travail. Le fait qu'il s'agisse d'une formation dans le cadre universitaire lui donne une dimension éthique et déontologique au regard des exigences des enseignants de médecine du travail. Il s'agit d'une formation pluridisciplinaire puisque outre des enseignants de médecine du travail et des IST, des ergonomes, des toxicologues, des psychologues du travail interviennent auprès des étudiantes.

Les « petites » promotions, de 10 à 16 étudiantes, facilitent les échanges et l'approfondissement. La diversité des étudiantes et des enseignants est un enrichissement pour tous.

Cette formation facilite le fonctionnement de l'unité de base médecin du travail/IST grâce aux compétences acquises et mises en pratique par l'infirmière à son retour de formation. Il est cependant nécessaire de définir clairement le champ de compétences de chacun car la perte de repères peut fragiliser le binôme en révélant des tensions sous-jacentes : notions de pouvoir, de territoire...

L'acquisition de méthodes de travail

Le DIUST nous initie à l'utilisation d'une méthodologie de projet orientée vers des actions de prévention et de promotion de la santé au travail et favorise la création d'un réseau d'échanges et de partenariats.

L'approche par projet implique, de notre part, une révolution culturelle qui peut être déstabilisante. Nous devons, en effet, passer du descriptif à l'analyse, du curatif au préventif, d'une fonction technique à une posture d'animation de projet.

A partir de l'étude de modèles (charte d'Ottawa, de Djakarta, notion de santé communautaire) nous apprenons à déléguer une partie de notre savoir en direction des usagers qui peuvent ainsi se réapproprier leur santé au travail.

La formation du DIUST nous donne ainsi plus d'autonomie tout en favorisant le travail en réseaux interne et externe à l'entreprise.

C'est une formation généraliste qui nous donne une culture, un langage commun. Partageant un langage identique et des préoccupations communes, les échanges avec le CHSCT, la direction et l'ingénieur sécurité s'en trouvent facilités.

Bien souvent cependant, il nous faut ensuite compléter cette formation par d'autres formations adaptées aux risques spécifiques de l'entreprise : ergonomie, psychodynamique du travail, conduites de dépendance, risques liés aux voyages professionnels par exemple.

Mais ce parcours initiatique est très exigeant en investissement professionnel, personnel et familial (le financement de la formation est assuré pour moitié par les employeurs et pour moitié par des congés individuels de formation): sans un fort soutien social et sans une grande motivation, il peut être difficile d'atteindre l'objectif ! C'est dommage, car il s'agit d'une belle aventure professionnelle et humaine, et, une fois arrivé au terme de la formation, on sait que plus rien ne sera comme avant !

Le gros « morceau » de la formation reste le mémoire. Au début, on a du mal à choisir un thème : il nous faut apprendre à travailler avec rigueur, méthodologie, respecter un plan, rédiger, tout cela en parallèle avec le travail quotidien. Le choix des thèmes retenus est en cohérence avec la problématique des risques professionnels rencontrés qu'il s'agisse des ambiances de travail, notamment de l'exposition au bruit, des TMS, des risques physiques, des risques chimiques, des risques psycho sociaux qui sont cependant encore peu abordés car les entreprises sont réticentes à traiter ce thème « tabou ».

L'équipe pédagogique a pour rôle d'assurer l'ingénierie, d'accompagner les étudiants tout au long de l'enseignement, en abordant le mémoire de fin d'étude à chaque module, de corriger et de commenter les contrôles de connaissances et les travaux d'application, de « coacher » les élèves dans

l'élaboration du mémoire, d'évaluer la pédagogie après chaque module et en fin d'année universitaire.

... mais en attente de reconnaissance

Même si le diplôme est demandé par certains employeurs à l'embauche quand ils recherchent une infirmière déjà formée, compétences « clés en main ! », la reconnaissance n'est malheureusement pas toujours là, au bout du long et périlleux chemin des six modules, et d'autant de contrôles de connaissances associés à un mémoire difficile et astreignant. En effet, ce diplôme universitaire n'offre pas assez d'heures de formation pour faciliter ensuite l'accès à un Mastère. Il n'y a ainsi pas de formation diplômante après le DIUST. Il ne permet pas, non plus, d'obtenir une habilitation d'intervenant de prévention des risques professionnels (IPRP).

Par ailleurs, la formation des IST n'est pas évoquée dans le Plan Santé Travail !

Le chemin est encore long en France vers la reconnaissance d'une spécialité d'infirmière en santé au travail, alors que nos confrères britanniques bénéficient d'offres de formations universitaires allant jusqu'au doctorat de soins infirmiers en santé au travail. Quant à nos collègues espagnoles, elles ont obtenu en 2004 une licence en soins infirmiers pour leur formation initiale. Par décret royal du 22 avril 2005, 7 spécialités infirmières ont été reconnues, dont celle d'infirmière du travail, obtenue après 4 ans d'exercice en entreprise et validation de formation complémentaire.

L'équipe pédagogique du DIUST réfléchit cependant à l'évolution de l'enseignement des IST, à travers des projets de licence et de mastère en santé au travail : à suivre donc...

Pour en savoir plus sur le DIUST, consulter www.iuste.u-strasbg.fr

es...brèves...brèves

Carine BOUCHER
et **Marie-Christine LIMAME**,
infirmières adhérentes,

animeront une conférence sur le thème

« La clinique infirmière en santé au travail »

au Salon Infirmier le 14 octobre prochain
de 13 h. à 15 h. hall 7 de Paris Expo,
Porte de Versailles.

Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant

Propos recueillis par Anne Florentin

Dispositif sans précédent pour l'étude des conditions de travail à l'hôpital, l'enquête européenne PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) -NEXT (Nurses' Early Exit Study) dresse un bilan, dans 10 pays et 61 établissements en France, des appréciations relatives à la fierté du métier et à la satisfaction au travail, des raisons et circonstances des départs prématurés des paramédicaux de leur métier. Une démarche innovante qui, en investiguant les risques en matière de santé, d'abandon prématuré de leur profession par les soignants, les conséquences de ces départs, les facteurs de qualité de vie et de vieillissement normal au travail, permet d'objectiver le malaise de nombreux soignants et de favoriser le maintien de la capacité professionnelle tout au long de la carrière des paramédicaux en fournissant les bases d'actions de promotion de la santé au travail. Un véritable guide à la réflexion pour la mise en œuvre d'améliorations des conditions de travail, comme le souligne le Dr Madeleine Estryn-Behar, coordinatrice du volet français.

Quelle est la principale originalité de cette enquête ?

Le point fort de cette enquête est d'être un travail collectif et collégial de réflexion et d'analyse, associant, en France, des représentants des salariés et des institutions, des médecins du travail, des chercheurs de différentes disciplines. La constitution d'un tel réseau multidisciplinaire a permis une meilleure implication des soignants. Chacun des pays participants a pu ajouter un nombre limité de questions à la version finale ce qui a conduit à des questionnaires variant de 24 à 37 pages selon les pays, couvrant des questions aussi variées que le cursus professionnel, les caractéristiques du poste, l'organisation du travail, les fonctionnements des collectifs de travail, les souhaits en matière d'avenir professionnel, les problèmes de santé.

Une des grandes richesses de cette enquête est d'avoir reposée sur une analyse participative des résultats avec les acteurs de terrain, au sein de groupes de travail où ont été discutés le choix des données à mettre en avant, les analyses qu'il était possible d'en faire, les conclusions à en tirer.

Le sentiment de ne pas être reconnu dans la spécificité de son travail de soignant, de ne pas être en nombre suffisant pour offrir des soins de qualité, le manque de concertation au sein des équipes sont souvent évoqués par les soignants traduisant un malaise aux conséquences lourdes en terme de motivation au travail, de qualité et d'implication dans la relation avec les malades, sans pour autant être bien caractérisés.

C'est pourquoi les données qualitatives et quantitatives de l'enquête sont précieuses qui permettent d'objectiver de façon plus précise les causes des différents malaises diffus exprimés par les soignants. Ainsi, les problèmes d'organisation du travail, de conditions de travail et de charge de travail mis en évidence dans l'enquête se traduisent pour les soignants, alors même qu'ils sont fiers de leur métier, par une insatisfaction souvent déterminante dans l'envie de quitter sa profession prématurément quand ils n'entraînent pas une usure tant physique que morale.

Quels sont les principaux motifs d'insatisfaction des soignants ?

Sur l'ensemble des soignants de tout grade des 10 pays étudiés, les principaux points insatisfaisants sont par ordre décroissant le salaire par rapport aux besoins financiers, le soutien psychologique au travail, les conditions physiques de travail, la possibilité de donner des soins adéquats, les perspectives professionnelles, le temps de chevauchement pour les transmissions, l'utilisation des compétences.

En France, la demande de soutien psychologique arrive en première position, mentionnée dans plus de 66% des cas. Ainsi, quatre fois moins de soignants souhaitent quitter leur profession

lorsqu'ils sont satisfaits du soutien psychologique au travail. Quatre fois moins de soignants souhaitent quitter leur profession lorsqu'ils sont satisfaits de l'utilisation de leurs compétences au travail. Trois fois moins de soignants souhaitent quitter leur profession

lorsqu'ils sont satisfaits de la qualité des soins qu'ils peuvent donner. Trois fois moins de soignants souhaitent quitter leur profession lorsqu'ils sont satisfaits des conditions physiques de travail. Cinq fois moins de soignants souhaitent quitter leur profession lorsqu'ils sont satisfaits de leurs perspectives professionnelles. C'est en France que l'insatisfaction est la plus importante pour ce qui est du temps de chevauchement pour les transmissions, moment privilégié garant d'une bonne continuité des soins. Ainsi, les soignants à qui est laissé le temps d'effectuer des transmissions en détail dans leur service sont moins

nombreux à déclarer une mauvaise qualité du sommeil que ceux qui ne peuvent pas le faire. Par ailleurs, la densification des soins, la charge de travail, l'individualisation du travail amènent nombre de soignants à se sentir insatisfaits de la qualité des soins qu'ils dispensent avec une forte crainte de faire des erreurs majorée par les incertitudes sur les équipements, le fait de ne pas savoir que dire aux patients, toutes choses qui valident l'importance du travail d'équipe multidisciplinaire.

La pénibilité physique est également une grande source d'insatisfaction, a fortiori pour les aides soignantes tributaires de manutention et de soulèvement de patients sans aide mécanique.

Cette pénibilité physique, directement responsable de la survenue de problèmes de santé, contribue également, de même que des horaires contraignants et le plus souvent atypiques, à rendre difficile l'équilibre vie professionnelle-vie privée (pratique de sports,

loisirs...). Plus de la moitié des soignants considère que leur travail rend difficile la gestion de leurs responsabilités familiales et près d'un tiers déclare devoir modifier leurs activités personnelles en raison de changements imprévus de leur planning de travail.

Bio express



Médecin du travail du personnel hospitalier à l'AP-HP depuis 1973. Responsable de contrats de recherche externe de l'INSERM (1986-1989), du ministère du Travail (1989-1990) et du ministère de la Recherche (1991-1992).

Praticien hospitalier à l'Hôtel Dieu, service central de Médecine du travail de l'AP-HP, depuis juillet 2002. Diplômée de radiobiologie-radioprotection, ingénieur en ergonomie, CNAM, Doctorat nouveau régime en ergonomie CNAM (Rôle de l'organisation du travail et de l'organisation de l'espace sur l'activité du personnel soignant : conséquences sur la qualité des soins et sur la santé physique et mentale). Enseignante pour le DU d'ergonomie et physiologie du travail, Université Paris VI depuis 1985.

Auteur de nombreux ouvrages dont Santé et risques professionnels des médecins (éd. Masson, Paris) - Stress et souffrance des soignants à l'hôpital (éd. ESTEM, Paris) - Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique (éd. ESTEM, Paris) - Guide des risques professionnels du personnel des services de soin (éd. Lamarre, Paris) - Travailler à l'hôpital (éd. Berger-Levrault, Paris)

Chargée de mission, sous la direction scientifique du Pr J.-F. Caillard, pour la conduite de la partie française du programme européen NEXT.

Quels sont les facteurs de pénibilité les plus fréquemment évoqués avec quelles conséquences ?

La pénibilité morale, le manque de travail en équipe, les inquiétudes sur la qualité des soins, la pénibilité physique ainsi que les horaires et plannings sont les principales pénibilités exprimées par les soignants. A cela s'ajoute l'augmentation des tâches administratives considérée comme facteur très perturbant par une majorité de soignants. Les problèmes de santé qui en découlent sont, par ordre décroissant, les troubles musculo-squelettiques, les varices et les

troubles de la santé mentale. Ce sont les aides soignantes qui, selon l'indice de santé perçue utilisé par l'OMS, perçoivent leur santé comme moins bonne, directement liée à une pénibilité physique accrue. De plus mauvaises conditions de travail, la moins bonne santé qui en découle expliquent que les aides soignantes présentent un moins bon indice de capacité de travail par rapport aux exigences du poste (CREP). Lorsque le CREP est faible, l'intention de quitter la profession est multipliée par 4. L'utilisation de cet indice, en Finlande, a amené à une modification de l'idée d'employabilité des salariés âgés et permis, en 10 ans, en s'appuyant sur la réduction de la pénibilité des postes de travail, un recul d'un an de l'âge de départ réel en retraite. La question n'est pas tant de permettre un vieillissement en bonne santé au travail, et ce d'autant que l'évolution démographique rend nécessaire de se préoccuper de la situation des salariés âgés.

Si le score d'implication personnelle est l'un des plus élevés en France, il n'est pas sans conséquence sur la survenue de troubles du sommeil et de la santé mentale puisque la France détient aussi l'un des scores d'épuisement professionnel le plus élevé ce qui est directement lié aux conditions de travail. Ainsi les soignants qui peuvent discuter des questions professionnelles en détail dans leur service sont moins nombreux à déclarer prendre des somnifères ou des tranquillisants au moins trois fois par mois que ceux qui ne peuvent pas le faire. Les soignants qui peuvent discuter des questions professionnelles en détail dans leur service sont moins nombreux à déclarer une mauvaise qualité du sommeil que ceux qui ne peuvent pas le faire. Les soignants qui peuvent débattre des questions professionnelles en détail dans leur service sont moins nombreux à déclarer des troubles de leur santé mentale que ceux qui ne peuvent pas le faire.

Quels principaux enseignements tirer de cette étude ?

L'étude démontre, s'il en était besoin, l'énorme impact économique et la rentabilité qu'il y a à investir dans les conditions de travail.

Ainsi de meilleures conditions de travail vont contribuer à prévenir l'apparition de problèmes de santé physique ou mentale et donc agir sur l'absentéisme.

Pour que les soignants ne quittent pas trop tôt leur métier ce qui génère un surcoût de formation des nouveaux embauchés, il convient d'offrir de meilleures perspectives de carrière, de garantir une qualité des soins satisfaisante grâce en particulier à un collectif de travail soudé qui par ailleurs est l'une des meilleures façons de participer à l'éducation sanitaire des patients.

Il appartient ensuite à chaque établissement de débattre des améliorations les plus pertinentes à mettre en place et de réfléchir aux pistes de travail à discuter selon la réalité locale, qu'il s'agisse d'améliorer le soutien aux soignants face à la charge émotionnelle liée au travail, de mieux former et informer au sein des services en assurant une meilleure transmission des informations entre médecins et paramédicaux, de privilégier des temps de chevauchement entre les équipes avec des objectifs définis, de développer le tutorat et l'expertise soignante, toutes mesures permettant de limiter la crainte des erreurs. Il convient également de réduire les exigences physiques du travail avec des bancs d'essai de matériels adaptés à la vie hospitalière, de préférer une architecture qui valorise les besoins réels et intègre la sécurité, de prévenir la surcharge de travail, de modifier les horaires les plus incompatibles avec la vie personnelle, d'œuvrer pour une aide au logement, à la pratique de sport et de loisirs et de favoriser les perspectives professionnelles pour l'ensemble des agents.

Espérons qu'il en soit ainsi.....!

Handicap et maintien dans l'emploi : alerte !

Par Alain Grossetête

Les dispositions en faveur du maintien dans l'emploi de travailleurs présentant des restrictions d'aptitude du fait d'un handicap sont difficiles à appliquer, qu'il s'agisse d'obtenir un aménagement de leur poste, ou de pouvoir s'y maintenir. La lutte contre les discriminations et les conséquences du handicap fait partie des grandes missions de l'Etat placée, dans chaque département, sous l'autorité du Préfet, président du comité de pilotage du PDITH (Plan Départemental pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés).

Or, les opérateurs travaillant dans les dispositifs de maintien rencontrent, depuis un an environ, de grandes difficultés pour s'acquitter de leurs missions, ce que les médecins du travail ne peuvent continuer à ignorer. Ces difficultés sont liées à des restrictions financières et à des problèmes organisationnels comme l'illustre la situation rencontrée dans la région Rhône-Alpes.

Restrictions du financement

L'AGEFIPH (Agence pour la Gestion des Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées) qui gère le « fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées » (FIPH) s'est vu priée de réduire de façon importante le montant des aides destinées au maintien dans l'emploi instituées pour compenser le handicap. Il y a là une contradiction avec les grandes orientations affichées par l'Etat.

C'est ainsi qu'au niveau national, on observe une réduction « des aides techniques et humaines » (c'est-à-dire des demandes de subvention signées par chaque intéressé) : les aménagements de voitures sont passés de 90 % à 50 %, les fauteuils ergonomiques, financés dans le cadre de la mesure « aménagement des situations de travail ou aménagement de poste » sont maintenant financés à hauteur de 50 % au lieu de 100 %, quel que soit le prix unitaire du dit fauteuil, le nombre de fauteuils ergonomiques préconisés par les médecins du travail ayant été trop élevé les années précédentes, les appareillages auditifs ont été ramenés de 800 à 170 € par oreille, amenant les opérateurs maintiens à laisser sans suite plusieurs dossiers depuis janvier 2005, les sujets concernés n'ayant pas les moyens de financer la différence. S'agissant des appareils auditifs, la situation était déjà très juste autrefois, en cumulant toutes les aides existantes.

A noter également depuis 2005, la disparition de la mesure « accessibilité des lieux de travail » qui permettait d'obtenir des financements pour l'installation d'une rampe, d'un monte personne ou de l'aménagement de toilettes, par exemple.

En région Rhône-Alpes, pour ce qui concerne exclusivement les dossiers d'aménagement de poste (c'est-à-dire les demandes de subvention signées par l'employeur), l'Agefiph fait appel, depuis octobre 2003, à un cabinet privé MOVADIS, porteur de la mission expérimentale COACH (Coordination et Animation de la Compensation du Handicap), qui a pour mission de faire baisser de façon importante les dépenses liées au financement des aménagements de poste dans le cadre du dispositif du maintien dans l'emploi.

Les opérateurs du maintien voient ainsi leur champ d'action et leur niveau de responsabilité fortement diminués dans la mesure où ils ne peuvent plus intervenir directement et doivent dorénavant faire passer le traitement de chaque demande d'aménagement de poste par un unique coordinateur, alors qu'auparavant ils étaient 4 pour le seul département du Rhône.

Ainsi, les opérateurs du maintien doivent dorénavant signaler à COACH toutes les demandes d'aménagement de postes, en lui donnant les éléments de contexte dont ils disposent puis attendre la décision de COACH avant d'agir. Après avoir étudié la demande, c'est au chargé de mission COACH de décider de se rendre chez l'employeur ou de l'appeler, sachant que si l'employeur paraît réticent, il ne sera en général pas donné suite au dossier, d'appeler le médecin du travail, de mandater, si nécessaire, un ergonome. Une charte « Qualité » a été rédigée pour définir les 4 niveaux d'intervention de l'ergonome, du simple avis

sur un matériel déjà validé par le médecin du travail, le bénéficiaire et l'employeur, jusqu'à la recherche de solutions techniques originales. Leur champ d'intervention est réduit à l'environnement immédiat du poste, la mesure accessibilité étant supprimée, on ne touche plus au bâti.

Ainsi le chargé de mission COACH est le seul référent sur le dossier. C'est lui seul qui pourra informer l'employeur sur la recevabilité de son dossier de demande de subvention en commission Agefiph.

Difficultés organisationnelles

La région Rhône-Alpes, qui a fait l'objet d'une refonte de son dispositif en 2003, sert peut-être de laboratoire pour les autres départements...

Son système de pilotage est cependant compliqué et pas toujours très adapté. Il impose un signalement et une rencontre systématique des personnes handicapées confrontées à un risque d'inaptitude avec la PAR-E (Plan d'Aide au Retour à l'Emploi), structure qui assure la coordination du dispositif. Un diagnostic de la situation de chaque personne est réalisé, suivi, lorsque la personne relève d'une intervention du dispositif, d'une orientation vers un opérateur de maintien de l'ADIPSH (association relevant du Cap Emploi pour le Rhône), ou de l'OHE (association relevant du Cap emploi pour le Rhône). Le nouveau traitement de la demande doit passer par la PAR-E sous prétexte que la PAR-E assure la mission de coordination du dispositif.

Si la mission de la PAR-E est utile, car ni l'ADIPSH ni l'OHE ne pourraient l'assurer pour l'ensemble des demandes d'intervention, ce passage obligé constitue un goulet d'étranglement qui ralentit l'action de maintien et n'apporte pas de plus value lorsque la problématique et les enjeux sont clairement identifiés en amont.

Lorsque par exemple, le médecin du travail est à l'origine du signalement, il a généralement suffisamment de connaissances sur le salarié et l'entreprise pour juger de la pertinence d'une demande d'intervention d'un opérateur de maintien sans avoir à demander un diagnostic complémentaire. On peut estimer que ce soit au prescripteur, s'il le juge utile, de solliciter ce service sans qu'il ne s'impose à lui comme actuellement.

Il faudrait donc qu'existe une possibilité de circuit court, permettant la prise en charge directe, par les opérateurs OHE ou ADIPSH, des demandes afin de les traiter dans les meilleurs délais et ne réserver à la PAR-E que le traitement des dossiers pour lesquels le prescripteur a besoin d'un diagnostic complémentaire complexe venant de la Cotorep.

Du fait des restrictions budgétaires, des délais qui s'allongent, des refus de prise en charge, des circuits mis en place, il est devenu compliqué de faire du maintien dans l'emploi de travailleurs présentant des restrictions d'aptitude du fait d'un handicap.

Il importe donc que tous les partenaires concernés soient avertis des dérives possibles, en particulier au sein du Comité de pilotage institutionnel départemental (CPID) qui regroupe l'Agefiph, la Cram, le DDTEFP et les MIRTMO, le Medef et les grandes centrales syndicales.

Les dessous d'une offre de poste de médecin de prévention à la Bibliothèque Nationale de France

Par Marjoline Blavette

La BnF n'a pas renouvelé le contrat du médecin de prévention en place alors que cette administration n'avait jamais émis de critique à l'égard du travail effectué dont elle semblait reconnaître la qualité.

Pourquoi alors une telle décision si ce n'est :

- parce que ce médecin n'a pas accepté l'autorité administrative d'un médecin chef, obtenant sur ce point d'ailleurs le soutien total du conseil national de l'ordre des médecins.
- parce qu'elle défendait sans compromis l'indépendance de la médecine de prévention, plusieurs fois mise à mal par la BnF
- parce qu'elle a refusé de remplir des missions totalement hors de la santé au travail, comme, par exemple, de participer aux urgences du public de la bibliothèque ou aux urgences pédiatriques de la garderie de la bibliothèque
- et probablement et surtout parce qu'elle a centré son travail sur les risques professionnels...

Notre consœur a été totalement soutenue par les salariés et les délégués du personnel, en particulier par la F.S.U, qui ont multiplié les démarches pour éviter son licenciement, qui fut pourtant l'issue de ce conflit.

Ce licenciement a été rendu possible du fait du statut en C.D.D. de notre consœur.

Le S.N.P.S.T a toujours jugé inadmissible cette précarité qui permet de se « débarrasser » de façon quasiment légale d'un médecin gênant.

C'est pour faire cesser ce type de manœuvre, que le S.N.P.S.T a demandé le recours du conseil d'état pour la création de C.D.I. dans la fonction publique.

Le licenciement pour seul traitement d'une vraie médecine de prévention !

Par François Michalkiewicz*

La situation de la médecine de prévention dans la fonction publique d'état n'est pas enviable, ce qu'illustre bien l'éviction de la Bibliothèque nationale de France du Docteur Nicole Vigneron, médecin de prévention.

C'est à l'issue de trois ans d'un travail exemplaire que la BnF a refusé de renouveler son contrat. Or, c'était la première fois qu'une vraie médecine de prévention était mise en place à la BnF. 750 agents ont signé la pétition intersyndicale la soutenant. Pour autant, il est difficile d'aller à l'encontre de ce diktat. La phase judiciaire actuellement en cours sera difficile. Avec le SNPST, la FSU entend défendre jusqu'au bout le droit des agents à disposer d'une médecine de prévention complète et indépendante. Il est à regretter que ses garanties d'indépendance dans la fonction publique soient aussi faibles, justifiant s'il en était besoin, d'une refonte des décrets du 28 mai 1982 et du 10 mai 1995 la régissant.

Sans quoi, la mésaventure collective subie à la BnF ne manquera pas de se répéter, contribuant à altérer la confiance des agents dans l'indépendance de la médecine de prévention.

* Représentant FSU du personnel au CHS-CT de la BnF

La face cachée des Maladies Professionnelles dans les PME du BTP.

par André Causse* et Gilles Arnaud

La sous-évaluation massive des maladies professionnelles résulte pour l'essentiel d'une sous-certification des pathologies professionnelles par les médecins du travail, au risque d'entacher la crédibilité de la Médecine du travail. De nombreux Médecins du Travail craignent en effet que la déclaration des maladies professionnelles coûte leur emploi aux victimes, crainte honorable mais infondée. Cette sous-déclaration porte préjudice à la prévention des risques professionnels en masquant la réalité des conditions de travail et de leurs conséquences. Les maladies professionnelles deviennent ainsi des maladies de société, sans étiologie nommée, occultant les responsabilités. Les possibilités d'éradication ou de réduction des risques par l'amélioration des conditions de travail s'en trouvent limitées.

Or non seulement déclaration des maladies professionnelles et maintien dans l'emploi ne sont pas incompatibles, comme le démontre l'enquête réalisée par André Causse à l'APAS de 1998 à 2004 mais assimiler maladie professionnelle et perte d'emploi est un contre sens préjudiciable aux déclarations.

Une prévalence en hausse constituée pour l'essentiel par les TMS...

L'étude a porté sur un échantillon constitué de la totalité des salariés examinés au cours des années 1998 à 2004, quel que soit le motif de l'examen médical. Ont été sortis de l'étude, les salariés n'appartenant pas aux entreprises attribuées.

Le niveau de maladies professionnelles dépistées (tous « dépisteurs » confondus) est considérable. Il est, selon les années, de 20 à 30 fois supérieur à celui publié par la CNAM en ce qui concerne les maladies professionnelles reconnues dans le B.T.P. avec une prévalence qui croît régulièrement depuis 1998, de 15 à 25 % par an.

Nombre de nouveaux cas de MP dépistées par année (permet de calculer l'incidence)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| M.P. dépistées | 87 | 113 | 120 | 140 | 142 | 129 | 125 |
| Salariés atteints | 71 | 93 | 100 | 122 | 116 | 103 | 109 |
| Effectif examiné | 2051 | 2259 | 2284 | 2170 | 1989 | 1976 | 1957 |

Nombre total de MP (permet de calculer la prévalence)

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| M.P. constatées | 203 | 283 | 339 | 404 | 423 | 497 | 501 |
| Salariés atteints | 157 | 210 | 242 | 287 | 290 | 324 | 320 |
| Effectif examiné | 2051 | 2259 | 2284 | 2170 | 1989 | 1976 | 1957 |

Les Troubles Musculo-Squelettiques (tableaux 57, 69, 79, 97 et 98) rassemblent près de 90 % des maladies professionnelles. Le tableau 57, à lui seul, représente plus de 65 % des maladies constatées. Les maladies des épaules sont responsables de 27,1 % des maladies professionnelles, 33,5 % des T.M.S., et 41,3 % des affections péri-articulaires. Dans le B.T.P., les maladies professionnelles touchant les épaules sont aujourd'hui les plus fréquentes.

Les Médecins du Travail ont dépisté plus de 90 % des maladies professionnelles. Près des 2/3 des victimes de maladies professionnelles ont été considérées « aptes » à leur poste. Près de 15% ont été déclarées « inaptes » entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2004.

Tous les avis d'inaptitudes, sans aucune exception, ont été préparés, élaborés et transmis aux employeurs avec l'accord des salariés concernés, conscients des conséquences de tels avis pour leur avenir, en termes de santé et en termes d'emploi.

Il faudrait multiplier par 20 ou 30 les données recensées par le comité technique national des industries du Bâtiment et des Travaux Publics de la CNAM-T.S. pour approcher la réalité des maladies professionnelles dans le B.T.P.

Selon notre étude, de 1998 à 2004 inclus, le nombre de cas nouveaux dépistés par an est proche, en moyenne, de 6 maladies professionnelles pour 100 travailleurs en activité.

Cette sous-évaluation n'est pas le fait des salariés qui ne déclareraient pas aux CPAM leurs affections. Ils ne sont que 16 % à ne pas déclarer leurs maladies lorsqu'elles ont été dépistées, et même 5 % lorsque ces maladies ont été certifiées par un médecin. Cette sous-évaluation n'est pas plus le fait des CPAM, puisque, selon les résultats de l'enquête, 90 % des maladies professionnelles déclarées sont reconnues comme telles par les Caisses concernées.

On peut affirmer que la sous-évaluation des maladies professionnelles résulte uniquement d'une sous déclaration de la part des médecins du travail.

La reconnaissance du caractère professionnel de maladies protège l'emploi.

On constate deux fois plus d'inaptitudes pour les maladies professionnelles reconnues que pour les maladies professionnelles rejetées ou les maladies professionnelles en attente d'information sur les suites données.

Ce rapport atteint 4, s'il est comparé aux maladies professionnelles non déclarées.

Cette observation pourrait faire craindre une fragilisation de l'emploi liée directement à la reconnaissance des maladies professionnelles, si on occultait les autres motifs de pertes d'emplois : licenciements économiques, licenciements pour motif personnel, démissions et accessoirement retraites et décès.

L'idée, véhiculée dans la société, qui tend à assimiler « maladies professionnelles et pertes d'emplois » a contaminé beaucoup d'esprits, y compris parmi les plus libres. Cette idée contribue à légitimer la sous-certification des maladies professionnelles. Or, il s'agit d'un postulat, élaboré sur la base de peurs générées par ceux qui sont à l'origine des mauvaises conditions de travail et qui souhaitent échapper aux conséquences financières de leurs décisions.

Il s'agit d'un contre-sens qui attribue la perte d'emploi à l'inaptitude (qui a pour vocation de garantir les droits sociaux des



travailleurs malades ou devenus moins performants en raison de leur état de santé) et non à la cause de l'inaptitude qui est la maladie, le handicap.

En effet, les pertes d'emplois chez les salariés atteints de maladies professionnelles sont près de 40 % inférieures à celles de l'ensemble des travailleurs des entreprises concernées. C'est la maladie, notamment la maladie professionnelle, l'accident, notamment l'accident du travail, le handicap, notamment les séquelles des pathologies liées au travail qui conduisent à la perte d'emploi, et non le fait de nommer l'origine des maladies et handicaps, et non l'inaptitude qui ouvre aux travailleurs des droits spécifiques destinés à les protéger.

La sous-évaluation des maladies professionnelles porte préjudice aux travailleurs dans la prise en charge des soins, dans le niveau de leurs indemnités journalières, dans leurs droits à exonération de charges sociales et fiscales, dans leurs droits à réparation des séquelles, dans leur protection contre le licenciement et l'obligation de reclassement ou aménagement des conditions de travail auxquels ils peuvent prétendre.

Elle porte préjudice à l'Assurance Maladie des travailleurs salariés qui supporte des charges indues qui devraient être assumées par la branche AT-MP, financée à partir de cotisations patronales.

Elle porte également préjudice aux mutuelles qui prennent en charge les compléments de soins pour des affections relevant d'une prise en charge à 100%.

L'idée, malignement répandue dans la société et partagée par les meilleurs esprits, que les déclarations de maladies professionnelles fragilisent l'emploi des victimes est fautive. C'est atteindre les sommets de la perversion que de faire croire aux victimes que leur intérêt serait de se taire. Ces conseillers ne jouent pas l'emploi contre la santé, mais les intérêts financiers des entreprises contre la santé et l'emploi de leurs salariés.

Quant à l'inaptitude, ce n'est pas une fatalité. Lorsqu'elle survient, elle est formulée avec l'accord des intéressés qui la vivent comme un acte thérapeutique, libérateur d'un emploi devenu dangereux.

L'acharnement thérapeutique pour le maintien dans l'emploi de femmes et hommes usés, alors qu'il peut exister pour eux des solutions alternatives hors de l'entreprise où se dégrade leur état de santé n'est pas la bonne décision médicale.

*Médecin du Travail/Secrétaire du syndicat CGT des APAS

à la fois une demande psychologique élevée et une autonomie décisionnelle faible, ce qui est la caractéristique, dans le modèle de Karasek, du travail tendu, tension associée à l'augmentation des tendinites. L'imputabilité des tendinites au travail est patente quand on mesure les niveaux d'exposition aux risques. Dans le modèle multifactoriel du risque de TMS, le travail associé à ces facteurs biomécaniques, psychosociaux ou organisationnels est prégnant dès le diagnostic d'au moins un TMS.

Un système d'information unique en Europe... qui montre l'intérêt du travail en réseau des médecins du travail.

Lors du congrès Européen de Barcelone ou du premier congrès francophone sur les TMS de Nancy en mai 2005, cette surveillance a étonné les spécialistes du monde entier (y compris le Professeur Brad Evanof du Missouri, spécialiste des TMS aux Etats-Unis !) par son intérêt et sa qualité.

Cette surveillance en entreprise s'est avérée opérationnelle avec une enquête bien représentative de l'échantillon des salariés, qui peut donc être extrapolée avec un protocole validé. L'examen clinique standardisé, tout contraignant qu'il soit pour les médecins du travail qui l'ont pratiqué, s'avère très performant et d'un bon apprentissage. L'auto évaluation de l'exposition professionnelle est épidémiologiquement fiable. La reconduction en 2004 de l'étude a hélas confirmé les chiffres alarmants.

Selon le coordinateur Yves Roquelaure, sa réalisation et ses performances inégalées sont dues à la présence particulièrement française de médecins du travail sur le terrain. Mais ce travail pluridisciplinaire et coordonné n'a été réalisable en Pays de la Loire que par une conjonction de l'implication de l'INVS, du volontariat des médecins inspecteurs du travail et de nombreux médecins du travail qui en ont accepté la rigueur et ont choisi d'y consacrer du temps et de leur organisation malgré les surcharges paradoxales de leurs missions. Il faut noter là que si quelques services de santé au travail ont toléré cet investissement des médecins du travail, ce n'est pas eux qui en ont été promoteurs.

Désormais la loi leur impose de mettre les données de santé à la disposition de l'INVS. Mais si à l'avenir ce devenait un objectif programmé des services, la pratique et la synergie des médecins du travail en seraient très renforcées.

De là à rêver que les Commission Médico-Techniques, animées avec une marge de manœuvre significative par les médecins du travail, deviennent moteurs pour la coopération des services...

L'impact sur le terrain

Mais à quoi ça sert sur le terrain, pour la prévention ... ? C'est d'abord un outil d'information pour les salariés et les employeurs et bien sûr pour les préventeurs, les institutions et les pouvoirs publics. C'est un outil d'aide à la planification des actions de prévention des TMS pour orienter vers des actions de prévention durable. C'est un outil d'évaluation pour les entreprises ; ce sont des données de références pour évaluer le niveau de risque de l'entreprise ; c'est aussi l'occasion de faire un point zéro pour l'évaluation des actions de prévention à venir. Lancer des actions de prévention au hasard ou empiriquement ne sera plus excusable. La multifactorialité devra être prise en compte et les démarches dans les entreprises, pour être validées, ne pourront ignorer un certain nombre d'indicateurs de référence élaborés par le réseau de surveillance des TMS.

Aussi, ce réseau de surveillance des TMS doit être étendu. Il est prévu déjà pour 2006 de l'étendre à deux autres régions (Franche Comté et PACA). Espérons que le volontariat et la disponibilité des médecins le permettront.

Outre l'apprentissage et le recueil des données par les médecins du travail, la surveillance des TMS nécessite environ 6 équivalents temps plein. On pourrait penser que c'est beaucoup et que c'est trop pour le service rendu, mais rappelons-nous que c'est pour une année le montant du traitement d'un cancer professionnel ou de 3 TMS de l'épaule reconnus. C'est donc un investissement rentable pour avoir enfin une représentation et un suivi des TMS et de leurs causes. En effet, l'extrapolation des résultats reproductibles du réseau de surveillance des TMS est impressionnante avec 150 000 TMS avérés dans les Pays de la Loire et 2 millions en France. Un économiste de la santé évalue le coût global des TMS à plus de 2 % de PNB d'un pays. C'est dire la dimension de santé publique des TMS devenue incontournable.

Cette surveillance peut être complétée par des études pluridisciplinaires, que le pôle de recherche en santé au travail pourrait enfin favoriser à financer.

Une nouvelle culture et de nouvelles pratiques

D'autres surveillances sont à mettre en place en santé au travail. C'est une culture et une pratique où les médecins du travail ont une grande utilité. L'INVST a mis en place aussi avec les médecins du travail des Pays de la Loire une enquête de prévalence des Maladies à Caractère Professionnel (MCP), dont on sait que l'obligation de déclaration par tous les médecins est ridiculement peu opérationnelle, voire dérisoire. Le protocole a impliqué la recherche de maladies à caractère professionnel non pas tout le temps, ce qui est quasi impossible, mais sur tous les salariés vus pendant une semaine par chaque médecin du travail. Plus de 200 médecins du travail des Pays de la Loire

participent désormais à ces deux semaines annuelles de MCP. Les premiers résultats nous questionnent déjà puisque globalement le nombre de MCP déclarées en une semaine est plus important que le nombre de MCP déclarées le reste de l'année.. On retrouve en premier les TMS, en second les troubles mentaux et psychiques, puis les lombalgies. Le taux de TMS retrouvé et comparé à l'enquête TMS évoque non pas un risque de sur déclaration mais bien encore une sous déclaration même avec cette concentration de l'attention.

C'est, à coté de nos observations isolées, une approche pertinente de la réalité pour les entreprises, pour les salariés et pour la santé publique. C'est rendre lisible la santé au travail et c'est la mission des spécialistes de la santé au travail que sont les médecins du travail. C'est une nouvelle façon de travailler en coopération que les médecins du travail ont à développer en France. L'efficacité de ce développement sera dans l'organisation avec les spécialistes de la santé au travail (épidémiologistes entre autres) et non avec des prestataires cooptés par les gestionnaires « compte-sous » des services de santé au travail.

Histoire qui tue...

Agenoux devant un employeur.... pour raison professionnelle !

A un plombier de 58 ans, perclus d'arthrose et vu en consultation de reprise après un arrêt motivé par la recrudescence de ses douleurs, le médecin du travail émet un avis de reprise sous réserve d'un reclassement à un poste de travail sans manutention et sans position à genoux prolongée.

Lors de la consultation suivante, programmée 15 jours plus tard par le médecin du travail pour s'assurer de l'adaptation du poste, quelle n'est pas la surprise du médecin du travail qui s'entend dire par le salarié que la reprise s'est effectuée ... au même poste et selon les mêmes contraintes de position!

Le médecin du travail appelle alors l'employeur qui dit ne pas avoir reçu la fiche d'aptitude où figuraient les restrictions de poste... argument sensiblement différent de l'avis du salarié qui explique que le patron est d'autant plus embêté que c'est chez lui que le plombier intervient actuellement...

>> **Le SNPST à votre écoute** >>

CONTACT PAR REGION

Aquitaine
Dr Jean-Luc Nicolas
34 rue Saint Gelais
16000 Angoulême

Dauphiné-Savoie
Dr Jacques Robinet
3 rue de Clapière - 38120 Saint Egrève

Poitou-Charentes-Limousin
Dr Mireille Chevalier
27 rue de la Tranchée
86000 Poitiers

Auvergne
Dr Marc Dalle Fratte
208 rue du Champ Clos
63110 Beaumont

Ile de France
Dr Jean-Michel Domergue
2 rue de la Côte d'Or - 91230 Montgeron

Pays de Loire
Dr Yves Henri Martin
Village de Frémur
49130 Ste Gemmes sur Loire

Bretagne
Dr Elisabeth Jouffe
7 rue Monseigneur Duchesne
35000 Rennes

Languedoc Roussillon
Dr Michel Vieules
12 rue Marcel Pagnol - 11200 Lezignan Corbières

Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr Marc Brégliao
46 bd Notre Dame
13006 Marseille

Bourgogne-Franche Comté
Dr Jean-Paul Duléry
Le Logis
21310 Bézouotte

Midi-Pyrénées
Dr Mireille Théron
26 Allée de la Drôme - 31770 Colomiers

Rhône-Alpes
Dr Elisabeth Trescol
19 rue Jules Michelet
69003 Lyon

Alsace-Lorraine
Dr Emma Ravonjison
35, av. de la République - 54150 Briey

CONTACT PAR BRANCHE

■ **SERVICES INTERENTREPRISES**

Dr Gilles ARNAUD
21 rue du Pigeon Blanc
86000 Poitiers

■ **SERVICES AUTONOMES**

Dr Lionel DORÉ
16 cours du 7eme Art
75019 Paris

■ **FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT**

Dr Maryline BLAVETTE
30 rue Damiette, 76000 Rouen

■ **FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**

Dr Marie-Hélène GLOC
147 rue Ernest Albert
54520 Laxou

■ **MÉDECINE DU TRAVAIL DU PERSONNEL HOSPITALIER**

délégué par interim
Dr Patrick BOUET
12 rue des Coudres
86440 Migné Auxances

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 18

JUILLET 2005

12 impasse Mas • 31000 Toulouse
Tél. 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66

<http://pro.wanadoo.fr/snpst/>

Publication du SNPST (Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail)

Directeur de la publication : Gilles Arnaud
Directeur de la rédaction : Gérard Lucas
Rédacteur en chef : Anne Florentin
Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier
Chefs de rubrique
ACTUALITES SYNDICALES : G. Arnaud, J-C. Guiraud
TERRAIN : Jean-Luc Nicolas
INSTITUTIONS : Maryline Blavette
ENTRETIEN : Anne Florentin
CHANTIERS : Jean Paul Duléry
EUREKA : Mireille Chevalier
Ont collaboré : V. Bacle, A. Causse, M. Estryn-Behar, M. Hamon, M.C. Limame, F. Michalkiewicz, J.M. Sterdyniak
Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Publicité et abonnement : Micheline Chevalier
Commission paritaire : 1006 S 05549
Imprimerie des Capitouls,
4, avenue Georges Clemenceau - 31130 Balma

Coupon d'Abonnement

Oui je souhaite m'abonner au Journal des professionnels de la Santé au Travail au prix annuel de 35 € (6 numéros par an)

Mlle, Mme, M.
Rue
Ville..... Code postal
Tél. Mail

Adhésion au SNPST

Oui je souhaite adhérer au SNPST
Pour les tarifs, consulter le secrétariat, tél. 05 61 99 20 77
(abonnement au JST compris dans la cotisation)

Dr
Rue
Ville..... Code postal
Tél. Mail

Règlement : Chèque à l'ordre de **Madame la trésorière du SNPST**
12 impasse Mas, 31000 Toulouse • **Tél :** 05 61 99 20 77 • **Fax :** 05 61 62 75 66 • **Courriel :** snpst@wanadoo.fr