Lettre EVREST

EVREST
Evolutions et Relations en Santé au Travail

http://evrest.istnf.fr

Numéro 1 - Juin 2009

Créer un observatoire

S'il fallait avancer trois raisons qui justifieraient le lancement d'un dispositif comme Evrest, ce pourrait être celles-ci :

- D'abord la persistance, dans les pays industrialisés et en France en particulier, d'un niveau élevé de contraintes et nuisances dans le travail, facteur important d'inégalités sociales de santé, et pas assez prises en charge dans les politiques publiques et les négociations sociales.
- Ensuite la tendance, perceptible depuis quinze à vingt ans, à l'intensification du travail, en particulier une pression temporelle accrue, dont les effets sur la santé, souvent indirects, sont de plus en plus très variables d'un salarié à l'autre ; les troubles sont alors renvoyés au vécu individuel, ce qui rend difficilement visible le lien entre travail et santé.
- Enfin, le rôle majeur de la médecine du travail pour révéler ces difficultés, fournir des éléments d'appréciation, et éclairer l'action.

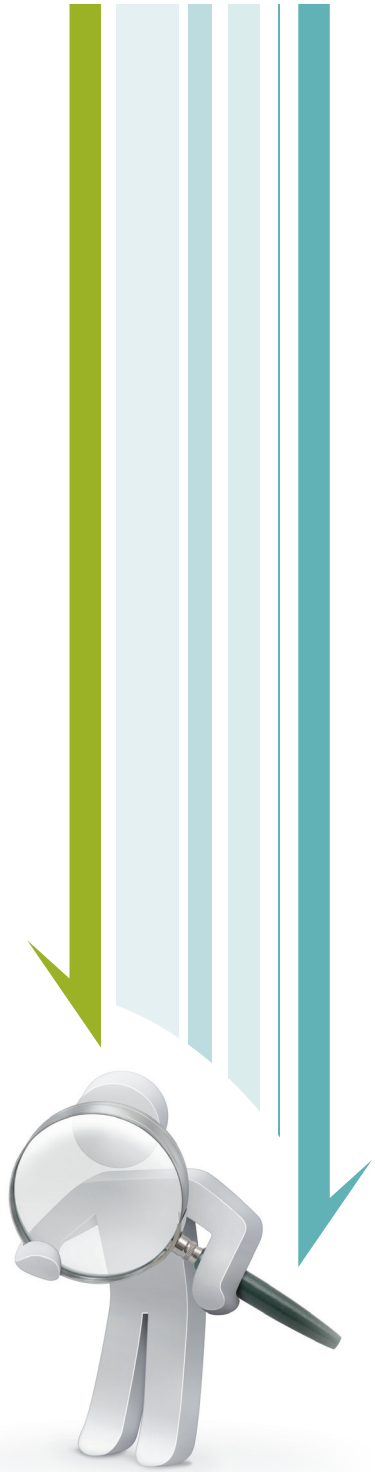
Evrest s'est construit dans cette perspective. C'est un outil de recherche et de veille en santé au travail. Il est conçu pour fonctionner sur le modèle d'un observatoire qui devrait perdurer dans le temps. Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court, qui tient sur un recto-verso, rempli lors des consultations. Cette légèreté du questionnaire est une de ses principales caractéristiques. L'investissement en temps, pour les services, n'est pas trop important. Et surtout, la brièveté des interrogations dans chaque domaine couvert, même si elle n'interdit pas de mener des analyses intéressantes, implique – et c'est bien le but visé – d'articuler ces analyses avec des éléments de compréhension « qualitatifs », fondés sur les entretiens dans les cabinets médicaux et la connaissance des situations de travail.

Une autre caractéristique, essentielle aussi, est la constitution d'une base d'analyse longitudinale. Pour au moins une partie des salariés interrogés, le dispositif est organisé de façon à les revoir aussi régulièrement que le permettra la cadence des consultations. Les multiples effets différés du travail sur la santé, et de la santé sur le travail, peuvent ainsi être pris en compte dans la réflexion sur les politiques de prévention.

Le questionnaire Evrest a été élaboré, en coopération, par des médecins du travail et des chercheurs. Il a d'abord été mis en œuvre (à partir de 2002) dans une grande entreprise, au sein de laquelle il a depuis lors pris une forte expansion, grâce à l'adhésion croissante des médecins. Depuis 2007, et de façon plus développée en 2008, des médecins de services autonomes dans d'autres grandes entreprises, et de services interentreprises dans diverses régions françaises, ont décidé de participer à cette opération, en contribuant à la constitution d'une base de données nationale (par sondage au 1/25), et parfois en recueillant des questionnaires de façon plus exhaustive sur telle ou telle entreprise.

Le réseau qui se constitue ainsi autour de l'instrument Evrest doit montrer ses capacités à établir des indicateurs pertinents des caractéristiques du travail et de la santé, en termes de niveau ou d'évolution. Il devrait fournir aussi des éléments de cadrage pour des études ponctuelles plus approfondies, quantitatives ou non. La présentation du dispositif, et de ses premiers résultats, qui fait l'objet de ce document, permettra à chacun d'apprécier si Evrest est en bonne voie pour atteindre ces objectifs.

L'équipe Projet Nationale Evrest



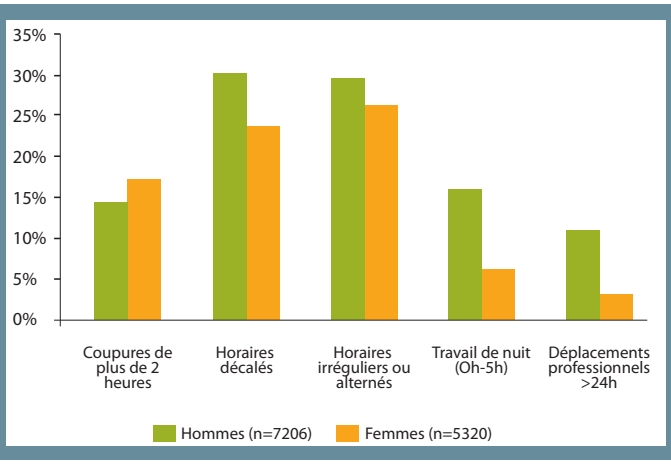
Evrest
Observatoire en Santé au Travail

En 2007 et 2008, 12 526 salariés nés en octobre de années paires (sondage au 1/25ème) ont répondu avec leur médecin du travail au questionnaire Evrest, dans le cadre du dispositif mis en place. Les chiffres issus de cet échantillon de salariés fournissent ainsi de nombreux indicateurs de Santé au Travail au niveau national, mais aussi régional. En effet, 7 des 16 régions participantes (Bourgogne, Centre, Ile-de-France, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Provence-Alpes Côte d'Azur et Picardie) bénéficient d'indicateurs régionaux détaillés, du fait d'une forte participation des médecins de la région (plus de 500 fiches renseignées en 2007-2008).

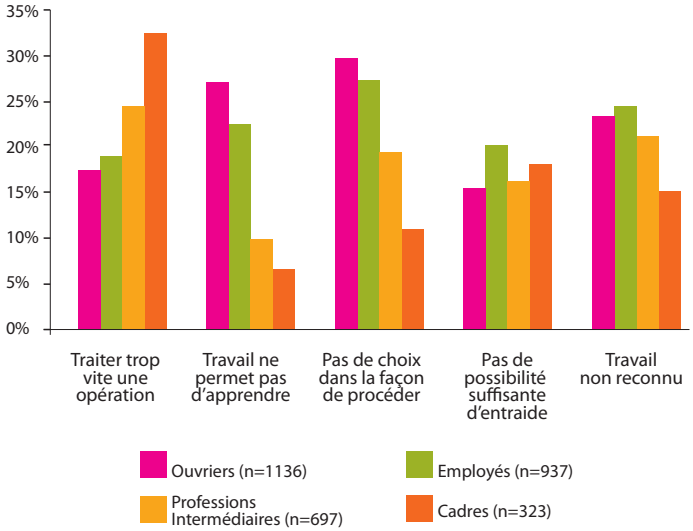
Parmi l'ensemble des résultats disponibles (à consulter dans le rapport Evrest 2007-2008, sur http://evrest.istnf.fr), vous trouverez ci-dessous quelques exemples issus des données nationales ou régionales.

En termes de contraintes horaires, les femmes ont plus souvent des coupures de plus de 2 heures que les hommes, mais travaillent moins souvent en horaires décalés, irréguliers ou alternés, de nuit, et ont moins de déplacements professionnels de plus de 24 heures que les hommes. Ces écarts n'ont cependant pas la même ampleur selon la contrainte étudiée.

Les contraintes horaires de travail selon le sexe, exemple issu d'Evrest national (n=12 526)

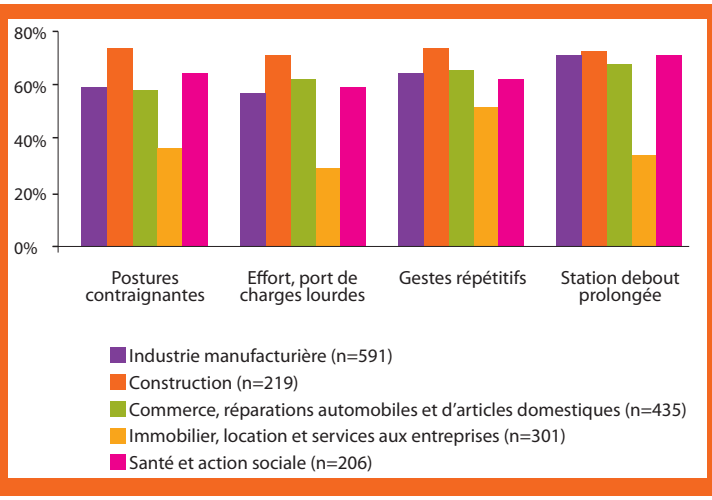


Les contraintes psycho-sociales de travail selon la catégorie socioprofessionnelle, exemple issu d'Evrest Nord – Pas de Calais (n=3119)



Les contraintes psycho-sociales de travail suivent, dans le Nord – Pas de Calais, un fort gradient socioprofessionnel : « traiter trop vite une opération » est d'autant plus souvent rapporté que la catégorie socioprofessionnelle est élevée (32% des cadres versus 17% des ouvriers), tandis que l'on observe l'inverse pour « le travail ne permet pas d'apprendre », « pas de choix dans la façon de procéder » (30% des ouvriers versus 11% des cadres) et « travail pas reconnu ».

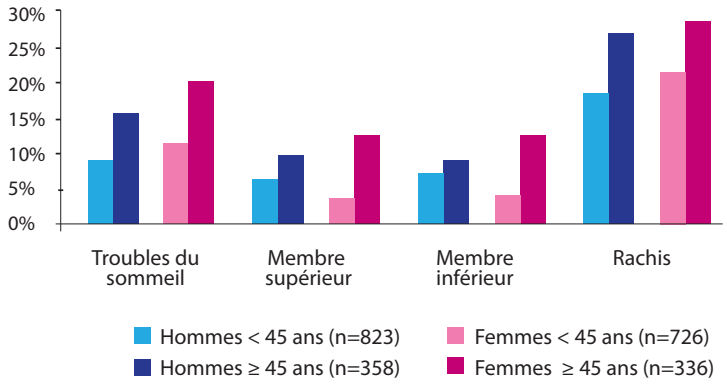
Dans la région Centre, 5 grands secteurs d'activité sont suffisamment représentés pour être étudiées et comparés entre eux : « Industrie manufacturière », « Construction », « Commerce, réparations automobiles et d'articles domestiques », « Immobilier, location et services aux entreprises », et « Santé et action sociale ». Les contraintes physiques telles que les postures contraignantes, les efforts et ports de charges lourdes, les gestes répétitifs et la station debout prolongée sont rapportées par plus de 70% des salariés dans le secteur « Construction », à l'opposé de ce qui est observé dans le secteur « Immobilier, locations et services aux entreprises » (secteur hétérogène, puisque incluant les entreprises de travail temporaire).



Les contraintes physiques de travail selon le secteur d'activité, exemple issu d'Evrest Centre (n=2358)

Et qu'en est-il de la santé ? Chez les salariés de la région Provence – Alpes – Côte d'Azur, les plaintes et signes cliniques sont globalement plus présents chez les femmes que chez les hommes, mais surtout plus rapportés par les salariés de 45 ans et plus. Les plaintes concernant le rachis concernent, respectivement chez les moins de 45 ans et les 45 ans et plus, 19 et 27% des hommes et 22 et 29% des femmes.

Les plaintes et signes cliniques selon le sexe et l'âge, exemple issu d'Evrest Provence – Alpes Côte d'Azur (n=2243)

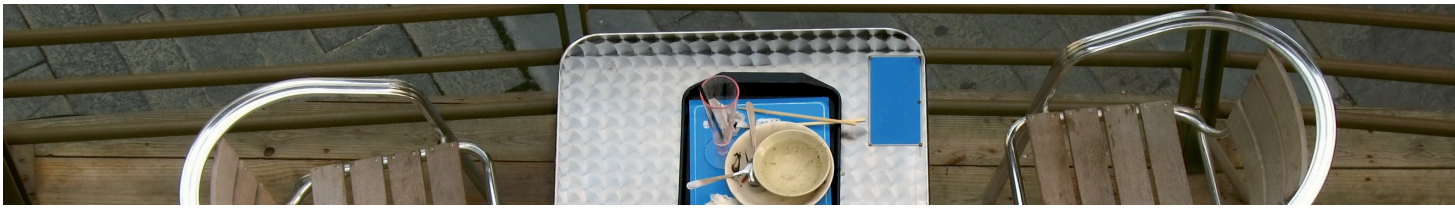


Quelles utilisations peut-on faire de ces résultats ?

Ces indicateurs peuvent servir de point de repère, lors de l'utilisation du dispositif Evrest au niveau d'une entreprise, d'un secteur d'activité. En ce sens, ce ne sont ni des normes, ni des objectifs à atteindre, car ils représentent « ce qui se passe en moyenne ailleurs ». En revanche, ils peuvent servir de support de discussion, que ce soit de façon générale, du fait des observations réalisées (par exemple, 23% des ouvriers de la région Nord – Pas de Calais estiment que leur travail n'est pas reconnu, soit près d'1/4 des ouvriers – on peut penser que c'est anormalement beaucoup), ou de façon comparative, lors des comparaisons entre les résultats d'une entreprise donnée et ceux fournis au niveau régional ou national. Ces indicateurs pourront aussi être suivis dans le temps, afin d'observer leurs évolutions au fil des années.

Dr Ariane Leroyer

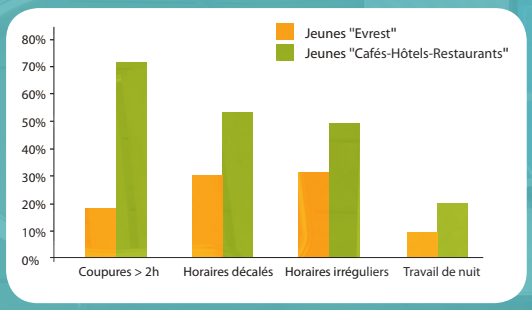
Les jeunes apprentis ou salariés dans le secteur "cafés, hôtels,restaurants", une approche par le biais d'Evrest

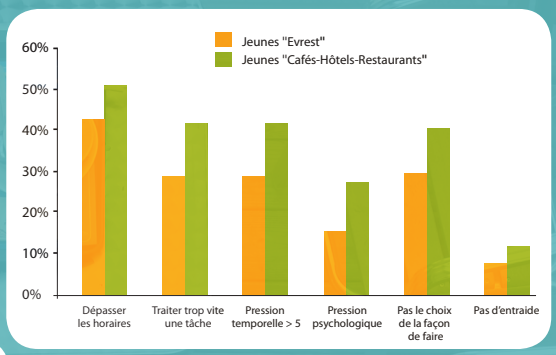


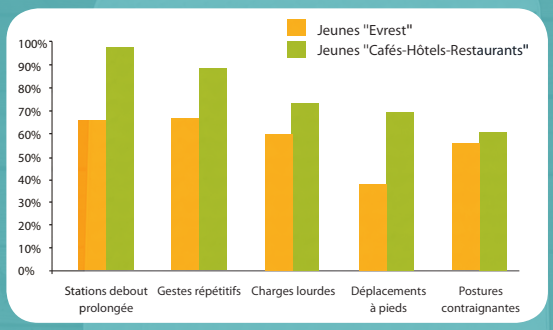
Les médecins du travail de l'Association Médecine et Santé au Travail (Lille), en coopération avec l'Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie (UMIH), ont souhaité réaliser une évaluation de l'état de santé et du vécu des conditions d'exercice des jeunes de moins de 26 ans, salariés ou apprentis de cette branche professionnelle. Sur une durée d'un an, 77 jeunes vus en visite périodique ont rempli le questionnaire Evrest et bénéficié d'entretiens approfondis portant sur les réponses apportées au questionnaire.

Une population de 200 salariés, âgés de moins de 26 ans, travaillant dans la même zone géographique mais dans d'autres secteurs d'activité, a été extraite de l'échantillon Evrest régional (sujets nés en octobre des années paires) pour servir de repère. Quelques résultats se rapportant à cette population sont rapportés ici.

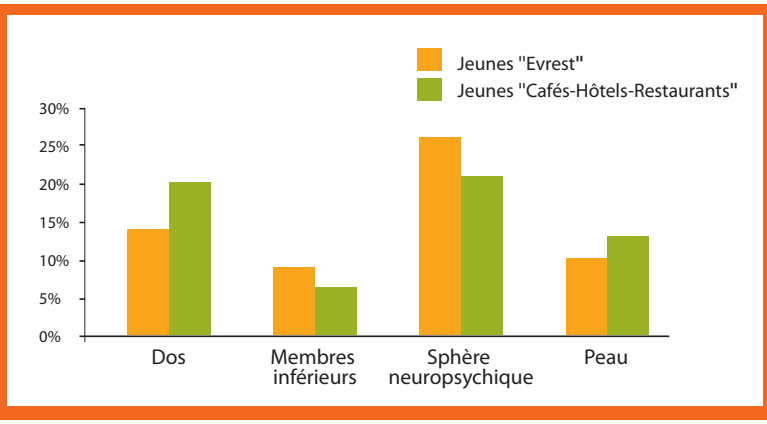
En termes de contraintes de travail, les jeunes des cafés-hôtels-restaurants cumulent à la fois des contraintes temporelles, des contraintes physiques et des contraintes psycho-sociales plus importantes que celles auxquelles sont soumis les jeunes des autres secteurs d'activités





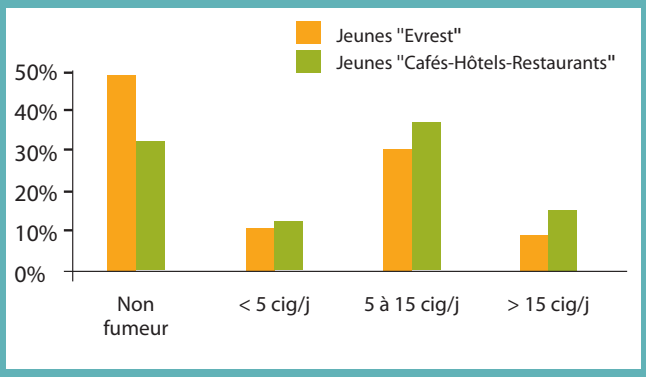


La santé de ces jeunes diffère aussi de celle des jeunes des autres secteurs, avec notamment des problèmes dermatologiques et des problèmes au niveau du rachis plus fréquents.



Fréquence et localisation des problèmes de santé

Par ailleurs, les jeunes travaillant dans les cafés-hôtels-restaurants fument plus et plus souvent que les autres jeunes.



Enfin, il a été montré que les jeunes travaillant dans les cafés-hôtels-restaurants sont plus souvent en insuffisance pondérale que les jeunes des autres secteurs d'activité.

Ces différents résultats observés à l'aide du dispositif Evrest, associés aux éléments qualitatifs recueillis par les médecins du travail lors des entretiens cliniques et lors des visites de postes, ont permis d'ouvrir la discussion avec l'UMIH sur les conditions de travail dans ce secteur d'activité, et de proposer des pistes d'actions :

- Réflexion sur le management des équipes,
- Questionnement de la branche sur le temps partiel subi, le retour à domicile pendant les coupures et en fin de service, …
- Modification de l'organisation du travail en termes de logistique, de stockage, de manutention,
- Amélioration de la ventilation - extraction, notamment au niveau des cuisines,
- Réflexion sur l'hygiène de vie (repas, tabac, café….) en fonction des contraintes évoquées.

Dr Karine Legrand Cattan

Evrest
entre qualitatif et quantitatif,

Pour un médecin du travail, l'aventure de la présentation des résultats de l'observatoire Evrest dans une entreprise doit toujours être bien préparée. En effet, il s'agit d'apporter un éclairage médical sur les mécanismes qui seraient à l'œuvre et qui permettraient d'expliquer les données quantitatives qui sont mises en discussion. Cet éclairage qualitatif ne peut s'appuyer que sur les connaissances apportées par l'approche clinique individuelle.

Est présenté ci-dessous le travail clinique préparatoire d'un médecin, s'appuyant sur deux cas, ressemblants bien que dissemblables, assez finement élaborés, et qui lui serviront à argumenter son discours sur la description globale qu'il se prépare à faire.

J'ai en charge un établissement du secteur tertiaire depuis janvier 2006. Au fil des consultations, j'ai recueilli de nombreuses plaintes individuelles qui m'ont incité à avoir une évaluation locale des risques psychosociaux et de leur impact sur la santé des salariés et à suivre ces indicateurs dans le temps. J'ai mis en place l'observatoire Evrest. Tous les salariés ont été invités à répondre au questionnaire.

Les premiers résultats montrent que la fréquence des réponses signalant une pression temporelle (dépasser les horaires de travail, traiter trop vite une opération, sauter ou écourter régulièrement un repas) est beaucoup plus élevée que dans les résultats régionaux d'Evrest. C'est aussi le cas pour certains troubles de santé : troubles du sommeil, « anxiété-irritabilité-nervosité » et « fatigue-lassitude ». Ces résultats font écho à mes données cliniques recueillies au cabinet médical.

Je pense donc présenter ces résultats au CHSCT, mais en les assortissant d'une explication portant sur les mécanismes à l'œuvre dans l'activité de travail, que seule l'approche clinique individuelle me permet de conceptualiser, et qui peuvent aider à comprendre une telle situation.

Les deux cas cliniques suivant rendent visibles les sources de la pression imposée aux salariés.

Mr R., **chef de projet** dans un secteur commercial d'une multinationale.

Je reçois Mr R en consultation périodique. Il a 55 ans et 30 ans d'ancienneté dans l'entreprise. Il est chef de projet dans le secteur commercial d'une grande multinationale qui fabrique du matériel de haute technologie pour le secteur médical. Cela signifie qu'il est responsable de tout le système fonctionnel de ce secteur.

Il m'explique qu'il est le bras droit de la direction de cette entité commerciale de la Société.

J'essaie de me faire expliquer son travail. Il me dit qu'il s'occupe du personnel, des plans de communication, du suivi des ventes, des résultats par rapport aux prévisions — prévisions qu'il est recommandé de dépasser…. Il travaille avec 10 managers qui ont chacun un secteur commercial… Il a une grosse charge de travail, il fait 12 heures par jour…

Il ne travaille que de chez lui. Il se rend une fois par semaine à Lyon, en train. Sa seule sortie est Lyon.

Son souci, plutôt son appréhension, explique-t-il, est : « pas de relâche ». Il ne peut être remplacé au pied levé… Aussi se sent-il en tension permanente, stressé, car, dit-il « le timing est toujours très serré, les informa-

tions arrivent de partout, tout cela il faut le gérer…» Ce qui l'empêche de couler, ce qui le tient, c'est son ancienneté. Il connaît tous les rouages de la Société. Irremplaçable mais prisonnier.

Je lui demande s'il pense que cette charge de travail retentit sur sa santé.

Mr R dit ne rien ressentir de tel. « Je vais bien, je dors bien, je fais du jardin — j'ai un grand jardin — et je compose de la musique ». Moi, mais sans lui dire, je me demande quand.

Et il ajoute : « mais cela devient compliqué, il y a des interactions de tous les côtés, sans barrière, tout arrive de partout (France, Australie, ….) il y a des intrusions continuelles. » Je rebondis sur ce dernier mot en demandant comment et pourquoi.

Il s'agit d'un flot continu de messages qui arrivent sur son ordinateur (son seul outil de travail). Et il doit tout justifier sur ce qui est rentré, c'est à dire qu'il doit donner les niveaux de vente à tous moments en s'appuyant sur des indicateurs suivis par une multitude de personnes (allant de « l'avant-vente, de la vente, de l'après-vente de matériels, à la vente de services d'aide »). En effet, explique-t-il : « l'entité commerciale est une entité qui amène de l'argent, elle est donc mesurée sur un certain nombre de critères (par exemple, le nombre d'appels par commercial, le nombre d'affaires conclues ….) ; c'est la plus suivie, la plus «traquée».
Je sursaute presque en entendant ce mot et j'en demande la signification. Le mot vient de l'anglais « tracking » qui veut dire « suivi » ; c'est le suivi de la courbe de progression. Il y a des indicateurs « suivi » ou « tracking » demandés par et pour une multitude de personnes. Il faut reporter les chiffres à tout moment (ils appellent cela du « reporting »). Ces chiffres identifient les activités de business, c'est à dire de vente ou d'affaires conclues aussi bien en France, qu'en Europe, en Australie, aux USA.

Mr R dit qu'il essaie de répondre au mieux mais que cela est agaçant, c'est une sorte d'auto alimentation du système qui ne peut s'arrêter. Et il ajoute « les changements de poste sont fréquents et donc on passe son temps à casser et à reconstruire. Par exemple à T (où il y a une entité commerciale) c'est du petit business que l'on fait faire aux gens ; et cela n'est pas adapté, car, ce que veut la Société, c'est faire du gros business, de gros bénéfices ; donc on fait changer les gens de territoire tous les 4 à 5 mois. C'est paradoxal, il faut gagner de l'argent mais en même temps l'organisation en fait perdre, cela n'a pas de sens. »

Cette consultation m'a laissé plein d'interrogations.
Mr R va bien. Il a des responsabilités (puisqu'il travaille avec 10 managers d'entités commerciales, à qui il donne les lignes directrices de travail) mais l'organisation à laquelle il adhère n'a pas de sens.

Il travaille chez lui avec des intrusions continuelles (ce sont ses propres mots). Comment fait-il ? On peut penser qu'il s'est construit de solides défenses individuelles du côté d'un activisme compulsif (12 heures par jour de travail). S'il arrive jusqu'à sa retraite sans qu'elles s'effondrent, tout ira bien. Je pense qu'il n'est pas à l'abri d'une décompensation physique ou psychique si un grain de sable arrête son activité infernale. Cependant, ce qu'il a décrit peut aider à comprendre le sens des plaintes reçues au cabinet dans le registre des risques psychosociaux.

Mr D : **commercial**

Mr D est âgé de 60 ans. Il travaille dans l'entreprise depuis 33 ans. Il est commercial, et sa clientèle est lyonnaise.
Je l'ai reçu pour la première fois en mai 2008 en entretien périodique. Il me dit que son travail est intéressant, qu'il est autonome mais qu'il est « stressant ». Les clients sont exigeants, le travail est complexe, il se sent dépendant de l'équipe interne avec laquelle il travaille (en fait, il s'agit plutôt d'interdépendance avec d'autres salariés qui interviennent aussi sur les ventes chez un même client), les contrôles de la hiérarchie (par le système de « reporting ») sont incessants. Il se sent fatigué. Il est suivi et traité pour une hypertension artérielle. La pression artérielle est à 17/10 le jour de la consultation. Je note un antécédent de maladie de Crohn, silencieuse pour le moment. Mr D ne signale pas de troubles du sommeil. Il est en déplacement 1 à 2 fois par semaine à Lyon. Il s'y rend en train.

En novembre 2008, je suis contactée par son manager, responsable d'une entité commerciale. Celui-ci me signale une absence durant 5 jours, ce qui n'est pas habituel pour Mr D. Je m'interroge sur la signification de cet appel, pas vraiment ordinaire. L'inquiétude de ce responsable ne cacherait-elle pas une culpabilité qu'il cherche à dissoudre ? Compte tenu de ce contexte, je propose de recevoir Mr D dans la journée.

Ce dernier explique cette absence par de gros soucis familiaux (décès successifs de la mère puis du père).
« Je n'arrive plus à faire face ! », dit-il. Puis, il m'explique les difficultés qu'il éprouve dans son travail : « je dois anticiper sur des affaires, à la demande de mon responsable, c'est à dire que je dois proposer de l'équipement d'installations chirurgicales avant qu'on m'en fasse la demande ; en plus nous sommes sur plusieurs affaires dont certaines vont se conclure et d'autres pas. Il faut attendre, cela fait partie du business. Nous sommes harcelés par la hiérarchie, il faut faire du «reporting» tous les jours. Cela veut dire qu'il faut calculer en permanence ce qu'on gagne. Mais la façon de faire le calcul est particulière. Une fois qu'une affaire est en cours, c'est comme si elle était déjà conclue et les objectifs sont basés sur cela. Alors si on ne les atteint pas,

soit on est nul, soit on s'en fout ! C'est démotivant, c'est frustrant. Mon travail, je l'aime bien, j'aime le contact avec les clients, j'aime fédérer une équipe et gagner. Alors, voilà, j'ai craqué chez moi (pleurs inhabituels), mon épouse m'a emmené chez le médecin, je suis sous anxiolytiques et anti-dépresseurs. Cela va un peu mieux. J'ai un rendez-vous chez un psychiatre dans un mois ».

Je lui propose de le revoir dans un mois. Malgré plusieurs relances de la secrétaire, je ne le reverrai que cinq mois plus tard ; à sa demande.
Le travail ne s'est pas vraiment amélioré. Mr D explique. « La pression est de plus en plus importante, je viens de signer une très grosse affaire mais cela n'a plus de sens ! On me demande d'adhérer à des valeurs qui sont balayées au premier prétexte, trop de concession sont faites aux clients pour des raisons d'arrêtés (il faut que l'argent rentre à certaines dates fixées, et pour cela, je fais des concessions aux demandes des clients alors que je sais, qu'à terme, ils seront mécontents du produit qui ne correspond pas exactement à leur besoin). Je ne comprends plus, j'ai averti mon responsable que je n'étais pas d'accord avec ma hiérarchie supérieure. Et, ce qui aggrave encore l'écart à la qualité du service que je cherche à rendre, c'est que T (la ville où il travaille), est une «société de service» du centre lyonnais. C'est moins cher de faire travailler les gens sur place, d'autant plus que depuis quelques mois, par restriction budgétaire, les déplacements et la voiture de fonction ne sont réservés qu'aux lyonnais. Donc, je ne vais pratiquement plus à Lyon, je n'ai pas l'autorisation de me déplacer chez les clients, donc pas de possibilité de les rencontrer. Et puis les actionnaires gagnent des millions… J'ai dit à mon responsable que j'en avais marre, que j'étais malade, que je voyais un psy, que je suivais un traitement et que le médecin du travail était au courant de cela. J'ai aussi expliqué cela au «grand patron des unités commerciales». Je demande plus de reconnaissance. C'est comme une église vide ; le dogme serait de gagner, d'être ambitieux pour ses clients et d'être empêché de le faire par des contraintes en contradiction avec le projet. »
Mr D me parle ensuite de son parcours personnel. « Je me suis marié contre l'avis de mes parents, ensuite je voulais faire des études de cinéma, mon père n'a pas voulu. Il voulait que je fasse des études d'ingénieur. Je suis entré dans l'entreprise en commençant dans la recherche technique. C'était passionnant ! Ensuite, comme j'étais un bon élément, il m'a été proposé un poste de commercial. J'allais à Lyon tous les jours en train, je rentrais tard chez moi. J'ai failli « perdre ma famille ». J'ai alors demandé à revenir à T… C'est comme cela… J'ai dû faire des compromis toute ma vie et je continue… Mais là, c'est trop ; cela n'a plus de sens. »

Mr D est en souffrance éthique majeure. Il fait un travail avec lequel il est de plus en plus en désaccord. Et ce désaccord entre en résonance avec son histoire personnelle. Il rejoue, sur la scène du travail, un conflit personnel qu'il n'a jamais résolu. Cette résonance symbolique accentue sa « souffrance », au sens d'un vécu douloureux aigu, au point qu'il en tombe véritablement malade.

Si, en tant que médecin du travail, je m'étais contenté de présenter les résultats Evrest en disant simplement que les risques psychosociaux étaient à traiter préventivement, sans aucun éclairage sur les mécanismes repérés au cours de mes entretiens médicaux et qui portent sur la pression financière imposée à tous les niveaux, aucun partenaire de l'entreprise n'aurait su comment agir. Même si on sait que les possibilités d'action sont très limitées (la hiérarchie sera démunie pour « prévenir » les effets des objectifs financiers imposés sur lesquels elle n'a aucune prise), la connaissance des processus à l'œuvre peut au moins permettre aux salariés de faire certains liens, de prendre certaines positions protectrices. La référence à la connaissance clinique permet aussi d'expliquer les effets mouvants et variables de telles contraintes psychosociales, tolérées par certains par la mise en place de défenses individuelles, alors que d'autres en tombent réellement malades.

Membres du GIS Evrest

GIS Evrest : les partenaires du GIS Evrest sont l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET), l'Agence Française Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), l'European Aeronautic Defense and Space Company (EADS), le Centre Interservices de Santé et de Médecine du Travail en Entreprise (CISME), le Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail (CEE/CREAPT), l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) et l'Université Lille 2.
Présidente : Corinne Archambault
Directrice : Ariane Leroyer.

Equipe Projet Nationale :
les membres de cette équipe sont
Corinne Archambault (Eurocopter),
Fabienne Bardot (CIHL45),
Marie-Claire Bardouillet (MT71),
Liliane Boitel (CISME),
Claude Buisset (AMEST),
François Jabot (ALSMT),
Ariane Leroyer (Université Lille 2),
Céline Mardon (CEE/CREAPT),
Anne-Françoise Molinié (CEE/CREAPT),
Marie Murcia (APST Centre),
Michel Niezborala (SMIT),
Jean-Louis Pommier (DRTEFP Poitou-Charentes),
Serge Volkoff (CEE/CREAPT).

Réseau des médecins référents régionaux Evrest :
ALSACE : François **BECKER** et Marie-Pierre **PIRLOT** (AST67), AQUITAINE : Marie-Christine **LACROIX** (AHI33), BOURGOGNE : Marie-Claire **BARDOUILLET** (MT71), CENTRE : Fabienne **BARDOT** (CIHL45), FRANCHE-COMTE : Bénilde **FEUVRIER** (SSTNFC), ILE DE FRANCE : Françoise **FAUPIN** (ACMS), Nathalie **GEORGE** (YST), Pascal **RUMÈBE** (SIMT), LANGUEDOC – ROUSSILLON : Jean-Louis **BATTU** (AISMT 30), LIMOUSIN : Christine **DEGRASSAT** (AIST87), LORRAINE : Amélie **ADAM** et François **JABOT** (ALSMT), Denis **LECLERC** (AMETRA Metz),
MIDI-PYRENNEES : Michel **NIEZBORALA** (AMST),
NORD – PAS DE CALAIS : Claude **BUISSET** (AMEST), Ariane **LEROYER** (Université Lille 2/ CHRU Lille), HAUTE NORMANDIE : Jean-François **CAILLARD** et Laetitia **ROLLIN** (Université Rouen/ CHRU Rouen), PAYS DE LA LOIRE : Annie **TOURANCHET** (DRTEFP Pays de la Loire), PICARDIE : Gérard **ARASZKIEWIRZ** et Luc **FAUQUEMBERGUE** (SMIBTP), POITOU-CHARENTES : Jean-Pascal **ALLERY** (SNECMA), Jean-Louis **POMMIER** (DRTEFP Poitou-Charentes), PROVENCE – ALPES – COTE D'AZUR : Gérald **MAGALLON** (GEST 05), Sylvie **ROMAZINI** (STP Aix), RHONE – ALPES : Brigitte **SELLIER** (AGEMETRA), Nadine **VIAL** (Santé au Travail Loire Nord).