

# Collection des études régionales

Publication de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

## Guide méthodologique

**pour les études locales  
en santé et conditions de travail :  
de la commande à la production  
de connaissances, enjeux  
et conditions de réussite**

Numéro 2

Décembre 2011



Ce guide est le fruit d'un groupe de travail constitué dans le cadre de la commission des études régionales (CER) de la Dares.

La CER est présidée par Philippe DINGEON, directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Haute-Normandie.

Elle comprend, en particulier, des responsables des services « études, statistiques, évaluation » des Direccte, des sous-directions et unités de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et de la direction générale du travail (DGT).

La CER vise notamment à produire des outils méthodologiques en appui aux services des Direccte.

Le « guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : de la commande à la production de connaissances, enjeux et conditions de réussite » fait suite au « guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources », numéro 1 de la même collection, paru en décembre 2010.

Ont contribué à la conception et la rédaction de ce guide :

**DIRECCTE** : Hélène CHAMBOREDON, François-Charles DEVAUGES (Ile-de-France), Raymond DAVID (Lorraine), Philippe LEMAIRE (Nord-Pas-de-Calais) et Odile HARIÉ (Pays de la Loire).

**DGT** : Patricia MALADRY et Jessy PRETTO.

**DARES** : Claudine COVO (mission action régionale), Marie-Annick MICHAUX et Vincent TIANO (sous-direction salaires, travail et relations professionnelles).

***Cabinet RHIZOME***

Remerciements à William DAB (Cnam) pour son introduction.

Coordination : Claudine Covo, mission action régionale de la Dares.

Le développement de la santé et du bien-être au travail constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dès aujourd'hui et dans les années à venir. Le deuxième « plan santé au travail 2010-2014 », officiellement présenté par le Ministre en charge du travail, le 12 juillet 2010 en est un des piliers.

Comme au plan national, les déclinaisons régionales de ce plan s'inscrivent nécessairement dans une démarche partenariale avec l'ensemble des acteurs régionaux, notamment réunis au sein des comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). Ces démarches, pilotées par les Direccte et plus particulièrement les chefs des pôles travail, sont en cours dans l'ensemble des régions.

Le développement de la production de connaissances sur les conditions de travail et la santé au travail demeure l'un des axes des travaux des Direccte. Les médecins inspecteurs régionaux, les services études, statistiques, évaluation (ESE) et les cellules pluridisciplinaires y jouent un rôle très important d'expertise, d'appui et de production.

Après la publication du *Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources*, l'élaboration de ce nouveau *Guide pour les études locales en santé et conditions de travail : de la commande à la production de connaissances*, enjeux et conditions de réussite vise à éclairer les Direccte sur les processus de production de connaissances, leurs enjeux et les conditions de réussite d'une étude.

**Philippe Dingeon**

Directe de Haute-Normandie

*Président de la commission  
des études régionales (CER).*



# Sommaire

|  |            |
|--|------------|
| <b>Édito</b> .....   | <b>3</b>   |
| <b>Préface</b> .....   | <b>7</b>   |
| <b>Introduction</b> .....  | <b>9</b>   |
| • <b>Chapitre 1 Constats</b> .....   | <b>11</b>  |
| 1.1 Des processus de production de connaissances diversifiés :<br>des expérimentations aux conduites de projets .....                            | <b>11</b>  |
| 1.2 La production de connaissances, un processus systématiquement partenarial .....  | <b>13</b>  |
| 1.3 Les limites actuelles des exercices .....  | <b>15</b>  |
| • <b>Chapitre 2 Enseignements</b> .....  | <b>19</b>  |
| 2.1 Les études dans le champ de la santé-sécurité : un domaine encore marginal .....   | <b>19</b>  |
| 2.2 Une expérience pourtant significative des services ...mais souvent mal transmise .....   | <b>19</b>  |
| 2.3 Un portage institutionnel parfois insuffisant... qui constitue<br>un handicap pour l'étude et sa traduction en action(s) de prévention ..... | <b>20</b>  |
| 2.4 Des objectifs diversifiés correspondant à des besoins différents .....   | <b>20</b>  |
| 2.5 L'organisation et les moyens .....   | <b>21</b>  |
| 2.6 Des questions de pilotage, d'évaluation et de pérennisation toujours prégnantes .....  | <b>22</b>  |
| 2.7 En conclusion, un réel besoin de professionnalisation .....  | <b>22</b>  |
| • <b>Chapitre 3 Recommandations : les étapes d'une étude</b> .....   | <b>23</b>  |
| 3.1 L'expression du besoin et la prise de décision .....   | <b>23</b>  |
| 3.2 La conduite de l'étude .....   | <b>25</b>  |
| 3.3 La production de connaissances .....   | <b>26</b>  |
| 3.4 L'exploitation des résultats produits .....  | <b>27</b>  |
| 3.5 Bilan / Évaluation de l'étude, de sa méthode de production et de son usage .....   | <b>28</b>  |
| 3.6 Apprendre de l'expérience réalisée .....   | <b>29</b>  |
| • <b>Annexe 1 : Monographies régionales</b> .....  | <b>31</b>  |
| La production de connaissances sur les conditions de travail<br>et la santé des salariés en région .....   | <b>33</b>  |
| A-1.1 Région Paca .....  | <b>33</b>  |
| A-1.2 Région Centre .....  | <b>58</b>  |
| A-1.3 Région Nord-Pas-de-Calais .....  | <b>90</b>  |
| A-1.4 Région Limousin .....  | <b>119</b> |
| • <b>Annexe 2 : Glossaire</b> .....  | <b>133</b> |
| A-2.1 Liste des sigles .....   | <b>133</b> |
| A-2.2 Termes utilisés .....  | <b>139</b> |



## Vers une santé au travail fondée sur des preuves

Le célèbre arrêt de la Cour de cassation de 2002 (1) est venu rappeler l'obligation de sécurité de résultats qui s'impose aux employeurs, mais en précisant bien que le caractère d'une faute inexcusable était avéré lorsque l'employeur avait conscience du danger. Il faut souligner que l'arrêt ajoute que la faute est aussi considérée comme inexcusable « lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger ».

Il y a dans ce conditionnel des conséquences importantes qui renvoient au secteur de production des connaissances sur la relation entre le travail et la santé. On retrouve aussi cet appel à réaliser des études dans les propos du Commissaire du Gouvernement au Conseil d'État qui a souligné sur le dossier de l'amiante en 2004 qu'« il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers ».

C'est dans ce contexte que ce guide présente l'état des lieux d'études locales en santé au travail. Il montre à la fois le foisonnement des initiatives, mais aussi leurs faiblesses. Je voudrais insister sur le fait qu'il est inutile et qu'il serait même nuisible d'accuser qui que ce soit de cette situation qui est certes peu satisfaisante. Il ne faut jamais oublier qu'en France, la protection de la santé au travail s'est historiquement construite sur une logique juridique, réparatrice, puis normative et technique.

L'édition de normes a longtemps été considérée comme suffisante. Les évolutions récentes, l'échec de la gestion du risque amiante, la montée des troubles musculo-squelettiques, la gestion difficile des produits chimiques sur le terrain, la médiatisation des aspects psychosociaux du travail, les perspectives du vieillissement de la population au travail, rendent nécessaire une autre approche.

Par analogie avec ce qui se passe en médecine et en santé publique (« evidence-based medicine »), on pourrait parler d'une « santé au travail fondée sur des preuves ». Cela fait maintenant une vingtaine d'années que l'on enseigne aux médecins non seulement de pratiquer un « art », mais aussi de mettre à la disposition des patients les acquis validés de la science. Le temps est venu pour que les pratiques de la santé au travail non seulement tiennent compte de la nature des relations sociales dans les entreprises, mais aussi mettent à la disposition des

---

(1) Cour de Cassation - Chambre sociale - Audience publique du 28 février 2002, n° de pourvoi : 00-10051.

acteurs des connaissances validées sur ce qui crée des dangers et ce qui est efficace pour diminuer les risques. Il convient donc, en amont de l'action, de la fonder sur les connaissances disponibles et, en aval, d'évaluer son efficacité réelle.

La légitimité et le leadership viendront désormais de la capacité à argumenter solidement les propositions d'actions et leur réussite concrète. Le deuxième plan santé au travail a fait de la production des connaissances un axe prioritaire de la politique publique. C'est pourquoi ce travail de la Dares est salubre et lucide.

Les recommandations de ce guide sont pertinentes parce qu'elles privilégient les questions de bon sens tout en montrant le besoin d'une professionnalisation de la production des connaissances. Celles-ci peuvent certes être de portée générale. Elles mobilisent alors les grands organismes comme l'Inserm, l'INRS, l'ANSES ou l'InVS. Mais cela ne suffit pas. Une prévention efficace doit s'appuyer sur une analyse des enjeux locaux et une surveillance des tendances qui ne produit pas simplement une moyenne générale. C'est pourquoi les études locales sont nécessaires et importantes. Ce n'est pas parce qu'elles sont locales qu'elles ne doivent pas être rigoureuses, réfléchies, soigneusement protocolées et publiées.

Enfin, il y a une condition que le formateur que je suis aujourd'hui ne peut pas manquer de souligner : pour mener des études ayant à la fois une bonne validité scientifique et décisionnelle, il faut non seulement un partenariat pertinent, mais des professionnels correctement formés dans les différentes disciplines qui concourent à éclairer le lien entre les conditions de travail et la santé. C'est un domaine complexe qui demande une mobilisation de méthodes issues de nombreux champs disciplinaires. Il y a là une difficulté que d'autres pays ont su surmonter. La France ne manque certes pas d'expertise, mais celle-ci est trop souvent monodisciplinaire. À la pluridisciplinarité des pratiques de terrain doit correspondre une pluridisciplinarité des connaissances. C'est ce à quoi incite fondamentalement ce travail.

**Pr William Dab**

Chaire d'hygiène et sécurité,  
*Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).*



# Introduction

L'un des quatre axes majeurs du **second Plan national Santé au Travail (2010–2014)** est de « développer la production de **la recherche et de la connaissance** en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés. »

Dans ce contexte, fin 2009, après un appel d'offres, et parallèlement à la production du *Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources*, la Dares a mandaté le cabinet Rhizome pour étudier dans quatre Direccte la manière dont avaient été produites des études sur la thématique de la santé et des conditions de travail.

L'objectif de cette commande était de pouvoir tirer de cette analyse un certain nombre de recommandations utiles à tous pour la réalisation de futures études sur le sujet ainsi que d'assurer une utilisation optimale de ces études dans le cadre des actions menées sur cette thématique par les acteurs de terrain.

Dans chaque Direccte (régions Paca, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Limousin), trois à quatre études locales du champ de la santé au travail ont été choisies afin de retracer les conditions dans lesquelles elles avaient été menées : dans quel contexte ont-elles été commandées ? Quels moyens leur ont été octroyés ? Et quelles suites ont été données ? Treize travaux ont ainsi été étudiés par le consultant, qui a mené des entretiens avec les acteurs de la région afin d'en comprendre le mode de production et l'usage qui en a été fait.

Ce guide présente donc le constat réalisé par le consultant, les enseignements tirés par le groupe de travail sur la base de ce constat ainsi que les recommandations qui peuvent être formulées à l'issue de cette analyse.

Les monographies relatives aux treize études, réalisées par le cabinet Rhizome, sont jointes en annexe du présent guide.

## Le groupe de travail



# Chapitre 1 - Constats

Si la finalité première des travaux de recherche ou d'étude est en général d'éclairer son (ses) commanditaire(s) pour orienter l'action, les expériences montrent que la conduite de ces travaux produit également des effets connexes très positifs inattendus ou à l'inverse clairement recherchés.

En effet, d'autres enjeux se jouent au-delà même de l'objet ou du champ étudié, sur des plans stratégiques pour la Direccte et les unités territoriales, tant en interne (management, animation du pôle travail, projet de service, ...) qu'avec les partenaires locaux.

À l'inverse, certaines expériences montrent aussi qu'un projet dont les contours et les objectifs ne sont pas suffisamment précis, qui n'est pas porté institutionnellement, pour lequel les moyens mobilisés (humains ou financiers) sont insuffisants, autour duquel les enjeux des acteurs sont contradictoires ou concurrents... sera confronté à de nombreux obstacles, pertes d'énergie et de temps, et source de déception.

Les constats présentés ici sont issus du rapport du cabinet Rhizome.

## 1.1 • Des processus de production de connaissances diversifiés : des expérimentations aux conduites de projets

### 1.1.1 - Une connaissance partielle de la santé au travail

Il convient, tout d'abord, de souligner **le caractère encore insuffisant – et le « caractère insatisfaisant »** –, du point de vue des acteurs rencontrés, **des connaissances produites et mises à disposition** sur la question de la santé au travail des salariés. En effet, les connaissances en santé au travail reposent essentiellement sur des données statistiques nationales difficilement exploitables au niveau local ou qui délivrent des informations sur la sinistralité (dans une logique assurantielle, CnamTS). Or, du point de vue des Direccte, la connaissance en santé au travail ne peut se laisser enfermer aux seuls dommages (maladies professionnelles, accidents du travail,...). La santé au travail étant un champ partagé avec les partenaires sociaux, l'État doit pouvoir apporter une contribution davantage aiguisée au débat social ; la production de connaissances est, pour les acteurs rencontrés, l'un des leviers essentiels de la légitimation de l'État sur ces questions.

### 1.1.2 - Le développement des connaissances encore en expérimentation

Dans un tel contexte, les directions régionales rencontrées ont néanmoins engagé, depuis quelques années, des processus visant à développer les connaissances en matière de santé au

travail. Si certaines bénéficient d'une plus forte antériorité que d'autres, il n'en demeure pas moins que toutes sont aujourd'hui dans des phases de **réflexion – et de tâtonnement** – en matière de production de connaissances en santé au travail.

Ces exercices de tâtonnement ont permis aux DRTEFP/Direccte non seulement **d'aiguiser leur réflexion et de se professionnaliser sur ce type de processus**, mais également de contribuer à **structurer des expertises et des partenariats en la matière**. Ainsi, en région Centre, la première expérience menée entre la Direccte et l'ORS a été l'occasion de construire une compétence partagée sur la réalisation du tableau de bord. Au terme de quatre exercices, l'ORS Paca a quant à lui développé une véritable expertise sur le sujet de la santé au travail, le plaçant désormais comme l'un des acteurs importants dans ce domaine.

Dans le cadre de cette dynamique, les DRTEFP/Direccte ont été soutenues et confortées par la mise en œuvre des différents programmes (PST, PRST, PRSP, PRSE) qui ont constitué de **formidables leviers** au service de la production de connaissances, contraignant notamment les DRTEFP/Direccte à se positionner de façon plus lisible dans ce champ, mais également à élargir le regard jusqu'alors exclusivement porté sur la sinistralité. Ainsi, au cours de ces dernières années, des savoir-faire se sont constitués, des expérimentations ont été conduites, des problématiques ont été éclairées. Notons que conjointement d'importants progrès ont également été réalisés en ce sens avec les différents projets tels que SUMER, SVP 50, MCP... qui permettent un dépassement de la seule production de données de sinistralité.

### 1.1.3 - Un enjeu : la professionnalisation du processus de production de connaissances

C'est ainsi, en s'appuyant sur ces programmes, ces sources d'information et sur les expériences conduites en matière de production de connaissances, que de nouvelles exigences ont été exprimées par les Direccte pour mener à bien ces démarches – dans le cadre de conduites de projets - et produire des connaissances à la fois utiles et utilisables dans le cadre des missions dévolues aux pôles T des Direccte.

Différents processus peuvent être identifiés :

- les processus qui consistent à exploiter les informations existantes pour produire des connaissances sur la santé au travail ou valoriser ces informations. C'est notamment le cas des tableaux de bord ou de l'Atlas en Nord-Pas-de-Calais. Ces processus sont également l'occasion de « porter à connaissance » certaines expériences – connaissances produites ou actions menées – jusqu'alors insuffisamment valorisées.
- les processus qui consistent à concevoir de nouvelles informations sur un sujet où peu – ou pas – de connaissances existent ; c'est notamment le cas des dispositifs de type Evrest ou bien encore *Samotrace*.
- les processus où la production de connaissances n'est qu'un support à la conduite des différentes missions des « pôles T » des Direccte : action de sensibilisation et de dialogue, impulsion de projets de prévention, animation du partenariat, etc. C'est notamment le cas du processus conduit dans l'Étang de Berre ou dans le Briançonnais.

**Pour répondre à ces différentes finalités**, de véritables processus de « conduite de projet » doivent être mis en place, exigeant de fait à la fois une volonté politique, des compétences et des moyens. Ainsi, un second souffle est nécessaire et les processus de production de connaissances doivent désormais se professionnaliser au sein des Direccte. Les rapprochements avec le champ de la santé publique ont mis en exergue le chemin qui reste à parcourir dans le domaine de la production de connaissances en santé au travail, tout en conservant à cette dernière sa

spécificité, compte tenu du contexte particulier de la santé au sein des entreprises et de leurs contraintes de performance.

Pour soutenir cet effort de professionnalisation, tous les acteurs des DRTEFP/Direccte expriment un besoin d'accompagnement et de soutien de la part des administrations centrales sur ces questions (développement de systèmes d'information, appui en compétences et en méthode) mais également le souhait que la production de connaissances soit considérée comme une priorité par les décideurs, ces connaissances permettant de mieux évaluer les actions menées et de tirer des enseignements pour les actions à mener.

## 1.2 • La production de connaissances, un processus systématiquement partenarial

Les interlocuteurs rencontrés dans les différents espaces régionaux s'accordent sur le fait que **la production de connaissances s'effectue en majeure partie au sein d'espaces partenariaux** (dont la configuration varie selon les études) et où une diversité de points de vue est nécessaire pour une production aiguisée relative à ces questions.

### 1.2.1 - À l'origine des processus : un noyau dur légitimé

Les principaux acteurs identifiés dans le cadre de ces processus sont en premier lieu les services de l'État (DRTEFP/Direccte ou ex-Drass/ARS), les Cram/Carsat, les MSA, l'OPPBT et les services de santé au travail (SST). Ce sont eux qui impulsent le plus souvent des processus de production de connaissances pour leurs besoins.

Selon les finalités, les processus seront conduits dans le cadre de partenariats de différentes natures : de partenariats techniques restreints (à vocation opérationnelle) aux partenariats institutionnels plus larges (à vocation plus informationnelle). Néanmoins, l'expérience montre que les connaissances ainsi produites peuvent être aisément partagées plus largement, y compris avec les autres partenaires, et notamment les partenaires sociaux.

Aux dires des acteurs institutionnels rencontrés, les connaissances ainsi produites sont désormais rarement remises en cause lors de leur présentation au sein d'espaces partagés avec les partenaires sociaux, notamment au sein des CRPRP. En effet, alors même que les premiers exercices ont parfois été difficiles (les corrélations entre l'état de santé et le travail n'étant pas toujours admises), la production de connaissances en santé au travail apparaît désormais comme un processus consensuel (tout au moins lorsqu'il s'agit de poser des constats, sans s'engager sur les solutions à apporter).

### 1.2.2 - Des dynamiques partenariales à configurations diverses

Les « pôles T » des Direccte rencontrées soulignent les limites en matière de ressources, de moyens et de compétences pour répondre aux exigences des processus de production de connaissances. Sur trois des quatre régions, les Cram/Carsat expriment également leurs limites (au-delà de la production des chiffres traditionnels de sinistralité) pour contribuer à la production de connaissances régionales sur la santé au travail.

Pour autant, le partenariat reste privilégié par les Direccte (même si certaines données pourraient être mobilisées sans recours extérieurs, le pôle « travail » des Direccte privilégie les coopérations). En outre, des compétences complémentaires sont recherchées en externe, au-delà de ces partenariats.

De façon générale, et à travers les différents processus explorés, les services de santé au travail (SST) – à travers la mobilisation des MIRT notamment – constituent l'une des sources de terrain prioritairement mobilisée.

Des expertises spécifiques (éventuellement avec l'appui de cabinets de consultants) peuvent aussi être mobilisées : certains pôles « travail » des Direccte ont ainsi développé un partenariat récurrent avec des cabinets ou des réseaux spécialisés. Des relations sont également développées dans les quatre régions avec **l'Université**, non seulement avec des départements « santé au travail » ou de « santé publique » – Paca, NPDC, Limousin – mais également avec d'autres disciplines, telles que la sociologie (en région Centre).

Dans le cadre de certains processus – notamment l'étude sur les conditions de travail dans le secteur du nettoyage (région Centre), **les branches peuvent relayer** la production de connaissances (y compris en mobilisant leurs propres ressources spécialisées – dans ce cas précis, le CTIP –), de façon à ce que les processus initiés puissent trouver un écho auprès des acteurs professionnels concernés. Pour autant, il est relativement rare que les **partenaires sociaux** – patronaux ou syndicaux – partagent avec les services de l'État des sources d'information et des données.

Le recours à des expertises externes constitue un levier important, dans le cadre des processus observés. En effet, sur des sujets où les institutions ne disposent pas des compétences en interne, la possibilité de recourir à des expertises externes permet d'asseoir la légitimité des institutions à aborder le sujet. À l'inverse, dans le cadre des processus explorés, les ressources internes telles que les services (par exemple les SESE), ou encore les éléments produits par l'activité de l'inspection du travail, restent faiblement mobilisés.

### 1.2.3 - Une question en débat : l'externalisation des processus de production de connaissances

Les expériences montrent que la production de connaissances peut être ainsi plus ou moins externalisée :

- pour certains, la production de connaissances doit rester à la main des acteurs institutionnels et des moyens seront stratégiquement mobilisés à cette fin (c'est le cas notamment des processus initiés en Nord-Pas-de-Calais) ; il s'agit là d'asseoir l'expertise publique sur des données produites en propre, institutionnellement maîtrisées ;
- pour d'autres, en l'absence de ressources disponibles en interne, ou pour des raisons de recherche de neutralité, le recours à l'expertise externe sera privilégié.

Parfois, comme c'est le cas dans le cadre de l'étude dans le Briançonnais, l'initiative du processus peut relever d'une autre institution que la Direccte. Là, les objectifs de la DRTEFP/Direccte sont les suivants :

- se positionner stratégiquement et institutionnellement et valoriser ses missions en la matière ;
- apporter ses connaissances, de façon à enrichir la démarche.

Dans ce cadre, les acteurs soulignent la nécessité d'affirmer, en amont, l'intérêt que peut trouver une Direccte à s'impliquer dans le processus et de se donner les moyens – si cet intérêt est avéré – d'accompagner le processus même si elle n'en est pas directement le porteur.

En effet, dans le cas du processus conduit dans le Briançonnais, l'implication de la Direccte n'a pu être maintenue tout au long du processus, entraînant de fait une perte de mémoire et de matériaux, et de fortes interrogations sur son rôle dans le cadre de cette dynamique.

Même si sur le fond, les questions peuvent faire débat, l'ensemble des acteurs rencontrés témoigne généralement d'une grande satisfaction à l'égard de toute entreprise de production de connaissances conduite par l'une ou l'autre des institutions. Le champ étant encore insuffisamment développé, tout processus – conduit selon des exigences méthodologiques rigoureuses et impliquant les institutions légitimes sur ce champ – est généralement accueilli très favorablement.

## 1.3 • Les limites actuelles des exercices

### 1.3.1 - Un portage institutionnel insuffisant

Compte tenu de l'enjeu stratégique pour les DRTEFP/Directe de contribuer au développement et à la valorisation des connaissances sur le champ de la santé au travail, défini comme premier axe du Plan santé au travail (notamment en vue de conforter le rôle de l'État), les acteurs rencontrés – qu'il s'agisse des Directe ou des autres acteurs ayant participé aux processus explorés – relèvent en premier lieu **une difficulté de portage institutionnel** de ces sujets au sein de leur propre organisation.

La question de la production de connaissances (sur le champ du travail, et *a fortiori*, sur le champ de la santé au travail) n'apparaît pas toujours comme une **priorité institutionnelle clairement affirmée** par l'institution elle-même : certes, cette thématique apparaît désormais dans les différents plans de santé au travail (PST), mais reste – notamment à l'échelon régional – « bricolée » en fonction des moyens et des compétences disponibles, souvent d'ailleurs largement insuffisants. Ainsi, ces processus ne sont que rarement organisés et portés par les services concernés et privent ainsi les démarches d'une mobilisation plus forte des ressources internes : les Codir/CTRL ne sont que rarement demandeurs des processus initiés, et généralement relativement peu attentifs aux résultats produits. Les démarches sont bien souvent le fait de dynamiques reposant sur quelques agents, témoignant ainsi de la fragilité des processus, des résultats produits et des éventuelles suites données.

### 1.3.2 - Des ressources internes faiblement mobilisées

De nombreux acteurs s'accordent tout d'abord sur le fait que les DRTEFP/Directe restent généralement peu outillées pour contribuer à la production de connaissances, à la différence des institutions de santé publique (GRSP/Drass/ARH, aujourd'hui ARS et leurs partenaires du type ORS) qui se sont dotées de compétences tant en interne qu'en externe pour conduire ce type de processus. La mission de production de connaissances reste néanmoins reconnue aux services déconcentrés du ministère en charge du travail, et chacun – y compris les organismes de santé publique – s'accorde sur une spécificité de la santé au travail, qui ne peut être soluble dans la santé publique. En outre, au cours des échanges, l'ensemble des acteurs reconnaît aux services déconcentrés du ministère chargé du travail et de l'emploi une véritable expertise en matière de production de connaissances sur le champ de l'emploi... expertise qui mériterait d'être réinvestie sur le champ du travail et de la santé au travail.

Le deuxième élément évoqué par les acteurs – en particulier par les agents des DRTEFP/Directe – est celui du manque de compétences internes au sein des DRTEFP/Directe, mais également de disponibilité – pour contribuer à l'élaboration – ou coordonner – des processus de production de connaissances.

Pour autant, il est souligné que les services disposent de ressources internes singulières qui pourraient être davantage mobilisées – lorsqu’elles en ont la disponibilité en fonction de leur charge de travail – au profit de ce type de processus. Certes, on voit à travers les différents processus explorés que certaines ressources sont quasi systématiquement mobilisées : par exemple les compétences médicales des DRTEFP/Direccte (MIRT, qui bénéficient en outre d’une culture de santé publique) dans le cadre des processus explorés. Par contre, comme souligné précédemment, les SEPES – devenus services « études, statistiques, évaluation » (SESE) – n’ont été que peu mobilisés sur les processus explorés, ces derniers étant d’ailleurs plutôt identifiés comme des experts des questions d’emploi et non de travail.

Il convient également de noter la faible mobilisation d’une ressource essentielle des services que représente **l’inspection du travail**. De par leurs missions et leurs modes d’activité, les services d’inspection ne sont que rarement à l’origine d’une demande d’étude (le processus conduit en Paca sur Fos/Etang de Berre semble s’appuyer implicitement sur une demande – ou au moins un besoin – de l’inspection) ; ils apparaissent comme faiblement mobilisés dans la conduite des processus (la seule expérience significative reste celle conduite dans le Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre du processus sur les CMR) ; et ils ne semblent pas être prioritaires dans la diffusion des résultats de ces études.

### 1.3.3 - D’une utilité certaine, à un usage perfectible

Globalement, il apparaît que la production de connaissances pour les DRTEFP/Direccte répond à quatre types d’enjeux :

- assurer une veille sanitaire, pour **alimenter (voire alerter) les politiques publiques** sur les risques émergents ;
- **impulser des actions**, dans le cadre des missions des services déconcentrés ;
- **professionnaliser les acteurs** (tant les agents de la Direccte que les principaux partenaires des services) ;
- enfin, **exister stratégiquement** sur le champ partenarial de la santé au travail, de façon à ne pas être marginalisés, notamment sur un champ où de nombreux acteurs cherchent à se positionner.

En effet, au regard des différents processus explorés, la production de connaissances apparaît comme un moyen de :

- contribuer au renforcement des partenariats et des coordinations ;
- contribuer à la professionnalisation des acteurs des Direccte ;
- éclairer le débat et conforter le rôle d’animation des acteurs institutionnels de la santé au travail et de pilotage du PRST ;
- contribuer au développement d’informations sur la santé au travail ;
- accompagner et conforter l’impulsion de certaines actions ;
- explorer des domaines jusqu’alors peu investis et construire, par anticipation, des pistes prospectives d’action des services.

Les processus initiés ont également permis des résultats qui n’avaient pas été envisagés en amont (par exemple, dans le cas du processus initié sur Fos/Etang de Berre), conduisant les acteurs à s’interroger sur les limites et les nuances nécessaires à apporter dans le cadre de ce



type de processus, et contribuant de fait, comme souligné précédemment, à une professionnalisation des acteurs en matière de production de connaissances en santé au travail.

Pour autant, de façon générale, la question posée de façon systématique concerne « l'usage » des résultats de ces processus, et les suites – opérationnelles – susceptibles d'être données aux connaissances produites.

Des efforts de communication – ayant vocation à informer, à sensibiliser, voire à interpeller les acteurs concernés – sont mis en exergue, sans pour autant que les participants aux études sachent ce qui est concrètement fait des connaissances produites.

En interne, au sein des Direccte, les échos des travaux menés restent globalement relativement limités ; en externe, les travaux semblent davantage connus, sans pour autant qu'il soit possible d'identifier la façon dont ils sont appropriés et intégrés dans les pratiques de chacun.

Les acteurs insistent sur le nécessaire accompagnement de ces travaux, de façon à ce qu'ils puissent avoir des échos opérationnels, exigeant de fait une continuité dans l'ingénierie de ces processus, au-delà des connaissances produites. Les suites des études doivent également être travaillées au sein des services qui ont conduit ces processus, notamment pour lutter contre l'oubli de l'étude.

La transformation des connaissances en action est un passage difficile, sur lequel butent de nombreux acteurs rencontrés. L'expérience montre que lorsqu'un objectif d'évolution et de transformation d'une situation a été posé en amont (par exemple, dans le cadre du processus CMR conduit en Nord-Pas-de-Calais), la production de connaissances constitue de fait un support utile et utilisé au service de l'action. Elle n'est donc pas une fin en soi, mais un support nécessaire à la conduite des actions (légitimant de ce fait pleinement la DRTEFP/Direccte dans ce type d'exercice, à la différence d'autres instances – telles que les instituts et les laboratoires de recherches – voués à une finalité de production de connaissances).



# Chapitre 2 - Enseignements

Sur la base des constats issus du rapport du cabinet Rhizome, le groupe de travail tire six principaux enseignements.

## 2.1 • Les études dans le champ de la santé-sécurité : un domaine encore marginal

Les données compilées par la Dares sont éloquentes. Au cours des cinq dernières années, les études sur la santé et la sécurité ne constituent qu'une petite partie des travaux menés par les services « études, statistiques, évaluation » en région.

Pourtant, les besoins en connaissances sur ce champ sont importants. Ils concernent la sinistralité mais aussi les expositions, la prévention, etc. (cf. le *Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources*).

La faiblesse du nombre d'études en santé et sécurité au travail ne s'explique pas uniquement par la priorité accordée à l'emploi, puisqu'on observe, d'une région comparable à l'autre, un nombre et une qualité très différents des études ; il s'agit donc aussi d'une sensibilité inégale des Directe à la question des conditions de travail.

## 2.2 • Une expérience pourtant significative des services... mais souvent mal transmise

Dans les régions étudiées, un nombre significatif de travaux a été mené. Qu'ils aient été portés par un véritable collectif, ou, le plus souvent, par un ou deux agents (un directeur adjoint travail et/ou un médecin inspecteur), on y observe peu de discours construits sur la conduite des études. Les actions menées revêtent le statut d'expérience pour leurs acteurs immédiats mais rarement pour un collectif ou pour l'organisation (sous forme de bilan, de règles ou de procédures écrites). Dans ces conditions, le départ des agents, ou de l'agent, ayant piloté l'étude engendre une perte de savoir-faire et de mémoire.

## 2.3 • Un portage institutionnel parfois insuffisant... qui constitue un handicap pour l'étude et sa traduction en action(s) de prévention

L'accord du directeur régional sur la réalisation de l'étude est généralisé. Mais il ne suffit pas à constituer un portage institutionnel. Jusqu'à présent, les Codir (ex-CTRI) ne sont pas toujours demandeurs des études initiées et pas toujours attentifs aux résultats produits. Bien trop souvent, les études proviennent d'opportunités, de ressources et de moyens qui ont été mobilisés sans que ces derniers s'inscrivent dans une vision « politique » portée par les instances de direction. Les démarches sont bien souvent le fait de dynamiques reposant sur quelques agents, témoignant de la fragilité des processus et des résultats produits. Le décalage observé entre les études et leurs usages résulte pour partie de ce déficit de portage.

## 2.4 • Des objectifs diversifiés correspondants à des besoins différents :

### Des finalités différentes selon les projets

- Développer une reconnaissance mutuelle de la part des acteurs et institutions de prévention et faire converger les productions éparses de connaissances, les mettre en cohérence et leur donner une visibilité (tableau de bord en région Paca).
- Conforter les missions de la nouvelle institution qu'est le CRPRP.
- Faire monter en compétence – professionnaliser – un nouvel acteur (l'ORS, avec le tableau de bord en région Centre) ou des acteurs existants (médecins ou inspecteurs du travail, cellule pluridisciplinaire,...).
- Faciliter la mobilisation des agents de contrôle et de prévention et contribuer à l'amélioration du dialogue avec les branches (étude CMR en région NDPC).
- Explorer des domaines jusqu'alors peu investis et construire des pistes prospectives d'action des services (ex : « La violence en milieu fermé » en région Limousin, « Prévention des risques des salariés intérimaires » en Paca).

On observe parfois un flou dans les objectifs qui engendre une perte de temps ultérieure pour leurs définitions, affaiblit le projet et en handicape l'évaluation.

### Des connaissances de nature différente au profit d'objectifs différents :

- des informations existantes, dont la mise en cohérence produit une dynamique plus ou moins poussée selon qu'on confie cette tâche à un spécialiste (ex : l'ORS dans les régions Centre et Paca) ou à des groupes de travail partenariaux (NDPC) ;
- des informations inconnues jusqu'alors qui permettent de mettre l'accent sur les besoins d'actions de prévention.

### De l'étude à l'action de prévention ?

Il n'est pas rare que les travaux soient déconnectés de l'action. C'est souvent le cas des « tableaux de bord » dont l'utilité est pourtant certaine, au moins dans un premier temps, pour proposer un état des lieux préalable à une étude, valider les besoins d'actions de prévention et/ou rapprocher les acteurs de la prévention.

Certains acteurs regrettent que les données produites par les études ne soient pas davantage interprétées et/ou ne donnent pas lieu à des orientations ou des perspectives plus déterminées. Dans certains cas, c'est un choix dicté par le réalisme (ex : faible maturité des coopérations locales), dans d'autres, il s'agit d'une faiblesse dans la conception et/ou dans le portage institutionnel du projet.

## 2.5 • L'organisation et les moyens

### **Le facteur temps est essentiel**

Beaucoup d'études se déroulent sur une période de deux ans et plus. La question de la continuité dans le pilotage, dans l'engagement des agents et dans l'articulation avec l'action de prévention prend alors un relief tout particulier.

L'expérience acquise au cours du temps permet d'assigner des objectifs plus ambitieux lors du renouvellement de travaux. Il en est ainsi de la répétition de l'exercice « tableau de bord » dans une même région.

Dans certains cas, les études peuvent s'emboîter en articulant successivement différentes approches disciplinaires (statistique, ergonomique, puis sociologie) ou thématiques.

### **La mobilisation des acteurs**

Dans le champ de la santé-sécurité, l'organisation et les liens entre services de la Direccte ne permettent pas toujours au SEPES/SESE d'être réellement impliqué dans l'expertise et l'ingénierie du projet d'étude alors qu'il devrait être, conjointement avec la cellule pluridisciplinaire, l'expert en matière de conduite d'études, le dépositaire de l'expérience des études et de la fonction d'ingénierie de projet d'étude.

Du fait de leurs missions, les travaux étudiés ont pu révéler une forte implication des médecins inspecteurs. La mise en place des « pôles T » des Direccte, est une opportunité pour consolider des coopérations entre « pôles T » (inspection du travail, cellules pluridisciplinaires régionales, MIRT) et les services études dans les régions.

D'une manière générale, la mobilisation prolongée, en particulier des inspecteurs et de médecins pour participer à une étude est difficile. Or, s'inscrire dans la durée est indispensable pour la mener à bien. Une implication directe des agents nécessite une contractualisation entre les agents, leurs services et les pilotes de l'étude. Enfin, ce caractère collectif d'un engagement de cette sorte permet de faire face au « turn-over » inévitable des agents.

Par ailleurs, la technicité de certaines études requiert des protocoles d'analyse et d'enquête rigoureux qui ne sont pas toujours respectés, ceci relevant de plusieurs raisons possibles : une compétence technique que ne possèdent pas sur ce champ les inspecteurs et médecins du travail volontaires, l'absence d'indicateurs disponibles, ou encore d'un protocole de recueil de données. Ainsi, dans plusieurs études, les échantillonnages ne sont pas satisfaisants, les données recueillies n'étant pas représentatives. Le SESE, par son expertise, pourrait utilement être impliqué dans ces études, et notamment dans le processus de construction d'enquête ainsi que dans son exploitation et en garantir la robustesse.

## 2.6 • Des questions de pilotage, d'évaluation et de pérennisation toujours présentes

Toutes les études ont donné lieu à la mise en place d'un comité de pilotage réunissant le ou les commanditaires (maître d'ouvrage) et les prestataires engagés à des niveaux différents – ingénierie de projet, et/ou travaux d'enquêtes et d'analyse (maîtrise d'œuvre).

On observe des réussites :

- faire tenir ensemble dans la durée une série d'acteurs et instaurer une relation de confiance,
- créer un véritable travail collectif de production interinstitutionnel, etc.

On observe des faiblesses :

- présence souvent formelle des partenaires sociaux,
- manque de constance dans le suivi du projet et la valorisation de l'étude par la Direccte lorsque c'est une autre institution qui est à l'origine du projet et qui en assure le pilotage (ex : la Drass),
- absence d'évaluation de la conduite du projet et de l'usage de l'étude par les acteurs de la prévention,
- délégation excessive au prestataire dans certains cas d'externalisation de l'étude.

## 2.7 • En conclusion, un réel besoin de professionnalisation

Une demande d'appui (développement de systèmes d'information, appui en compétences et en méthode) adressée au niveau national (DGT, Dares) est clairement exprimée par les services régionaux des Direccte.

Des interrogations s'expriment également sur les moyens d'associer davantage des partenaires sociaux, organisations professionnelles et en particulier des syndicats de salariés. À de rares exceptions près, les organisations professionnelles d'employeurs, et plus encore celles de salariés, ne sont pas partie(s) prenante(s) des études ni de leur valorisation. Est-ce faute de moyens des organisations de salariés ? Faute de concertation préalable avec elles ? Il semble bien que l'implication des organisations professionnelles constitue un projet en soi.

Au total, l'un des principaux enseignements de cet exercice est le besoin largement exprimé de professionnaliser le processus de production de connaissances. Cette professionnalisation passe notamment par la nécessité de lier les travaux d'études aux projets d'actions, de structurer et d'inscrire les modes de coopération des différents acteurs impliqués dans la durée, en interne (service du travail des DRTEFP/« pôle T » des Direccte dont MIRT et cellule pluridisciplinaire, SESE), comme avec les partenaires extérieurs (Carsat, ORS, université, etc.).

Les recommandations rassemblées pour la réalisation d'une étude dans le chapitre 3 doivent permettre de progresser vers cet objectif de professionnalisation.

# Chapitre 3 - Recommandations : les étapes d'une étude

Cette partie du guide a pour objet, sans volonté normative, de proposer des repères méthodologiques et de lister les points de vigilance sur lesquels, au vu de l'analyse des expériences menées, il est recommandé de s'interroger au cours du processus de production de connaissances en matière de santé et de conditions de travail (avant de mener une étude, pendant l'étude et après l'avoir terminée).

Pour que l'étude ait un sens et une légitimité, elle doit être portée au niveau institutionnel et se traduire dans un plan d'actions à mener. Il s'agit également, par cette étude, d'enrichir le contenu et la qualité du dialogue social territorial ou sectoriel qui peut être porté par les unités territoriales de la Direccte, sur le volet santé au travail.

## 3.1 • L'expression du besoin et la prise de décision

La demande d'une étude émerge lorsque l'éclairage sur une politique menée ou à mener se fait sentir. Il s'agit de savoir à quoi ont servi les politiques menées et/ou quelle est l'action ou les actions à prévoir et à mener. Ce besoin d'éclairage au niveau local est plus ou moins directement lié à l'action. Par exemple, il peut répondre au besoin d'éclairage émergeant de plusieurs partenaires autres que la Direccte (sous forme d'une demande de tableau de bord par exemple) ou être directement lié à une prise de décision en termes d'actions pour le « pôle T » de la Direccte.

Il est alors utile de déterminer les objectifs de l'étude : ce que l'on veut savoir, à quoi et à qui elle va servir. Plus précisément, s'agissant de la Direccte, il s'agit de déterminer d'où vient cette demande d'étude, sur quoi elle porte, quel intérêt y trouvera la Direccte, quel rôle jouera-t-elle dans la conduite de l'étude ?

Ces questions à se poser avant de réaliser toute étude doivent permettre d'effectuer une première mesure **des enjeux** associés à l'étude afin de prendre **la décision** de la mener ou d'y participer, et d'exprimer **une commande** claire qui préfigurera le cahier des charges de l'étude.

## Repères méthodologiques

## Points de vigilance

### 1. Origine et contexte du besoin de l'étude

Repérer d'où vient le besoin d'étude et pourquoi il émerge :

- existence d'une demande – explicite, implicite – à l'origine de ce besoin ;
- structure à l'origine de la demande ;
- acteurs concernés par le besoin ;
- existence de travaux antérieurs sur le sujet (à l'échelon régional, à l'échelon national).

### 2. Objectifs pour la Direccte

- Définir en quoi la Direccte est concernée par ce besoin : lien avec les politiques publiques (nationales, régionales) à mettre en œuvre, lien avec les missions et les priorités de la Direccte.
- Définir quels pourraient être les bénéficiaires, pour la Direccte, d'une réponse à un tel besoin.
- Déterminer si d'autres acteurs seraient concernés par ce besoin et/ou si d'autres acteurs seraient davantage légitimes pour répondre à ce besoin.

### 3. Rôle de la Direccte dans ce projet

- Déterminer les différentes postures de la Direccte à l'égard de ce besoin : pilote ? copilote ? partie intéressée ? prestataire ?
- Définir les ressources / compétences – internes/externes – susceptibles d'apporter une réponse au besoin identifié.
- Définir les hypothèses de travail proposées pour répondre à ce besoin : objectifs de l'étude, échéancier, moyens à mettre en œuvre et résultats attendus.

### 4. La note d'intention et d'aide à la décision

- Identifier les conditions qui peuvent légitimer et institutionnaliser la réalisation de l'étude.
- Identifier les instances de concertation et de décision à mobiliser (Codir/Costra, CRPRP,...).
- Décrire de façon précise le projet et ses intentions : son objet, ses objectifs et les résultats attendus pour la Direccte.

### 5. La prise de décision et l'institutionnalisation de la commande

- Formaliser la commande.
- Mentionner dans la commande les objectifs, ressources, échéances, moyens et résultats attendus.
- Déterminer la maîtrise d'ouvrage opérationnelle.
- Déterminer les modalités de suivi par le comité de direction.



## 3.2 • La conduite de l'étude

Si le portage politique de l'étude par la direction de la Direccte est essentiel, le maître d'ouvrage a besoin d'une assistance pour suivre le projet au jour le jour.

L'association de partenaires au sein du comité de pilotage est stratégique pour la mise en œuvre de l'étude, son acceptation et son utilisation ultérieure.

Il est nécessaire de déterminer qui assurera la réalisation – la maîtrise d'œuvre – et comment en sera-t-il rendu compte en comité de pilotage.

Enfin, la formalisation d'un cahier des charges de l'étude constitue un cadre de référence nécessaire tout au long du processus, qui limitera les risques de digressions ou d'éloignement des objectifs et moyens fixés.

| Repères méthodologiques                                 | Points de vigilance   |
|---|---|
| <b>6. Identification et mobilisation des ressources</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les acteurs concernés par le champ et déterminer à quel moment il faut les associer.</li><li>• Déterminer les ressources, compétences et moyens à mobiliser.</li></ul>   |
| <b>7. Structures du projet</b>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer les différentes instances à structurer (maîtrise d'œuvre, maîtrise d'ouvrage ...).</li><li>• Mettre en place une instance de pilotage institutionnel.</li><li>• Mettre en place une instance d'ingénierie et de suivi technique.</li><li>• Mettre en place une instance de gestion des moyens de production.</li><li>• Déterminer les acteurs à associer dans ces différentes instances.</li></ul> |
| <b>8. Cahier des charges de l'étude</b>                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Formaliser les choix méthodologiques au service de la mise en œuvre du projet.</li><li>• Définir les moyens mis en œuvre.</li><li>• Définir les modalités de communication des informations et d'utilisation des informations comme support à la mobilisation des acteurs.</li></ul>  |

Le contenu du **cahier des charges** doit nécessairement inclure les items suivants :

- éléments de contexte du projet
- objectifs du projet et résultats attendus
- champ et périmètre de l'étude
- modalités de pilotage et de suivi
- méthode, étapes, moyens, échéancier.

### 3.3 • La production de connaissances

L'usage des connaissances produites est largement tributaire de leur qualité. De nombreux écueils attendent les chargés d'étude dans la réalisation d'une étude.

En premier lieu, concernant la fiabilité des informations dont ils disposent : la bonne définition du champ de l'étude, la nature des données mobilisées ou recherchées, la construction, le cas échéant, d'indicateurs nouveaux,...

En second lieu, concernant l'interprétation et l'analyse des données : il faudra vérifier que l'échantillon est représentatif, ou – s'il y a un biais de sélection – voir comment éventuellement l'assumer et vérifier que les conclusions sont dans ce cas pertinentes.

Enfin, il faudra se demander en cours d'étude s'il est nécessaire de persévérer dans les choix méthodologiques initiaux. Une information périodique de la maîtrise d'ouvrage permettra d'en décider.

| Repères méthodologiques                  | Points de vigilance  |
|--|--|
| <b>9. Le recueil de l'information</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer les sources et ressources à mobiliser. Repérer les informations disponibles et décider des informations à construire.</li><li>• Repérer les « capteurs d'information » en interne à mobiliser et voir comment les mobiliser.</li><li>• Déterminer les compétences externes à mobiliser pour produire cette connaissance et les outils éventuellement nécessaires pour mobiliser cette connaissance.</li><li>• Concevoir des modalités de recueil de l'information intégrées dans les pratiques.</li></ul> |
| <b>10. Le traitement, l'exploitation</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer :<ul style="list-style-type: none"><li>– les garanties dans le traitement et l'exploitation des données ;</li><li>– les limites dans le traitement et les règles du jeu ;</li><li>– la validation technique des résultats.</li></ul></li></ul>  |
| <b>11. Le suivi intermédiaire</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Créer les conditions d'une information régulière de la maîtrise d'ouvrage.</li><li>• Mettre en place les conditions d'une appropriation en continu des résultats.</li><li>• Réorienter éventuellement les objectifs et les moyens en fonction des besoins.</li></ul>   |

### 3.4 • L'exploitation des résultats produits

L'exploitation des résultats doit être au centre d'un processus d'appropriation par les différents acteurs. Les résultats doivent donc être partagés le plus tôt possible avec tous les acteurs, les modalités de restitution (publication, colloque,...) pouvant notamment être prévues dans les plans d'actions et programmes opérationnels (PST, PRST...).

| Repères méthodologiques   | Points de vigilance  |
|---|--|
| <b>12. Validation politique et institutionnelle des résultats</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Créer les conditions d'une appropriation des résultats finaux par la maîtrise d'ouvrage : présentation des résultats.</li><li>• Déterminer à quoi serviront concrètement ces résultats.</li></ul>  |
| <b>13. L'usage interne des résultats au sein de la Direccte</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Préciser l'utilisation des résultats en interne.</li><li>• Déterminer la traduction, la communication de ces résultats, auprès de qui et avec quels objectifs.</li><li>• Créer les conditions d'une intégration des résultats dans les décisions, les priorités et les pratiques.</li></ul>  |
| <b>14. Diffusion des résultats</b>                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Déterminer :<ul style="list-style-type: none"><li>- les supports à produire et à quelles fins ;</li><li>- la diffusion des résultats, et auprès de qui ;</li><li>- la mobilisation des publics cibles ;</li><li>- les objectifs des différentes actions de communication et les résultats attendus de cette communication ;</li><li>- l'accompagnement des résultats (vers l'environnement) ;</li><li>- la vulgarisation des résultats, en cas de large diffusion.</li></ul></li></ul> |

### 3.5 • Bilan/évaluation de l'étude, de sa méthode de production et de son usage

Le processus de production de connaissances mérite de faire l'objet d'un bilan et/ou d'une évaluation. Les questions à se poser sont en particulier les suivantes :

- l'étude a-t-elle bien produit des données sur l'objet et le champ initialement déterminés ?
- ces données sont-elles fiables ?
- les objectifs recherchés avec la production de l'étude ont-ils été atteints ?
- la **méthode** mise en œuvre a-t-elle été satisfaisante ?
- **l'usage attendu** de l'étude a-t-il été réalisé ?
- d'autres **gains** ont-ils été obtenus ? quelles ont été les **difficultés** rencontrées ?

#### Repères méthodologiques

#### Points de vigilance

##### 15. Procéder à l'évaluation

- Déterminer les critères utilisés pour réaliser le bilan.

##### 16. Validation et appropriation des résultats du bilan

- Présenter des résultats de l'évaluation aux acteurs mobilisés dans le cadre du processus.
- Restituer les résultats aux instances de décision et voir les décisions à prendre au terme de l'évaluation.

### 3.6 • Apprendre de l'expérience réalisée

Les leçons du succès ou de l'échec ont-elles été tirées par les acteurs ? Quels moyens se donnent-ils pour se servir de l'expérience réalisée ? Comment les nouveaux arrivants dans les services se les approprient-ils ?

| Repères méthodologiques  | Points de vigilance  |
|--|--|
| <b>17. Documenter l'opération réalisée</b>                               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Rassembler les documents relatifs à l'étude : note d'intention et notes ultérieures, cahier des charges, compte-rendu de réunions du comité de pilotage, courriers des partenaires, bilan-évaluation de l'étude.</li></ul>                                     |
| <b>18. Mettre en débat les enseignements de l'opération</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• S'assurer que les acteurs de travail aient accès aux documents.</li><li>• Échanger oralement sur le bilan avec les principaux acteurs internes de l'étude.</li><li>• Imaginer « si c'était à refaire... ? ».</li></ul>   |
| <b>19. Formaliser de nouvelles règles et s'assurer de leur diffusion</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Faire évoluer le cas échéant les règles en vigueur relatives à la production d'études et/ou adopter des résolutions pour de prochaines études.</li><li>• Intégrer dans une formation des agents les enseignements méthodologiques des études menées.</li></ul> |



# ANNEXE 1

## Monographies régionales

### Rappel de la commande, du contexte et de la méthodologie retenue dans la démarche d'étude confiée au cabinet Rhizome.

Dans le prolongement de l'élaboration du premier guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail (sources et ressources), le cabinet Rhizome a eu pour mission **d'étudier**, dans leurs contextes, **des processus de production de connaissances en région** sur le champ des conditions de travail et de la santé au travail, ainsi que l'usage qui est (ou a été) fait de cette connaissance, à partir de travaux effectués ou diligentés par les DRTEFP.

Des entretiens individuels et collectifs avec le cabinet Rhizome ont été organisés par les représentants des « pôles T » ou responsables de la cellule pluridisciplinaire (cf. glossaire) dans quatre régions déterminées par le comité de pilotage : Centre, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ces entretiens avaient vocation à déterminer par région :

- les problématiques posées par les exercices de production et de diffusion des connaissances en région sur le champ des conditions de travail et de santé au travail ;
- la typologie (types, objectifs, objets...) des productions régionales ainsi que les critères susceptibles de permettre une analyse approfondie de celles-ci ;
- les travaux retenus par le groupe de travail sur proposition des régions pour une étude analytique des processus engagés et l'identification des acteurs.

Cette analyse a donné lieu à la **production de treize monographies**. Ces monographies, ainsi que des synthèses régionales, ont été présentées et validées en région. Les supports enrichis et validés par les régions concernées ont été adressés au comité de pilotage.

### Ce sont ces monographies qui sont présentées ci-après, telles que fournies par le cabinet Rhizome.

En premier lieu, il convient de remercier les représentants des « pôles T » et les MIRT d'avoir bien voulu mobiliser et organiser, au cours des différentes phases, les séances de travail et entretiens avec les acteurs clés de la santé au travail en région.

En second lieu, il convient de rappeler que cette étude a été réalisée dans un contexte de profonde reconfiguration administrative et institutionnelle : au cours de l'étude, les DRTEFP et DDTEFP sont devenues Direccte, les Cram sont devenues Carsat, les missions « santé » des ex-Drass et Ddass ont été intégrées au sein des ARS, etc. De fait, la mobilisation des différents acteurs ayant participé à des processus initiés dans les années antérieures n'a pas toujours été aisée.

## Les limites des éléments proposés

Avant de pouvoir faire état **des éléments** qui ont pu être recueillis dans le cadre de la mission confiée au cabinet Rhizome, certaines précautions doivent être formulées afin de rendre la lecture du document plus explicite.

Comme souligné auprès des acteurs auditionnés, cette démarche n'avait pas vocation à évaluer les processus de production de connaissances réalisés par les Direccte. L'enjeu n'était donc pas de porter un jugement sur la valeur des processus initiés en région, mais bien d'en repérer les axes structurants susceptibles de nourrir des démarches ultérieures.

Il ne s'agissait pas non plus d'un regard exhaustif sur l'ensemble des processus de production de connaissances en région. En effet, l'étude n'a porté que sur les processus mis en œuvre dans quatre régions, laissant – y compris au sein de ces régions – de nombreux processus non examinés.

Dans le cadre de cette étude, tous les acteurs n'ont pas pu être systématiquement rencontrés. Seuls, les acteurs pré-identifiés par les « pôles T » et les MIRT ont été rencontrés de façon privilégiée ; par ailleurs, il convient de noter que les partenaires sociaux n'ont pas été entendus dans le cadre de cette étude, soit parce qu'ils n'étaient pas suffisamment partie prenante dans les processus explorés, soit parce qu'ils n'ont pas donné suite aux sollicitations réalisées par le cabinet Rhizome.

Cette étude n'avait pas vocation à produire un manuel théorique, voire un référentiel du processus de fabrication et/ou d'usage des connaissances. Elle visait avant tout à ouvrir le champ des possibles (en particulier sous l'angle de la méthode) en vue de soutenir les processus de production de connaissances susceptibles d'être impulsés en région.

Enfin, cette étude n'avait pas vocation à constituer une étude sociologique visant à retracer les discours des acteurs compte tenu de leurs enjeux propres. Il s'agissait plus d'un travail visant à mettre en perspective les modalités, pour les services de l'État, de la production de connaissances partagées en vue de nourrir des politiques publiques préventives en matière de santé au travail.

Cette étude avait vocation – en partant de régions volontaires – à collecter les pratiques, les interrogations, les chemins explorés, les difficultés rencontrées,... tout cela au travers de regards portés sur des travaux concrets par des acteurs impliqués dans la production comme dans son usage.



# La production de connaissances sur les conditions de travail et la santé des salariés en région

## A • 1.1 - Région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca)

### A • 1.1.1 - Quelques éléments sur le contexte régional

En matière de production de connaissances sur les conditions de travail et de santé au travail, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se caractérise par certaines spécificités :

- tout d'abord, la DRTEFP/DIRECCTE se distingue par une certaine **antériorité** sur le sujet : déjà en 1999, avec le projet du « *Tableau de Bord Santé, Sécurité Conditions de travail* », la question à la fois de la **mise en commun**, mais également de la **mise en visibilité** des données en matière de santé au travail avait été posée.

- par ailleurs, de **nombreuses productions** existent sur le sujet à l'échelon régional ; de même, de **nombreuses ressources et expertises** (université, laboratoire, ORS, consultants...) contribuent à une dynamique de production de connaissances sur ce champ. Enfin, **de nombreux espaces d'échanges et de valorisation** (« *Assises sur la prévention des risques* », « *journées d'étude* » organisées par le Laboratoire d'Économie et de Sociologie du Travail – LEST –, etc.) sont régulièrement organisés, facilitant la communication et la diffusion de ces connaissances. Le conseil régional Paca soutient également un certain nombre d'initiatives sur la question. Pour autant, les connaissances en matière de conditions de travail et de santé au travail en région sont **denses, difficilement accessibles et dispersées**, limitant leur identification et leur appropriation.
- enfin, si un partenariat a pu progressivement se mettre en place sur ces questions, les **complémentarités entre les politiques de Santé au Travail et les politiques de Santé Publique** doivent encore, du point de vue des acteurs de la DIRECCTE être confortées (notamment grâce à la structuration de nouvelles coopérations entre la DIRECCTE et l'ARS) de façon à ce que ces deux approches puissent s'enrichir mutuellement.

Au sein de la DIRECCTE PACA, **les productions sur le champ des conditions de travail et de la santé au travail restent néanmoins peu nombreuses, notamment au regard de celles réalisées sur le champ de l'emploi**. Le service ESE – qui bénéficie pourtant d'une expertise sur le champ travail – reste peu mobilisé sur des études relevant du champ travail : en effet, les programmes consacrent une part marginale à cette question, et le CTRI/CODIR n'exprime pas de commande particulière sur le sujet.

Les agents de contrôle ne sont également que rarement mobilisés dans le cadre de ces dynamiques. Enfin, les partenaires sociaux – s'ils sont preneurs d'informations sur ces questions – sollicitent faiblement les services de l'État en la matière.

Pourtant, la production de connaissances sur le champ des conditions de travail et de la santé au travail constitue aujourd'hui un **enjeu fondamental pour le Pôle T parce que** :

- elle participe à la promotion et la valorisation de la politique « Travail » ;
- elle permet d'alimenter cette politique et d'anticiper sur les enjeux à venir ;
- elle permet une meilleure prise en compte des spécificités régionales et une meilleure prise en charge des problématiques ;
- elle permet d'outiller une intervention plus pertinente, dans le cadre des missions de la Direccte.

C'est dans ce cadre qu'un enjeu de développement de « veille sociale » est actuellement fortement porté par le pôle T de la Direccte.

#### **A • 1.1.2 - Monographie « Santé, Sécurité, Conditions de travail : tableau de bord régional PACA 2010 »**

##### **• Objectifs**

Mise en visibilité sociale des informations et données disponibles en matière de conditions de travail et de santé au travail

##### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé au travail : sinistralité, risques professionnels, pathologies professionnelles

##### **• Principaux protagonistes**

DIRECCTE (Pôle T), CARSAT, ORS et l'ensemble des acteurs de la santé au travail susceptibles de contribuer à l'enrichissement du tableau de bord : Services de santé au travail (SST), Direction régionale du service médical (DRSM) de l'assurance maladie) MSA, etc.

Les partenaires sociaux sont associés à la dynamique, au sein du comité de pilotage.

##### **• Nature du processus engagé**

Mise en commun et valorisation de données d'ores et déjà disponibles

##### **• Périmètre**

Données concernant les salariés du régime général et agricole de la région (sources INSEE, CRAM, MSA)

##### **• Dates clés du processus**

Projet initié en 1999

Fin 2008 – Projet de réédition d'un nouveau tableau de bord

Lancement de la quatrième édition : courant 2009

Mutualisation des données et production des matériaux : année 2009

Production des résultats : début 2010

##### **• Situation du processus au moment de la présente étude**

Processus réactualisé périodiquement

##### **• Destinataires privilégiés**

Ensemble des acteurs de la santé au travail de la région

## a) Origines

Ce processus trouve ses origines dans **les années 1999** : à l'occasion des « *Assises de la prévention des risques professionnels* » organisées conjointement par la DRTEFP et le Conseil Régional PACA, les acteurs de prévention **constataient un manque de visibilité et données mobilisables sur les questions de santé au travail**. Si certaines informations étaient néanmoins disponibles à l'échelon régional, celles-ci étaient dispersées dans différentes institutions et difficilement accessibles. Ainsi, l'initiation d'une démarche de coordination visant à mettre en commun et en lisibilité ces informations avait été conjointement envisagée, notamment avec la constitution d'un tableau de bord commun.

Une fois ce support réalisé, il s'est **imposé comme l'une des seules références globale et partagée** au sein de la région ; il devenait évident pour l'ensemble des acteurs – à l'échelon régional – que ce support devait être **réactualisé**, de façon à disposer d'informations récentes et valides.

Ainsi, la poursuite du tableau de bord a-t-elle été entérinée lors des « *Assises régionales de la prévention de 2006* », puis à nouveau confirmée lors du CRPRP de 2009. C'est dans ce cadre que l'édition de 2010 a pu être réalisée.

## b) Protagonistes

La **maîtrise d'ouvrage** de ce processus est assurée par la DRTEFP/DIRECCTE PACA (Pôle T) ; ce processus a fait l'objet d'un réel portage institutionnel par le Directeur de la DRTEFP/DIRECCTE. Son contenu a été validé en CRPRP.

Le **pilotage** est assuré par le Pôle T de la DRTEFP/DIRECCTE, dans le cadre d'un comité de pilotage associant l'ensemble des acteurs susceptibles de mettre à disposition des données et informations en matière de santé au travail.

Ainsi, les représentants des institutions suivantes ont participé à l'édition 2010 :

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Sud-est (CRAM S-E, aujourd'hui CARSAT) ;
- La direction Régionale du Service Médical de la CNAMTS ;
- La Mutualité Sociale Agricole ;
- Une association interprofessionnelle de santé et de médecine du travail (AISMT 13) ;
- L'Observatoire Régional des Métiers (ORM PACA) ;
- Le Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH 13) ;
- Un interne en médecine du travail ;
- Le service de pathologie professionnelle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la Timone ;
- Un médecin référent du dispositif EVREST PACA ;
- Le Département Santé Travail de l'InVS.
- Les partenaires Sociaux (Comité régional Confédération Générale du Travail PACA, Union régionale Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres PACA, Mouvement des entreprises de France PACA) sont associés et contribuent également aux travaux du Comité de Pilotage, mais n'ont pas apporté en tant que tel des données à l'ORS.

Enfin, **la maîtrise d'œuvre** du tableau de bord a été confiée à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) PACA. Sa mission consiste à recueillir les informations auprès des différentes institutions, mais également à capitaliser l'ensemble des informations, à les mettre en forme et à les valoriser dans le cadre d'un support de communication.

### c) Objectifs

Les objectifs de ce processus étaient les suivants :

- Donner une **visibilité et une lisibilité sociale** des atteintes à la santé liées au travail au sein de la région PACA ;
- **Améliorer les connaissances** sur les problèmes de santé liés au travail ;
- **Sensibiliser** l'ensemble des acteurs de la santé au travail (entreprises, salariés, partenaires sociaux, corps médical, préventeurs...) aux causes professionnelles de la maladie.

Dans ce cadre, il s'agissait non pas de « concevoir » de nouvelles connaissances, mais de faire **converger les différents processus de production institutionnels d'informations** et de **les mettre en cohérence et en visibilité**, de façon à proposer un regard plus complet sur la santé au travail en région, compte tenu des informations disponibles existantes.

### d) Objectifs latents, intentions, ambitions

Indirectement, ce processus, conduit dans le cadre d'une dynamique interinstitutionnelle devait permettre :

- de **constituer un corpus commun** d'informations, valorisant l'expertise des différentes ressources régionales ;
- de **partager des références communes**, permettant à chacun de se situer et de situer son action ;
- de **conforter les relations et les coopérations** ;
- de **se doter** éventuellement d'arguments complémentaires susceptibles de préciser les orientations, d'aider à la décision et à la construction d'une intervention coordonnée toujours plus pertinente.

La DRTEFP/DIRECCTE trouvait là l'occasion de cultiver un partenariat enrichissant en matière de santé au travail, dans le respect des missions et des responsabilités de chacun.

### e) Partis pris structurants

La mise en œuvre de ce processus répondait aux principes suivants :

- la constitution d'un tel support reposait en premier lieu sur la **mobilisation et le volontarisme des différentes institutions**, et sur **l'acceptation d'une mutualisation des informations produites initialement à des fins qui leur sont propres** ;
- ce support devait être **périodiquement actualisé**, non seulement pour prendre en compte l'évolution de la situation (sous-tendu par la dénomination de « tableau de bord ») mais également pour fournir aux acteurs des informations récentes et opérationnelles ;
- le tableau de bord avait également **vocation à évoluer** lors de chaque réédition, pour tenir compte des nouvelles sources d'information produites en matière de santé au travail (enquêtes nationales, etc.) mais également des nouvelles priorités en matière de santé au travail ;
- ce support devait également proposer des **informations accessibles pour tous** ; ainsi mettait-il à disposition une information simple, intelligible et facilement appropriable par tout un chacun, et non une information trop complexe, destinée à un public d'experts.

- enfin, ce processus reposait sur la **validité et la fiabilité des informations** ainsi valorisées ; ainsi, une sélection des informations utilisées (sources administratives, résultats d'études validées scientifiquement) était réalisée de façon à garantir la crédibilité des informations proposées.

## **f) Quelques repères méthodologiques**

### Préparation/ingénierie du processus

Le comité de pilotage s'est réuni, à l'initiative du pôle T et en présence de l'ORS, pour :

- identifier l'ensemble des informations susceptibles d'être mises au pot commun du tableau de bord ;
- éventuellement associer des partenaires complémentaires susceptibles d'enrichir le contenu du tableau de bord ;
- définir et sélectionner les informations les plus pertinentes, les conditions de mise en forme de ces informations (de façon à ce qu'elles puissent trouver une cohérence avec les autres sources d'informations) et la structuration du tableau de bord.

Deux groupes de travail ont ensuite été constitués, à l'initiative du comité de pilotage (mobilisant des représentants des institutions présentes dans le comité de pilotage, éventuellement élargis à d'autres acteurs susceptibles de contribuer au tableau de bord) :

- 1 – Un groupe de travail en charge du suivi technique de la réalisation du tableau de bord ;
- 2 – Un groupe de travail complémentaire en charge de superviser et coordonner un exercice de recensement de l'ensemble des actions menées en matière de santé au travail (susceptible à terme d'alimenter une base de données régionale).

### Recueil des informations

Chaque institution tente d'extraire, dans le cadre de ses propres bases de données, des informations susceptibles de figurer dans le tableau de bord, et les transmet à l'ORS.

Parfois, les institutions doivent travailler sur les bases de façon à construire une information susceptible d'être comparée et coordonnée aux autres informations présentes dans le document.

### Production des résultats

L'ORS veille ainsi au recueil de l'ensemble des données nécessaires, au respect des exigences énoncées en comité de pilotage, et capitalise et met en forme ces informations au sein du tableau de bord.

Une présentation de l'avancée des travaux est ponctuellement réalisée au sein du Comité de Pilotage par l'ORS, pour validation. C'est l'ORS qui est en charge de l'élaboration du document final.

## **g) Connaissances valorisées/produites**

Si le tableau de bord ne propose pas véritablement de matériaux nouveaux sur le champ des conditions de travail et de la santé au travail, il permet néanmoins de **porter à connaissance** – grâce à un recueil plus systématisé, une centralisation et une mise en forme d'informations éparées – **des données jusqu'alors insuffisamment visibles et/ou accessibles**.

Il permet également de **valoriser le résultat de certaines actions ou études** conduites tant à l'échelon national que régional, jusqu'alors **insuffisamment identifiées**.

Il propose ainsi un regard synthétique sur la situation de la santé au travail dans la région PACA, à travers les indicateurs disponibles.

Il permet également – ce qui constitue une nouveauté en matière de production de connaissances sur le champ de la santé au travail – d’apporter **quelques éléments d’information territorialisés** (par zone d’emploi) permettant des regards plus précis sur certaines problématiques.

Enfin, le processus initié dans le cadre de la construction du tableau de bord permet aux différents acteurs présents en Comité de Pilotage de **cultiver – voire de développer – une connaissance et une reconnaissance mutuelle**, favorable aux coopérations ultérieures.

Il est à noter que le contenu du tableau de bord s’est considérablement étoffé entre la première édition (1999) et les deux dernières éditions (2006 et 2010) notamment en développant les données sur les pathologies professionnelles, mais également sur l’émergence de certains éléments liant les questions de santé au travail et d’emploi (maintien dans l’emploi).

### Sommaire Tableau de bord 1999/2003

- Le Contexte économique régional
  - Les conditions de travail
  - Les accidents du travail en Provence-Alpes-Côte d’Azur et Corse
  - Les maladies professionnelles en Provence-Alpes-Côte d’Azur
  - Les accidents de travail et les maladies professionnelles en milieu agricole
  - Les décès par maladies professionnelles
  - Déclaration et reconnaissance des maladies professionnelles
  - Définitions
- Version 2003 : Conclusions

### Sommaire Tableau de bord 2006

- Introduction : un tableau de bord en évolution
- Les caractéristiques socio-économiques de la région PACA
- Évolution des conditions de travail
- Les accidents du Travail (régime général, salariés agricoles + « risque routier »)
- Les maladies professionnelles (MP + TMS, surdités, cancers professionnels, Amiante + Présentation du dispositif MCP)
- La souffrance morale au travail : un problème émergent de santé publique
- La gestion des âges et le maintien dans l’emploi
- Le handicap et l’emploi
- Conclusion, retour d’expériences et préconisations

## Sommaire Tableau de bord 2010

- Introduction
- Caractéristiques socio-économiques de la région PACA
- Les accidents du Travail (RG, salariés agricoles + « risque routier »)
- Les maladies professionnelles
- Les TMS
- Les risques psychosociaux
- Les surdités professionnelles
- Les allergies professionnelles
- Les cancers professionnels
- Maladies professionnelles liées à l'amiante
- Maintien dans l'emploi
- Synthèse
- Conclusions, préconisations

### *h) Diffusion des résultats*

Les résultats de ce processus ont été **présentés et validés en CRPRP**.

La **publication d'un document « papier »** a également été réalisée, à vocation de large diffusion, **auprès de l'ensemble des acteurs régionaux** et départementaux en charge de ces problématiques.

**Un support est également présenté sur le site internet de l'ORS**, avec en outre des liens complémentaires susceptibles d'être consultés. Ces documents complémentaires n'ont pas été publiés au sein de la brochure afin de ne pas l'alourdir et préserver son caractère accessible.

Ce document est enfin **téléchargeable** sur un certain nombre de sites institutionnels (DIRECCTE, CARSAT, SANTE TRAVAIL PACA, Système d'information en Santé, Travail et Environnement Provence Alpes Côte d'Azur (SISTE PACA), etc.).

### *i) Difficultés rencontrées au cours du processus*

L'une des difficultés majeures rencontrée dans le cadre de ce processus tient au **recueil et à la mise en cohérence d'informations** produites initialement à d'autres fins : ainsi, les différentes institutions, ainsi que l'ORS doivent réaliser un important travail de mise en cohérence et en conformité des données existantes, de façon à ce qu'elles puissent figurer conjointement dans un même document et tenter, autant que possible, de répondre à un caractère d'homogénéité global.

Si une expérience est relativement acquise dans la mise en cohérence entre les différentes sources traditionnelles (CRAM, INSEE...), un certain nombre de **données** restent **difficilement exploitables** (notamment les données issues des rapports d'activité des médecins du travail).

En outre, certains éléments – tels que ceux de la MSA – ne peuvent pas être consolidés, compte tenu de l'incompatibilité des sources et nomenclatures.



**L'analyse des données doit être également réalisée avec d'importantes précautions**, de façon à ne pas trahir la logique des données produites. De façon générale, les acteurs veillent à limiter l'interprétation des chiffres, laissant à chacun le soin de tirer des conclusions étayées.

Enfin, aucune donnée n'existe actuellement permettant de rendre compte, de façon suffisamment fiable, de certaines problématiques d'actualité (seniors, intérimaires, femmes...) ou de spécificités territoriales (absence de géolocalisation des données en matière de condition de travail) : de nouveaux indicateurs doivent encore être développés.

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Plusieurs atouts sont identifiés, comme participant des conditions favorables à la mise en œuvre d'un tel processus :

- **l'implication et le volontarisme des institutions** dans le cadre de ce projet a été sans aucun doute l'un des éléments moteurs de cette démarche ; en effet, cette démarche a bénéficié d'un véritable appui des différentes directions des institutions, permettant ainsi à ce processus de s'inscrire dans le cadre d'une dynamique institutionnelle ambitieuse ;
- la constitution d'un **espace d'échange interinstitutionnel** (à travers la mise en place du comité de pilotage) constitue également un atout important, favorisant l'implication des différents acteurs dans la démarche. En effet, le comité de pilotage apparaît comme un espace essentiel permettant de mieux identifier les connaissances portées par chacun et ainsi de bâtir les conditions d'une meilleure complémentarité ;
- la **mobilisation de données administratives ou d'informations validées scientifiquement** a également permis de créer, progressivement, un processus de dialogue vertueux entre les différents acteurs, sans que la validité de celles-ci ne soit systématiquement interrogée ou remise en question.
- la mobilisation de l'ORS a également contribué à **crédibiliser le processus**. En effet, le recours à un opérateur externe, expert en matière d'observation et de santé publique, constitue une garantie dans la fiabilité et la validité des données proposées.
- le **développement de nouvelles sources d'informations** (enquêtes MCP, EVREST...) constitue également un atout significatif, permettant d'enrichir le tableau de bord, et d'en conforter sa pertinence, en offrant à l'ensemble des partenaires des données précises sur la santé au travail ; les informations relatives au maintien dans l'emploi permettent également d'appréhender les liens entre santé et conditions d'emploi.

### ***k) Limites des processus initiés***

Tout d'abord, **l'appellation « tableau de bord » est interrogée** : alors même qu'un tableau de bord constitue un instrument de pilotage permettant de suivre l'avancée de certaines actions, et d'anticiper/d'orienter les actions à venir, le document proposé correspond davantage à un état des lieux permettant d'avoir, compte tenu des informations disponibles, une photographie de l'existant.

D'autres limites sont également identifiées :

- la **non-exhaustivité** des informations proposées (par exemple, le document ne prend pas en compte les données relatives à la fonction publique ou aux travailleurs indépendants) offrant donc un regard partiel sur la réalité régionale ;



- à l'inverse, **le caractère des informations proposées peut paraître parfois trop dense et indigeste**. De façon générale, des efforts de synthèse et de communication sembleraient devoir être mis en œuvre, en vue d'en faciliter sa diffusion et son appropriation.
- **l'absence d'orientations et de perspectives** au terme du document ; en effet, la dernière partie « *conclusions et préconisations* » reste, de l'avis de la plupart des acteurs, faiblement alimentée, et le caractère opérationnel ou prospectif reste de fait limité.
- une **insuffisante mobilisation des ressources internes** de la DRTEFP/ DIRECCTE : le service ESE est faiblement sollicité ; en outre, peu d'informations sont mobilisées en interne au sein des services, alors même que les agents, du fait de leur mission, pourraient également contribuer à enrichir le regard porté sur la santé au travail ; certains acteurs externes – par exemple, l'ORM –, (non présents en CRPRP) souhaiteraient pouvoir être davantage associés au processus engagé.

Enfin, pour un certain nombre d'acteurs, ce document – même si sa valeur ajoutée réside dans sa fonction de capitalisation des données d'ores et déjà existantes – **ne renouvelle pas fondamentalement les connaissances** en matière de santé au travail. De fait, son utilisation – au profit d'orientations et de décisions politiques – reste limitée.

### ***l) Impact des processus engagés***

Après une première édition (1999), source de débats et de polémiques sur les corrélations ainsi établies entre santé et travail, un **accueil généralement favorable est désormais réservé** aux différentes éditions du tableau de bord : aujourd'hui, le document est attendu et s'impose comme référence dans le paysage régional de la santé au travail.

Ce processus a ainsi contribué :

- non seulement à **conforter les relations interinstitutionnelles et partenariales** entre les acteurs de la santé au travail ;
- mais également à **professionnaliser ces derniers sur la question de la production de connaissances en santé au travail**. En effet, les réflexions menées conjointement permettent non seulement d'identifier les manques, les limites des indicateurs d'ores et déjà disponibles, mais également d'ouvrir des perspectives de développement susceptibles de contribuer à une meilleure connaissance de la santé en région.

Certains acteurs, tels l'ORM, souhaiteraient davantage pouvoir investir les questions de la santé au travail en lien avec les études conduites en matière de conditions d'emploi.

En outre, la production régulière de ce support, de nature interinstitutionnelle semble également contribuer à **la légitimation et à la reconnaissance – sur le champ de la santé au travail** – des institutions mobilisées dans ce processus.

### ***m) Usage des connaissances produites***

Le tableau de bord semble s'être imposé, au cours des années et aux dires des différents acteurs rencontrés, comme une **référence incontournable** sur la santé au travail dans la région PACA.

En effet, aucun autre support ne permet d'avoir un regard global sur l'état de santé au travail en région et les principales problématiques posées.

Il constitue ainsi une **base commune et un support de dialogue pour l'ensemble des institutions** associées à la préparation du PRST deuxième génération.

Il est également **utilisé dans le cadre des formations initiales et continues d'acteurs de prévention. Le tableau de bord est communiqué aux médecins du travail qui peuvent l'utiliser pour orienter leurs actions de terrain.**

Son usage, par les partenaires sociaux, reste néanmoins difficile à appréhender.

#### **A • 1.1.3 - Monographie « Santé et modes de vie des travailleurs saisonniers météores dans le pays du grand Briançonnais »**

##### **• Objectifs**

Produire de la connaissance sur l'accès aux soins et à la santé des populations saisonnières météores sur le territoire du grand Briançonnais

##### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé publique/population cible (saisonniers météores)/territoire (Grand Briançonnais)

##### **• Principaux protagonistes**

DDASS

Médecins du travail

Prestataire externe (CAREPS)

Acteurs locaux (Comité de bassin d'emploi, associations professionnelles, partenaires sociaux)

##### **• Nature du processus engagé**

Enquête par questionnaire menée par le prestataire externe

##### **• Périmètre**

Travailleurs saisonniers météores<sup>6</sup> et employeurs de saisonniers du « Pays du Grand Briançonnais » (quatre communautés de commune)

##### **• Dates clés du processus**

Lancement du projet : Début 2006

Enquête menée entre Janvier et Mars 2007

Résultats intermédiaires en Juillet 2007 et définitif en Décembre 2007

##### **• Situation du processus au moment de la présente étude**

Perte de mémoire sur le processus au sein de la DIRECCTE

Dynamiques connexes toujours à l'œuvre sur les saisonniers

##### **• Destinataires privilégiés**

Acteurs de la santé dans le grand Briançonnais (et notamment acteurs de la santé au travail)

#### **a) Origines**

À l'origine de ce processus, la DDASS des Hautes-Alpes, à la demande de l'ARH, avait initié un **projet visant à améliorer la prise en charge sanitaire de la population du Briançonnais**. Ainsi, un projet de santé du Briançonnais avait été élaboré dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – SROS – et en cohérence avec le Plan Régional de Santé Publique – PRSP –.

Les objectifs opérationnels de ce projet prévoyaient notamment les axes suivants :

- **la connaissance des besoins de santé** de la population du Briançonnais (résidente, touristique et saisonnière) ;
- **la conduite de réflexions et la définition d'orientations en matière d'organisation des prises en charge.**

En outre, les consultations territoriales organisées en 2005 dans le cadre de l'élaboration du PRSP avaient mis en évidence **la problématique des travailleurs saisonniers** dans le nord du Département, population fortement représentée dans le Département, et particulièrement vulnérable en matière d'accès aux soins et à la santé.

Conjointement, différentes réflexions étaient conduites, en lien avec les partenaires sociaux, sur les travailleurs saisonniers :

- un **projet d'élaboration d'un accord interprofessionnel** sur les conditions de vie des saisonniers (en commission paritaire interprofessionnelle départementale) était à l'étude ;
- par ailleurs, un **projet de protocole expérimental portant sur le rythme des visites médicales d'embauche**, porté par le service de santé au travail compétent sur le département (GEST 05) et la DDTEFP était en cours de construction. Cette réflexion visait à répondre aux préoccupations des médecins du travail qui souhaitaient contribuer à développer le suivi médical, sa cohérence et sa coordination auprès d'une population particulièrement mobile.

De façon générale, l'ensemble des acteurs (y compris les médecins du travail) **relevait une insuffisance d'informations disponibles** sur la santé des travailleurs saisonniers. Si dans certains domaines, tels que le logement ou le travail (contrat de travail), des données départementales pouvaient éventuellement être mobilisées, les questions de santé restaient peu lisibles, en particulier sur le territoire concerné.

C'est **à la convergence de ces différentes dynamiques** que la DDTEFP, en coopération avec la DDASS, a souhaité inscrire, dans le cadre de sa contribution au PRST, la mise en œuvre d'une action, pilotée par la DDASS, visant au repérage des besoins de santé des travailleurs saisonniers du Briançonnais.

## **b) Protagonistes**

**La maîtrise d'ouvrage** de cette étude était assurée conjointement par les services de l'État (DDASS et DDTEFP), avec un pilotage DDASS et des financements régionaux (GRSP et DRTEFP PACA dans le cadre du PRST).

Dans la pratique, c'est un inspecteur de la DDASS qui a assuré la **maîtrise d'ouvrage déléguée et le pilotage technique** du projet. **Un comité de pilotage** a été constitué (à partir du groupe de travail « santé des saisonniers » précédemment animé par la DDASS), composé de la façon suivante :

- médecins du GEST 05
- représentant de l'Association pour le Développement ECONomique de la Haute Durance (ADECOHD), comité de bassin d'emploi
- représentant de la mission Montagne du Conseil Régional
- représentant de l'Union Départementale CFDT
- représentant de l'Union Départementale CGT

- représentants de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Hautes Alpes
- représentant de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- représentant du Pays du Grand Briançonnais
- déléguée aux Droits des Femmes
- représentant de l'Union Patronal des Entreprises
- représentant du Syndicat National des téléphériques de France
- Président de l'Union des métiers de l'industrie hôtelière.

Ce **comité de pilotage** avait en charge :

- la **sélection du prestataire** mobilisé pour effectuer l'enquête (après appel à projet) ;
- la **validation du questionnaire** proposé par le prestataire externe ;
- la **communication auprès des employeurs** sur la réalisation et les objectifs de cette enquête ;
- le **recueil et la mise à disposition au prestataire des informations** nécessaires à la réalisation de l'enquête ;
- le **pilotage du projet et la validation** des résultats.

**La maîtrise d'œuvre** a été confiée, après appel à projet, au Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS) **en charge de la réalisation de l'enquête et de l'exploitation des résultats.**

### **c) Objectifs**

Ce processus avait pour objectif de **collecter des informations et de produire des connaissances** relatives à la population des travailleurs saisonniers météores, autour des thématiques suivantes :

- **besoins de santé** (l'accès aux soins, la couverture sociale, les attitudes et les comportements vis-à-vis de la santé, les conduites addictives, les comportements à risque au travail et dans la vie quotidienne, la prise de traitement régulier...) ;
- **hygiène alimentaire** (rythme, composition des repas, équilibre alimentaire) ;
- **conditions de vie et de travail** (durée du contrat, rythme de travail...) ;
- **types de prévention repérés** (à quel type de prévention sont-ils sensibilisés, leurs ressentis sur les actions de prévention).

Ainsi, cette étude devait permettre d'apporter des éléments de connaissances (en particulier aux médecins du travail) permettant d'éclairer les questionnements suivants :

- Quels sont les risques professionnels auxquels sont soumis, de façon privilégiée, les travailleurs saisonniers ?
- Quelles sont les problématiques de santé auxquelles sont soumis les salariés et quelles actions de prévention prévoir ?
- Quels pourraient être les indicateurs pertinents à retenir dans le cadre d'un suivi de la prise en charge sanitaire de ces travailleurs saisonniers ?

Cette étude, qui avait une première vocation exploratoire, devait également permettre, dans un second temps, d'aider les acteurs de la santé à **déterminer des axes et des actions** dans le cadre des différents programmes (PRSP et PRST).

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

Cette étude devait permettre, en premier lieu, **d'infirmier ou de confirmer une première hypothèse, issue des observations des acteurs de santé** : les travailleurs saisonniers météores constituent une population particulièrement vulnérable (notamment au regard des autres travailleurs saisonniers) en matière d'accès aux soins et à la santé.

Il s'agissait également de mettre en visibilité les problématiques d'une **population singulière jusqu'alors mal identifiée** parce qu'elle « *échappe au regard institutionnel* », et sur laquelle il n'existait pas, en matière de santé, de données disponibles.

Enfin, en mobilisant dans le cadre du processus conduit, des saisonniers, des employeurs et des acteurs de prévention, il s'agissait également de **contribuer à une meilleure sensibilisation** de l'ensemble des acteurs en matière de prévention.

#### **e) Partis pris structurants**

Compte tenu des études d'ores et déjà existantes sur la santé des saisonniers, le processus devait veiller à apporter une **véritable plus-value** : c'est dans ce cadre qu'il a été décidé non seulement de cibler sur **une population particulière et un territoire spécifique** (l'un et l'autre n'ayant jamais été appréhendés avec ce degré de précision), mais également de veiller **à cibler l'enquête sur le recueil d'informations jusque-là non disponibles**.

Par ailleurs, le processus initié devait veiller à **mobiliser les principaux acteurs concernés par la santé des saisonniers**, notamment à des fins de sensibilisation et d'appropriation des résultats produits.

Enfin, **le recours à un prestataire externe**, en charge de réaliser l'enquête et de produire une analyse des résultats, contribuait également à la réussite du processus (par la mobilisation de ressources complémentaires) mais aussi à la crédibilité des résultats (du fait de l'expertise du cabinet retenu).

#### **f) Repères méthodologiques**

##### Ingénierie et lancement du processus

Des premières réflexions avaient été engagées par le groupe de travail « santé des saisonniers », validant **l'insuffisance des données sur l'accès à la santé et aux soins des travailleurs saisonniers**.

Ce groupe de travail a ensuite été transformé en **comité de pilotage**, en s'élargissant à des acteurs supplémentaires (notamment acteurs professionnels).

Les membres du comité de pilotage ont procédé :

- à **l'exploration des matériaux disponibles** sur la question (état des lieux des études existantes) ;
- à la **détermination de la population cible** de l'enquête (les travailleurs « météores », à la distinction des « saisonniers habituels », des saisonniers « fidélisés » ou des saisonniers locaux) ;
- à la définition du **protocole d'enquête et du cahier des charges** de l'appel à projet. Il a également procédé à la sélection du prestataire.

Une fois le prestataire retenu, le **comité de pilotage** – associant désormais le prestataire – a **précisé le contenu et les modalités de la mission** (choix d'une méthodologie d'enquête, sélection des lieux d'enquête, méthode d'échantillonnage, contenu de la grille d'entretiens, etc.).

**Une campagne de communication** a été réalisée à l'initiative du Comité de pilotage avec la publication d'un communiqué dans la presse locale, et une information auprès des communes concernées (mairies, offices du tourisme, maison des saisonniers, autres points publics,..) et des employeurs susceptibles d'être sollicités.

### Recueil des informations

Le prestataire a ensuite procédé à **l'administration d'une enquête** par questionnaires **auprès des travailleurs saisonniers**, à travers la mobilisation d'enquêteurs chargés de rencontrer les saisonniers, de recueillir leur consentement, et de les interviewer, soit sur leur lieu de travail, soit dans un lieu extérieur à la convenance des saisonniers.

Conjointement, un questionnaire était également administré aux employeurs volontaires.

### Production des résultats

Les enquêtes ont ensuite été **traitées par le prestataire** à l'aide d'un logiciel adapté (SPSS), permettant une exploitation de type statistique.

Certains résultats ont été comparés aux résultats d'autres études réalisées auprès de populations saisonnières.

Les résultats de cette enquête ont été **présentés, débattus et validés en comité de pilotage**.

## **g) Connaissances valorisées/produites**

L'étude a permis de **produire des connaissances précises sur une population spécifique et les conditions de son accès aux soins et à la santé**, confirmant de fait les hypothèses d'ores et déjà portées par un certain nombre d'acteurs de santé (et notamment les médecins du travail).

Pour autant, cette étude a contribué à produire des connaissances dépassant largement le champ de la santé au travail, pour investir plus globalement **le champ de la santé publique**. Cette étude a également permis de **pointer les écarts de représentations entre les saisonniers et leurs employeurs en matière de santé**. Elle a enfin permis de **révéler la prégnance élevée des risques psychosociaux** chez cette population, risques pressentis par les médecins du travail mais sur lesquels ils ne disposaient pas d'information objectivée.

## **Nature des informations explorées auprès des travailleurs saisonniers « météores »**

- Caractéristiques démographiques et socio-économiques des travailleurs saisonniers (âge, sexe, statut familial, nombre d'enfants à charge, nationalité, origine géographique...).
- Parcours scolaire et niveau de qualification et/ou diplôme (formation initiale, diplômes...).
- Niveaux de couverture sociale (affiliation à la sécurité sociale, assurance complémentaire,...) et connaissance des droits sociaux.

- État de santé et comportements afférents (poids, taille, sommeil, activité physique, alimentation, conduites à risque dont consommation alcool, tabac, drogues illicites, comportements sexuels et modes de protection, dépistage VIH/IST,...).
- Recours aux soins et fréquence (suivi médical, dentaire, gynécologique, arrêt de travail...).
- Prévalence des symptômes ressentis et des pathologies selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques (stress, fatigue...).
- Besoins de santé (accès aux soins, couverture sociale...).
- Parcours et activité professionnelle (formations, activité professionnelle, conditions de recrutement, conditions de travail, type de contrat, temps de travail, ancienneté, rémunération...)
- Modes et conditions d'hébergement (type de logement, cohabitation, transports).
- Influence du travail, des modes de vie, des conditions de logement sur la santé.

### Nature des informations explorées auprès des employeurs

- Profil des employeurs (secteur d'activité, taille de l'entreprise, horaires d'ouverture, nombre de saisonniers recrutés dont les météores, évolutions au cours des dernières années...).
- Perception des employeurs de l'état de santé de leurs travailleurs saisonniers et du recours aux soins (en distinguant les météores des autres).
- Représentations des employeurs en matière de prévention en direction des saisonniers.
- Niveau de connaissance des employeurs des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et institutionnels existants et de leur rôle en matière de prévention, dépistage et de prise en charge médicale.
- Opinion des employeurs sur les comportements à risque des saisonniers.
- Perception des employeurs quant à l'impact des conditions et de l'environnement de travail des saisonniers sur leur santé (fatigue, stress...).

### h) Diffusion des résultats

En premier lieu, l'analyse proposée par le prestataire a fait l'objet d'une **présentation et d'une validation auprès des membres du comité de pilotage**. Le prestataire a ainsi pu formaliser **un rapport définitif, remis aux acteurs du comité de pilotage** et dont la diffusion est restée relativement restreinte.

Ce rapport est aujourd'hui **disponible en téléchargement** sur le site de la DRASS PACA et sur le site du CAREPS. Une fois validée, **une présentation des résultats finaux a été réalisée en Préfecture de Département**, à la demande du directeur de la DDASS, **auprès de l'ensemble des acteurs de santé du département** (secrétaire général de préfecture, partenaires sociaux, professionnels de santé, etc.).

Les **résultats ont également été restitués en Conférence Régionale de Santé**.

Les acteurs auditionnés n'ont pas connaissance des diffusions réalisées au sein des différentes institutions mobilisées par ce projet (notamment la DRASS et la DRTEFP et la DDASS et DDTEFP).



## ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Lors de ce processus, plusieurs difficultés ont été énoncées :

- des **difficultés méthodologiques** sont relevées par le prestataire : un protocole d'enquête difficile à tenir (notamment les quotas inhérents à la représentativité de l'échantillon), des conditions ne facilitant pas toujours l'expression des saisonniers (lieu de travail...), des questionnaires longs, une faible disponibilité des saisonniers et des employeurs, etc.
- l'absence, lors du processus, **d'interlocuteurs issus de la DDTEFP** (comme en témoignent les comptes rendus de la démarche) a également été énoncée ; le processus n'a pas permis de mobiliser de référent des services départementaux du Ministère du Travail susceptible de contribuer davantage à la construction du processus (en particulier sous l'angle conditions de travail), et d'en relayer ensuite les résultats.
- la **convergence de plusieurs dynamiques menées à l'échelon départemental a contribué à certaines confusions** lors de la démarche initiée, les acteurs ne sachant plus toujours de quelle dynamique il était question.
- enfin, le processus initié, même s'il avait vocation à sensibiliser les différents acteurs concernés par la problématique, **exige un temps de maturation** qui, pour se traduire par une transformation des représentations et des pratiques, **nécessite davantage de temps et des moyens d'accompagnement que ceux prévus par l'enquête.**

## ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ce processus***

Les principaux atouts de ce processus ont été énoncés comme tel :

- **les exercices de programmation – PRSP et PRST** – ont constitué des éléments moteurs (notamment en permettant de mobiliser des moyens financiers sans lesquels ces dynamiques n'auraient pas pu être initiées) ;
- pour les médecins du travail, **l'apport du CAREPS a été un élément facilitateur**, non seulement parce qu'aucun des acteurs impliqués dans le comité de pilotage ne disposait des ressources nécessaires pour conduire une telle enquête, mais aussi parce que le CAREPS présentait des garanties de professionnalisme et de neutralité indispensables au recueil d'informations auprès des saisonniers ;
- la **participation des membres du comité de pilotage aux différentes dynamiques** (commission paritaire interprofessionnelle, réflexions menées dans le cadre de la santé publique...) **a permis une meilleure capitalisation des connaissances départementales ainsi produites, mais également une articulation et une complémentarité** entre les différentes démarches initiées ;
- le fait **qu'un seul service de santé au travail intervienne sur le département** a été également un élément facilitateur ; la mobilisation des médecins du travail dans le cadre de ce projet a ainsi été facilitée et a constitué un véritable atout au bénéfice de cette démarche ;
- enfin, le fait que d'autres institutions s'intéressent à cette étude – notamment la mission « montagne » du conseil régional – a permis **de dynamiser la conduite du processus, et d'espérer ainsi des retombées de ce processus, au-delà du périmètre de l'étude.**



### ***k) Limites des processus initiés***

Au terme de cette étude, plusieurs limites peuvent être identifiées :

- en premier lieu, **cette étude n'est pas exclusivement centrée** sur la santé au travail et les conditions de travail, mais aborde plus globalement des questions de santé publique ; de même, lors des restitutions, les médecins du travail ont parfois le sentiment que la dimension « santé » - et en particulier la dimension santé au travail - n'a pas fait suffisamment l'objet de débats, contrairement aux questions d'accès au logement ou de conditions d'emploi ;
- il est également regretté **l'absence de mémoire de cette étude** au sein des services du travail, étude qui semble aujourd'hui oubliée des services départementaux du travail ;
- enfin, il est regretté par certains acteurs que cette étude n'ait pu couvrir **un champ encore plus large** (au bénéfice, par exemple, des questions d'accès aux loisirs des saisonniers, etc.).

### ***l) Impact du processus engagé***

Globalement, les résultats de cette étude ont été **accueillis de façon favorable par l'ensemble des acteurs du territoire concerné**, même si ponctuellement, certains thèmes semblent avoir provoqué de vifs débats (thème des pratiques addictives sur les lieux de travail, notamment).

Ce processus a permis **d'alimenter les réflexions d'acteurs impliqués également dans d'autres dynamiques** (accord dérogatoire sur l'organisation du suivi médical par le service de santé au travail et commission paritaire), **sans pour autant que celui-ci n'ait joué un rôle déterminant dans la poursuite de ces projets**.

Ce processus semble également avoir **favorisé une réelle prise de conscience de la part de certains employeurs**, notamment sur le rôle de prévention qu'ils pouvaient jouer auprès de ces publics. Il a également permis, à travers une meilleure connaissance des populations saisonnières météores, **d'apporter des éléments de compréhension aux médecins du travail, leur permettant de ce fait d'affiner leurs pratiques et leurs interventions**.

Par contre, **l'impact de ce processus auprès des institutions maîtres d'ouvrage de cette étude reste difficilement perceptible** ; en outre, ce processus **ne semble pas – du point de vue des acteurs interrogés – avoir pesé sur les orientations des politiques** – de santé publique ou de santé au travail – menées à l'échelon départemental ou régional.

### ***m) Usage des connaissances produites***

De même, il est **difficile d'appréhender l'usage** qu'il est fait des connaissances produites.

Certes, ce processus a contribué à une **meilleure connaissance et une meilleure compréhension** des problématiques de santé des travailleurs saisonniers ; il constitue une **référence citée** dans le cadre de travaux ultérieurs (notamment dans le cadre de l'évaluation de l'accord dérogatoire interprofessionnel sur l'organisation des services de santé au travail conduite par Gest 05).

Pour autant, l'usage qui en a été fait – tant par les différents acteurs de la santé, que par les institutions – n'est pas clairement identifié.

## A • 1.1.4 - Monographie « Prévention des risques professionnels des salariés intérimaires dans les industries de l'Étang de Berre et Fos-sur-Mer »

### • Objectifs

Produire de la connaissance :

- sur la population intérimaire intervenant sur cette zone (volume de l'intérim, maladies professionnelles et accidents du travail, exposition aux risques...)
- sur les perspectives susceptibles d'être développées en matière de prévention des risques pour ces populations

### • Clé d'entrée privilégiée

Prévention des risques professionnels (risque chimique)/santé au travail (suivi médical) / population cible (travailleurs intérimaires) / territoire (Fos-sur-Mer/Etang de Berre)

### • Principaux protagonistes

DDTEFP 13 / DRTEFP (SEPES) (avec la contribution d'un financement CPER)

Équipe de prestataires externes

Acteurs socioprofessionnels et de prévention du territoire

### • Nature du processus engagé

Étude – production de connaissances/préconisations

### • Périmètre

Intérimaires intervenant sur la zone ; entreprises donneurs d'ordre, sous-traitants, entreprises d'intérim, organismes syndicaux et professionnels, acteurs locaux de prévention.

### • Dates clés du processus

Initiation de l'étude : 2006 ; Réalisation de l'étude en 2007 ; Production des résultats en 2008

### • Situation du processus au moment de la présente étude

Poursuite d'actions en continuité de ce processus

### • Destinataires privilégiés

Acteurs socio-économiques, de santé et de prévention du territoire

## a) Origines

Ce processus trouve ses origines **dans un certain nombre de réflexions d'ores et déjà initiées par la DRTEFP et la DDTEFP 13**, sur un territoire particulier – le territoire Fos sur mer/Étang de Berre – caractérisé à l'échelon régional, par l'importance de son outil industriel (construction navale et aéronautique, chimie, métallurgie...) et la concentration des emplois, avec de fait un territoire sensible en matière de santé au travail et de prévention des risques

professionnels – notamment de risques chimiques. Ce territoire, investi par de nombreux acteurs sensibilisés aux problématiques de santé au travail, a ainsi été **le terrain de plusieurs expériences menées à l’initiative des services déconcentrés du travail** (étude sur la sous-traitance, identification du risque génotoxique lié aux HAP...), **mais également de certains acteurs de prévention** (notamment le pôle Travail des DIRECCTE : expérimentation d’un carnet jaune de suivi des intérimaires).

Conjointement, **les agents de l’inspection constataient sur ce territoire, un nombre significatif de salariés intérimaires, mais également un nombre important d’accidents du travail et de maladies professionnelles** ; ainsi, les hypothèses suivantes sont énoncées :

- une plus forte exposition des salariés intérimaires aux accidents du travail et aux maladies professionnelles
- un moindre suivi médical de ces populations sans pour autant disposer de données suffisantes pour confirmer ces hypothèses.

**C’est au regard des observations et hypothèses énoncées par l’inspection du travail** que le service « travail » de la DDTEFP 13 a souhaité engager une étude. Cette étude a été **retenue dans le cadre du programme d’études du SEPES** ; elle représentait l’une des rares études conduites sur le champ du travail, notamment au regard des nombreuses études conduites sur le champ de l’emploi.

L’initiation d’un tel processus s’inscrit également dans **les priorités portées nationalement** en matière de prévention des risques professionnels et de lutte contre la précarité.

## **b) Protagonistes**

**La maîtrise d’ouvrage** du processus est assurée par la DRTEFP (service SEPES) et le service « travail » de la DDTEFP 13.

**La maîtrise d’œuvre** de cette étude est assurée :

- pour la partie quantitative par le SEPES ;
- pour la partie qualitative, par une équipe pluridisciplinaire de prestataires externes composée d’un ergonome conseil (également animateur de l’équipe), un économiste-expert agréé auprès des CE/CHSCT, et d’une chercheuse du LEST impliquée dans des recherches sur la zone.

**Un comité de pilotage restreint** (à vocation opérationnelle), associant maîtrise d’ouvrage et maîtrise d’œuvre avait vocation à assurer le suivi de l’avancée des travaux.

**Dans le cadre du recueil d’informations**, ont été sollicités :

- Trois grands établissements industriels donneurs d’ordre appartenant aux secteurs de la métallurgie, de la chimie et de la pétrochimie ainsi que sept entreprises de travail temporaires (membres de la direction générale, de la DRH, des responsables de la maintenance, des animateurs sécurité, des responsables QSE et des représentants du personnel, membres de CHSCT) ;
- Deux entreprises de travail temporaire (chefs d’agence) ;
- Des médecins du travail volontaires appartenant aux services interentreprises de santé au travail intervenant sur la zone, ainsi que les médecins du travail des services autonomes des trois grands donneurs d’ordre ;
- L’organisme professionnel de l’intérim (PRISME) ;

- Les unions locales des organisations syndicales ;
- L'inspection du travail (sections concernées par le territoire de l'étude) et le MIRTMO ;
- Le service prévention de la CRAM ;
- Les structures associatives en charge de la prévention sur le territoire : le groupement interprofessionnel pour la prévention de l'hygiène et de la sécurité dans les entreprises (GIPHISE), l'Observatoire communal de la santé de Martigues, l'association pour la prise en charge des maladies éliminables de Port-de-Bouc ;
- L'équipe de recherche « Syndicalisme, action collective et précarité » du LEST-CNRS.

### c) Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- **Produire des informations** sur la situation des intérimaires intervenant sur la zone Étang de Berre/Fos sur mer et l'exposition aux risques professionnels, et notamment :
- **Mobiliser l'ensemble des acteurs** dans le cadre d'un processus et les impliquer dans la formulation de propositions d'évolution.

Plus précisément, il s'agissait :

- **d'objectiver** la présence de l'intérim sur le territoire industriel Berre- Fos ;
- **de rendre compte des modalités selon lesquelles les intérimaires bénéficiaient d'une prévention des risques professionnels ;**
- de **proposer des pistes** en vue d'engager une dynamique de prévention des risques encourus par les travailleurs temporaires.

### d) Objectifs latents, intentions, ambitions

L'initiation d'un tel processus était également **l'occasion d'investir concrètement les récentes orientations nationales** (dans le cadre du PST) en faveur de la prévention des risques professionnels ; il permettait d'explorer le champ « *santé au travail et prévention des risques* » jusqu'alors faiblement investi en terme d'études et de production de connaissances.

En répondant à une **préoccupation de l'inspection du travail**, ce processus visait également à **mobiliser cette dernière dans une dynamique de production de connaissances et de construction d'actions concertées** en matière de prévention.

Enfin, ce processus était **l'occasion de sensibiliser** – à travers le prétexte d'une étude – **les acteurs de la zone dans une perspective de transformation des réalités observées.**

### e) Partis pris structurants

Ce processus a été bâti dans le respect d'un certain nombre de principes :

- Cette **étude se voulait avant tout « pragmatique » et « opérationnelle »**, la production de connaissances étant un **prétexte à l'initiation d'un processus de sensibilisation, de mobilisation des acteurs et d'évolution des pratiques et des comportements** en matière de prévention sur la zone.

- Ce processus devait privilégier une **double approche**, de façon à appréhender au mieux la complexité des problématiques intérimaires :
  - une **approche quantitative**, visant à appréhender quantitativement la problématique de l'exposition des travailleurs temporaires sur la zone Berre-Fos ;
  - une **approche qualitative** auprès des acteurs de la prévention dans les entreprises ou externes à celles-ci.
- Enfin, elle s'appuyait sur la **mobilisation d'expertises externes**, connues des services du Travail par des expériences antérieures menées conjointement :
  - non seulement du fait de **l'absence de ressources en interne** pour conduire en globalité cette étude ;
  - mais également pour **faciliter l'accès aux entreprises**, du fait de l'expérience des prestataires auprès des réseaux territoriaux de prévention.

## **f) Repères méthodologiques**

### Ingénierie et lancement du processus

Le comité de pilotage, animé par le SEPES, **avait en charge de définir dès en amont le cadre de l'étude**. Ce comité de pilotage restreint, à visée pragmatique, avait vocation à valider les matériaux produits tout au long de l'avancée des travaux. Dans le cadre de ce processus, il est à noter que le **SEPES a assumé de bout en bout l'ingénierie** – administrative, financière, technique, logistique... – du projet.

### Recueil d'informations

Le recueil des données quantitatives a été réalisé par le SEPES, à partir des **données administratives** relatives au volume de l'intérim et de la sinistralité sur la zone (sources Unédic et CRAM SE).

Le recueil d'informations qualitatives a été réalisé :

- à partir d'une **analyse documentaire** portant sur les documents disponibles relatifs aux procédures applicables aux salariés temporaires (recrutement, formation...) et à partir des données ergonomiques et sociologiques existantes concernant la prévention des risques professionnels des salariés intérimaires ;
- au moyen d'une **série d'entretiens de type semi-directifs** menés par les prestataires.

### Production des résultats

**L'analyse quantitative a été réalisée par le SEPES**, puis présentée et discutée en comité de pilotage.

**L'analyse qualitative a été réalisée par l'équipe pluridisciplinaire** de prestataires externes, sous la coordination de l'animateur, et a également été partagée et validée au sein du Comité de Pilotage.

## **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a été l'occasion **d'exploiter et de valoriser des sources d'information disponibles** (sources Unédic et CRAM) permettant d'objectiver la situation des intérimaires sur la zone.

Mais ce processus a également permis **de mettre en lumière un certain nombre de connaissances nouvelles**.

En premier lieu, **l'analyse quantitative a fait émerger des résultats surprenants, contraires aux observations réalisées sur le terrain** : en effet, l'analyse statistique :

- confirmait l'existence d'un taux de recours à l'intérim plus important sur la zone que sur le reste du département ou de la région ;
- confirmait également la fréquence plus importante d'accidents du travail pour les intérimaires en PACA et dans les Bouches-du-Rhône que pour les autres salariés ;
- **mais infirmait** l'idée que les salariés intérimaires de la zone étaient davantage soumis aux accidents du travail que les intérimaires de la région.

Les résultats de ce travail statistique ont été l'occasion **d'une réflexion sur les limites de l'analyse quantitative** (fiabilité relative des données de base, surreprésentation de certains secteurs, déclarations faites hors zone...). Ils ont également permis de **conforter l'analyse et d'énoncer de nouvelles hypothèses d'explication** permettant de mieux appréhender la complexité de la situation (sous-déclaration des AT, pratiques de prévention contrastées en fonction du mode d'intervention de l'entreprise – donneurs d'ordre, sous-traitants ou entreprises de travail temporaire –, phénomènes de contournement, etc.).

L'analyse qualitative a quant à elle permis **d'explorer et de confirmer en partie ces hypothèses, permettant une meilleure compréhension des difficultés de suivi médical et d'accès à la prévention des populations intérimaires**, en fonction de leur place dans les sous-traitance en cascade, de leur « fidélisation », etc.

Enfin, elle a permis, grâce aux préconisations proposées, de mettre en visibilité **des pistes d'action possibles** susceptibles de mobiliser les différents acteurs concernés :

- employeurs et acteurs de prévention ;
- MIRT et services de santé au travail ;
- CHSCT...

## ***h) Diffusion des résultats***

Cette étude a fait en premier lieu **l'objet d'un rapport complet à diffusion limitée** (membres du comité de pilotage) et **d'un rapport de synthèse diffusé largement à l'ensemble des acteurs intéressés**, notamment les sections d'inspection du travail et les directions départementales, les acteurs locaux, et l'administration centrale (DARES).

Le rapport **est téléchargeable** sur le site de la DIRECCTE PACA.

**Les conclusions de l'étude ont été présentées à l'ensemble des acteurs concernés par le périmètre de l'étude** (donneurs d'ordre, responsables des agences intérim, SST, partenaires sociaux...) lors d'un colloque sur la zone (Martigues en 2008).

Elles ont également fait l'objet **d'une présentation à l'attention des inspecteurs du travail de la zone et des agents de la direction départementale du travail** (où peu d'agents avaient pu se rendre disponibles). Les résultats de ce processus ont également fait l'objet d'une présentation synthétique en CTRI (sans observation particulière de la part des directeurs), puis ultérieurement, d'une présentation en CRPRP.

Enfin, **cette étude est ponctuellement citée ou présentée à l'occasion de diverses manifestations régionales ou nationales**.



### ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Les difficultés énoncées dans le cadre de la conduite de ce processus sont les suivantes :

- En premier lieu, **en l'absence d'une commande suffisamment claire**, le processus a débuté **de façon empirique et relativement incertaine**, mobilisant une forte énergie pour déterminer le sens de l'étude et ses objectifs opérationnels.
- L'exploration et l'exploitation quantitative se sont heurtées à de nombreuses difficultés relatives aux **carences des données disponibles sur les intérimaires** (absence de données disponibles sur les maladies professionnelles des intérimaires du territoire, problèmes d'identification et de définition de données pertinentes, fiabilité des informations, etc.).
- **En l'absence des financements du CPER, et d'un fort investissement du SEPES dans la conduite de ce processus**, cette étude n'aurait pu être menée à son terme. Le SEPES regrette notamment de **n'avoir pu compter davantage sur l'appui de la DARES, ni même sur davantage de ressources et de compétences mobilisables en interne** pour mener à bien ce projet.
- Cette étude a été essentiellement portée, au sein des services du travail, par **quelques agents**, sans réel portage institutionnel et politique de la part du CTRI. De fait, l'exploitation et le réinvestissement en interne s'en est trouvé limité. En outre, comme le soulignent les acteurs de la DIRECCTE, en l'absence d'une politique « travail » clairement lisible, mais également d'une cellule pluridisciplinaire structurée, la mobilisation des ressources internes aux services est restée limitée. Enfin, l'association de l'inspection du travail, pourtant à l'origine des préoccupations portées au cours de cette étude, s'est avérée difficile, cette dernière ne disposant que de peu de disponibilité pour contribuer à un tel processus.
- Compte tenu des ambitions de mobilisation et de sensibilisation des acteurs locaux de prévention, ce **processus exigeait une inscription dans le temps et la durée**, se heurtant à la vie des services et au turnover des agents ; ainsi, les responsables du dossier au sein de la direction du travail de la DRETF/pôle T de la DIRECCTE se sont succédé, **fragilisant la continuité du processus**.

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Pour autant, cette étude a pu compter sur un certain nombre d'atouts et de leviers :

- après un démarrage relativement progressif, les acteurs locaux se sont **avérés intéressés et impliqués**, créant ainsi les conditions favorables à la poursuite de la dynamique ; le fait que cette étude ait été initiée à la demande des services du travail départementaux – émanant d'un acteur de proximité, et non d'une instance nationale plus lointaine – semble avoir favorisé la mobilisation des acteurs locaux dans le cadre du processus ;
- **la forte implication du SEPES et son professionnalisme** dans la conduite d'un tel projet a sans conteste été l'un des facteurs de réussite du projet ;
- la mobilisation **d'une équipe pluridisciplinaire externe** experte sur le sujet a également favorisé la production d'informations qualitatives et l'implication des acteurs locaux dans le processus ;
- en dépit de la mobilité des agents au sein de la direction du travail de la DRETF/pôle T de la DIRECCTE, le **relais technique a néanmoins pu être assumé**, permettant au processus d'atteindre les objectifs fixés initialement.

### ***k) Limites du processus initié***

Quelques limites sont néanmoins énoncées :

- en premier lieu, il est regretté que les présentations de ce processus – y compris à l'échelon national, dans le cadre de la commission des études régionales – **aient suscité peu d'écho et de réactions** ; – par ailleurs, l'initiation d'un tel processus – qui a notamment pour finalité de faire évoluer les pratiques et les comportements – s'inscrit dans une temporalité nécessairement lente, **exigeant un suivi au long cours qu'il est difficile d'assurer dans la durée** ;
- cette étude a également montré les carences des indicateurs de santé au travail disponibles, et la nécessité de développer des systèmes d'information permettant une meilleure connaissance des situations au service de la pertinence des interventions ;
- alors même qu'un certain nombre de préconisations et de perspectives ont été dégagées par ce travail et qu'une dynamique est désormais initiée, les services du champ travail de la DRTEFP/pôle Travail des DIRECCTE regrettent de ne pas disposer de **davantage de moyens et de ressources pour assurer l'accompagnement de ces projets** ;
- les **difficultés à mobiliser l'inspection du travail** dans ce processus constituent également une limite clairement énoncée ; le lien avec l'inspection du travail n'a pas pu être cultivé et les résultats de cette étude n'ont pas permis de mobiliser l'Inspection autour d'un programme d'intervention et de contrôle partagé et validé, susceptible de soutenir et d'accompagner les actions à venir ;
- enfin, à défaut d'un **portage politique plus affirmé de la part des instances de décision régionales**, les protagonistes craignent que la démarche ne s'essouffle.

### ***l) Impact du processus engagé***

Le processus initié a en premier lieu contribué à **investir un champ d'étude – la santé au travail et la prévention des risques – jusqu'alors faiblement exploré par** les services du champ travail de la DRTEFP/pôle Travail des DIRECCTE, dans le cadre d'une démarche conduite de bout en bout par le SEPES ; ainsi, il témoigne de l'opportunité, pour les administrations du champ travail, de se doter d'une expertise et de compétences pour accompagner dans la durée de tels projets et enrichir ainsi l'intervention publique.

Cette étude a permis **une mise en visibilité de certaines informations** (et ce malgré les carences des données quantitatives disponibles) ; elle a également permis une **meilleure connaissance des problématiques de l'accès à la prévention des populations intérimaires, dans toute leur complexité**, permettant ainsi d'ouvrir des perspectives d'actions ciblées et pertinentes.

De façon générale, **cette étude a été accueillie de façon favorable par l'ensemble des acteurs concernés**. Pour certains acteurs, elle participe à une nouvelle prise de conscience des problématiques désormais plus finement appréhendées. Elle a également **suscité une mobilisation des acteurs locaux, et une volonté de poursuivre la démarche** au bénéfice d'actions opérationnelles. Ce processus a été également **l'occasion d'éprouver l'impérative nécessité de disposer d'informations précises et fiables** pour déterminer les conditions d'intervention des différents acteurs en charge de ces questions.

Pour autant, **les agents de contrôle témoignent du faible impact de ce processus sur l'évolution effective des comportements et des pratiques** au bénéfice des intérimaires : les indicateurs de sinistralité sur cette zone restent toujours préoccupants, sans que des améliorations puissent être encore constatées. À cet effet, les acteurs regrettent qu'aucune



évaluation de ce processus n'ait été entreprise, permettant de mieux appréhender l'impact d'une telle initiative.

En outre, les protagonistes regrettent **la portée insuffisante de cette étude au sein même des services du Ministère** (qu'il s'agisse de l'échelon départemental, régional que national) : en effet, les résultats de ce processus (tant sur le plan des connaissances produites que de la mobilisation générée) mériteraient d'être davantage explorés et capitalisés, en vue de nourrir les évolutions d'intervention des administrations du champ travail.

### ***m) Usage des connaissances produites***

Aujourd'hui, il est **difficile d'apprécier concrètement l'usage** qu'il est fait des connaissances produites par ce processus, notamment par les médecins du travail intervenant sur la zone, les agents de contrôle ou les acteurs de prévention. Néanmoins, ce processus a été l'occasion **d'engager un certain nombre de débats avec l'ensemble des acteurs sur les préconisations formulées et l'analyse de leur faisabilité** (par exemple, la mise en place d'un service de santé au travail (SST) consacré aux intérimaires).

Il a également donné lieu à **la mise en œuvre de deux chantiers**, en continuité de ce projet, mobilisant l'accompagnement de la DIRECCTE :

- Un premier chantier, animé par l'Unité Territoriale, avec les acteurs professionnels et les partenaires sociaux, sur le développement de la formation en prévention des risques professionnels auprès des travailleurs intérimaires de tous les secteurs, ayant vocation à aboutir à un projet d'accord ou une charte précisant deux jours de formation obligatoire pour les intérimaires ;
- Un second chantier, animé par l'échelon régional de la DIRECCTE, associant les MIRT pour améliorer le suivi médical des intérimaires et mettre en place une fiche de suivi médical permettant une traçabilité du parcours de l'intérimaire.

Les conclusions de ce projet ont été présentées aux SST.

Ce processus, en raison de son antériorité, reste encore aujourd'hui une **référence présentée à l'occasion de différentes manifestations**.

## A • 1.2 - Région Centre

### A • 1.2.1 - Quelques éléments sur le contexte régional

En matière de production de connaissances sur les conditions de travail et la santé au travail, la région Centre se distingue par les caractéristiques suivantes :

- en premier lieu, **une faible antériorité de la production de connaissances sur le champ travail** ; en effet, à l'instar des autres régions, l'essentiel de la production de connaissances concerne essentiellement le champ de l'emploi. Le SEPES ne dispose pas des ressources et des compétences nécessaires pour investir la question des conditions de travail et de la santé au travail ; le CTRI reste quant à lui peu demandeur d'études sur ce champ. La mise en œuvre de processus de production de connaissances repose essentiellement sur des **opportunités ponctuelles, portées par le volontarisme des personnes**, sans s'inscrire réellement dans une dynamique institutionnelle ; elles sont néanmoins constamment en écho aux politiques publiques portées et en articulation avec des dynamiques d'action et/ou de transformation des situations.
- une **forte mobilisation des médecins du travail et des sociétés savantes de médecine du travail** dans le cadre de dynamiques d'enquêtes bénéficiant d'appuis nationaux (SUMER, QMCP, SAMOTRACE).
- des réseaux actuellement **en cours de structuration et de développement**, dans une région bénéficiant de peu de ressources et d'expertises : développement de coopération avec l'ORS, avec une sociologue de l'Université de Tours, etc.

Comme dans les autres régions, les acteurs constatent une **carence de données objectivées et fiables** en matière de santé au travail. Tout comme la région Limousin, la région Centre connaît des limites méthodologiques dans les extractions régionales des enquêtes nationales, du fait de sa taille restreinte (représentativité insuffisante des échantillons de salariés, limitant la validité des résultats). Ainsi, un certain nombre de données interrégionales peuvent néanmoins être ponctuellement mobilisées.

Comme dans les autres régions, **les agents en interne de la DRTEFP/DIRECCTE sont également faiblement contributeurs** aux dynamiques de production de connaissances ; le SEPES peut être ponctuellement mobilisé, mais dans un cadre très limité, compte tenu de ses compétences essentiellement déployées – et mobilisées – sur les questions de l'emploi.

Pour autant, **la dynamique de PRST et la mise en place d'une cellule pluridisciplinaire ont contribué à légitimer la DIRECCTE** auprès de l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ (préventeurs, acteurs de santé, etc.) dans la promotion d'une expertise sur le champ travail/santé au travail.

### A • 1.2.2 - Monographie « Tableau de bord Santé, Sécurité, Conditions de Travail en région Centre »

#### • Objectifs

Mise en visibilité sociale des informations et données disponibles en matière de conditions de travail et de santé au travail

#### • Clé d'entrée privilégiée

Santé au travail : sinistralité, problématiques de santé et risques professionnels

- **Principaux protagonistes**

DRTEFP/DIRECCTE (Cellule pluridisciplinaire – Pôle T), CARSAT, ORS et les acteurs de la santé au travail susceptibles, à l'échelon régional, de contribuer à l'enrichissement du tableau de bord.

- **Nature du processus engagé**

Mutualisation et valorisation de données disponibles

- **Périmètre**

Données concernant les salariés du régime général et agricole de la région

- **Dates clés du processus**

Lancement du projet : Fin 2008

Réalisation : Courant 2009

Publication : Milieu d'année 2009

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Support à l'élaboration du BOP 2011 et du PRST II

- **Destinataires privilégiés**

Ensemble des acteurs de la santé au travail de la région

### ***a) Origines***

Ce processus a été initié en **référence au processus d'élaboration d'un tableau de bord conduit en région PACA**. Dans ce cadre, le constat porté à l'origine de ce processus était similaire à celui porté par les acteurs de la région PACA : **l'insuffisance des données mobilisable en région**, permettant d'avoir une vision claire de la santé au travail. Si quelques données étaient néanmoins produites, elles restaient **dispersées dans les différentes institutions, rarement comparables** (du fait de l'hétérogénéité des nomenclatures) **et difficilement accessibles**.

Ainsi, l'ensemble des acteurs institutionnels **s'accordaient sur la nécessité de tenter de mettre en commun les informations existantes** de façon à bénéficier d'une meilleure appréciation de la situation : en CRPRP, une organisation syndicale a formulé explicitement la demande d'éléments de diagnostic explicites sur l'état de santé et les conditions de travail dans la région.

En outre, **le contexte semble favorable** pour investir le développement des connaissances sur ces sujets :

- **la mise en œuvre du PRST s'accompagne d'une nécessité de disposer d'informations objectivées**, susceptibles de déterminer son pilotage et sa réactualisation ; la réactualisation des BOP régionaux, et le futur PRST exigent la mise en œuvre d'un diagnostic susceptible de guider les nouvelles orientations et actions ;

- **la constitution d'une cellule pluridisciplinaire** contribue également à structurer, en interne, au sein de la DRTEFP/DIRECCTE, des compétences susceptibles d'animer et de coordonner des dynamiques sur ce champ ;
- en outre, si peu de demandes sont explicitement adressées à la DIRECCTE, il semble exister **une demande sociale en la matière**, l'ensemble des acteurs – y compris les partenaires sociaux – pointant la difficulté de mobiliser des informations fiables et précises sur les questions de santé au travail ;
- enfin, **les différents partenaires institutionnels trouvent là une occasion privilégiée pour conforter leurs coopérations.**

### **b) Protagonistes**

**La maîtrise d'ouvrage** de ce projet a été assurée par la DRTEFP/DIRECCTE Centre (l'initiative et le portage étant assuré par la DA Travail) ; **La maîtrise d'œuvre** a été confiée à l'ORS ; sa mission consiste à recueillir, mettre en cohérence et mettre en forme l'ensemble des données transmises par les institutions. **Un comité de pilotage** a été constitué, animé par la DRTEFP (DA Travail), associant les MIRT et le SEPES, ainsi que des représentants de la CRAM, de la MSA, et de l'AGEFIPH.

**D'autres institutions** ont été sollicitées pour **apporter des matériaux complémentaires au tableau de bord** : l'OPPBT, une chargée d'étude, au titre de l'Observatoire de Santé Mentale au Travail – SAMOTRACE –, le réseau Prévention Main Centre.

### **c) Objectifs**

Le tableau de bord avait pour objectif de **proposer une visibilité sociale des conditions de travail et de santé au travail en région.**

Il visait :

- **à capitaliser et centraliser les données et informations** disparates en un seul et même document ;
- à tenter, autant que possible, **de les harmoniser** ;
- à **les rendre accessibles** à l'ensemble des acteurs de prévention, grâce à un effort de présentation et de mise en forme.

### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

L'élaboration de ce tableau de bord et la valorisation de données en matière de santé au travail constituaient une opportunité – pour la DRTEFP/DIRECCTE comme pour les autres acteurs – **de conforter et de promouvoir leur légitimité sur un champ des politiques publiques jusqu'alors faiblement valorisé : le champ de la santé au travail.**

L'investissement dans le cadre de ce processus était également une occasion pour les différents **acteurs – de mieux se connaître entre partenaires** (à travers notamment la nature et le sens des informations produites) ;

- **de se professionnaliser** en matière de production de connaissances ; en effet, ce processus permettait d'identifier les manques mais aussi les insuffisances des données produites par les différentes institutions ; elle permettait également d'identifier les difficultés liées à la mise en cohérence des informations produites ;

- **de contribuer à la construction d'une référence commune**, facilitant le dialogue et la coopération.

Enfin, l'élaboration d'un tableau de bord rassemblant l'ensemble des données au sein d'un support commun constituait également un enjeu, pour la DRTEFP/DIRECCTE de **créer de nouvelles passerelles entre des champs trop souvent distincts et cloisonnés** : le champ de travail, de la santé au travail et de l'emploi. Pour la MSA, le tableau de bord était également une occasion de valoriser des données – propres à la MSA – mais aussi des missions jusqu'alors insuffisamment connues.

### **e) Partis pris structurants**

Ce processus s'est structuré à partir des partis pris suivants :

- ce processus devait permettre d'identifier et de **valoriser les connaissances d'ores et déjà disponibles sur le sujet**, dans une **appréhension large des questions de santé au travail** ; ainsi, il reposait sur une **mobilisation interinstitutionnelle où les partenaires se sentaient solidairement concernés** ;
- une **expertise complémentaire était sollicitée** auprès de l'ORS – à l'instar de la région PACA – à la fois pour se **doter de ressources complémentaires nécessaires à la conduite d'un tel projet**, mais également pour **s'adjoindre une compétence de santé publique** susceptible de garantir la qualité, la fiabilité et la validité des informations valorisées ;
- les connaissances valorisées dans le cadre de cette démarche avaient une double vocation : **une vocation interne**, puisqu'elles s'adresseraient à l'ensemble des agents de la DRTEFP/DIRECCTE ; **une vocation externe**, puisqu'elles s'adresseraient également à l'ensemble des acteurs de la santé et de la prévention des risques en région ;
- compte tenu de leur vocation interinstitutionnelle, les matériaux proposés dans ce document devaient respecter une certaine forme **d'objectivité et d'impartialité** et se garder de toute forme d'interprétation ;
- enfin, les informations proposées devaient avant tout être simples et intelligibles, y compris pour un public non expert en ce domaine.

### **f) Repères méthodologiques**

#### Préparation/ingénierie du processus

L'ingénierie du processus a été structurée **en référence à la démarche initiée en PACA**. Le comité de pilotage a ainsi organisé le processus mis en œuvre, en coopération avec l'ORS Centre, mobilisé pour la première fois par la DRTEFP à cette occasion.

C'est donc le Comité de Pilotage qui a déterminé la nature des connaissances susceptibles de figurer dans le tableau de bord, ainsi que le contenu de ce dernier.

#### Recueil des informations

La mission de l'ORS Centre était donc d'**obtenir l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de ce tableau de bord**. Les données étaient transmises par les partenaires avant une date butoir (Novembre 2008).

Un travail de **contrôle de qualité des données, de vérification des bases** (format, variables sélectionnées, date des informations ...) devait également être assuré. **Certaines**

**données n'ont ainsi pas été retenues**, notamment celles des rapports annuels des médecins du travail, non suffisamment valides.

Par ailleurs, cette phase exigeait un effort d'explicitation des indicateurs utilisés et des données fournies, de façon à ne pas générer des erreurs d'interprétations.

### *Production des résultats*

À partir des données et études recueillies, l'ORS a contribué à la **valorisation des données** (calculs, présentation sous forme de tableaux, graphiques, cartes...). Ces éléments étaient soumis au comité de pilotage en charge d'assurer le suivi des productions, corriger, compléter et valider ces matériaux.

Au terme de la démarche, un document mis en page devait être présenté au Comité de Pilotage pour validation définitive. La mission de l'ORS se terminait à la transmission du document final.

### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce document – qui n'avait pas réellement vocation à produire une connaissance nouvelle, mais à valoriser des données et informations d'ores et déjà disponibles – a donc en premier lieu **permis de valoriser des connaissances issues de bases de données institutionnelles ou d'études régionales ou nationales jusqu'alors peu connues**. Par contre, ce processus a été l'occasion, dans le cadre du comité de pilotage – mais également en interne au sein de chaque institution – **de réaliser un effort d'explicitation des données produites mais également d'harmonisation et de mise en cohérence de ces données**, dans un souci de cohérence globale.

Ce processus a enfin permis de **rendre accessible ces données à un large public**, non expert en la matière.

### **Sommaire du tableau de bord « Santé, Sécurité, Conditions de travail en région Centre »**

- Caractéristiques socio-économiques de la région
- Tendances en matière d'expositions professionnelles
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Problématiques fortes en matière de santé au travail
  - Travail et santé mentale
  - Gestion des âges
  - Handicap
- Encarts thématiques
  - Baromètre OPPBTP
  - Suivi médical et socioprofessionnel des accidentés de la main
  - La base AGRITOX sur les substances actives phytopharmaceutiques

### **h) Diffusion des résultats**

Un **document a été publié** à environ 3 000 exemplaires.

Il est **mis à disposition pour téléchargement sur les sites internet** de la DRTEFP/DIRECCTE et de l'ORS.

Ce document a été diffusé, par les membres du Comité de Pilotage, au **sein des différentes institutions et des différents réseaux** :

- préventeurs et acteurs de terrain (services de santé au travail/SST, médecins du travail, agents de contrôle, agents de conseil et de prévention...);
- institutions représentatives du personnel et partenaires sociaux (UD, UR, Unions Professionnelles).

Ce document a **également fait l'objet d'une présentation en CRPRP**.

### ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Les difficultés rencontrées au cours de ce processus sont les suivantes :

- à l'instar des autres régions, la principale difficulté a consisté à **rassembler une information à la fois suffisante, fiable et homogène** pour rendre compte de la situation de la santé au travail en région. L'ORS a ainsi dû se confronter à la diversité des sources, les limites de données produites, la difficulté à mettre en cohérence les différents types de matériaux recueillis, etc.
- en outre, malgré un important travail de sélection et de toilettage des matériaux transmis, **un certain nombre d'informations reste peu exploitable, ou difficilement comparable**.
- l'une des difficultés réside également **dans le faible portage institutionnel de la démarche, en interne à la DRTEFP**. Ainsi, la production de connaissances – qui plus est en santé au travail – constitue un **supplément d'âme, sans commande véritable ; l'appropriation des résultats de ce processus s'en trouve de fait fragilisée, ainsi que le suivi de la dynamique initiée**.
- la mise en œuvre d'un tel processus requiert également un **investissement important de la part de l'ensemble des protagonistes** (pour structurer une information transmissible, pertinente et compatible avec les exigences du document), investissement parfois peu reconnu et peu valorisé institutionnellement. En outre, le suivi du processus de la part de la DRTEFP/DIRECCTE a dû être significatif pour ce premier exercice, compte tenu de la faible antériorité de l'ORS sur le champ « Santé au travail ». Ainsi, la DRTEFP/DIRECCTE regrette de n'avoir eu à disposition davantage de ressources pour accompagner ce processus et contribuer à l'alimenter.
- Enfin, **ce processus s'est inscrit dans un contexte nouveau et sur un sujet faiblement investi** : ainsi, la complémentarité entre l'ORS et le SEPES a dû se structurer progressivement ; par ailleurs, la contribution des médecins du travail n'a pu être pleinement exploitée, compte tenu de modalités de renseignement très hétérogènes des indicateurs de santé proposés dans les rapports d'activité.

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

En premier lieu, **le volontarisme des acteurs** – notamment celui du DA Travail et des MIRT de la DRTEFP/DIRECCTE – a été souligné comme une clé de l'aboutissement de ce projet.

**La qualité de l'animation, de la coordination et du pilotage du processus** ont également constitué un facteur de réussite significatif :

- un effort tout particulier a été déployé en amont du projet par le DA Travail pour préciser les enjeux et l'intérêt pour chacun d'un tel processus ;



- la constitution d'un comité de pilotage ouvert aux principaux protagonistes a permis de structurer un cadre d'implication partagé, où chacun pouvait construire les conditions de sa participation et s'approprier la démarche initiée ;
- enfin, les différents partenaires ont pu progresser dans un cadre de travail lisible, facilitateur, avec des consignes claires et des points d'étape réguliers, favorisant ainsi une évolution coordonnée des travaux.

Cette démarche n'aurait également jamais pu voir le jour **si un réseau partenarial n'avait pas été d'ores et déjà constitué** – qui plus est, dans une région à taille limitée, où les principaux acteurs ont d'ores et déjà pu initier des coopérations.

Enfin, la mobilisation de l'ORS – en tant que tiers, compétent en matière d'observation et de santé publique – a permis non seulement d'apporter **une crédibilité complémentaire à la démarche, mais également d'être garant d'une équidistance entre les différents protagonistes**, facilitant ainsi la contribution de chacun.

### ***k) Limites du processus initié***

Quelques limites à l'exercice sont néanmoins soulignées :

- en premier lieu, certains acteurs regrettent **la portée généraliste des données et informations présentées dans ce support** ; elles ne permettent pas de distinguer des secteurs ou des territoires susceptibles d'orienter de façon plus précise l'action des différents services ou préventeurs ;
- certains acteurs regrettent également que ce support n'apporte finalement que **peu de connaissances nouvelles** à celles d'ores et déjà observées : en effet, les informations proposées ne viennent souvent que confirmer – certes, avec des données objectivées – des constats souvent portés par les acteurs de terrain ;
- enfin, les protagonistes reconnaissent les limites d'un premier exercice, **considéré comme peu prospectif du fait de l'insuffisance des préconisations proposées** (il ne s'agit pas de données commentées, analysées ni mises en perspective). Pour autant, cette première expérience a permis de poser **une première base de travail susceptible d'évoluer** par la suite.

### ***l) Impact du processus engagé***

De façon générale, le tableau de bord a reçu un **accueil positif de la part de l'ensemble des acteurs régionaux** ; en effet, il propose des données récentes, accessibles et facilement utilisables. En outre, il permet une meilleure lisibilité régionale de la situation de la santé au travail ; enfin, il porte à connaissance certaines informations ou certaines études qui étaient jusqu'alors ignorées.

Cette démarche a également **contribué à professionnaliser un nouvel opérateur** et donc à doter la région d'une ressource complémentaire en matière d'observation sur le champ de la santé au travail ; l'ORS constitue désormais un interlocuteur significatif en matière de production de connaissances.

**Cette démarche a également pour impact de cultiver et de conforter le partenariat interinstitutionnel** sur un objet de convergence où la coopération constitue de façon manifeste une valeur ajoutée. Elle a permis de mieux identifier l'identité de chacun et les complémentarités possibles ; elle a également permis d'éprouver ce partenariat autour d'un tableau de bord cosigné ; enfin, elle préfigure des coopérations qui permettront de structurer un PRST nouvelle génération.



En conclusion, ce processus a constitué pour chacune des institutions un **galop d'essai permettant d'éprouver les carences d'information et les limites des données actuellement disponibles sur le champ de la santé au travail, et d'engager une réflexion sur le développement d'un système d'informations** susceptible de donner une meilleure visibilité et lisibilité à la santé au travail en région.

### ***m) Usage des connaissances produites***

Compte tenu de la faible antériorité de ce support, il est encore **difficile d'apprécier l'usage qui en est fait**, ceci d'autant plus que ce support constitue l'un des premiers supports disponibles portant un regard global sur le sujet de la santé au travail en région Centre. Un accompagnement de ce support devra sans doute être déployé, de façon à créer les conditions d'une meilleure identification et d'une meilleure appropriation de ce dernier.

Le tableau de bord constitue néanmoins aujourd'hui **une référence** sur laquelle s'appuient les agents de l'État à l'occasion de diverses manifestations ; de même, ce document devrait constituer un support de travail pour l'élaboration du prochain BOP et du futur PRST ;

De même, certains acteurs externes à la DRTEFP/DIRECCTE (organisations syndicales) se sont saisis de ce support dans le cadre de leurs interventions.

Enfin, ce document constitue un **instrument de dialogue** avec les partenaires ; néanmoins, son utilisation semble relativement limitée au sein même des institutions qui ont contribué à sa réalisation (DIRECCTE, CRAM ou MSA).

## **A • 1.2.3 - Monographie « SAMOTRACE »**

### **• Objectifs**

Produire de la connaissance, dans un cadre scientifique, sur la prévalence des problématiques de santé mentale en lien avec le travail

### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé Publique/Santé au Travail

### **• Principaux protagonistes**

InVS

Sociétés savantes de médecine du travail

Médecins du travail

### **• Nature du processus engagé**

Expérimentation d'une enquête systématique conduite à l'échelon régional par des médecins du travail volontaires.

### **• Périmètre**

Échantillon aléatoire des salariés de la région Centre (tous secteurs confondus, outre salariés indépendants) soumis à la visite biannuelle

### **• Dates clés du processus**

Initiation du projet en 2005

Enquête menée en 2006 et 2007 par les médecins du travail

Publication par l'InVS des premiers résultats intermédiaires en 2007

Publication des résultats finaux en 2008

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Évaluation/ Réflexions en cours sur les perspectives de continuité sur une nouvelle région

- **Destinataires privilégiés**

Experts en santé publique et en santé au travail

Par extension, acteurs de la santé au travail (institutionnels, préventeurs, partenaires sociaux)

### **a) Origines**

L'émergence de cet observatoire trouve ses origines dans un contexte où la question de la santé mentale apparaît comme **une priorité de santé publique qu'il devient nécessaire d'investir** :

- En 2002, la commission européenne pointe la santé mentale comme un enjeu prioritaire de santé publique et révèle un certain nombre de corrélations, dont les différences de prévalences selon les variables socioprofessionnelles ;
- Dès 2004, en France, la loi relative à la politique de santé publique – mais également les travaux préparatoires au plan Violence et Santé pointent la santé mentale comme un enjeu à investir, y compris dans l'environnement professionnel ;
- Enfin, plusieurs études – dont l'une de l'Assurance Maladie – témoignent de l'ampleur des problématiques de santé mentale au travail : en France, elles constituent le deuxième motif d'arrêt de travail et la 1ère cause d'invalidité.

Pour autant, les acteurs – et notamment les médecins du travail – **regrettent le déficit de connaissances objectivées sur les liens entre la santé mentale et travail** : la littérature épidémiologique reste peu abondante, même si elle confirme certaines corrélations entre pathologies mentales et expositions professionnelles ; il existe aujourd'hui peu de dispositifs d'observation et de surveillance de ces questions ; à l'inverse, les médecins du travail observent, dans le cadre de leur pratique, une forte présence des problématiques de santé mentale au travail. Face à l'ensemble de ces constats, le projet SAMOTRACE **est le fruit d'une rencontre entre deux initiatives** :

- d'une part, une **société savante de médecine du travail et des médecins du travail** mobilisés depuis les années 1990 en région Centre sur l'exploration des relations entre pathologies mentales et travail (notamment sur les questions de psychopathologie et de psycho-dynamique du travail) : production de travaux de recherche, d'ouvrages, de témoignages, etc.
- d'autre part, un projet de structuration d'un observatoire de la santé mentale porté par l'InVS.

C'est ainsi que s'est constitué, dans les années 2005/2006, **un groupe de travail associant l'Université de Tours, une société de médecine du travail et l'InVS**. La DRTEFP/DIRECCTE Centre s'est vue progressivement impliquée dans le projet, par l'intermédiaire de son MIRT, également membre de la société savante de médecine du travail et relais auprès des médecins du travail dans le cadre de ses fonctions institutionnelles d'animation et de coordination des médecins du travail.

Ce projet se trouvait **également à la convergence des différentes orientations politiques nationales et régionales de santé** :

- le PST 2005-2009 incitait à la mobilisation des services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux ;

- le PRSP 2005-2009 fixait comme objectif la réduction de la violence et du stress au travail ;
- le PRST 2005-2009 invitait à réduire la souffrance mentale au travail.

La mise en œuvre de SAMOTRACE a été réalisée en premier lieu en région Centre (avec ensuite un élargissement aux régions Pays de la Loire et Poitou-Charentes). Elle a ensuite été également menée en région Rhône-Alpes, selon des modalités sensiblement distinctes.

## **b) Protagonistes**

L'InVS a assuré la **maîtrise d'ouvrage** de ce projet ; à l'échelon de la région Centre, la DRTEFP a soutenu et contribué financièrement à la mise en œuvre du projet (dans le cadre du PRST). **La maîtrise d'œuvre** était assurée par les médecins du travail (pour le recueil des données) et par l'InVS (pour le traitement des données et la publication des résultats). Dans ce cadre, les MIRT (DRTEFP) ont apporté leur appui **dans la mobilisation, l'animation et la coordination des médecins du travail ainsi que dans la mise en œuvre de ce programme**. De son côté, l'Université de Tours a assuré un contrôle scientifique de la démarche, et a mobilisé des moyens en secrétariat et en analyse statistique (recrutement d'une statisticienne).

**À l'échelon régional, un comité de pilotage a été instauré**, associant un représentant de l'InVS, l'Université de Tours, la DRTEFP Centre (puis DRTEFP Pays de la Loire et Poitou-Charentes dans un second temps), l'Institut de Médecine du Travail du Val de Loire, la Société de Médecine du Travail du Val de Loire et la Direction Régionale du Service Médical (CNAMTS).

Un comité de pilotage était également instauré, sous l'animation de l'InVS, à l'échelon interrégional, avec les représentants des différentes régions impliquées dans l'expérimentation. Le processus était également **doté d'un comité scientifique** composé de trois représentants (de l'INVS, de l'Université de Tours, et d'un Médecin du Travail, membre de la société savante de médecine du travail).

## **c) Objectifs**

Le projet SAMOTRACE avait pour objectif générique de **tester la faisabilité de la mise en place d'un programme – à vocation nationale – de surveillance épidémiologique de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle**.

Ce programme avait trois volets :

- un volet épidémiologique en entreprises, mise en œuvre par les médecins du travail ;
- un volet médico-administratif mis en œuvre par les médecins conseils de l'Assurance Maladie ;
- un volet monographique facultatif (analyse qualitative) porté par des médecins du travail formés.

Dans le cadre du premier volet (le volet épidémiologique que nous aborderons ici de façon privilégiée), les objectifs étaient de bâtir les connaissances suivantes :

- **des indicateurs de santé mentale selon l'emploi** (professions, secteurs d'activité) ;
- **des estimations des expositions « à risque »** selon l'emploi (professions, secteurs d'activité) ;
- **des descriptions de troubles de santé mentale** selon les expositions.

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

L'implication dans un tel programme était en premier lieu **l'occasion de participer à une expérience innovante et originale** : aucune enquête d'une telle envergure, et avec une telle ambition scientifique n'avait été conduite jusqu'alors sur ce thème dans le champ du travail.

Cette expérience était ainsi **l'occasion de bâtir et d'expérimenter des indicateurs nouveaux** sur le champ de la santé en lien avec l'activité professionnelle.

Ce programme était aussi l'occasion de **développer et de conforter des partenariats nouveaux** – avec l'InVS, l'Université de Tours et le pôle Travail des DIRECCTE – au service d'une meilleure connaissance en santé au travail.

Enfin, ce programme avait également pour ambition **d'étayer les observations cliniques des médecins du travail par des données quantitatives, et à l'inverse, d'éclairer des données quantitatives grâce aux connaissances qualitatives des médecins du travail** ; il s'agissait ainsi de révéler une nouvelle dialectique entre quantitatif et qualitatif, utile à la fois aux praticiens et aux chercheurs, et susceptibles de valoriser plusieurs sources de connaissances.

#### **e) Partis pris structurants**

Cette initiative se basait sur les partis pris suivants :

- cette démarche s'inscrivait dans un **cadre méthodologique extrêmement rigoureux**, inspiré de l'épidémiologie et des méthodologies de santé publique, susceptible de produire des données fiables et scientifiquement valides ;
- elle visait à **mobiliser des médecins du travail volontaires** dans la production de ces données, selon un protocole précis garantissant la précision des informations recueillies ;
- les données produites devaient constituer un matériau utile en premier lieu **aux experts de la santé au travail et de la santé publique**. Elles pourraient dans un second temps contribuer à éclairer l'ensemble des acteurs de la santé au travail (acteurs institutionnels, préventeurs, partenaires sociaux).
- enfin, **les connaissances produites se situaient à la convergence d'une double approche** : des données épidémiologiques de nature quantitatives et des informations qualitatives issues d'entretiens cliniques (à travers les monographies).

#### **f) Repères méthodologiques**

##### Préparation/ingénierie du processus

L'ingénierie du processus a été bâtie par l'InVS, l'Université de Tours et les sociétés savantes de médecine du travail. Un **questionnaire** en plusieurs parties (auto-questionnaire, questionnaire partie « conditions d'emploi », questionnaire partie médicale) a notamment été structuré, en référence aux travaux scientifiques existants sur le sujet (Karasek, Siegrist, GHQ28, GHQ12 – Santé mentale/bien-être au travail -, etc.).

De même, un **protocole rigoureux** a été structuré, prévoyant un certain nombre de règles strictes d'administration du questionnaire (échantillon, modalités d'administration, etc.).

##### Recueil des informations

Le recueil d'informations était **réalisé sur une durée de deux ans, par des médecins du travail volontaires** (intervenant dans tous les secteurs d'activité) auprès d'un échantillon

représentatif de salariés tirés au sort (à raison d'un salarié par semaine) et rencontrés au cours de leur visite périodique de médecine du travail.

Un premier temps était consacré à un **auto-questionnaire rempli par le salarié ; cet auto-questionnaire était ensuite complété par le médecin du travail au cours de la visite médicale.**

## Questionnaire SAMOTRACE

**L'auto-questionnaire portait sur les axes suivants :**

- variables sociodémographiques et personnelles ;
- facteurs psychosociaux au travail ;
- santé perçue ;
- santé mentale, bien être au travail ;
- alcool et tabac

**Le questionnaire administré par le médecin portait ensuite sur des questions liées aux conditions d'emploi :**

- Variables d'emploi (secteur, profession, contrat, taille d'entreprise...)
- Conditions de travail (horaires, travail posté, ...)
- Violences et discriminations ;
- Parcours professionnel (chômage, intérim...)

**Un axe médical était également exploré :**

- Poids, taille ;
- Antécédents médicaux ;
- Arrêts de travail dans l'année ;
- Traitements psychotropes ;
- Sommeil ;
- Troubles anxieux, dépressifs...

### *Production des résultats*

Les résultats étaient **recueillis par l'InVS et l'Université de Tours** puis saisis sur un support informatisé, permettant le traitement et l'exploitation statistique.

L'InVS avait la charge de **présenter des résultats intermédiaires et les résultats finaux en région**. Ces résultats ont été présentés aux médecins enquêteurs, de façon à ce que ces derniers puissent également contribuer et valider l'analyse des résultats.

### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a été l'occasion de **valoriser un certain nombre d'outils et de travaux scientifiques d'ores et déjà existants** en matière de santé mentale (questionnaire de Karasek, Siegrist, GHQ... mais également travaux issus de la psycho dynamique du travail).

Il a également permis **de porter à connaissance et de sensibiliser les acteurs participant à cette dynamique aux méthodologies d'observation systématisées de nature épidémiologique** promues par l'InVS.

Ce processus a également participé à la **production de connaissances nouvelles sur le sujet** : il a été l'occasion de mettre en lumière, grâce à des données objectivées, et validées

scientifiquement un certain nombre de liens entre santé mentale et environnement de travail ; il a ainsi contribué à l'élaboration d'une véritable expertise médicale sur la santé au travail. Il a également permis de mettre en lumière **certaines problématiques jusqu'alors insuffisamment appréhendées, en révélant des résultats parfois surprenants** (par exemple sur des secteurs professionnels) supports à débats, interpellations et prises de conscience. Il a enfin été l'occasion **d'investir une réflexion de fond sur la production de connaissances en santé au travail** (valeur ajoutée des connaissances sur le sujet, limites des indicateurs, difficultés de mise en œuvre d'un système de surveillance) sur des problématiques aussi complexes que la santé au travail.

#### **h) Diffusion des résultats**

Ces résultats ont tout d'abord été **présentés par l'InVS aux médecins du travail enquêteurs** de la région Centre, pour enrichissement des analyses produites. Les premiers résultats intermédiaires ont été publiés par l'InVS en 2007. Les **résultats finaux, pour la région, ont été publiés par l'InVS** en 2008. Ces résultats sont **téléchargeables** sur le site de l'InVS. Néanmoins, il semblerait que ces résultats n'aient principalement été diffusés qu'auprès d'un public d'experts.

Les résultats de cette enquête n'ont pas été présentés en CTRI ; par contre les résultats régionaux ont été **présentés à l'occasion d'une journée régionale organisée par la DRTEFP Centre, auprès de l'ensemble des acteurs de la santé au travail** : Services de santé au travail, Médecins du travail, Préventeurs (ARACT, CRAM), agents des administrations (agents de contrôle) et partenaires sociaux.

Ils ont également été **valorisés dans le cadre du Tableau de Bord Santé Sécurité Conditions de travail 2009**. Ils ont enfin fait l'objet, en région, d'**une présentation en CRPRP en 2009**.

De son côté, l'InVS a présenté les résultats à l'occasion **d'une journée nationale en 2009** sur le programme SAMOTRACE. Ils font également l'objet de différentes **publications spécialisées** (épidémiologiques, médicales, scientifiques).

#### **i) Difficultés rencontrées au cours du processus**

Les principales difficultés rencontrées au cours de ce processus sont les suivantes :

- en premier lieu, la démarche initiée – du fait notamment du cadre de rigueur dans lequel elle s'inscrivait – **s'est avérée particulièrement lourde à mettre en œuvre** : protocole exigeant, questionnaire long et complexe, durée de mobilisation longue (2 ans) ; l'une des difficultés particulières pour les MIRT a été notamment de maintenir l'implication des médecins du travail sur le long terme.
- compte tenu de la disponibilité accordée à ce projet, les médecins du travail ont regretté **un insuffisant « retour sur investissement »** ; les résultats ont mis du temps à être publiés ; le traitement est resté la prérogative de l'InVS, et certains médecins du travail ont regretté ne pas être suffisamment associés à l'exploitation et l'analyse des données, et n'être considérés que comme des « *collecteurs de données* ».
- en outre, **le départ de l'un des porteurs du projet (AFSSET) a fragilisé la conduite du processus**.
- enfin, en dépit de l'appui de l'InVS, cette enquête reste, du point de vue des médecins du travail participants, une enquête « militante », avec **des moyens insuffisants compte tenu de son ambition**.



## ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ce processus***

La réussite d'un tel processus a reposé sur les éléments suivants :

- l'un des atouts réside en premier lieu **dans la motivation, le dynamisme et l'implication extrêmement forte de médecins du travail, d'ores et déjà structurés en réseau et fortement sensibilisés** et mobilisés sur ces questions de santé mentale en lien avec le travail ; ainsi, cette expérience répondait en premier lieu à une attente de leur part de progresser sur le sujet ;
- le pôle Travail des DIRECCTE ont également été des éléments moteurs dans le cadre de cette dynamique, **en jouant le jeu de l'expérimentation et en acceptant de mobiliser des ressources dans le cadre d'un exercice complémentaire à leurs missions** ;
- cet exercice a également été favorisé par **la dynamique de contractualisation qui avait été impulsée par la DRTEFP** auprès des services de santé au travail, où la question de la santé mentale, mais également de l'évolution des connaissances sur le champ de la santé apparaissaient comme des priorités à investir ;
- ce processus a également été facilité par la mise à disposition d'un **protocole d'enquête extrêmement structuré**, garant de la qualité des informations produites ;
- enfin, ce processus n'aurait jamais pu voir le jour **si des moyens complémentaires n'avaient pu être mobilisés tant par l'Université de Tours que par la DRTEFP.**

## ***k) Limites du processus initié***

Plusieurs limites sont énoncées :

- la principale limite tient à la **lourdeur de cette démarche** ; en effet, dans un contexte de pénurie médicale, la pérennité d'une telle démarche – compte tenu des ressources et de l'investissement nécessaire des médecins du travail volontaires – est vivement interrogée ;
- les informations produites **ne permettent pas d'avoir une vision exhaustive** – et parfois suffisamment précise – de l'intégralité des problématiques de santé mentale au travail (certains secteurs sont insuffisamment représentés, certains types de publics sont exclus – salariés en arrêt de travail, etc.) ;
- enfin, certains regrettent **le caractère complexe et technique des données produites**, limitant la capacité d'acteurs non experts à se les approprier ; ces données n'ont pas fait l'objet d'efforts de simplification ni de vulgarisation, limitant ainsi leur accessibilité. En outre, il ne s'agit pas d'un processus visant à produire des données « opérationnelles », susceptibles d'être transposables dans le cadre d'actions concrètes.

## ***l) Impact du processus engagé***

Pour autant, le processus initié est globalement salué **pour la qualité des informations produites**, en particulier sur un sujet d'actualité (santé mentale au travail, risques psychosociaux) qui laisse prise à de nombreux débats et controverses. À l'échelon régional, aucune remise en cause des résultats n'a été observée. Les informations révélées ont notamment permis de **conforter de nombreuses hypothèses scientifiques et d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche** à investir, au bénéfice de la santé au travail.

Ce processus a également eu pour impact de contribuer à **l'expérimentation et au développement de coopérations nouvelles** – notamment avec l'InVS et l'Université – qui mériteraient d'être à l'avenir cultivées au service de la production de connaissances en santé au travail.

Il a également permis de conforter et de **cultiver les réseaux de médecins du travail**, mais également **d'élever leur professionnalisme, leur expertise et leur niveau d'exigences** quant à la production de connaissances en santé au travail.

Quoi qu'il en soit, le processus initié est aujourd'hui l'occasion d'un **débat de portée nationale** – suscitant de nombreuses controverses – sur les perspectives de généralisation d'un tel système de surveillance, éveillant des conflits d'intérêts sur le sujet.

### **m) Usage des connaissances produites**

Il est aujourd'hui difficile d'apprécier **de la diffusion et de l'utilisation effective des résultats produits par ce processus**. Compte tenu à la fois de la technicité mais aussi de la richesse des données produites – dans un environnement où peu de données objectivées étaient jusqu'alors disponibles – une plus grande antériorité permettra d'apprécier de l'utilisation des connaissances ainsi produites.

Il semble acquis que le processus initié, ainsi que les résultats produits **constituent un support de travail significatif pour les experts** mobilisés sur la construction de systèmes de surveillance et d'observation en santé au travail.

Les connaissances produites sont également, sans aucun doute, venues **conforter et objectiver les observations des médecins du travail** ; pour autant, ces derniers regrettent qu'en contrepartie de leur investissement « *dans une œuvre publique* » de production de connaissances, ils n'aient pas de retours sur investissement dans leur pratique.

Quant à la DRTEFP/DIRECCTE, ces données ont été **intégrées au tableau de bord** ; par ailleurs, elles constituent un support **incontournable pour étayer le futur PRST II et structurer des actions en faveur de la prévention des RPS**. Ainsi, l'une des Unités Territoriales s'est d'ores et déjà emparée de ces résultats pour impulser des actions, et un atelier de pratiques professionnelles pluridisciplinaires associant médecins du travail, inspecteurs du travail et technicien régional de prévention a été mis en place par le MIRT.

Enfin, **certains partenaires en région (notamment l'ARACT) sollicitent la DIRECCTE et l'InVS pour qu'une présentation des résultats** puisse être réalisée auprès de leurs services.

## **A • 1.2.4 - Monographie « Expérimentation visant à réduire les inégalités d'accès à la santé des travailleurs intérimaires »**

### **• Objectifs**

Améliorer la santé au travail des salariés intérimaires par une meilleure connaissance des risques professionnels, par une orientation médicale et sociale et par des actions de maintien dans l'emploi.

### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé Publique/Santé au travail



- **Principaux protagonistes**  
DRTEFP Centre (DA Travail et MIRT)  
Deux services de santé au travail  
Acteurs de la branche, agences d'intérim
- **Nature du processus engagé**  
Expérimentation sociale initiée à l'occasion d'un appel à projet du Haut Commissariat aux Solidarités Actives (HCSA)
- **Périmètre**  
Les salariés intérimaires du département
- **Dates clés du processus**  
Lancement début 2008  
Mise en œuvre à fin 2008 pour le CIHL, et début 2009 pour l'AIMT  
Évaluation intermédiaire réalisée en décembre 2009  
Projet initialement prévu sur 3 ans
- **Situation du processus au moment de la présente étude**  
Projet en cours – Évaluation prévue à son terme
- **Destinataires privilégiés**  
Employeurs, partenaires sociaux et salariés de l'intérim  
Acteurs de la santé en région Centre (y compris santé au travail)

### **a) Origines**

Les intérimaires en région Centre constituent une **priorité d'intervention des différentes institutions** (Santé, Travail) ; en effet, cette région est marquée par un fort recours à l'intérim et les agents observent une plus grande vulnérabilité des intérimaires aux problèmes de santé – santé publique, comme santé travail – ; ainsi, **plusieurs actions du PRSP et du PRST sont menées en direction de ces publics**. En outre, **le suivi médical et la prévention des risques professionnels constituaient l'une des priorités des démarches de contractualisation engagée entre la DRTEFP Centre et des services de santé au travail** de la région.

C'est ainsi qu'à l'occasion d'une séance de travail associant la DRASS et la DRTEFP de la région Centre, il a été conjointement décidé **de se saisir d'un appel à projet du Haut-commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté pour conduire une action en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des populations intérimaires**. Cette opportunité venait également **en écho à des observations portées par des médecins du travail en charge du suivi des populations intérimaires**. Ces derniers observaient effectivement :

- une détresse sociale élevée chez les populations intérimaires, davantage soumises aux problématiques de la précarité ;
- un « envahissement » des problématiques sociales dans le cadre de l'examen clinique.

D'ores et déjà, du fait de la dynamique de **contractualisation**, deux SST de la région Centre étaient mobilisés **sur la question de l'amélioration de l'accès au suivi médical et à la santé des intérimaires**.

Ainsi, ce projet se trouvait à la convergence de plusieurs motivations :

- une volonté de la DRASS de progresser dans l'accès aux droits et à la santé des populations intérimaires ;
- une volonté de la DRTEFP de progresser dans l'accès à un suivi médical de qualité, et à la prévention des risques des salariés intérimaires ;
- une réflexion des services de santé au travail de permettre une meilleure santé au travail des salariés intérimaires ;
- une volonté des médecins du travail de progresser dans leur pratique clinique, tout en favorisant une prise en charge sociale des publics intérimaires.

## **b) Protagonistes**

**La maîtrise d'ouvrage** de ce projet a été assurée par la DRTEFP Centre (DA Travail et MIRT) dans le cadre d'un appel à projet lancé par le Haut-commissariat aux Solidarités Actives. Le portage financier est assuré par le GRSP Centre.

**Un Comité de Pilotage** a été institué, animé par la DRTEFP Centre (DA Travail et MIRT) et associant des représentants du GRSP Centre, de deux services de santé au travail (CIHL et AIMT : médecins du travail et IPRP), de la CRAM Centre, de l'organisation professionnelle de l'intérim (PRISME), et de l'ORS (mobilisé dès en amont pour bâtir la démarche d'évaluation).

Ce comité de pilotage a été ensuite élargi aux assistantes sociales intervenant dans le projet.

**La maîtrise d'œuvre a été confiée aux services de santé au travail** (Médecins du travail) **et aux deux assistantes sociales** mobilisées dans ce cadre. Les assistantes sociales étaient détachées sur le projet par leur organisme employeur : BS Conseil pour l'assistante sociale du CIHL et Focsie Centre pour l'assistante sociale de l'AIMT.

## **c) Objectifs**

L'expérimentation sociale initiée avait pour finalité :

- de **produire de la connaissance sur l'accès à la santé et aux soins des intérimaires**, en vue de remédier à une absence de connaissances objectivées sur cette problématique ;
- **d'agir concrètement en faveur de l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des intérimaires.**

**Les objectifs génériques** de ce processus étaient les suivants : réduire les inégalités de santé des travailleurs intérimaires en région Centre et améliorer l'accès aux soins et à la prévention des risques professionnels, à travers :

- une meilleure prise en compte globale des problématiques sanitaires et sociales des populations intérimaires ;
- une meilleure traçabilité et un meilleur suivi des expositions professionnelles.

**En matière d'objectifs opérationnels**, ce processus avait vocation :

- à aider les médecins du travail à identifier les situations de précarité des salariés intérimaires ;
- à orienter les populations les plus précaires vers une prise en charge sociale adaptée ;
- à mettre en place un carnet de parcours professionnel pour organiser la continuité du suivi médical ;
- à favoriser une surveillance médicale renforcée pour les populations les plus exposées.

## **D'autres objectifs avaient été également formulés, mais ne semblent pas avoir été mis en œuvre :**

- conduite d'actions d'éducation à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels ;
- mise en place de prestations pour assurer l'interface entre le suivi médical assuré par les médecins du travail, les services sociaux pour le règlement des difficultés sociales et l'orientation éventuelle vers des centres d'exams de santé ;
- l'orientation des intérimaires vers des dispositifs de formation.

### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

Ce processus était également l'occasion :

- **d'accompagner le développement de la pluridisciplinarité des services de santé au travail**, en répondant aux besoins des médecins du travail de se recentrer sur la partie médicale tout en permettant une prise en charge des problématiques sociales par une compétence consacrée ;
- de **sensibiliser la branche de l'intérim en faveur de l'évolution des pratiques et d'une meilleure prise en charge** des salariés intérimaires ;
- **d'expérimenter de nouvelles formes de prise en charge**, susceptibles d'apporter une valeur ajoutée dans le suivi médical des salariés intérimaires ;
- de **développer une approche transversale** mettant en convergence les questions de conditions d'emploi, de conditions de travail et de santé au travail, au cours des missions des DRTEFP/DIRECCTE.

### **e) Partis pris structurants**

Ce processus s'est structuré autour des principes suivants :

- en premier lieu, la démarche s'inscrit dans le cadre d'une **dynamique de recherche action** : elle permet à la fois de produire des connaissances sur les populations intérimaires, mais également de tester, de façon opérationnelle, de nouvelles pratiques ;
- cette démarche se veut également une **expérimentation** ; dans un objectif de généralisation et conformément aux exigences de l'appel à projet du HCSA, ce processus s'accompagne d'une double évaluation (évaluation intermédiaire et évaluation finale) confiée à l'ORS, permettant d'en identifier l'efficacité, la cohérence et les facteurs structurants susceptibles d'être reproduits ;
- cette démarche veille également à **mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique** (y compris les organisations professionnelles – PRISME –), de façon à ce qu'ils puissent s'impliquer et participer dès en amont au processus.

### **f) Repères méthodologiques**

#### Préparation/ingénierie du processus

Le projet a dans un premier temps été bâti dans le cadre d'un **groupe de travail restreint** associant la Da Travail, les MIRT, un représentant du GRSP et les médecins du travail et des deux services de santé au travail.

**Ce groupe de travail s'est ensuite transformé en comité de pilotage**, et élargi aux différents acteurs sollicités pour participer à ce projet : ORS, organisation professionnelle, assistantes sociales, médecins du travail participants à l'expérimentation.

Les membres du comité de pilotage ont assuré **un temps d'information préalable auprès des agences d'intérim**.

**Des comptes rendus réguliers témoignent de l'avancée des travaux** dans le cadre de ce groupe de travail, où chacun contribue en apportant des matériaux utiles à la mise en œuvre du projet.

Des outils sont ainsi mutualisés et travaillés conjointement au bénéfice du projet :

- un **carnet de suivi du parcours professionnel** délivré aux intérimaires, qui doit permettre de retracer le parcours du salarié dans ses emplois successifs et son suivi médical ;
- un **questionnaire** permettant d'identifier les situations de précarité, validé au niveau national (questionnaire EPICES) ;
- le projet doit également permettre la mise en œuvre d'une **prestation d'assistante sociale** au sein du service de santé au travail qui intervient auprès des intérimaires en situation de précarité orientés par les médecins du travail.

Une **procédure de travail** est co-construite :

- Les agences d'intérim doivent préalablement à la visite médicale transmettre à la secrétaire médicale un certain nombre d'informations concernant l'intérimaire (CV et récapitulatif des missions)
- La secrétaire médicale a en charge l'information des intérimaires sur le projet, la vérification du CV, la remise du carnet de suivi et l'établissement du score EPICES ;
- Le médecin du travail a vocation à consulter le carnet de suivi et les résultats du score EPICES, et en fonction des informations disponibles, doit prendre contact avec le médecin de l'entreprise utilisatrice et orienter si besoin le salarié vers un Centre Médical et/ou vers l'assistante sociale.

De même, la démarche d'évaluation a été structurée et validée dès en amont. Elle doit porter sur 4 axes :

- les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation ;
- l'identification des caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et médicales des travailleurs temporaires précaires ;
- l'évolution de la surveillance de l'exposition aux risques professionnels des travailleurs temporaires ;
- l'évolution de la prise en charge sociale des travailleurs temporaires précaires.

### Recueil des informations

Les informations sont saisies sous Sthetho (logiciel informatique utilisé en service de santé au travail). Des requêtes permettent un traitement de ces informations sous forme quantitative.

L'assistante sociale capitalise également des informations sur un logiciel de suivi de l'activité (Bureaumobile).

Les médecins du travail capitalisent également un certain nombre d'informations de nature qualitative.

Le secteur de l'intérim met également à disposition un certain nombre d'informations.

### *Production des résultats*

Chaque service de santé au travail, chaque assistante sociale assume une exploitation des informations collectées. Ces résultats sont consolidés et analysés collectivement dans le cadre du comité de pilotage.

En outre, **une évaluation intermédiaire** a été produite par l'ORS en décembre 2009. Cette évaluation contribue également à la production d'un certain nombre de connaissances relatives à cette démarche.

#### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a été l'occasion **de valoriser de nouveaux outils** – score EPICES, fiches de liaison – auprès notamment des médecins du travail.

Ce processus a également contribué à la **production de quelques indicateurs quantitatifs** sur la population intérimaire accueillie par les deux services de santé au travail (notamment par des intérimaires soumis à un degré élevé de précarité, en référence au score EPICES).

Ce processus a permis également **de mieux appréhender les problématiques d'accès aux soins, à la santé et aux prestations sociales des salariés intérimaires, une meilleure connaissance de leur poste de travail et une visibilité sur leurs conditions de prise en charge**. Elle a notamment permis d'appréhender les modalités de recours aux organismes proposés par la branche.

La démarche d'évaluation intermédiaire a été l'occasion **également de soulever un certain nombre de réflexions et de connaissances** quant à la mise en œuvre de cette expérimentation (notamment les difficultés liées à la production de données quantitatives).

#### **h) Diffusion des résultats**

À ce jour, **les résultats définitifs de cette action n'ont pas été formalisés**, le projet n'étant pas arrivé à son terme.

Pour autant, le comité de pilotage a constitué **un espace de suivi dans la mise en œuvre du projet**, permettant de capitaliser les connaissances produites au fur et à mesure de la démarche.

L'évaluation intermédiaire produite par l'ORS a à ce jour été diffusée aux **protagonistes du projet, ainsi qu'au HCSA**.

Une présentation de cette expérimentation **auprès du Ministère est programmée, ainsi qu'une restitution finale au HCSA**.

De même, une **présentation auprès des représentants de la branche de l'intérim** est également envisagée.

D'ores et déjà, **un article présentant l'expérimentation a été publié** dans le bilan des conditions de travail.

#### **i) Difficultés rencontrées au cours du processus**

Les principales difficultés repérées par les acteurs au cours de ce processus sont les suivantes :

- en premier lieu, compte tenu des contraintes liées à la procédure d'appel à projet lancée par le HCSA, un certain **retard a été pris à l'initiation du projet** ;

- la méthodologie du projet **a également été bâtie dans l'urgence**, pour répondre aux contraintes de délais de l'appel à projet ; certaines procédures auraient exigé davantage de temps d'appropriation pour les acteurs, et ponctuellement, des réajustements facilitant la mise en œuvre de l'expérimentation ;
- **la mobilisation des médecins s'est avérée parfois difficile**, compte tenu des pénuries médicales et des faibles disponibilités dont ils disposent ; certains médecins n'ont pas réellement perçu le sens et la valeur ajoutée de cette expérimentation ;
- de même, le **turn-over des participants** au comité de pilotage a fragilisé la continuité de la démarche ;
- les **procédures initialement envisagées n'ont pas toujours été respectées** ;
- un **certain nombre d'acteurs n'ont pas perçu également l'intérêt de la démarche d'évaluation** (comprise comme une étude sur les intérimaires).

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours du processus***

Ce processus a néanmoins pu se mettre en place grâce aux leviers et atouts suivants :

- une **réelle impulsion, une forte mobilisation et une conduite du processus tout au long de sa mise en œuvre par la Da Travail et les MIRT** (DRTEFP Centre) ;
- la mise à disposition **d'une ressource et d'une compétence supplémentaire auprès des Services de Santé au Travail, sans incidence financière directe sur les services** ;
- un **bon accueil de la part des entreprises de travail temporaires**, qui voyaient dans cette étude, une opportunité complémentaire à saisir pour l'accompagnement social de leurs salariés ;
- la **valorisation d'une compétence d'assistante sociale** intervenant en complémentarité – et sans confusion – avec les outils d'ores et déjà mis en place par la branche, notamment en termes d'accompagnement social (FASTT – Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire) ;
- **l'implication de l'ensemble des acteurs** (et notamment des assistantes sociales mobilisées) dans le recueil et la capitalisation des informations sur les publics rencontrés.

### ***k) Limites du processus initié***

Les limites de ce processus tiennent essentiellement aux éléments suivants :

- en premier lieu, cette expérimentation s'inscrit dans un **périmètre limité** et ne touche pas l'ensemble des intérimaires de la région (deux SST se sont portés volontaires pour participer à cette dynamique) ;
- **l'absence d'un cadre réglementaire prévoyant un suivi social des populations intérimaires** constitue également un frein à ce type de démarche ; la réforme de la santé au travail apportera peut-être des éléments susceptibles de conforter cette initiative ;
- les limites tiennent également **aux moyens – à durée limitée – mis en œuvre au service de cette expérience** ; une fois le projet arrivé à son terme, des moyens devront être mobilisés par les SST pour pérenniser l'intervention de l'assistante sociale ;

- au cours de ce processus, la DRASS et le GRSP n'ont plus été représentés dans le cadre du comité de pilotage ; aujourd'hui, **il n'y a plus d'interlocuteur identifié dans la nouvelle ARS** ; les fruits de cette expérimentation, qui auraient pu alimenter des réflexions sur l'accès aux droits et aux soins des intérimaires, risquent d'être perdus ;
- des interrogations portent sur l'avenir de la démarche, compte tenu de la disparition du HCSA ;
- enfin, **l'impact de ce processus reste relativement limité en interne**, au sein de la DIRECCTE ; cette expérience n'a pas suscité de réflexion particulière, notamment des agents de contrôle.

### ***l) Impact du processus engagé***

Dans ce cadre, le processus initié a eu un certain nombre d'impacts, dont notamment la **meilleure prise en charge globale des intérimaires** : en effet, un certain nombre d'entre eux ont pu bénéficier d'un accompagnement social, et d'une orientation vers un centre de médecine.

Ce processus a permis également de **mettre en lumière une problématique déjà connue** – la précarité des intérimaires –, mais jusqu'alors insuffisamment relayée.

Ce processus a aussi permis **l'intégration (parfois empirique) de nouveaux supports (score Epices, fiches de liaison...), voire de nouveaux repères dans les pratiques de certains médecins et secrétaires médicales**. En perspective de la fin de l'expérimentation, le pôle Travail des DIRECCTE ont d'ores et déjà engagé des discussions pour éventuellement pérenniser, en interne, le poste d'assistante sociale.

Ce processus a également permis de créer **des liens et des coopérations entre les agences d'intérim et les médecins du travail**, permettant une meilleure connaissance mutuelle et ouvrant ainsi des perspectives de dialogue et de coopération.

Enfin, certains acteurs informés de la démarche **ont engagé des actions** visant à mieux appréhender le suivi sanitaire et social des intérimaires (audit de la santé au travail chez Manpower). La branche également, interpellée par ce projet, envisage de mobiliser d'autres outils – notamment le 1 % logement – pour développer l'accompagnement social des salariés.

### ***m) Usage des connaissances produites***

Le processus n'étant pas arrivé à son terme, il est **difficile d'appréhender l'usage** qui sera réalisé des résultats de cette expérimentation.

Pour autant, ce processus étant structuré selon une méthode expérimentale, les connaissances versées au sein du comité de pilotage suscitent directement des pistes de réflexion et d'action.

D'ores et déjà, il apparaît que certains médecins du travail **ont développé une habitude de travail en coopération avec l'assistante sociale, et souhaitent voir cette expérience se poursuivre**.

Les différents protagonistes **souhaitent également promouvoir cette étude pour alimenter les réflexions sur la réforme de la médecine du travail et la contractualisation avec les SST**, mais aussi porter au Ministère chargé du travail les enseignements de cette expérimentation **au bénéfice d'un certain nombre de chantiers** (surveillance médicale au travail des travailleurs précaires, flexisécurité, etc.).



## A • 1.2.5 - Monographie « Amélioration des conditions de travail dans le secteur du nettoyage »

### • Objectifs

Développer les connaissances sur la prévention du risque TMS et des conditions de travail dans le secteur de la propreté pour mobiliser la profession et impulser des actions

### • Clé d'entrée privilégiée

Condition de travail/Santé au Travail /Secteur professionnel (propreté)

### • Principaux protagonistes

Acteurs de la profession

La DRTEFP impulse, apporte son soutien et coordonne le processus

### • Nature du processus engagé

Succession de 3 études (statistique, ergonomique et sociologique), dans le cadre d'une dynamique de projet portée dans un premier temps par des médecins du travail, puis par un comité de pilotage régional pluriel

### • Périmètre d'étude

Donneurs d'ordre, entreprises et salariés du secteur de la propreté de la région

### • Dates clés du processus

Étude statistique réalisée par les médecins du travail en 2006

Étude ergonomique engagée par la profession de Novembre 2007 à Octobre 2008

Étude sociologique conduite en 2009, avec production des résultats en Décembre 2009

### • Situation du processus au moment de la présente étude

Projet exploité par la fédération à des fins de sensibilisation et de prévention

### • Destinataires privilégiés

Les acteurs de la branche

Les donneurs d'ordre

Les acteurs de la santé au travail et de la prévention

### a) Origines

Ce processus trouve ses origines dans **la mobilisation d'un service de santé au travail – et des médecins du travail – sur la question de la prévention des TMS**. En effet, les médecins du travail de ce service **observent depuis plusieurs années une progression des pathologies TMS**, en particulier dans le secteur de la propreté. En outre, ce secteur témoigne d'un **relativement faible taux de déclaration de maladies professionnelles, des difficultés à adapter les postes de travail et une augmentation des restrictions d'aptitudes, fragilisant le maintien dans l'emploi des salariés concernés**.

Ainsi, les médecins du **travail souhaitent mettre en commun leurs observations – issues des entretiens cliniques – au bénéfice d'une action concertée et coordonnée** de prévention des risques professionnels au sein de ce secteur.



Par ailleurs, **les informations et données disponibles sur le sujet sont relativement restreintes** (une étude disponible sur les risques TMS des laveurs de vitre – Branche, INRS et CRAM Nord Picardie – et quelques informations produites par la région Normandie). Ainsi, il apparaît nécessaire de **se doter d'informations supplémentaires** pour mieux appréhender les risques professionnels auxquels sont soumis les salariés de ce secteur.

Ce processus répond ainsi aux objectifs formalisés dans le cadre du PRST, notamment en matière de sensibilisation des entreprises, de protection de la santé des salariés et de la prévention des risques professionnels, mais également dans le cadre de mise en œuvre d'actions visant à lutter contre les TMS.

### **b) Protagonistes**

La première phase de ce processus (étude des médecins du travail) a été portée et assumée **par les médecins du travail** de l'AIPST 18, sous la coordination d'un médecin du travail. Les conclusions de cette première étude ont ensuite été présentées aux institutions professionnelles de la branche Propreté. C'est à la suite de ces éléments **qu'une étude de nature ergonomique a été engagée, portée au niveau régional par le GREPCSO** (Groupement Régional des Entreprises de Propreté Centre et Sud-ouest) et **au niveau national par la FEP** (Fédération des Entreprises de Propreté).

Au terme de cette étude, et pour poursuivre la dynamique engagée, **une nouvelle phase a été engagée à l'initiative de DRTEFP/DIRECCTE** (Da Travail et MIRT).

Ainsi, **trois maîtrises d'ouvrage se sont succédé** au cours de ce processus évolutif.

De même, **différentes maîtrises d'œuvre ont été mobilisées** dans la conduite des différentes phases de ce processus :

- lors de la première phase, la maîtrise d'œuvre était assurée par les médecins du travail de l'AIPST 18 ;
- la mise en œuvre de la deuxième phase a été confiée au CTIP Conseil en coopération avec un ergonomiste/IPRP de l'AIPST 18 ;
- enfin, la mise en œuvre de la troisième phase a été confiée à une sociologue de l'Université d'Orléans.

Lors de la phase 2 et 3, des entreprises du département du Cher mais également des salariés du secteur ont été mobilisés **pour contribuer à la production de connaissances**.

Au cours de ce processus (au terme de la Phase 1), **un comité de pilotage régional** a été constitué, associant les médecins et l'IPRP de l'AIPST 18, les représentants de la branche de la Propreté (FEP, GREPSO, CTIP, FARE, FAF Propreté, INHI), la CRAM, l'ARACT et le MIRT (DRTEFP).

### **c) Objectifs**

Le processus initié a pour **objectifs**, à travers le développement des connaissances, **la sensibilisation et la mise en mouvement d'une branche** professionnelle en faveur de la prévention.

Ce processus à travers ses différents développements, a donc pour objectifs opérationnels :

- **de produire une connaissance étayée** (de nature statistique, ergonomique puis sociologique) pour objectiver les risques professionnels des salariés du secteur de la propreté ;
- **d'associer la profession à l'identification de ces risques professionnels et des marges de manœuvre à investir ;**

- de **développer des actions** (notamment en direction des donneurs d'ordre) pour créer les conditions favorables à une prévention des risques professionnels.

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

Pour la DRTEFP/DIRECCTE, ce processus est en premier lieu l'occasion **d'accompagner le pôle Travail des DIRECCTE dans la valorisation des connaissances observées par les médecins du travail**, notamment grâce à une capitalisation des observations individuelles dans le cadre d'un système d'informations susceptible de contribuer à la production de données collectives sur la santé au travail des salariés.

Ce processus constitue également une **occasion de mobiliser, à partir de données objectives, les acteurs de la profession pour construire avec eux des actions de prévention professionnelle structurelles** (par exemple, l'élaboration d'une charte de la prévention dans le secteur). Il est également l'occasion de **diversifier les ressources et partenariats régionaux** dans une perspective de développement **des connaissances en santé au travail (coopération avec l'Université d'Orléans)**.

#### **e) Partis pris structurants**

Le processus s'est structuré selon les principes suivants :

- Un processus **évolutif**, qui s'est progressivement construit au gré des opportunités et qui a ainsi connu différents développements :
  - une première phase a été initiée par un service de santé au travail (AIPST 18), à travers la mise en place, le renseignement et l'exploitation d'indicateurs de santé au travail (par l'intermédiaire du logiciel Sthéto) sous la coordination d'un médecin du travail ;
  - une deuxième phase a ensuite été prise en charge, en lien avec le service de santé au travail et la branche professionnelle, par le CTIP (organisme de conseil du secteur de la propreté), de façon à mieux appréhender et décrire les observations portées dans le cadre de l'étude réalisée par l'AIPST 18, et ouvrir des perspectives d'action ;
  - une troisième phase a enfin consisté à poursuivre l'analyse engagée (sous un angle sociologique) et proposer des pistes d'amélioration complémentaires.
- Ce processus répondait également à **une double vocation** : à la fois contribuer au développement des connaissances sur un sujet où peu d'informations et de données étaient disponibles et mobilisables ; mais également contribuer à l'impulsion d'actions de prévention opérationnelles au bénéfice des salariés du secteur.
- Ce processus était également l'occasion de **cultiver et de développer différents partenariats** : à la fois des expertises susceptibles de contribuer à la production de connaissances, mais également de mobiliser les acteurs privilégiés susceptibles d'engager des actions structurelles sur le sujet (acteurs de la profession) : cette démarche partait du principe que rien ne pourrait se faire dans ce secteur sans la mobilisation dès en amont de la branche.
- Le recours à l'université a été sollicité notamment parce qu'elle était **garante d'une indépendance dans la production de connaissances en santé au travail**.
- Si ce processus avait vocation à répondre à des préoccupations régionales (dans le cadre du PRST), il s'agissait également de créer **les conditions d'une possible diffusion et**

**généralisation des connaissances produites**, notamment par l'implication ponctuelle des instances nationales de la profession.

### **f) Repères méthodologiques**

Compte tenu de la nature distincte des différentes phases, des méthodologies différentes ont été mobilisées.

- La **première étude, de nature médicale**, produite par les médecins du travail de l'AIPST 18 a été menée de la façon suivante :
  - un groupe de travail a été constitué au sein de l'AIPST, composé d'une dizaine de médecins du travail, sous l'animation d'un médecin coordinateur de l'étude. Ce groupe de travail a assumé l'ingénierie de cette première étude, ainsi que l'analyse et la validation des résultats. Il a pu apporter un soutien dans la mise en œuvre du recueil et du traitement informatisé des données médicales.
  - suite aux constats des médecins du travail (fréquence des plaintes et des diagnostics de pathologies musculo-squelettiques, faible nombre de déclarations de maladie professionnelle, adaptations de postes difficiles, restrictions d'aptitudes susceptibles de provoquer des risques importants d'exclusion), un recensement des entreprises du secteur de la propreté suivies par l'AIPST 18 a été réalisé ;
  - les médecins du travail ont ensuite procédé à une analyse rétrospective des dossiers médicaux (+ de 400 consultations analysées) ;
  - les informations ont été saisies sur support informatique sur des bases construites et partagées par l'ensemble des médecins ;
  - les médecins ont ensuite procédé à une analyse statistique des constatations médicales et des informations concernant le travail ;
  - enfin, les médecins ont structuré une synthèse des conclusions de cette analyse.
- La **deuxième étude, de nature ergonomique**, avait vocation à **approfondir les connaissances produites** par les médecins du travail, notamment à travers un recueil d'informations par la profession auprès des entreprises adhérentes. Pour cela, la profession a décidé d'engager une étude ergonomique en partenariat avec deux sociétés de nettoyage volontaires et dans des entreprises utilisatrices sélectionnées en ciblant deux grands types d'activités : le tertiaire et les cages d'escalier.

Ces interventions ergonomiques, **menées conjointement par le CTIP et un ergonome/IPRP de l'AIPST 18**, avaient pour objectif :

- la réalisation d'un diagnostic de l'existant dans des entreprises de propreté du département du Cher ;
- la recherche de pistes de solutions concernant la problématique T.M.S ;
- la recherche des pistes de solutions concernant la problématique du maintien de l'emploi et de l'intégration des travailleurs handicapés.

Le groupe de travail réunissant les organisations de la branche professionnelle a déterminé le cahier des charges de l'intervention. Des informations ont été délivrées aux entreprises et aux opérateurs, de façon à susciter le volontariat.

Des conventions d'intervention ont été soumises à signature auprès des entreprises de propriété, de l'entreprise utilisatrice et des intervenants, de façon à légitimer la présence des ergonomes sur le site.

Les études ergonomiques ont été conduites selon les modalités suivantes :

- observations globales de terrain sur site, de façon à se familiariser avec l'activité de chaque opérateur sur chaque site et définir des points d'analyse plus précis ;
- administration d'un questionnaire aux opérateurs (validé scientifiquement) permettant de recueillir des informations sur la présence ou non de douleurs chez l'opérateur et la perception de l'opérateur par rapport à son activité professionnelle ;
- observations systématiques, à partir d'hypothèses de travail, à l'aide de caméscopes et d'appareils photos.

Les matériaux recueillis ont été exploités et ont donné lieu à une analyse et à la formulation de préconisations.

- **La troisième étude**, de nature sociologique, a été conduite par une sociologue de l'Université d'Orléans, pour le compte de la DRTEFP/DIRECCTE.

Cette étude s'est structurée autour d'une analyse documentaire (revue de littérature) et la conduite d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs (interviews qualitatives auprès de 15 salariés et de 5 donneurs d'ordre).

L'exploitation des informations et l'analyse ont ensuite été réalisées par la sociologue.

### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus, dans toutes ses composantes, a contribué à la valorisation d'un certain nombre d'informations jusqu'alors méconnues :

- en premier lieu, **les observations qualitatives des médecins du travail** – quantitatives et qualitatives – ont pu être valorisées ;
- un certain nombre **d'informations et de données** – y compris issues d'autres régions – ont également été portées à connaissance (Étude Pays de la Loire 2002, Normandie 2003, données de la DARES, de l'INSEE, de la FEP...).

Par ailleurs, ce processus a permis **la production de connaissances nouvelles** :

- sur la santé au travail des salariés de ce secteur (pathologies mais aussi facteurs de protection de la santé) ;
- sur les conditions de travail et les conditions d'activité dans ce secteur ;
- sur les marges de manœuvre mobilisables au sein de la branche et des entreprises (identification de déterminants susceptibles de constituer des cibles d'action).

Ce processus a permis aux médecins du travail **d'éprouver les limites des indicateurs traditionnellement utilisés sur le champ de la santé au travail** (par exemple, le taux de maladies professionnelles dans un secteur susceptible de masquer des phénomènes de sous-déclaration...). Il a également contribué à démontrer **l'utilité des systèmes d'informations partagés**.

Les différents travaux conduits dans le cadre de ce processus ont également permis, à partir de données produites dans un cadre scientifique et rigoureux, de **donner lieu à des exercices de communication et de vulgarisation, favorisant la diffusion d'une information accessible à tous** (notamment à l'occasion de production de plaquettes d'information).

Ce processus a contribué, du fait notamment des espaces de rencontre et de pilotage créés à cette occasion (comité de pilotage, temps de restitution...) à favoriser **une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelle entre les différents acteurs, et l'initiation de nouvelles formes de dialogue et de coopération** (notamment entre les acteurs de la profession et le pôle Travail des DIRECCTE). Ainsi, du point de vue des acteurs de la profession, ce processus a contribué à donner une lecture plus juste du secteur dans toute sa complexité aux intervenants institutionnels ; à l'inverse, les médecins du travail soulignent une véritable prise de conscience des acteurs de la profession à l'égard des risques professionnels et une reconnaissance du rôle et des missions des services de santé au travail.

Ce processus a également permis de **mettre en lumière différentes perspectives d'action** susceptibles de contribuer à l'évolution des pratiques de prévention professionnelle.

## **Connaissances produites par l'exploitation des données médicales (phase 1 – étude statistique)**

Données générales sur les salariés rencontrés

Pathologies (Pourcentage de TMS chez les femmes, chez les hommes, maladies professionnelles déclarées)

Localisation des pathologies

Analyse du travail :

- Temps de travail
- Risques des entreprises utilisatrices
- Sollicitations du corps
- Un travail invisible et mal considéré
- Un travail qui demande du savoir-faire et de la formation
- Un travail qui demande de l'entraide
- Un travail qui demanderait plus de réglementation

Aptitudes

Facteurs aggravants

Facteurs protecteurs pour la santé

Pistes de solutions

## **Connaissances produites par l'étude ergonomique (Phase 2)**

Observations

- Prestations
- Matériel
- Équipement
- Conception des bâtiments
- Observations générales

## Résultats des questionnaires

- Part de multi-employeurs
- Expériences antérieures
- Douleurs
- Représentativité du travail (répétitivité, variété, compétences, autonomie, quantité et vitesse, obstacles, relations avec la hiérarchie et avec les collègues,
- Ports de charge
- Postures
- Représentations du travail (sens du travail personnel, respect du travail, rétroaction, épanouissement personnel, évolution au travail,

## Observations systématiques

- Postures
- Recensement du matériel utilisé
- Analyse du port de charges

## Diagnostic et pistes de progrès

## Connaissances produites par l'étude sociologique (Phase 3)

### Trajectoires et condition salariale

- Le travail dans le secteur du nettoyage
- Trajectoires et profils
- Statuts, rémunérations et carrières

### Les conditions de travail

- Les horaires
- Le temps de travail
- L'absentéisme
- La pénibilité et les atteintes à la santé

### L'environnement de travail

- Cadre de travail, matériel et sécurité
- Identité et indignité au travail
- Travail et reconnaissance dans le nettoyage

### Améliorer... condition salariale et estime de soi dans le nettoyage

- Fédération et entreprises
- Du côté des donneurs d'ordre

## ***h) Diffusion des résultats***

Tout au long de ce processus, **des temps de restitution et de diffusion des résultats ont été organisés :**

- les résultats de la phase 1 (exploitation des données médicales) ont fait l'objet d'une **présentation en Comité Départemental de Prévention, ainsi qu'auprès des représentants régionaux et nationaux des organisations professionnelles de la branche** ; ces résultats ont été rappelés par la suite tout au long du processus, dans le cadre des différentes instances de travail ;

- les résultats de la phase 2 (étude ergonomique) ont été **présentés en comité de pilotage** régional. Ils ont également été diffusés au sein des **différentes organisations de la profession de la propreté**. Cette étude est téléchargeable sur le site du CTIP.
- les résultats de la phase 3 (étude sociologique) ont été présentés dans **le cadre d'une réunion, auprès des médecins du travail et des agents de contrôle de la DIRECCTE** ; ils ont également été présentés à l'occasion d'une **réunion organisée par la branche, auprès des entreprises de la région**.

Le rapport formalisé par la sociologue a également été **diffusé auprès des membres du comité de pilotage régional**. L'étude a également été adressée à la DGT.

L'ensemble de ces travaux devraient faire **l'objet d'une communication dans le cadre du congrès de médecine du travail, et de publications éventuelles**.

### *i) Difficultés rencontrées au cours du processus*

Globalement, tout au long de ce processus, les principales difficultés résidaient :

- dans **la mobilisation des entreprises** – donneurs d'ordre ou entreprises de la propreté – dans le cadre des différentes dynamiques initiées ;
- dans **la mobilisation des syndicats de salariés**, absents tout au long de ce processus ;
- dans **les difficultés de dialogue** – notamment lors du lancement du projet – entre les acteurs de la branche et les médecins du travail, confrontés à des représentations mutuelles contrastées.

### *j) Atouts/leviers du processus initié*

Pour autant, ce processus s'est appuyé sur un certain nombre d'atouts significatifs :

- en premier lieu, **la contractualisation** entre la DRTEFP et le service de santé au travail a constitué un élément moteur dans la démarche, le service de santé au travail (SST) se trouvant de fait légitimé à investir du temps et des ressources sur cette question ;
- **la mobilisation d'un médecin du travail dans la promotion de l'outil informatisé** auprès de ses pairs a également facilité l'intégration de cet outil dans les pratiques ; en effet, la structuration du système d'information s'est appuyée sur des réflexions professionnelles portées collectivement, facilitant son appropriation et son utilisation ;
- **la mise à disposition d'informations fiables, pragmatiques, territoriales**, utilisables par les médecins du travail a également facilité l'implication des médecins dans le cadre de cette démarche, proposant un retour sur investissement rapide ; - la conduite de ce processus a également été permise par une **mobilisation et un volontarisme important du MIRT** tout au long de la démarche, permettant ainsi de cultiver la dynamique initiée et d'en favoriser sa progression ; cette dynamique a également été favorisée par l'absence de turn-over des différents protagonistes, mobilisés dans la durée sur ce processus ;
- le rôle structurant de l'État est également salué dans le cadre de ce processus : en effet, l'État (notamment à travers l'intervention du MIRT) a permis de contribuer à la **structuration d'un espace de dialogue et d'intermédiation**, dans le respect du rôle et des prérogatives de chacun, permettant ainsi la construction de perspectives de prévention partagées ;



- la mobilisation de la branche dans le cadre de cette démarche a également été un élément facilitant la **prise en compte, par les entreprises de la profession, des matériaux produits et leur sensibilisation aux actions envisagées.**

### **k) Limites du processus**

Les principales limites identifiées dans le cadre de ce processus tiennent aux éléments suivants :

- **une insuffisante valorisation des résultats produits par ce processus** (en particulier de la dernière étude sociologique) ; en effet, les connaissances produites mériteraient d'être davantage diffusées et accompagnées, de façon à créer les conditions d'une sensibilisation plus large des entreprises et des acteurs de santé et de prévention ;
- certains acteurs s'interrogent sur **la valeur ajoutée de trois études successives**, même si chacune de ces études a permis d'enrichir les connaissances sur le sujet et a favorisé une mobilisation progressive des différents acteurs ;
- les études ont également révélé **le poids des choix et des contraintes économiques**, dimensions sur lesquelles les agents de l'inspection et les médecins du travail ont peu de prise ;
- un certain nombre d'acteurs craignent que la conjonction d'un contexte de crise économique des entreprises et d'un contexte de réforme institutionnelle des administrations **ne fragilise à moyen terme le processus engagé et les coopérations initiées.**

### **l) Impact du processus**

Ce processus compte un certain nombre d'impacts significatifs :

- outre le fait qu'il a contribué à **développer une connaissance nouvelle et plus complète sur la prévention des risques professionnels** dans le secteur de la propreté, il a également permis une **véritable prise de conscience et prise en charge** de cette problématique au niveau de la branche : en effet, ce processus a notamment permis :
  - la création d'un comité de pilotage national sur ces questions (associant la DGT, la CNAMTS, l'ANACT...) ;
  - la nomination, à l'échelon national, d'une chargée de mission – référent du projet TMS ;
  - la mise en place d'un plan d'action national TMS porté par la branche (mobilisation des entreprises, actions de formations).

L'impact favorable de ce processus est unanimement reconnu par les acteurs de la branche.

- la CRAM a également **mis en place une aide financière simplifiée** pour accompagner la prévention des TMS dans le secteur (notamment à travers l'investissement dans un matériel adapté) ;
- la place des médecins du travail comme contributeurs à la construction de connaissances en santé au travail (et non pas exclusivement fournisseurs de données) est confortée auprès de l'ensemble des acteurs – socio-économiques, préventeurs, etc. ;
- de même, compte tenu d'un contexte réglementaire restreint permettant de lutter contre les TMS, ce processus a permis de révéler **de nombreuses marges de manœuvres susceptibles d'aider les préventeurs, les médecins du travail et les**



**agents de contrôle à mieux intervenir sur ces questions** ; Pourtant, du point de vue des médecins du travail, ce processus n'a **encore qu'un impact relativement faible** auprès des salariés du secteur ; en effet, les constats restent toujours les mêmes, et aucune évolution n'est actuellement observée.

De même, ce processus semble avoir eu un impact relativement limité en **interne, au sein de la DIRECCTE** (la présentation des résultats auprès des directeurs n'ayant suscité que peu de réactions) ; pour autant, un certain nombre d'agents de contrôle ont manifesté leur intérêt pour les connaissances produites dans le cadre de cette étude.

### ***m) Usage des connaissances produites***

Aujourd'hui, les connaissances produites dans le cadre de ce processus constituent **des supports de travail pour la branche**, à l'échelon régional comme national.

Ce processus a également permis de contribuer à **une élévation des connaissances des professionnels** – médecins du secteur, agents de la DIRECCTE, acteurs de prévention –, implicitement réinvesties dans les pratiques au quotidien.

Ce processus a également **mis en lumière un certain nombre de pistes susceptibles d'être investies** – par la DIRECCTE comme par les acteurs de la santé au travail et de la prévention – : travail des femmes, précarité, etc.

Enfin, les connaissances produites à l'occasion de ce processus ont été **réinvesties dans l'élaboration de deux plaquettes d'information et de sensibilisation**, l'une à destination des fournisseurs (de produits, de matériels...), l'autre à destination des entreprises de propreté.

## A • 1.3 - Région Nord-Pas-de-Calais

### A • 1.3.1 - Quelques éléments sur le contexte régional

La région Nord Pas de Calais se distingue, en matière de production de connaissances sur le champ des conditions de travail et de la santé au travail :

- en premier lieu **par une sensibilité importante** de l'ensemble des acteurs (acteurs institutionnels, préventeurs, partenaires sociaux) **aux problématiques de santé au travail et de prévention des risques professionnels ;**
- par une **coordination forte entre santé publique et santé au travail** favorisant une dynamique convergente de développement d'actions complémentaires ;
- par un **volontarisme interinstitutionnel en matière de production de connaissances** favorisant la production relativement régulière d'études et de connaissances opérationnelles sur la santé au travail et les conditions de travail ;
- **par une forte intégration, au sein de la DRTEFP/DIRECCTE, de cette fonction de production de connaissances**, à la fois étroitement articulée aux orientations politiques portées régionalement et nationalement mais également aux différentes interventions conduites – dans le cadre de ses missions – en faveur de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels ;
- par un **certain nombre de ressources régionales** (acteurs institutionnels – y compris Conseil Régional, préventeurs, services de santé au travail – mais également ISTNF et l'Université de Lille –) **mobilisées dans la production, la valorisation et le développement des connaissances sur ce champ ;**
- par un PRST porteur en soi d'un **objectif d'amélioration des connaissances en Santé au Travail ;**
- et enfin par le développement **d'une double dynamique, à l'échelon régional**, permettant à la fois de porter un regard générique sur la situation de la santé au travail – compte tenu des indicateurs disponibles – en région Nord-Pas-de-Calais, mais également de soutenir des dynamiques visant, dans le cadre d'études-action, d'appréhender des problématiques spécifiques (territoriales, par secteurs d'activité, par risques) etc.

### A • 1.3.2 - Monographie « Atlas régional : la santé au travail dans le Nord-Pas-de-Calais 2009-2010 »

#### • Objectifs

Mettre en visibilité et en lisibilité les données disponibles en santé au travail et proposer une lecture infrarégionale de la situation

#### • Clé d'entrée privilégiée

Santé au travail/Prévention des risques – Éclairages territoriaux et sectoriels

#### • Principaux protagonistes

DIRECCTE NPDC et CARSAT Nord-Picardie SST – Médecins du Travail OPPBTP MSA

#### • Nature du processus engagé

Capitalisation des matériaux disponibles et déclinaison territoriale

- **Périmètre**  
Salariés du régime général
- **Dates clés du processus**  
2009-2010
- **Situation du processus au moment de la présente étude**  
Réactualisation du document, en perspective d'un Atlas 2011
- **Destinataires privilégiés**  
L'ensemble des acteurs intervenant sur le champ de la santé au travail

### **a) Origines**

La construction d'un Atlas Régional de la Santé au Travail au sein de la DRTEFP/DIRECCTE Nord-Pas-de-Calais trouve ses origines dans le cadre de plusieurs dynamiques antérieures :

- depuis plusieurs années déjà, le pôle Travail des DIRECCTE – en coopération avec les services de santé au travail des DIRECCTE – et les services de la CRAM Nord Picardie **valorisent les données disponibles dans le cadre de publications interrégionales** sur la santé au travail (AT/MP mais également inaptitudes et maintien dans l'emploi) ;
- par ailleurs, au sein de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, **un outil de diagnostic territorial avait été développé à l'attention de l'inspection du travail** (y compris sous forme d'un outil CD ROM) pour contribuer à la production de connaissances au plus près des réalités observées ;
- cette dynamique s'inscrit également dans le cadre **d'une politique volontariste de convergence des politiques et des priorités de Santé Publique et de Santé au Travail** :
  - en 2000, la conférence régionale de santé conclut à la nécessité d'un rapprochement effectif entre la santé publique et la santé au travail (coopération entre les Médecins Inspecteurs de Santé Publique et les Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail et de la Main-d'œuvre, Actions de santé au travail intégrées dans le cadre des appels à projets Santé Publique, intégration de méthodologies de santé publique dans le cadre de dynamiques de santé au travail...) ;
  - le PRSP se dote d'un objectif de promotion de la santé au travail, qui s'articulera naturellement avec le PRST 2005-2009.

Dans un tel contexte, **les coopérations au service de la production de connaissances en Santé au Travail se sont donc développées et confortées** :

- en 2006, sur la base des informations d'ores et déjà coproduites sur la santé au travail, la CRAM et la DRTEFP avaient réalisé un diagnostic de la santé au travail, présenté à l'occasion des Assises régionales préparatoires à l'élaboration du Plan Régional de Santé au Travail. En conclusion de ces assises, il apparaissait clairement que l'exercice de programmation régional de santé au travail **devait s'étayer sur une meilleure connaissance, et de plus amples informations sur le sujet** ;
- en outre, la Commission Régionale de Santé au Travail et plus largement les acteurs de la santé au travail déploraient l'absence d'indicateurs fiables susceptibles d'être exploités pour contribuer à une meilleure visibilité de la situation de la santé au travail

dans la région. Certains services de santé au travail et médecins du travail témoignaient de leur côté de leur difficulté à contribuer à une meilleure connaissance de la santé au travail, compte tenu de l'inadaptation des systèmes d'information utilisés.

Ainsi, le PRST 2005-2009 s'est doté **d'un objectif d'amélioration de la connaissance de la santé au travail dans la région** ; cet objectif se décline en trois sous-objectifs :

- mettre en place un système d'information partagé (l'Atlas répond à ce premier objectif) ;
- soutenir le développement d'EVREST ;
- mettre en place un dispositif de suivi des indicateurs du PRST.

En 2005, l'URCAM et la DRASS Nord-Pas-de-Calais avaient mutuellement contribué à l'élaboration d'un Atlas de la santé en région ; c'est en référence à cette première expérience qu'est né l'Atlas régional de Santé au Travail de la région Nord Pas de Calais.

## **b) Protagonistes**

**La maîtrise d'ouvrage** de ce projet est assumée conjointement par la DRTEFP/DIRECCTE Nord-Pas-de-Calais et la CRAM/CARSAT Nord-Picardie. Le document produit est donc conjointement signé de la Directrice régionale DRTEFP/DIRECCTE et du Directeur général de la CRAM/CARSAT Nord-Picardie.

Dans le cadre de ce processus, le SEPES a assumé un rôle **d'assistance à maîtrise d'ouvrage**. Un **comité de pilotage** est également mis en place, en charge de la détermination du contenu de l'Atlas, du suivi et de la coordination des travaux. Ce comité de pilotage est composé :

- de représentants de la DRTEFP/DIRECCTE (DA Travail, MIRTMO, SEPES) ;
- de représentants de la CRAM Nord-Picardie ;
- de médecins du travail/représentants de SST ;
- d'un représentant de l'Université de Lille II ;
- de l'OPPBTP ;
- de la MSA.

**Une maîtrise d'œuvre** est structurée en 4 sous-groupes de travail :

- BTP ;
- CMR ;
- Données médicales ;
- Données chiffrées AT/MP.

Ces groupes de travail réunissent des acteurs des institutions représentées dans le comité de pilotage. Ils ont vocation à produire l'information contenue dans l'Atlas.

## **c) Objectifs**

Cet Atlas a pour objectifs :

- **de promouvoir la santé au travail** dans la région Nord-Pas-de-Calais auprès de l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ ;
- de **capitaliser, de mettre en cohérence et de mettre en visibilité les données disponibles** en santé au travail, tout en les réactualisant de façon périodique ;
- de **se doter d'éléments pertinents pour orienter** les priorités de chacun et cibler les actions.

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

À travers la mise en œuvre de cet outil, il s'agissait également, de façon indirecte :

- de **conforter et de valoriser l'expertise de l'administration du travail** en matière de santé au travail et de prévention des risques ;
- de **valoriser les constats des médecins du travail**, comme source d'informations au service de la veille sanitaire et du diagnostic santé au travail ; cette valorisation devait également permettre d'inciter les médecins du travail de la région à contribuer à ce type d'exercice ;
- de **cultiver et de conforter les partenariats avec les différents acteurs de la santé au travail** (CRAM, OPPBTP, Services de santé au travail, etc.) ;
- de **se doter d'arguments fiables et précis** pour étayer les actions menées par les services, mais également, le cas échéant, pour répondre aux interpellations des médias... voire de la justice ;
- **d'élever le niveau de connaissances** de l'ensemble des acteurs, notamment en diffusant des données simples et accessibles, restées jusqu'alors trop confidentielles.

#### **e) Partis pris structurants**

La constitution de cet Atlas répond aux principes préalables suivants :

- en premier lieu, le processus visait à rendre **simples, accessibles et opérationnelles** les données produites sur la santé au travail ;
- il s'agit également de **publier des données fiables et incontestables** : de fait, les données non validées statistiquement n'ont pas été retenues ;
- le choix de territorialiser les données a été retenu, de façon inédite, pour **permettre une appréhension plus fine des singularités territoriales** ;
- ces données n'étaient pas construites a posteriori ; il s'agissait de **données d'ores et déjà disponibles chez les principaux acteurs de la santé** au travail en région, qu'il était nécessaire néanmoins de retravailler de façon à ce qu'elles puissent traduire effectivement les problématiques de santé au travail à l'échelon territorial ;
- **le principe du « patchwork » a également été retenu** pour bâtir cet outil ; ainsi, plusieurs sources de données sont mobilisées, et un éclairage est prévu, pour chaque édition, sur une problématique plus spécifique, propre à la région Nord-Pas-de-Calais ;
- enfin, les données étaient travaillées conjointement par la CRAM/CARSAT et la DRTEFP/DIRECCTE, sans recours à une sous-traitance externe (de type ORS), de façon à **permettre une pleine maîtrise de ces données et de leur exploitation** en référence aux politiques publiques et aux actions menées par ces institutions.

#### **f) Repères méthodologiques**

##### Préparation/ingénierie du processus

Ce processus s'inscrit dans le cadre d'une **démarche de projet, rigoureusement structurée** :

- commande d'une maîtrise d'ouvrage ;
- mise en place d'un comité de pilotage restreint aux institutions contribuant à l'exercice ;
- organisation de groupes de travail associant plus largement les différents acteurs.

Le Comité de Pilotage assure **l'ingénierie du projet** : il détermine le contenu de l'Atlas, notamment le choix des thèmes en fonction de l'actualité, de la sinistralité et des priorités institutionnelles (en référence aux programmes de la DRTEFP/DIRECCTE et de la CRAM). Il détermine également le plan de l'Atlas, ainsi que l'ensemble des données susceptibles d'être mobilisées ; enfin, il détermine la nature des données qui seront retenues pour alimenter le document.

### *Recueil des informations*

Chaque institution **a mis à disposition** les données dont elle disposait ; **un travail d'adaptation, de mise en forme, de traitement** de ces données a ainsi été réalisé, de façon à créer les conditions d'une cohérence des données entre elles :

- extractions régionales des données interrégionales de la CRAM ;
- reclassement des données en infrarégionales, de façon à ce qu'il puisse donner une lecture par bassin d'emploi ;
- travail sur les bases, etc.

Les informations étaient **consolidées et validées au sein des groupes de travail**, le cas échéant en mobilisant différentes compétences complémentaires : statisticienne de la CRAM, épidémiologistes, informaticien d'un service de santé au travail, etc.

### *Production des résultats*

L'ensemble des informations ont été **présentées, validées et coordonnées en comité de pilotage**. Elles ont ensuite été mises en forme conjointement par la CRAM/CARSAT et la DRTEFP/DIRECCTE, dans le cadre d'un document commun, en référence au PST.

## **Brève présentation de l'Atlas régional « La santé au travail dans le Nord-Pas-de-Calais » 2008**

### **1 - La région et ses territoires**

La population (densité, taux d'activité)

Les salariés du secteur privé (effectifs par âges, catégories, secteurs)

AT/MP

### **2 - La région et la France**

La population

Les salariés du secteur privé

AT/MP

### **3 - Zoom sur les zones d'emploi**

### **4 - L'intérim**

Les emplois des intérimaires

Les spécificités du secteur de la construction

Une population plus exposée

Des données de sinistralité qui confirment les caractéristiques de population à risques

## 5 - Les constats des médecins du travail

Les sources de données

Les TMS

Le bruit

Les RPS

## Glossaire

### Brève présentation de l'Atlas régional « La santé au travail dans le Nord-Pas-de-Calais » 2009-2010

#### 1 - Actualisation du diagnostic régional

La région et ses territoires (effectifs salariés, AT)

Comparaison France/Région (Effectifs, AT, MP)

Zoom sur les zones d'emploi

Regard sur le régime agricole (activité et effectifs, sinistralité, non salariés agricoles)

#### 2 - Constats des médecins du travail

Indicateurs des Services de Santé-Travail Interentreprises (Tx de visites de reprise, Tx d'inaptitude, Tx de visites de pré-reprise, Maintien dans l'emploi)

Données EVREST (Bruit, TMS, RPS)

#### 3 - Le secteur du BTP

L'emploi dans le BTP Nord-Pas-de-Calais

Contraintes de travail et santé : le ressenti des salariés du BTP (données EVREST)

Sinistralité dans le BTP

Zoom sur certaines problématiques (Chutes de hauteur, Amiante)

#### 4 - L'exposition aux agents CMR

Cancers professionnels et reconnaissance

Action coordonnée CMR

Action MSA Phyt'attitude

Garages et HAP : action de connaissance et de maîtrise des risques

Action GPS – Garage Prévention Santé

## Glossaire

### g) Connaissances valorisées/produites

Cet exercice a permis :

- de **mettre en lisibilité et en visibilité un certain nombre d'informations actualisées** jusqu'alors insuffisamment diffusées au-delà des institutions en charge de les publier ;
- de **porter à connaissance des instruments** – tels que les baromètres BTP – jusqu'alors peu identifiés par les partenaires ;

- mais également **de contribuer au développement de nouvelles connaissances en matière de santé au travail dans la région, notamment** :
  - de mettre en lisibilité les **disparités territoriales**, et de faire émerger des territoires plus sensibles que d'autres ;
  - de **partager les limites des indicateurs produits**, et de contribuer ainsi à l'émergence d'un langage commun entre différentes institutions ;
  - **d'explorer des secteurs spécifiques**, pour mieux connaître les problématiques structurelles de santé au travail (intérim, BTP, ...).

### ***h) Diffusion des résultats***

Ce processus a donné lieu à **l'édition d'une brochure**, publiée en des milliers d'exemplaires, et diffusée à l'ensemble des acteurs de la santé au travail de la région, et des différentes institutions (chambres consulaires, instances paritaires, etc.).

Cet atlas est également **téléchargeable** sur les sites internet de la DRTEFP/DIRECCTE NPDC et de la CRAM/CARSAT Nord Picardie.

Une présentation de l'Atlas a été **réalisée en CRPRP**. De même, les résultats ont été **présentés à la presse**, à deux reprises, à l'occasion de conférences de presse.

### ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Les principales difficultés rencontrées par les acteurs en charge de la mise en œuvre de ce processus étaient les suivantes :

- le **traitement des données s'est avéré un exercice extrêmement difficile**, compte tenu du caractère hétérogène des sources et des nomenclatures ; cet exercice a nécessité la construction d'un langage commun et partagé entre les institutions ;
- de même, certaines données n'ont pu être utilisées, compte tenu de leur **faible fiabilité statistique** (notamment un certain nombre de données produites dans le cadre des rapports d'activité de la médecine du travail) ;
- l'une des difficultés tient également à **l'insuffisance de moyens consacrés – en temps et en ressources** – à ce type d'exercice, notamment pour le pôle Travail des DIRECCTE et les médecins du travail (pour lesquels la production de connaissances en santé au travail ne constitue pas une obligation réglementaire) ;
- enfin, les services de la DRTEFP/DIRECCTE tout comme les services de la CRAM/CARSAT regrettent de ne disposer en interne qu'insuffisamment **de ressources en ingénierie et en accompagnement**, susceptibles d'exploiter davantage les données produites au service de la mise en œuvre de projets concrets de prévention.

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Les atouts et leviers identifiés par les différents acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre de ce processus sont les suivants :

- en premier lieu, **le volontarisme et le soutien institutionnel des deux directions** – DRTEFP/DIRECCTE et CRAM/CARSAT – (y compris dès en amont, dans une volonté commune de partager les données, mais aussi de construire des informations communes) a constitué un moteur important dans la mise en œuvre de ce projet,



permettant notamment la mobilisation des ressources nécessaires pour animer et coordonner ce projet ;

- **l'engagement également des services de santé au travail et de médecins du travail** – d'ores et déjà mobilisés sur les problématiques de production de connaissances et habitués au travail en réseau et en coopération - a également contribué au succès de cette démarche ;
- **le soutien technique et la coordination mis en place** – notamment par la DIRECCTE et la CRAM – ont également facilité l'avancée des travaux ; le cadre de méthode – structuré sur une logique de projet, dans le cadre d'un périmètre partenarial maîtrisé – a également constitué un axe structurant du processus engagé ;
- enfin, **la contribution d'expertises internes** – au sein du SEPES, et au sein de la CRAM/CARSAT (ingénieur de prévention) – a également été un atout fort dans la conduite de ce projet.

### ***k) Limites des processus initiés***

Plusieurs limites sont énoncées par les acteurs rencontrés :

- la principale limite tient à **l'insuffisance des données disponibles** sur les questions de santé au travail ; en outre, les données portées dans les rapports d'activité des médecins du travail, outre leur caractère peu homogène, constituent davantage des données de gestion, et non des données de santé et de prévention ;
- certains acteurs regrettent que **les données ne soient davantage interprétées, et ne donnent lieu à des orientations ou des perspectives plus déterminées**, permettant de poser des priorités plus explicites ;
- le **choix des découpages territoriaux** constitue également une limite, notamment pour les médecins du travail qui interviennent sur des territoires différents ;
- d'autres acteurs regrettent parfois le caractère quelque peu « aride » du document ; **une synthèse des matériaux mériterait d'être réalisée**, permettant une meilleure appropriation des principaux enseignements de l'Atlas ; à ce jour, il semble insuffisamment « digéré » par les acteurs de prévention ;
- à l'inverse, d'autres acteurs considèrent **le document comme trop « généraliste »**, n'offrant pas un caractère suffisamment explicite, ou suffisamment exhaustif (par exemple, les données de la fonction publique ne sont pas intégrées) :
  - les médecins du travail regrettent que davantage de données produites par ces derniers – notamment dans le cadre des rapports d'activité – n'aient pu être exploitées ;
  - enfin, le CRPRP aurait souhaité un développement des données favorisant des croisements par branche et par territoire ; aujourd'hui, les moyens à disposition ne permettent pas de produire de telles informations.

### ***l) Impact des processus engagés***

Compte tenu de la faible antériorité du processus, il est aujourd'hui encore **difficile d'apprécier l'impact de ce processus**.

De façon générale, il apparaît que la **production de l'Atlas a suscité relativement peu de controverses**, tant en ce qui concerne la mise en œuvre du processus que sur les résultats

produits. Plus globalement, les acteurs de la santé au travail ont accueilli avec satisfaction ce nouveau support.

Ce processus **permet également de cultiver les partenariats d'ores et déjà initiés, mais aussi de mettre en visibilité les carences des systèmes d'informations actuels** en matière de santé au travail ; ce processus participe donc d'une **dynamique de professionnalisation** collective en matière de production de connaissances en la matière.

### ***m) Usage des connaissances produites***

À ce jour, l'Atlas Santé au Travail constitue **un véritable diagnostic réactualisé sur la santé au travail**. Il devient **un support significatif pour la construction du PRST II**, en particulier pour la détermination des priorités.

Il constitue également un support pour orienter et **structurer l'action des différentes institutions, dans le respect de leurs missions** : pour exemple, il contribue à alimenter le plan d'action régional de l'inspection du travail. Progressivement, il semble devenir une **référence citée par les partenaires** à l'occasion de manifestations publiques consacrées à la santé au travail. Il constitue également une **référence pour les médecins du travail**, favorisant une meilleure appréhension de la situation de la santé au travail par zone d'emploi, et le développement d'un argumentaire de sensibilisation à l'égard des entreprises. Enfin, il constitue un **support de dialogue** entre les acteurs de la santé au travail, les branches professionnelles (intérim, BTP notamment) et les territoires.

## **A • 1.3.3 - Monographie « Exsudation CMR »**

### **• Objectifs**

Développer les connaissances sur l'utilisation des CMR et intervenir auprès des entreprises pour la mise en œuvre de mesures de prévention

### **• Clé d'entrée privilégiée**

Risques professionnels (CMR)

### **• Principaux protagonistes**

DRTEFP/DIRECCTE NPDC et CRAM/CARSAT Nord-Picardie SST – Médecins du Travail

### **• Nature du processus engagé**

Exsudation par questionnaire auprès des entreprises et contrôle/conseil

### **• Périmètre**

Les entreprises principalement concernées par le risque CMR au sein de la région

### **• Dates clés du processus**

Démarrage de l'action en 2004 (cartographie), puis enrichissement 2005-2006

Action de contrôle : 2006-2007

Action de sensibilisation des entreprises : 2008

### **• Situation du processus au moment de la présente étude**

Poursuite du processus vers des secteurs cibles

### **• Destinataires privilégiés**

Les salariés et les entreprises prioritairement concernés par le risque CMR

## a) Origines

Ce processus trouve ses origines dans la convergence de plusieurs dynamiques :

- La prévention et la lutte contre les CMR constitue **une priorité des politiques publiques** : Loi de Santé Publique, Plan Santé Environnement, Plan Santé au Travail, Orientations de la CNAM, etc. Cette priorité publique s'accompagne en outre d'un renforcement de la réglementation en faveur de la prévention du risque chimique.
- Ces priorités s'inscrivent dans la **continuité des constats portés à la fois par l'inspection du travail** et la médecine du travail d'une élévation du nombre de cancers professionnels, constats confirmés par des études nationales – notamment SUMER –. Pour autant, sur ce domaine, les agents de contrôle et de prévention se plaignent de **n'avoir pas une visibilité suffisante** (sur la nature des substances utilisées, sur les entreprises utilisatrices, etc...) pour construire des interventions pertinentes et ciblées.
- Enfin, depuis les années 2000, un certain nombre d'actions sont engagées, notamment à l'initiative de la DRTEFP Nord-Pas-de-Calais, de la CRAM Nord-Picardie ou des Services de Santé au Travail de la région : ainsi, des actions avaient été initiées sur les problématiques des poussières de bois, des fibres minérales, des risques chimiques et CMR... auprès de différents secteurs d'activité.

Une action territoriale avait également été conduite dans le Valenciennois, financée par le GRSP dans le cadre du PRSP, mobilisant conjointement l'inspection du travail, la CRAM et les médecins du travail. Enfin, la question des CMR constitue l'un des objets de réflexion du Comité Régional de Coordination des préventeurs associés (DRTEFP/DDTEFP, CRAM, OPPBTP, ARACT, ISTNF) mis en place en région Nord-Pas-de-Calais.

C'est dans la continuité de ces actions que s'inscrit le présent processus.

## b) Protagonistes

**La maîtrise d'ouvrage** de cette étude-action était conjointement assurée par la DRTEFP/DIRECCTE NPDC et la CRAM/CARSAT Nord-Picardie. Un **comité de pilotage** a été instauré, associant la maîtrise d'ouvrage, des représentants des services de santé au travail mobilisés, et l'ISTNF. **La maîtrise d'œuvre** était assurée par des agents de l'inspection du travail, des contrôleurs de sécurité de la CRAM, des médecins du travail et des IPRP des services de santé au travail.

**Une expertise complémentaire, en appui** à cette action a été mobilisée :

- un ingénieur chimiste-inspecteur ressources méthodes (Cellule pluridisciplinaire de la DRTEFP NPDC) ;
- le laboratoire de Chimie toxicologie de la CRAM ;
- le Centre Régional de Toxicologie professionnelle et environnementale du CHRU (en lien avec l'ISTNF) ;
- et l'ISTNF

## c) Objectifs

Les objectifs de ce processus étaient les suivants :

- **établir une cartographie régionale** de l'utilisation des CMR (produits utilisés, secteurs, entreprises, métiers...) pour améliorer le ciblage des actions des agents de contrôle et de prévention ;

- **sensibiliser les entreprises** à une prise en compte des risques CMR et l'intégration d'actions de prévention ;
- **agir en faveur de la substitution des agents CMR par des agents non CMR ou, à défaut, s'assurer que les conditions d'utilisation des produits respectent la réglementation.**

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

À travers ce processus, il s'agissait également :

- d'apporter aux agents – de contrôle et de prévention – **des éléments leur permettant de mieux connaître les produits CMR** (plus de 100 000 substances sur le marché), les expositions aux agents CMR et les entreprises confrontées à ce risque, mais également de mieux cibler les interventions (notamment en perspective du PRST) ;
- de **faciliter la mobilisation des agents de contrôle et de prévention** en leur permettant d'appréhender concrètement les problèmes posés au plus près du terrain, dans le respect de leurs missions ;
- de **tirer des enseignements utiles pour le développement de plans d'action** – tant des agents de prévention et de contrôle que des entreprises – ;
- de **contribuer à l'amélioration du dialogue avec les branches** dont les entreprises sont principalement exposées au risque CMR.

#### **e) Partis pris structurants**

Cette étude-action s'est structurée autour des principes suivants :

- il s'agissait de bâtir une **méthodologie ad-hoc**, permettant de répondre aux **objectifs conjoints de production de connaissances et d'action**, tout en veillant à intégrer les contraintes suivantes :
  - la diversité et la dispersion des produits, et la difficulté à distinguer avec précision les entreprises utilisatrices ;
  - les moyens et les compétences susceptibles d'être mobilisés au repérage des CMR, des entreprises et des risques ;
- il s'agissait également **d'associer dès en amont les entreprises** concernées dans une perspective de sensibilisation et de mobilisation en faveur d'actions ultérieures de prévention ;
- cette action devait se construire dans le cadre d'une **coopération interinstitutionnelle et pluridisciplinaire** (agents de contrôle, agents de prévention des CRAM et médecins du travail), à l'instar de certaines actions déjà développées dans le passé et permettre ainsi un **maillage des différents modes d'intervention** : contrôle, conseil, expertise médicale et prévention.

#### **f) Repères méthodologiques**

##### Une première phase d'établissement d'une cartographie du risque CMR

Un premier temps de la démarche a consisté en la **détermination d'une cartographie des CMR** en région. À partir d'une liste de 5 000 entreprises, et conformément à la législation en vigueur (obligation réglementaire d'évaluation des risques – notamment des risques liés à la présence d'agents chimiques- et dans ce cadre, recensement de tous les agents chimiques

présents dans l'établissement), il a été **demandé à chacune de ces entreprises de fournir la liste des agents chimiques qu'elles avaient identifiés**. Conjointement, des réunions étaient organisées au plus près des territoires pour **mobiliser les agents de contrôle et de prévention et les médecins du travail** dans le cadre de cette démarche.

Un courrier type (de type **questionnaire**) était ensuite adressé à ces entreprises, avec un délai de réponse de 3 mois, accompagné d'une fiche d'aide à la réalisation de cette liste. Une fiche explicative de l'étiquetage réglementaire, ainsi que la liste des phases de risques étaient jointes à ces envois, avec une plaquette d'information sur les CMR éditée par la DRTEFP. Ces supports étaient établis à travers des réunions de mobilisation des agents (à l'échelon territorial), mais également avec l'appui scientifique du laboratoire de chimie toxicologie de la CRAM et du centre régional de toxicologie professionnelle et environnementale du CHR (dans le cadre d'un partenariat avec l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France). Conjointement, **l'animation d'un réseau de médecins référents et coordonnateurs** avait permis d'impliquer et d'outiller le pôle Travail des DIRECCTE interentreprises de la région.

L'exploitation des informations retournées par les entreprises était réalisée conjointement par la CRAM et la DRTEFP. À l'issue de cette étape, des réunions régionales d'information étaient organisées auprès des entreprises répondantes, pour présenter une première cartographie régionale de l'utilisation des CMR établie à partir des informations recueillies. De même, les résultats de cette première étape ont été diffusés par voie médiatique, mais également à travers des conférences débats organisées par la CRAM ou les CCI.

#### Une deuxième phase de contrôle/conseil auprès d'entreprises utilisatrices de CMR

Dans la continuité de cette première phase, des **actions de contrôle** par l'inspection du travail ont été mises en place auprès des entreprises utilisatrices de CMR et celles qui n'avaient pas répondu. La méthode proposée consistait à demander, dans un premier temps les Fiches de Données de Sécurité correspondant aux agents CMR, puis à rappeler à l'entreprise ses obligations en la matière (substitution, repérage, etc.).

Un **guide de contrôle** a été élaboré par la DRTEFP et diffusé à l'ensemble des agents (12 questions portant sur les points clés des dispositions réglementaires). Chaque agent de contrôle était également invité à prendre contact avec le médecin du travail de l'entreprise.

L'exploitation de ces informations visait à **compléter la cartographie** régionale de l'utilisation des CMR en veillant à sensibiliser les entreprises sur les pistes de progrès. Dans le cadre de la campagne nationale CMR, une grille complémentaire de recueil d'informations a également été renseignée par les agents de l'inspection du travail.

L'appui régional a permis de **structurer et coordonner l'action, d'en collecter régulièrement les résultats, et d'en présenter des synthèses à chaque étape**. De même, les ingénieurs de prévention de la DRTEFP ont été sollicités pour apporter un appui aux agents de contrôle dans le cadre de cette phase.

Conjointement, un **outil d'évaluation du risque CMR** permettant aux agents de la CRAM de suivre le parcours du produit dans l'entreprise et d'identifier les phases de risques pour les salariés a été élaboré sous forme de guide. Les agents de terrain de la CRAM sont **retournés dans les entreprises** ayant déclaré au moins un produit CMR en visite conjointe avec le médecin du travail ou parfois l'inspection du travail en utilisant ce guide. Il s'agissait là également **d'inciter les entreprises à mettre en place des produits de substitution, et/ou de mettre en place des mesures concrètes de prévention des risques**.

Toutes les informations recueillies ont été remontées au Laboratoire Interrégional de Chimie Toxicologie de la CRAM afin d'en faire une exploitation dans le but d'estimer les expositions potentielles aux agents CMR au sein des entreprises.

### Une troisième phase de diffusion et de sensibilisation

Au terme de cette démarche, **plusieurs campagnes de communication** – notamment auprès des entreprises concernées – ont été mises en place, de façon à restituer les résultats obtenus et poursuivre la sensibilisation des entreprises. Des actions de sensibilisation ont également été conduites par la CGPME, l’UIMM, le CNPA, les chambres des métiers et de l’artisanat, l’UPA...

En outre, chaque institution s’est dotée d’un plan destiné à poursuivre cette action, y compris sur des secteurs privilégiés.

#### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a tout d’abord contribué à une **meilleure connaissance mutuelle des différents acteurs** (inspection du travail, les contrôleurs de sécurité de la CRAM et les médecins du travail) dans le cadre d’une action coordonnée, dans le respect de leurs attributions mutuelles.

Ce processus a également facilité **la mise en visibilité des actions de prévention en milieu de travail conduites par les médecins du travail**, mais également à une **meilleure sensibilité à la prévention des entreprises concernées par la démarche**.

Mais la démarche a surtout permis de **bâtir une connaissance concrète et opérationnelle des entreprises utilisatrices des agents chimiques en région, des produits CMR utilisés, des conditions de leur utilisation, et des mesures de prévention mises en œuvre**.

En outre, ce processus a contribué à **l’élaboration d’un certain nombre d’outils transférables** aux entreprises utilisatrices, leur permettant durablement de prendre en charge cette problématique.

#### **h) Diffusion des résultats**

Plusieurs exercices de diffusion ont été organisés tout au long du processus :

- restitutions **aux acteurs impliqués** dans la mise en œuvre ;
- restitutions **aux entreprises concernées et aux branches** ;
- présentation des résultats **en CRPRP** ;
- actions de communication plus larges, à travers la **presse écrite**, différentes manifestations, etc.
- synthèses transmises à la **DRASS**, à la **DRIRE** ;
- retour auprès de **certaines professions en particulier** (peinture dans la métallurgie et garage) ;
- publication de **plaquettes d’information** sur les résultats ;
- mise à disposition des résultats sur les **sites internet** de la DRTEFP/DIRECCTE NPDC et de la CRAM/CARSAT Nord Picardie ;
- intégration des résultats dans l’Atlas 2009-2010.

#### **i) Difficultés rencontrées au cours du processus**

Les principales difficultés rencontrées au cours du processus tiennent :

- à **l’important investissement exigé par le processus** (tant en termes de temps que de ressources) compte tenu de son ampleur ;



- à la **difficulté d'impliquer dans la durée les agents de l'inspection et les médecins du travail** ;
- à la **complexité du processus**, et la mobilisation interinstitutionnelle et interdisciplinaire des agents.

#### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Pour autant, ce processus a bénéficié des atouts et leviers suivants :

- là encore, le **volontarisme des différentes institutions** – DRTEFP, CRAM et SST – a été un élément moteur dans cette démarche ;
- **l'accueil favorable des entreprises, et leur intérêt manifeste** – notamment pour bénéficier de conseils « gratuits » en matière de prévention des CMR – a également constitué un atout significatif ; dans ce cadre, la **complémentarité d'actions de contrôle, de conseil, et de pédagogie** a facilité la mobilisation des entreprises ;
- de même, le fait que la prévention des CMR soit institutionnellement inscrite dans **la programmation institutionnelle et fasse l'objet d'une contractualisation avec le pôle Travail des DIRECCTE** a facilité la mobilisation des acteurs dans le cadre de cette démarche ;
- ce processus a également pu être facilité **du fait d'une pratique partenariale et d'un fonctionnement interinstitutionnel d'ores et déjà éprouvé** ;
- la structuration d'une **démarche rigoureuse, dans le cadre d'une conduite de projet**, a également permis l'avancée des travaux et l'atteinte des objectifs initialement prévus.

#### ***k) Limites des processus initiés***

Les seules limites énoncées tiennent :

- en premier lieu, à **la non-exhaustivité des résultats** produits ; ainsi, cette action doit elle pouvoir trouver d'autres formes de développement, de façon à conforter cette dynamique auprès d'un panel encore plus large d'entreprises, et d'une poursuite de l'identification des agents CMR ;
- par ailleurs, ce processus exige une **durée incompressible de maturation des entreprises**, nécessaire pour comprendre et s'approprier les enjeux et les intérêts d'une telle démarche, et se traduire ensuite par une transformation des pratiques.

#### ***l) Impact des processus engagés***

Ce processus a pour principaux impacts :

- une **meilleure connaissance de cette problématique** par les agents de santé au travail et de prévention ;
- une **augmentation significative de la prégnance des CMR** dans l'action de l'inspection du travail ;
- un **renforcement des coopérations** dans le respect des missions et des postures de chacun (y compris en ce qui concerne le partenariat institutionnel, au-delà du partenariat technique opérationnel) ;

- le **développement d'actions nouvelles**, conduites en continuité de ce processus :
  - ainsi, des **actions de sensibilisation et de prévention** ont pu être déployées en direction des fabricants de peinture, mais également auprès des utilisateurs de CMR, tels que les garages (action « *Garage Prévention Santé* » qui visent à alerter les professionnels sur les risques inhérents au contact avec les carburants avec l'appui de la DRTEFP Nord Pas de Calais. De même, des actions sont actuellement conduites par la DRIRE/DREAL (respect de la réglementation) et la CRAM/CARSAT Nord-Picardie (promotion de la substitution) ;
  - des **aides financières** (contrats de prévention et aides financières simplifiées) ont également pu être mises en œuvre par la CRAM/CARSAT en vue de soutenir les actions de prévention en ce domaine ;
  - les chambres consulaires et les organisations professionnelles concernées développent **des informations** sur les dispositions en matière de prévention du risque CMR.
- enfin, les acteurs de la santé au travail constatent, au sein des entreprises, des **évolutions dans les pratiques** en matière de prévention des risques CMR.

### **m) Usage des connaissances produites**

À ce jour, les résultats de ce processus ont permis :

- la **détermination d'axes de travail et d'objectifs prioritaires** sur cette question des CMR (notamment dans le cadre du plan régional d'inspection du travail) ;
- le **renforcement des pratiques et la professionnalisation** des acteurs (inspecteurs du travail, agents CRAM et médecins du travail) sur ce thème ;
- **l'identification de nouvelles perspectives de contractualisation** avec le pôle Travail des DIRECCTE ;
- la **détermination de conseils adaptés et la mise en œuvre d'outils** nouveaux mobilisables au profit de la prévention du risque CMR ;
- la mise en œuvre de **formations spécifiques** sur ce thème (proposées notamment par l'ISTNF) ;
- le **développement du dialogue avec les branches professionnelles**, au service de campagnes de prévention ;
- une **meilleure intégration du risque CMR** dans les documents uniques des entreprises.

## **A • 1.3.4 - Monographie « Suivi des inaptitudes et maintien dans l'emploi »**

### **• Objectifs**

Soutenir les médecins du travail dans le cadre de l'instruction de la procédure l'inaptitude et produire des informations objectivées sur l'inaptitude et le maintien dans l'emploi

### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé au travail : Inaptitude/Maintien dans l'emploi



- **Principaux protagonistes**

Médecins du travail / MIRTMO (DRTEFP) ISTNF, Université de Lille II, AFSSET

- **Nature du processus engagé**

Étude-action à partir d'un support, à la fois « guide » pour la procédure d'instruction et questionnaire renseigné par les médecins du travail

- **Périmètre**

Salariés concernés par une procédure d'inaptitude ou par des mesures de maintien dans l'emploi

- **Dates clés du processus**

Initiative lancée par le réseau STH en 2006 Processus réactivé en 2008, avec le soutien de l'Université et de l'AFSSET

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Processus en cours

- **Destinataires privilégiés**

Médecins du travail

Salariés fragilisés

Par extension, branches professionnelles

## **a) Origines**

**Depuis plusieurs années**, les acteurs du handicap et de la santé au travail à l'échelon régional **investissent conjointement un certain nombre d'actions en faveur du maintien dans l'emploi** :

- en 2001, de façon à prévenir les risques de désinsertion professionnelle des personnes fragilisées dans leur emploi par une déclaration d'inaptitude au travail, plusieurs institutions de la région Nord-Pas-de-Calais (DRTEFP NPDC, Agefiph, CRAM Nord-Picardie, DRSM, CPAM, ISTNF, MEDEF, SST) s'étaient engagées à définir des axes de collaboration dans le cadre d'une **charte interinstitutionnelle régionale du maintien dans l'emploi des personnes handicapées Nord-Pas-de-Calais**.
- dans ce contexte, l'ISTNF **a développé un axe privilégié d'appui à l'attention des acteurs** en charge de l'accompagnement et du maintien dans l'emploi.
- en 2004, **une enquête rétrospective sur l'évolution des déclarations d'inaptitude** avait également été initiée à la demande des partenaires sociaux, dans le cadre de la commission régionale de médecine du travail.

Un réseau régional Santé-Travail-Handicap Nord Pas de Calais avait ainsi été structuré, composé de médecins du travail référents sur la question. C'est dans la continuité de ces actions que le processus trouve ses origines.

Ce processus s'inscrit également étroitement dans le cadre **des priorités nationales et régionales** en faveur du maintien dans l'emploi, notamment en référence :

- aux travaux de la **Conférence Régionale de Santé** et du **Plan Régional de Santé Public** du Nord-Pas-de-Calais ;
- au **Plan Santé Travail et au PRST** (notamment dans le cadre de l'objectif « *Réduction de l'impact des problèmes de santé sur l'emploi* ») ;

- mais également en référence au **Protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées** signé en juillet 2006 par l'État, la CNAMTS, la MSA et l'Agefiph, et confirmant la volonté conjointe des institutions d'inscrire le maintien dans l'emploi dans un partenariat structuré, notamment par une meilleure complémentarité de services et par la déclinaison d'objectifs conjoints aux niveaux régional et départemental.

Enfin, le processus initié vise à répondre à plusieurs préoccupations :

- un **constat général d'insuffisance des données** de santé au travail et une difficulté – notamment pour les médecins du travail et le pôle Travail des DIRECCTE – d'expliquer les tendances en matière d'inaptitudes ;
- une volonté des médecins du travail **d'investir qualitativement leur mission de « maintien dans l'emploi »** et l'instruction des procédures d'inaptitudes ;
- le souhait de la DRTEFP de **se doter d'informations plus fiables** concernant les inaptitudes déclarées et les efforts investis en matière de maintien dans l'emploi ;
- la volonté de la part de l'AGEFIPH d'avoir une **visibilité sur les actions entreprises** par le réseau Santé Travail Handicap (STH), qu'elle contribue à financer ;
- les attentes de la part des partenaires sociaux **de posséder davantage d'informations** sur ce thème.

## **b) Protagonistes**

Ce processus a été engagé, à l'origine, par le **réseau Santé Travail Handicap** Nord Pas de Calais en 2006 (financé en partie par l'Agefiph).

Dès l'origine, le MIRTMO de la DRTEFP NPDC est associé aux travaux, et contribue à la coordination du processus.

En 2008, ce projet bénéficie de l'appui de l'Université Lille II et de l'AFSSET pour faciliter le suivi des indicateurs produits dans le cadre de cette démarche.

**La maîtrise d'œuvre** est assurée par les médecins du travail référents (réseau STH), et les médecins du travail de S.S.T. ainsi que les assistantes de santé au travail.

Ce projet était coordonné à l'échelon régional par un dispositif précis de pilotage :

- Un **comité de pilotage régional** (en charge du suivi et de la validation du projet) composé de représentants de l'AFSSET, de l'Université de Lille II, de la DRTEFP NPDC, de l'Agefiph, de services de santé au travail et de l'ISTNF ;
- **Une équipe projet** (en charge de l'animation, de l'appui technique et méthodologique, de l'information, de la formation, de la coordination, de l'analyse des données et des restitutions) composée :
  - du MIRTMO ;
  - de représentants de services de santé au travail ;
  - de l'Université de Lille II ;
  - de la coordinatrice du réseau STH ;
  - de l'ISTNF.
- Enfin, un **comité de suivi du processus**, en charge de l'avancée des travaux, constitué de médecins référents du réseau STH.

### c) Objectifs

Ce processus avait pour objectif, à l'origine, de **construire un outil didactique destiné à faciliter, pour les médecins du travail, l'instruction des procédures d'inaptitudes** (pour les salariés relevant de l'article R.4624-31).

Il s'agissait ainsi :

- de créer les conditions favorables à une instruction qualitative des processus d'inaptitudes menées par les médecins du travail ;
- de prévenir les contestations d'avis d'aptitude/inaptitude émis par le médecin du travail.

### d) Objectifs latents, intentions, ambitions

Pour autant, rapidement, ce processus s'est doté d'ambitions complémentaires :

- **contribuer à l'élaboration d'indicateurs collectifs** en santé-travail-emploi et mobiliser ce support pour capitaliser des informations sur les inaptitudes et le maintien dans l'emploi ;
- **valoriser les actions réalisées par les médecins du travail** dans le cadre du maintien dans l'emploi et lors des procédures d'inaptitude et **les guider dans les orientations** à prendre ;
- favoriser la mise en place **d'équipes santé-travail spécialisées** sur le maintien dans l'emploi des salariés au sein de l'ensemble des services de santé au travail ;
- **fournir aux partenaires régionaux du maintien dans l'emploi des indicateurs** permettant de définir des stratégies et plans d'action pour améliorer le maintien dans l'emploi des salariés en situation d'inaptitude ;
- améliorer l'accompagnement des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi et l'orientation vers l'inaptitude.

### e) Partis pris structurants

Plusieurs principes conditionnaient la mise en œuvre de ce processus :

- ce processus s'appuyait en premier lieu sur la **mobilisation des médecins du travail** ;
- il devait également **s'intégrer dans la pratique du médecin du travail**, notamment en lui apportant une aide dans le cadre du traitement des procédures d'inaptitude ; dans ce cadre, la fiche de recueil de données a été conçue comme un outil d'instruction et de suivi de la procédure d'inaptitude (une check-list) pour le médecin du travail ;
- compte tenu de la faible disponibilité des médecins, il paraissait indispensable également de **sensibiliser les directions des services de santé au travail** à l'intérêt d'une telle démarche, mais également d'envisager que les A.S.T. (Assistants de Santé au Travail) puissent assister les médecins du travail dans le traitement des données recueillies. C'est dans ce cadre que les AST ont pu bénéficier d'une formation ;
- enfin, un **cadre de travail rigoureux et structuré** devait faciliter la mobilisation des médecins du travail et l'avancée des travaux. Ainsi, un système de sécurisation des données a été mis en place (garantissant l'anonymat des personnes, la confidentialité des données recueillies, le secret professionnel : seuls, les médecins coordonnateurs du projet et les statisticiens pouvaient accéder aux données) ainsi qu'une procédure rigoureuse d'administration du questionnaire et de traitement des données.

## **f) Repères méthodologiques**

### Préparation/ingénierie du processus

Un premier temps était consacré à l'information et la mobilisation, par les médecins référents du réseau régional STH Nord-Pas-de-Calais, de l'ensemble des médecins du travail des Services Interentreprises et de la MSA.

Un support didactique – de type questionnaire – précisant les différentes étapes de l'instruction d'une procédure d'inaptitude (relevant de l'article R4624-31 du CT) avait été élaboré précédemment par l'équipe projet.

### Recueil des informations

Le support est ensuite diffusé aux médecins volontaires pour s'impliquer dans la démarche.

Le recueil des données est réalisé par les médecins du travail et/ou les assistantes de santé au travail (formées et accompagnées par l'ISTNF) – à partir du support - dans le cadre de la mise en œuvre de la procédure d'inaptitude.

La saisie des données est effectuée par les assistantes de santé au travail ou directement par les médecins du travail, sur une interface Web mis à disposition sur le site de l'ISTNF.

La gestion des identifiants, le suivi des saisies et l'accompagnement sont assurés par l'ISTNF.

### Production des résultats

L'exploitation des résultats est assurée par l'ISTNF, avec le soutien scientifique de l'Université Lille II et en lien direct avec le réseau STH.

Des résultats peuvent être produits pour chaque service (disposant d'un minimum de données pour des résultats statistiquement significatifs) et sur la totalité des services de santé au travail de la région.

## **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a contribué à la production de connaissances **régionales et objectivées sur la problématique de l'inaptitude** (par exemple, nombre de salariés concernés par l'inaptitude, profil de ces salariés et informations sur leur cadre de travail, évolutions d'une année sur l'autre), ainsi que sur les pathologies et les professions principalement concernées.

Ce processus a également permis la mise en évidence de **priorités d'actions potentielles** (populations ou secteurs d'activité).

Ce processus a enfin favorisé **une mise en lisibilité – mais également une valorisation – de l'action de la médecine du travail** en matière de traitement des inaptitudes. Elle permet également de **porter à connaissance des médecins du travail des dispositifs jusqu'alors insuffisamment connus et mobilisés** (par exemple le recours à la formation).

### **Présentation synthétique de la « Fiche de suivi 2010 – Inaptitude »**

- Caractéristiques du salarié
  - Administratives
  - Pathologies principales
  - Informations sur l'entreprise
- Mise en œuvre de la procédure

- Solutions mises en œuvre
- Devenir du salarié à l'issue d'un délai d'un mois
- Commentaires

### **h) Diffusion des résultats**

Les résultats de ce processus ont fait l'objet d'une large diffusion :

- publication des résultats sur **le site de l'ISTNF** ;
- rédaction de **rapports présentant les résultats régionaux** ;
- présentation des résultats lors de **journées médicales de la santé au travail** ;
- présentation des résultats à l'occasion des **journées « Marcel Marchand »** (journées réunissant des médecins et des professionnels de santé au travail) ;
- restitution des résultats **en CRPRP** ;
- restitution des résultats auprès de **branches professionnelles ciblées** ;
- publication dans la **lettre d'information Santé Travail Handicap** Nord-Pas-de-Calais diffusée dans la région auprès de l'ensemble des partenaires du maintien dans l'emploi ;
- **valorisation des données dans l'Atlas** ;
- restitution auprès de **l'AFSSET**, etc.

### **i) Difficultés rencontrées au cours du processus**

L'une des principales difficultés tient à **la mobilisation, sur la durée, des médecins du travail**. En effet, cette démarche – qui s'avère lourde en termes d'investissement, et exigeante méthodologiquement – exige à la fois un investissement temps (pour s'approprier le support, pour recueillir les données, pour renseigner le système d'information) que les médecins du travail ne sont pas toujours en mesure de mettre à disposition.

### **j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus**

Pour autant, ce processus a été facilité :

- par un **dispositif permettant de s'intégrer pleinement dans les missions et la pratique médicale** des médecins du travail :
  - tout d'abord, le support proposé répondait au besoin d'un certain nombre de médecins du travail ;
  - par ailleurs, le support proposé présentait un intérêt immédiat, permettant ainsi de suivre les différentes étapes prévues dans le cadre de la procédure d'inaptitude ;

C'est ainsi que la participation des médecins du travail s'est avérée élevée.

- par les **appuis et les soutiens de différentes natures apportés au cours de ce processus** :
  - l'engagement des S.S.T., facilitant ainsi la mobilisation de ressources médicales dans le cadre de cette démarche ;

- la mobilisation des assistantes de santé au travail au côté des médecins du travail ;
- les appuis scientifiques et techniques (Université de Lille et ISTNF) facilitant la mise en œuvre de la démarche, et contribuant à garantir la fiabilité et la pertinence des informations produites ;
- l'appui de l'AFSSET pour conforter et développer la démarche initiée ;
- le soutien de la chargée de mission de l'ISTNF, qui a accompagné le processus tout au long de son développement.

Enfin, **le fait que la procédure d'inaptitude s'inscrive dans un cadre fortement réglementé** a également été facilitateur, permettant ainsi de disposer de repères juridiques clairement énoncés pour structurer l'outil support à l'instruction de la mesure d'inaptitude.

### ***k) Limites des processus initiés***

Plusieurs limites sont néanmoins énoncées :

- si les résultats de ce processus mettent en lumière un certain nombre d'informations, ces dernières ne font l'objet **d'aucune interprétation ni explication** ; les résultats sont restitués de façon la plus impartiale possible, laissant aux acteurs le libre choix d'interpréter et de débattre sur les tendances révélées ;
- les connaissances produites dans le cadre de ce processus **ne prétendent à aucune exhaustivité** : en effet, elles n'abordent pas, par exemple, la question de l'inaptitude dans la Fonction Publique d'État ;
- **l'implication des médecins du travail – du fait même du principe du volontariat – reste encore inégale**, se traduisant par une surreprésentation des résultats selon certains secteurs ;
- les ressources internes à la DRTEFP/DIRECCTE – y compris dans la phase de traitement des données - ne sont pas mobilisées, laissant **l'ISTNF en charge seul de l'exploitation** des matériaux ;
- le thème de l'inaptitude reste encore sur le registre de la « **sinistralité** », alors même que les acteurs souhaiteraient pouvoir valoriser des actions positives (notamment le maintien dans l'emploi) ;
- la **transposition de cette méthode à la dimension « maintien dans l'emploi » reste difficile** ; si un support du même type a été bâti, les médecins volontaires ne parviennent pas à renseigner de façon satisfaisante le questionnaire proposé, notamment du fait de la difficulté à définir et objectiver les processus de maintien dans l'emploi (contrairement aux procédures d'inaptitudes) ;
- enfin, de nombreuses interrogations portent sur la **pérennité d'un tel processus**, si des financements complémentaires ne peuvent être pérennisés.

### ***l) Impact des processus engagés***

Ce processus a eu pour impact :

- une **meilleure coordination entre médecins du travail, et le renforcement des réseaux** ;
- le **renforcement des coopérations et des cohérences** entre acteurs du maintien et de l'accompagnement, dont les réseaux de la sécurité sociale (pertinence de l'organisation des réponses entre acteurs) ;

- la constitution d'un corpus de **données fiables et réactualisées** ;
- un **enrichissement des pratiques et une meilleure expertise** des médecins du travail (se traduisant notamment par une augmentation significative des visites de pré reprise, ou la proposition de solutions d'accompagnement plus diversifiées) ;
- une **meilleure prévention des contestations** par une rédaction précise des avis d'inaptitudes ;
- le **développement de nouveaux indicateurs et de nouvelles perspectives d'analyse** (permises par le croisement des données) ;
- une **augmentation et une diversification dans la mise en œuvre des mesures** de prise en charge précoce des salariés en situation de fragilité ou de handicap (pré-orientation, bilan de compétences, adaptation au poste/reclassement, etc.).

### **m) Usage des connaissances produites**

Un certain nombre de médecins **s'appuie désormais sur le support diffusé** pour traiter ou prévenir les situations d'inaptitudes et accompagner les salariés vers des solutions de reclassement (y compris en coopération avec les branches professionnelles).

Les données produites sont également utilisées comme **références par les médecins du travail** pour sensibiliser les entreprises.

Le processus mis en œuvre a également permis de mettre en visibilité, pour les médecins du travail, **des pistes d'actions complémentaires** permettant de favoriser le maintien dans l'emploi. Globalement, les principaux partenaires du maintien dans l'emploi ont **manifesté leur intérêt pour les informations produites et utilisent ces données en référence de leurs actions**.

## **A • 1.3.5 - Monographie « EVREST » (Évolutions et relations en Santé au Travail)**

### **• Objectifs**

Produire des informations statistiques sur les différents aspects du travail et de la santé perçus par les salariés

### **• Clé d'entrée privilégiée**

Santé au travail/Conditions de travail

### **• Principaux protagonistes**

Médecins du travail, épidémiologistes, chercheurs en santé au travail

En région : Université de Lille II, ISTNF, DRTEFP/DIRECCTE, Conseil Régional, CRAM/CARSAT, MSA, SST et médecins du travail

### **• Nature du processus engagé**

Étude systématisée, de type « observatoire » permettant d'alimenter une base de données – nationale et régionale – sur la santé perçue au travail.

### **• Méthodologie de production d'informations**

Enquête par questionnaire recto-verso administré par les médecins du travail lors de la visite systématique



- **Périmètre**

Échantillon de salariés (tous les salariés nés en Octobre des années paires) ayant au moins 2 ans d'ancienneté dans l'entreprise, quel que soit leur contrat de travail.

- **Dates clés du processus**

Première campagne en 2007

Deuxième campagne 2008-2009 (Publication des résultats en 2010)

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Extension de l'expérimentation à l'échelon national et enquêtes EVREST menées sur des secteurs, des branches, des professions

- **Destinataires privilégiés**

À l'origine, les médecins du travail

Par extension, l'ensemble des acteurs de la santé au travail

### **a) Origines**

À l'origine de ce processus, on retrouve toujours le même constat **d'insuffisance de données et d'informations fiables**, de carence d'indicateurs disponibles et mobilisables pour témoigner de la santé au travail, d'absence d'instruments de suivi des évolutions et de références susceptibles de dessiner des tendances... alors même que les médecins du travail constituent un relais de proximité, au plus près de la santé des salariés.

Dans le début des années 2000, un **dispositif d'observation** de la santé au travail avait été expérimenté au sein d'un grand groupe (EADS) par des médecins du travail, en coopération avec le CREAPT (Centre de Recherche et d'Études sur l'Âge et les Populations au Travail). Cet observatoire avait pour but de **rendre visible les enjeux de santé au travail, de suivre les évolutions et d'ouvrir des perspectives d'action**.

En 2006, un groupe de médecins du travail du groupe « épidémiologie du CISME », des chercheurs du CREAPT, un médecin de l'entreprise EADS et un Universitaire de Santé au Travail se sont réunis à l'échelon national pour envisager les conditions de généralisation d'un tel outil, notamment auprès des services de santé au travail.

En 2007, la région Nord-Pas-de-Calais s'est **proposée comme pilote** pour démarrer une expérimentation de ce dispositif à l'échelon régional :

- le MIRTMO avait suivi les réflexions portées à l'échelon national ;
- en outre, la région Nord-Pas-de-Calais disposait d'ores et déjà d'une certaine sensibilité en matière d'expérimentation d'outils d'appréciation de la santé perçue au travail : en effet, dès les années 99, un dispositif de suivi avait été mis en place pour évaluer l'impact de l'aménagement/réduction du temps de travail sur la santé des salariés (projet GERICOTS) ;
- enfin, la production de connaissances – et notamment le développement d'outils de suivi et de diagnostic de la santé au travail – constituait l'une des priorités du PRST.

C'est dans ce cadre qu'un **groupe de médecins du travail** s'est mobilisé pour contribuer à la mise en œuvre d'un dispositif permettant de capitaliser les informations recueillies individuellement au service de données collectives sur la santé au travail, et ainsi d'expérimenter le dispositif EVREST, en bénéficiant d'un soutien institutionnel de la DRTEFP/DIRECCTE et du Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais.

Aujourd'hui, le dispositif a été étendu à la quasi-totalité des régions.



## b) Protagonistes

Ce processus mobilise une double **maîtrise d'ouvrage** :

- une maîtrise d'ouvrage à **l'échelon national**, composée de médecins – santé au travail, épidémiologistes – et de chercheurs ;
- une maîtrise d'ouvrage à **l'échelon régional**, composée de médecins du travail, de l'Université Lille II, de l'ISTNF, avec un soutien volontariste de la DRTEFP et du Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais.

Un **dispositif complet de pilotage** a été mis en place :

- à **l'échelon national**, un **groupement d'intérêt scientifique** (GIS) a été mis en place, associant, sous la direction d'une épidémiologiste de Lille II, l'AFSSET, l'ANACT, le Centre d'Études de l'Emploi dans le cadre du CREAPT, le CISME, EADS, l'ISTNF et l'Université de Lille II. De même, un **conseil scientifique** (composé de chercheurs et d'universitaires) a en charge le choix des orientations scientifiques du dispositif EVREST ; et une **Équipe Projet Nationale** a en charge la mise en œuvre technique du projet (méthodologie, questionnaire, outils d'analyses statistiques, analyse des données nationales...).

Dans ce cadre, le fonctionnement du dispositif EVREST est soumis à une charte de fonctionnement et de directives de cadrage.

- à **l'échelon régional**, un dispositif de pilotage est également structuré à partir des ressources et compétences régionales : **un comité de pilotage** (associant l'ISTNF, l'Université Lille II, le Conseil Régional, la DRTEFP/DIRECCTE, la CRAM/CARSAT, des SST, la MSA, et le Groupement des Médecins d'Entreprise) pilote le dispositif ; un **comité d'orientation** (composé des membres du Comité de Pilotage élargi aux membres du CRPRP) est également constitué. Un **groupe de suivi** est également mis en place, en charge d'assurer le suivi de l'évolution du projet et des difficultés rencontrées. Enfin, une **équipe pluridisciplinaire** est en charge de la conduite du projet et de la gestion du réseau de médecins mobilisés dans le cadre de cette démarche.

La **maîtrise d'œuvre** est assurée par des médecins du travail référents, en charge d'animer et de coordonner le dispositif, et de médecins du travail en charge de recueillir les matériaux dans le cadre de l'entretien clinique. Ils bénéficient d'un **appui technique** de l'Université de Lille II et de l'ISTNF.

## c) Objectifs

Les objectifs du dispositif EVREST sont les suivants :

- **mettre en place un « réseau de vigilance »** en Santé au Travail, par l'intermédiaire des médecins du travail ;
- mettre en œuvre simultanément un **outil d'observation et de suivi** ;
- constituer une **base régionale et nationale de données** sur la santé au travail ;
- se **doter d'instruments d'aide à la priorisation des actions de prévention et à l'évaluation** des actions de prévention.

Ce dispositif vise à **traduire**, au moins partiellement, et sous une forme standardisée, adaptée à une exploitation quantitative, **des informations élaborées au cours des entretiens médicaux**. Il contribue à rendre visibles, au niveau collectif, certaines informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

#### **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

L'expérimentation d'un tel dispositif répond également aux enjeux suivants :

- il vise, en premier lieu, à **davantage capitaliser les connaissances mobilisées par les médecins du travail** dans le cadre de leur activité clinique, mais également de la mettre en visibilité, **valorisant de fait le rôle des médecins du travail dans la production de connaissances** en santé au travail. À cet effet, cet outil doit s'intégrer dans l'activité du médecin du travail, sans que l'utilisation du dispositif ne vienne alourdir la charge de travail de ce dernier (à l'inverse d'autres dispositifs tels que SVP 50, considérés comme trop lourds) ;
- elle est également l'occasion de **sensibiliser les médecins du travail à l'intérêt d'informations quantitatives et qualitatives** susceptibles d'enrichir leur action (le chiffre pouvant être un vecteur de communication avec l'entreprise) ;
- enfin, ce dispositif est également **l'occasion d'expérimenter de nouveaux indicateurs de prévention**, l'expression des salariés sur les plaintes et la santé perçue constituant **des indicateurs d'une situation dégradée susceptible de se traduire à court terme par des troubles de la santé**.

#### **e) Partis pris structurants**

Plusieurs principes structurent la mise en œuvre de ce dispositif :

- en premier lieu, un dispositif régional doit être mis en place, avec la **mobilisation de médecins du travail référents** en charge d'animer le dispositif, de mobiliser les ressources et les moyens nécessaires (ressources médicales, compétences, financements régionaux...). Un dispositif d'appui et de **soutien technique** doit également être mis en place pour accompagner les médecins dans la conduite de cette expérience ;
- ce dispositif repose également **sur le volontariat des médecins du travail** mobilisés par la suite pour s'impliquer dans le recueil, mais également l'utilisation des matériaux produits ;
- de façon à ce que le questionnaire constitue effectivement un support intégré à la pratique des médecins du travail, l'outil de recueil d'information doit être **léger** (un recto-verso), **opérationnel** et **ne doit pas entraver l'activité clinique du médecin** (il reste proche de la conduite habituelle des visites) ;
- enfin, de façon à créer les conditions les plus favorables à l'intégration de cet outil dans les pratiques, le dispositif a été conçu de façon à ce qu'il puisse répondre à différents types de besoins émanant de médecins du travail : ainsi, le **dispositif peut-il être adapté à une entreprise, un secteur d'activité, un territoire...** selon la focale choisie par le médecin du travail, et dans le respect d'un certain nombre de règles statistiques destinées à garantir la fiabilité et la validité des données.

#### **f) Repères méthodologiques**

##### Préparation/ingénierie du processus

En premier lieu, un **temps d'analyse et de sensibilisation est assuré par les référents techniques** (ISTNF, Université de Lille II, médecins référents) auprès des médecins du travail, de façon à ce que ces derniers soient en mesure de s'approprier le questionnaire et ses modalités de renseignement.

**Un protocole d'enquête** (y compris visant à garantir la sécurité des données) structure rigoureusement les modalités de mise en œuvre du questionnaire : le questionnaire est ainsi proposé

aux salariés nés en octobre d'une année paire. Ces salariés sont **interrogés à chaque visite médicale systématique**, permettant **un suivi dans le temps des expositions et de certaines caractéristiques de santé**.

Les médecins participants peuvent élargir, ponctuellement ou durablement, **l'enquête à d'autres salariés pour utiliser les données d'EVREST en fonction de leurs besoins** (individuellement ou de façon coordonnée avec d'autres, par exemple au niveau d'un service ou d'une branche professionnelle).

### *Recueil des informations*

Un questionnaire standardisé de santé au travail est administré dans le **cadre de la consultation médicale en santé au travail**. Ce questionnaire explore la santé perçue, c'est-à-dire la dimension infra pathologique et les plaintes du salarié.

Une partie **auto-questionnaire** est remplie en salle d'attente par les salariés (permettant ainsi à la personne de prendre connaissance du questionnaire et de se mobiliser pour renseigner ce dernier).

**La suite du questionnaire est ensuite complétée** par le médecin, pendant la consultation.

**Des fiches sont établies par salarié** (permettant, en respectant l'anonymat, d'assurer un suivi longitudinal) et les **données sont ensuite saisies sur le site EVREST** (interface Web) par le médecin ou par un membre de l'équipe de santé au travail (infirmière ou assistante de santé au travail). Le questionnaire renseigné est conservé dans le dossier médical.

### **Contenu du questionnaire EVREST**

- 1 – Informations administratives**
- 2 – Conditions de travail (situation, contraintes de temps, appréciations du travail, charges physiques, expositions)**
- 3 – Formation**
- 4 – Modes de vie**
- 5 – État de santé (à remplir par le médecin ou l'infirmière)**
  - Cardio-respiratoire
  - Neuropsychique
  - Digestif
  - Ostéo-articulaire
  - Dermatologique
  - Troubles de l'audition

### *Production des résultats*

Les données sont donc **centralisées** dans un système d'information.

Les données sont **analysées au niveau national, de façon transversale mais surtout longitudinale** (au terme de deux années, il est possible de lier les fiches d'un même salarié afin de déterminer l'évolution des paramètres d'exposition et de santé sur une population d'individus). **Ces analyses peuvent être conduites à l'échelon régional**.

**Chaque médecin peut récupérer et réaliser un traitement des données qu'il a saisies.**

Le site EVREST met à disposition **des programmes téléchargeables** pour la réalisation des traitements de base. Pour des traitements plus spécifiques, des compétences statistiques doivent être mobilisées.

### **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a permis non seulement de **recueillir, sous une forme standardisée – permettant un traitement statistique – des informations de santé au travail**, mais également de **mettre en visibilité ces informations** jusqu'alors cantonnées au cabinet médical de santé au travail. Il constitue un **support inédit de production de connaissances** sur la santé au travail **adaptable** selon les situations. Il permet à cet effet de se doter de **références significatives permettant de comparer les situations**, et **d'orienter les interventions** des acteurs de la santé au travail. Il constitue également **un outil destiné à apporter des analyses transversales** (annuelles) et **longitudinales** (sous forme de tableaux de bord). Il constitue enfin un **premier outil de prévention**, permettant la production d'informations en amont des pathologies déclarées (à la différence des indicateurs de sinistralité qui sont sur des dommages avérés).

### **h) Diffusion des résultats**

Les résultats produits par EVREST font l'objet d'une large diffusion :

- restitution des résultats à l'échelon régional **aux médecins référents** de la région, en charge de démultiplier l'information ;
- publication de **rapports annuels** (y c extractions régionales), et **diffusion large des rapports** auprès de toutes les instances régionales (CRPRP, GRSP-ARS, Conseil régional...);
- données présentées **plus largement en région**, notamment auprès de publics spécialisés (psychiatres, par exemple) ;
- restitution standardisée **pour les entreprises**, avec appui technique ;
- mise à disposition **des résultats sur internet** (Site de l'ISTNF) ;
- **publication de lettres d'information** EVREST ;
- introduction de **certains éléments d'EVREST dans l'Atlas**.

### **i) Difficultés rencontrées au cours du processus**

Les principales difficultés rencontrées dans le cadre du processus tiennent :

- à la résistance à la **production et l'utilisation de données chiffrées**, notamment chez les médecins du travail, qui craignent une simplification des problématiques de santé au travail ;
- **aux controverses**, portées essentiellement à l'échelon national, sur les enjeux – et les limites – du développement de systèmes d'information, de veille et d'observation sur la santé au travail (notamment au regard d'autres outils d'ores et déjà mis en place, tels que SUMER...);
- à la **participation inégale des médecins du travail** sur l'ensemble de la région (introduisant des effets de surreprésentation ou de sous-représentations de certains territoires).

### **j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus**

Pour autant, ce dispositif s'appuie sur un certain nombre de leviers et d'atouts :

- en premier lieu, **la mobilisation, l'intérêt et le volontarisme de médecins du travail**, qui trouvent à travers EVREST un instrument utile à l'exercice de leur mission, en interface entre l'examen clinique qualitatif et la production de données quantitatives collectives ;

- la capacité du dispositif à **produire des données actualisées** dans un délai restreint, permettant ainsi d'appréhender les questions de santé au travail dans l'actualité ;
- la capacité du dispositif également à **s'adapter aux besoins et aux demandes des médecins du travail**, pour permettre l'exploration de problématiques spécifiques grâce à des extractions particulières (BTP, Grande Distribution, Services sociaux et médico sociaux), moyennant un échantillon significatif de personnes enquêtées.
- la forme du dispositif, à la fois **simple et produisant des résultats accessibles susceptibles** d'être appropriés par l'ensemble des acteurs de la santé au travail et de la prévention ;
- le dispositif bénéficie également **d'importants moyens d'appui et de soutien** sans lesquels sa mise en œuvre aurait paru difficile : appui national (avec un financement « Convention de Recherche Développement de l'AFSSET » en 2008 et un financement AFSSET/ANACT dans le cadre du GIS EVREST depuis 2009), financements régionaux (Conseil Régional, DRTEFP/DIRECCTE, Europe, GRSP), appuis techniques conséquents (AFSSET, ISTNF, Université...). À l'échelon régional, les acteurs disposent également de ressources significatives qui, dès en amont, avaient participé à ce projet (des médecins, un Professeur de médecine, le MIRT de la DRTEFP/DIRECCTE...);
- enfin, ce dispositif a également bénéficié **d'un cadre national rigoureux** facilitant à la fois la structuration mais également l'avancée des travaux à l'échelon régional (charte de fonctionnement, protocole d'enquête préalablement déterminé, questionnaire évolutif mis à disposition, etc.).

### **k) Limites du processus**

Les limites du dispositif sont d'emblée énoncées : les résultats produits ne donnent pas, bien évidemment, une **vision exhaustive de la santé au travail** ; il n'apporte pas d'information en terme de « mesure » (niveau de fréquence ou niveau d'exposition) ; enfin, il privilégie la « représentation » des salariés sur leur santé. Il est également contraint à certaines règles de validité statistique : aucun résultat ne peut être produit lorsque les échantillons enquêtés ne sont pas suffisamment significatifs.

En outre, il est soumis à un **certain nombre de biais** : le dispositif exclut les salariés absents ou malades, en privilégiant la visite médicale comme espace de passation du questionnaire ; compte tenu du principe de volontariat des médecins du travail, il privilégie certains territoires au détriment d'autres. Enfin, EVREST exige la mise en place **d'un dispositif d'appui et d'expertise** (ressources statistiques, épidémiologiques, médecins référents...) qu'il n'est pas toujours possible de mobiliser dans les régions.

### **l) Impact des processus engagés**

De façon générale, le dispositif est **accueilli très favorablement**, non seulement par une part significative de médecins du travail, mais également par l'ensemble des acteurs de la santé au travail (y compris les partenaires sociaux) qui y voient un instrument opérationnel pour mieux appréhender la santé au travail.

Ce dispositif semble contribuer à la **professionnalisation collective** – des SST mais également de l'ensemble des acteurs de la santé au travail – dans la **production de données chiffrées susceptibles de témoigner de la situation de la santé au travail** (y compris en permettant de pointer les limites des chiffres). De fait, il suscite également un certain nombre de **controverses** en particulier sur les limites méthodologiques du dispositif (représentativité, validité statistique, ...).

Compte tenu de leur antériorité relativement récente, les connaissances produites constituent néanmoins **un support de référence et de dialogue** d'ores et déjà significatif pour le pôle Travail des DIRECCTE : en effet, un certain nombre de médecins du travail – mais également de branches professionnelles – utilisent cet outil pour appréhender les problématiques de la santé au travail. Il constitue notamment un support de travail permettant de **mieux approcher la problématique des risques psychosociaux**.

Les données produites constituent également :

- des informations utilisées en CMT pour orienter l'intervention des services de santé au travail ;
- des données de référence alimentant les débats en CHSCT ;
- des arguments utilisés dans la détermination des orientations, des priorités et des interventions des acteurs de la santé au travail.

## A • 1.4 - Région Limousin

### A • 1.4.1 - Quelques caractéristiques de l'environnement régional

La région Limousin (à l'instar de la région Centre) constitue également une région de petite taille, au tissu économique diffus (TPME majoritaires). Dans le cadre de processus de production de connaissances de grande envergure, cette région est parfois confrontée à des limites de nature méthodologique (représentativité insuffisante des échantillons de salariés, limitant la validité des résultats). Pour remédier à ce type de difficultés, des études sont menées conjointement avec la région voisine.

Jusqu'à présent, la DRTEFP Limousin – outre la participation aux exercices traditionnels – n'avait **que peu investi** la production de connaissances sur le champ « Travail » :

- le CTRI restait peu demandeur de ce type d'informations ;
- le SEPES restait principalement mobilisé sur la production de données et d'études relevant de l'emploi ;
- enfin, la coopération interinstitutionnelle restait limitée à une coordination d'actions (notamment entre la CRAM et la DRTEFP).

Ces connaissances avaient en outre des difficultés à trouver une déclinaison opérationnelle : le lien entre production de connaissances et actions des services doit – encore aujourd'hui – être conforté.

Depuis quelque temps, **sous l'impulsion des différents plans et programmes institutionnels en faveur de la santé au travail** (Plan Régional de Santé au Travail porté par la DIRECCTE, mais aussi Convention d'Objectifs et de Gestion de la CARSAT et Plan de Prévention des Risques de l'OPPBTP) mais également le renouvellement des acteurs au sein de ces différentes institutions, le renforcement de certaines coopérations (CARSAT/OPPBTP/ARACT) ou le développement de nouveaux partenariats (ORS) laissent espérer une **dynamique régionale interinstitutionnelle d'investissement en faveur du développement de connaissances sur le champ de la santé au travail**.

**La perspective d'un PRST II** (reposant désormais sur une coopération éprouvée à l'occasion du PRST I) ainsi qu'un **projet de coordination interinstitutionnelle** (à travers la signature d'une convention cadre quadripartite DIRECCTE/CARSAT/OPPBTP/SST) semble constituer un terrain favorable à la structuration d'un système de production de connaissances partagées permettant le pilotage de politiques régionales coordonnées en la matière.

La DIRECCTE Limousin peut compter sur un certain nombre de ressources susceptibles d'être mobilisées :

- **les médecins du travail, mais aussi le pôle Travail des DIRECCTE** ont d'ores et déjà (notamment à travers les deux études présentées ci-après mais également dans d'autres processus) fait preuve de leur volontarisme et de leur engagement dans la production de connaissances sur ce sujet ;
- **le service ESE, désormais placé directement auprès du DIRECCTE** dans le cadre des nouvelles organisations, aura compétence à intervenir sur l'ensemble des champs de la DIRECCTE. Ainsi, le champ de la santé au travail devrait constituer l'un de ses domaines d'investigation, au même titre que l'emploi... ou les relations de travail ; reste à savoir si des ressources et des compétences pourront être développées et pérennisées dans un service qui est actuellement confronté à des pertes d'effectifs et qui reste encore insuffisamment identifié sur le champ du travail ;



- **les acteurs traditionnels de la santé au travail** se déclarent mobilisés pour s'inscrire dans le cadre de dynamiques de coopération en faveur de la production de connaissances sur ce champ :
  - la CARSAT ;
  - l'OPPBTB ;
  - l'ARACT, etc.
- des ressources complémentaires, spécifiques à la région, constituent également des leviers au service du développement de la connaissance :
  - **une société savante (la société de médecine du travail limousine) ;**
  - **un Département Santé au Travail du CHU de Limoges**, fort de sa double expertise en épidémiologie et en santé au travail, qui a notamment coopéré dans le cadre des deux monographies présentées ultérieurement ;
  - **un ORST**, qui, avec l'ARACT (et en coopération avec la CARSAT et la DIRECCTE) initie une étude sur la pénibilité.

En outre, les **coopérations entre Santé Publique et Santé au Travail** devraient progressivement se structurer et se conforter : en effet, le nouveau directeur de l'ARS a évoqué la prévention comme priorité de son action ; les nouvelles instances prévues dans le cadre de la loi HPST devraient permettre à la santé au travail de trouver toute sa place et de compter ainsi dans les politiques de santé publique à venir.

Enfin, **le service ESE planche depuis plusieurs années sur le développement d'un système de mise en cohérence des différentes sources de données** (harmonisation des données « accident du travail » CRAM/INSEE) permettant d'aller vers une meilleure lisibilité des données d'ores et déjà disponibles.

#### **A • 1.4.2 - Monographie « La violence dans les milieux fermés ou semi-fermés en Limousin »**

##### **• Objectifs**

Produire de la connaissance pour mieux connaître une forme de violence singulière liée à la nature de l'activité, dans les prisons, services fermés des Hôpitaux Psychiatriques et MAS.

##### **• Clé d'entrée privilégiée**

Risque /secteur professionnel spécifique (établissements fermés et semi-fermés)

##### **• Principaux protagonistes**

MIRT (DRTEFP)

Médecins du travail

Département Santé au Travail CHU de Limoges

##### **• Nature du processus engagé**

Enquête quantitative descriptive de type épidémiologique

##### **• Périmètre**

Les personnels travaillant dans les prisons, services psychiatriques fermés et MAS de la Région



- **Dates clés du processus**

2004/2005 – Initiation du projet

Sept. 2005 à avril 2006 – Ingénierie, mise en œuvre de l'enquête et exploitation des résultats

Présentation des résultats : Fin 2006/Début 2007

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Volonté de réactiver une suite à ce processus, notamment en l'étendant à d'autres secteurs

- **Destinataires privilégiés**

Médecins du travail

Puis établissements volontaires fermés et semi-fermés

### **a) Origines**

Cette étude trouve ses origines en 2005, au sein **d'un groupe de médecins du travail du Limousin**, d'ores et déjà mobilisé autour de la problématique des risques psychosociaux. **Elle émane de constats réalisés par plusieurs médecins du travail** intervenant dans des établissements d'un type particulier (établissements fermés ou semi-fermés) relativement nombreux dans la région (la région Limousin est caractérisée par un nombre important de MAS réparties sur les 3 départements – 16 MAS – auxquelles il convient d'ajouter 3 établissements pénitentiaires et 4 hôpitaux psychiatriques ayant des secteurs fermés) : au cours des visites médicales, les salariés de ces établissements se plaignent de façon régulière d'une violence inédite, spécifique à l'environnement de travail, et induite par la nature même de l'activité dans ce type d'établissement.

Les médecins du travail, après avoir exploré les sources existantes en la matière, soulignaient le peu d'études susceptibles de les éclairer sur ce phénomène. Ainsi ont-ils exprimé au MIRTMO **leur souhait de mieux connaître** (quantitativement et qualitativement) cette violence (en tant que risque particulier à cet environnement de travail), **pour être ensuite en mesure d'accompagner de façon pertinente les salariés et les entreprises** confrontés à cette difficulté singulière. Cette demande faisait **écho à un certain nombre de travaux** (notamment les travaux engagés sur la violence auprès du gouvernement par un professeur de médecine), mais également **aux orientations du nouveau Plan Santé Travail**, où les risques psychosociaux apparaissaient comme l'une des priorités d'action. À ce stade, le PRST n'était pas encore formalisé.

### **b) Protagonistes**

Un groupe de médecins du travail, en coopération avec le MIRT, a donc initié ce projet. C'est dans ce cadre que **la maîtrise d'ouvrage** de ce processus a été prise en charge par la DRTEFP Limousin. **L'ingénierie du projet a été réalisée par les médecins du travail interentreprises, en coopération avec le Département Santé Travail du CHU de Limoges** (expertise et assistance Santé Publique et Santé au Travail), grâce à la collaboration de deux Professeurs de médecine. La **maîtrise d'œuvre** était composée de médecins du travail, en charge de diffuser les questionnaires auprès des salariés. **La réception et l'exploitation des questionnaires ont été confiées au Département Santé Travail du CHU de Limoges**, en vue de garantir l'anonymat et la confidentialité des informations transmises.

### c) Objectifs

Le processus initié avait pour objectif **d'étudier**, dans les établissements fermés et semi-fermés volontaires de la région, **la violence à laquelle sont confrontés les personnels dans leur établissement et la part que revêt ce phénomène pour ces mêmes personnels**.

Il s'agissait en particulier :

- **d'évaluer les contraintes psychologiques et organisationnelles** des personnels travaillant dans ces trois types d'établissements (établissements pénitentiaires, services psychiatriques et maisons d'accueil spécialisées) ;
- **d'évaluer la fréquence des violences** auxquelles les personnels sont exposés dans ces établissements ;
- **de déterminer les conséquences et le vécu** de ces violences pour les personnels ;
- **d'appréhender les moyens mis en place pour lutter** contre ces violences et accueillir des propositions d'amélioration de ces moyens. Cette étude devait permettre aux médecins du travail confrontés à cette problématique d'avoir une **meilleure compréhension du phénomène**, ainsi qu'une **meilleure appréhension des moyens destinés à lutter contre et à prévenir cette violence**.

### d) Objectifs latents, intentions, ambitions

De façon indirecte, l'initiation d'un tel processus avait vocation :

- d'une part, pour les services de l'État notamment, à **occuper le terrain de la « violence au travail » et des « risques psychosociaux »** nouvellement pointés dans les orientations nationales, **réaliser des choix étayés et orienter des actions susceptibles d'être inscrites dans le futur PRST** ;
- d'autre part, pour les médecins du travail, à s'appuyer sur une priorité publique nationale **pour poursuivre un travail de réflexion déjà engagé**, notamment en s'appuyant sur une problématique récurrente sur laquelle ils ne disposaient encore que peu de pistes d'action et de prévention.

Cette étude était également l'occasion pour le MIRTMO de **poursuivre son action d'animation des médecins du travail, et de conforter ainsi la coopération avec le pôle Travail des DIRECCTE**, en les mobilisant sur un thème dont ils étaient demandeurs.

### e) Partis pris structurants

D'emblée, cette enquête s'est construite dans **le respect d'une méthodologie rigoureuse et structurée** :

- formalisation de documents tout au long du processus, permettant une certaine mémoire du processus engagé : cahier des charges du projet, comptes-rendus de réunion, document de synthèse des résultats ;
- mobilisation du Département Santé Travail du CHU de Limoges, de façon à introduire des exigences méthodologiques issues de l'épidémiologie et garantir ainsi la validité du processus initié et des résultats produits ;
- élaboration d'un questionnaire d'enquête en s'inspirant de questionnaires d'ores et déjà validés scientifiquement (questionnaires Siegrist, Karasek, etc.) ;
- chacune des étapes de l'enquête a fait l'objet d'une attention minutieuse visant à respecter les règles de représentativité, de confidentialité, etc.

L'objet de cette enquête était d'emblée de produire une **connaissance aussi objective** que possible : ainsi, les résultats de cette enquête avaient vocation à être reproduits tels quels, **sans interprétation ni analyse**. À chacun, par la suite, de s'en emparer. De même, les **limites de cette enquête** avaient été d'emblée posées, notamment le choix délibéré de ne pas produire des résultats par établissement.

### **f) Principes méthodologiques**

Ce processus avait vocation à constituer une enquête transversale descriptive.

Ce processus s'est construit autour des étapes suivantes :

#### Mobilisation

En premier lieu, un **appel à volontariat** a été réalisé par les médecins du travail d'ores et déjà mobilisés sur cette question et le MIRT auprès de l'ensemble des médecins du travail de la région.

Une **information des directions et des personnels** a été organisée par les médecins du travail dans chaque établissement concerné. L'accord des directions était requis.

#### Ingénierie du processus

Un groupe de travail animé par le MIRT et composé de 17 médecins du travail a été mis en place et s'est réuni régulièrement pour bâtir la méthodologie d'enquête. Un premier questionnaire avait été établi.

Dans un second temps, ce groupe s'est associé les compétences des deux médecins, permettant de faire évoluer le questionnaire et de se doter d'éléments méthodologiques issus de la santé publique (exigence de confidentialité, consentement du répondant, etc.).

Le questionnaire était composé de 5 parties :

- données démographiques et description du secteur de travail ;
- vécu de la violence au travail ;
- conséquences de la violence ;
- moyens de lutte déjà en place et moyens à mettre en place ;
- vécu du travail par les personnels.

#### Recueil et exploitation des matériaux

Un **questionnaire a été distribué individuellement** aux personnels par les médecins du travail selon un protocole très précis : la personne disposait de quinze jours pour remplir l'auto-questionnaire. Ce questionnaire devait être retourné anonymement au département Santé Travail du CHU (taux de retour : 63 %).

Le traitement et la saisie des données étaient réalisés par une assistante du Département ; l'exploitation et l'analyse étaient réalisées par deux médecins (CHU). **Les résultats étaient présentés au groupe de médecins du travail pour validation.**

Les questionnaires ont été renseignés entre le 1er octobre et le 15 décembre 2006. Les résultats ont été produits en 2007.

### **g) Connaissances valorisées/produites**

L'enquête a permis **d'apporter des connaissances nouvelles – notamment des éléments quantitatifs et qualitatifs à l'échelon régional, sur un environnement de travail singu-**

**lier** –. Elle a notamment permis de mieux comprendre la nature de cette violence singulière, et d'identifier la part des personnels confrontés à ce phénomène :

- fréquence des violences déclarées ;
- type d'agression ;
- type de violence physique ;
- type de violence verbale ;
- conséquence des agressions ;
- répercussion des agressions ;
- répercussions organiques et médicamenteuses.

Elle a permis de faire émerger **quelques spécificités selon la nature de l'établissement concerné** (pénitentiaire, psychiatrique ou MAS), l'analyse étant réalisée par type d'établissement.

Elle a permis également **d'identifier les moyens de lutte mis en place ou préconisés, et permet ainsi d'ouvrir des perspectives de prévention.**

Les échanges et les travaux conduits dans le cadre du groupe de travail ont notamment **permis aux médecins du travail participants de partager une lecture commune et de produire un consensus confraternel autour de ces questions** ; cette dynamique a également permis de **fédérer le collectif de médecins du travail** intervenant auprès de situations communes et de cultiver le réseau de professionnels.

#### ***h) Diffusion des résultats***

Les résultats de cette enquête ont été **présentés au sein des CHSCT** des établissements ayant été mobilisés dans le cadre du processus.

Les résultats ont également été présentés **auprès de l'ensemble des médecins du travail de la région**, à l'occasion d'une journée régulièrement organisée par l'inspection médicale.

**Quatre plaquettes de communication** et de vulgarisation des résultats ont également été élaborées, ayant vocation à être diffusées largement à l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique :

- une plaquette générique présentant les résultats de façon globale ;
- une plaquette par type d'établissement.

Les résultats de cette enquête ont également **fait l'objet d'une publication dans le cadre d'un journal spécialisé** (pénitentiaire) et **devraient être publiés** dans le cadre de supports médicaux et scientifiques à venir.

#### ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Globalement, peu de difficultés ont été repérées dans la conduite de ce processus ; seule, **l'insuffisance des moyens** (notamment de ressources complémentaires pour traiter les questionnaires retournés) a été déplorée.

#### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Par contre, la réussite de ce processus semble avoir reposé sur les points suivants :

- **l'implication et le volontarisme personnel d'un certain nombre de médecins du travail ;**

- **le rôle d'impulsion, d'animation et de chef de projet du MIRT** (lui-même ancien médecin du travail), qui a favorisé la conduite de ce processus de bout en bout ;
- le fait que la démarche initiée revêtait **un intérêt immédiat pour les médecins du travail mobilisés** ; en effet, ce processus répondait à l'une de leur préoccupation immédiate, en leur permettant non seulement d'acquérir des repères méthodologiques visant à recueillir des informations sur ce phénomène (à travers notamment l'ingénierie préalable à l'enquête), de mieux comprendre une problématique au cours de leurs interrogations, mais également de se professionnaliser collectivement sur cette problématique, en partageant regards et pratiques.
- **la rigueur méthodologique du processus initié**, garantissant le sérieux et la validité de l'enquête engagée, et sa possible valorisation ultérieure.

### k) Limites des processus initiés

Les limites de ce processus ont été d'emblée soulignées, en amont de l'enquête :

- ce processus ne permettrait pas d'avoir une **vision exhaustive** de l'ensemble de cette problématique ; il ne permettrait pas non plus d'avoir **une vision du phénomène par établissement** ;
- de même, il avait vocation à **produire des résultats bruts**, sans interprétation particulière ni préconisation.

De ce fait, les acteurs regrettent que les connaissances ainsi produites **n'aient pas permis davantage une « mise en mouvement » des acteurs professionnels**, en faveur d'une meilleure prévention de cette problématique. Une part significative des médecins du travail regrette de n'avoir pas encore été « *jusqu'au bout* » d'un tel processus, aboutissant à une véritable prise de conscience de cette problématique et la mise en œuvre de mesures de correction et de prévention.

À cet effet, les acteurs impliqués dans ce processus regrettent qu'il n'ait **pu y avoir d'évaluation** afin de mesurer d'éventuelles évolutions des comportements et des pratiques (y compris auprès des médecins du travail).

Au sein de la DIRECCTE, on regrette que cette étude n'ait pas été **davantage portée institutionnellement**, laissant de ce fait un sentiment d'une étude « *purement médicale, restée aux mains de médecins* », sans que les résultats de celle-ci n'aient pu être réinvestis au service de l'institution.

Enfin, les acteurs s'accordent sur **l'insuffisante valorisation du processus initié et de ses résultats** : en effet, cette étude a permis de témoigner d'un véritable savoir-faire des médecins du travail en matière de production de connaissances, savoir-faire qui mériterait d'être davantage reconnu et valorisé.

### l) Impact du processus engagé

Ce processus a eu pour impact :

- une **satisfaction des médecins du travail** ayant participé à cette dynamique, du fait des échanges de pratiques et d'expériences, de l'ouverture à des connaissances nouvelles (sur la violence mais aussi en matière de méthodologie de recueil d'information en santé au travail), contribuant de fait à l'enrichissement de leurs compétences ;
- **une coopération confortée** avec le Département Santé au Travail du CHU de Limoges, augurant de perspectives de collaboration futures ;

- **une satisfaction des établissements également** (en particulier des MAS) lors de la présentation des résultats. À cet effet, ce processus est ainsi une occasion de contribuer à la sensibilisation des établissements et l’amorce d’une réflexion sur le sujet, à travers la présentation de données objectivées sur le phénomène concerné.

Certains partenaires régionaux – qui ne connaissaient pas jusqu’alors cette étude – **ont témoigné de leur plus vif intérêt pour les résultats** produits. De même, la récente publication des plaquettes d’information devrait permettre de relancer une dynamique sur ce sujet.

### **m) Usage des connaissances produites**

L’usage de ces connaissances (par les établissements concernés, mais également par les médecins du travail) est **difficile à apprécier**. Aucune démarche d’évaluation n’a été engagée pour apprécier l’usage des connaissances produites à travers cette enquête. Pour autant, à ce jour, les médecins du travail **n’observent aucune amélioration de la situation dans les établissements fermés ou semi-fermés** : les problématiques de violence restent toujours aussi présentes dans ces établissements, et les moyens au service de la lutte contre ce phénomène et sa prévention ne semblent pas davantage développés. Les médecins se disent néanmoins **mieux outillés** pour identifier et observer une vigilance particulière sur ce type de problématique. La plupart des acteurs soulignent que les résultats de ce processus n’ont pas été suffisamment exploités au bénéfice d’actions de prévention. Une dynamique mériterait d’être réamorcée, permettant notamment une meilleure articulation entre connaissances produites et action.

## **A • 1.4.3 - Monographie « La dépression en Limousin chez les travailleurs en activité »**

### **• Objectifs**

Améliorer la connaissance de la dépression chez les « travailleurs du Limousin en activité professionnelle »

### **• Clé d’entrée privilégiée**

Pathologie (la dépression) chez les salariés de la région Limousin

### **• Principaux protagonistes**

MISP (DRASS) à l’origine

MIRT (DRTEFP)

Médecins du travail

Département Santé au Travail CHU de Limoges

### **• Nature du processus engagé**

Enquête transversale descriptive et analytique de type épidémiologique

### **• Périmètre**

Échantillon aléatoire de salariés d’entreprises du Limousin, tous secteurs confondus (outre régimes particuliers)

### **• Dates clés du processus**

Initiation des réflexions : 2006



Ingénierie : Élaboration du protocole Juin 2007

Présentation de l'étude aux médecins du travail : Octobre 2007

Pré-test du questionnaire : Décembre 2007

Déroulement de l'étude : Février à Avril 2008

Saisie des données 2008/2009

Analyse des données : 2008/2009

Restitution des résultats : Octobre 2009

- **Situation du processus au moment de la présente étude**

Volonté de poursuivre le processus

- **Destinataires privilégiés**

Médecins du travail

Puis acteurs de la santé publique

Acteurs de prévention

### **a) Origines**

À l'origine de cette étude, des **travaux relatifs à la dépression et au suicide avaient d'ores et déjà été développés par les acteurs de santé publique.**

**Des études avaient déjà été conduites** à la fois à l'échelon national (« *La dépression en France : enquête ANADEP 2005* » conduite par l'INPES et portant sur la population des 15/75 ans), mais également, en partie à l'échelon régional (étude sur les troubles dépressifs et la consommation des psychotropes dans la région Limousin, menée par l'ORS).

**Cette question constituait en outre une priorité de santé publique**, réaffirmée dans le cadre du PRSP. Un groupe de travail « suicide dépression », animé par le Médecin Inspecteur de Santé Publique avait été constitué par la DRASS, réunissant des médecins psychiatres et un psychologue du travail.

Dans le cadre de ces travaux, le Comité Stratégique Régional Prévention Dépression-Suicide (comité interinstitutionnel en charge dans le cadre du PRSP 2006 de conduire les projets sur le volet « Dépression ») **a décidé d'engager une réflexion plus particulière sur le volet « Dépression » dans sa composante « Milieu Professionnel »**. Une psychologue, ainsi que l'URCAM – en coopération avec le MIRT- avaient ainsi en charge d'étudier quels types d'actions concevoir pour répondre aux objectifs fixés dans le volet Dépression du PRSP. Conjointement, des **réflexions avaient déjà été engagées par des médecins du travail**, constatant une forte prévalence des problématiques de dépression chez les salariés de la région. Ainsi, des médecins du travail de l'AIST 87 souhaitaient mettre en place un projet visant à **mesurer la fréquence et l'importance de la dépression chez les salariés suivis par le service**. C'est dans ce cadre que ce processus a été présenté, puis retenu dans le cadre de l'appel à projet PRSP.

Ce projet s'inscrivait dans un contexte favorable, où le PRST venait d'être présenté (avec une préoccupation interinstitutionnelle de convergence et de complémentarité des deux plans) et où le Plan Santé au Travail avait retenu l'action prioritaire suivante : « *Mobiliser le pôle Travail des DIRECCTE pour mieux prévenir les risques psychosociaux* ». Ainsi, ce processus est **né de la convergence de ces différentes dynamiques**, avec d'un côté, une volonté, de la part de la santé publique, d'explorer la dépression en milieu professionnel, et de l'autre, une préoccupation professionnelle, de la part des médecins du travail, de trouver des moyens d'action pour lutter et prévenir l'apparition de cette pathologie.

## **b) Protagonistes**

Ce processus s'appuie initialement sur la mobilisation de deux types de protagonistes :

- la DRASS, à travers les travaux conduits dans le cadre des PRSP ;
- les médecins du travail – AIST 87 – dont la demande a été relayée par la DIRECCTE/DRTEFP, par l'intermédiaire du médecin inspecteur régional du travail (MIRT).

Ainsi, une **double maîtrise d'ouvrage** s'est structurée, portée par la DRASS (avec des financements du GRSP) et la DRTEFP Limousin (à travers la mobilisation de financements issus du BOP 111), en sachant que progressivement, la DRTEFP Limousin a assumé seule le suivi du processus.

Le **pilotage**, animé par le MIRT, était assuré par un groupe associant la maîtrise d'ouvrage, l'ensemble des médecins du travail participant au projet, le département Santé au Travail du CHU de Limoges, un psychologue et un ergonome issu du groupe « Dépression Suicide ». **La maîtrise d'œuvre** était confiée aux médecins du travail volontaires de la région (56 médecins du travail se sont mobilisés dans le cadre de ce projet). Le traitement et l'exploitation des matériaux ont été réalisés par le Département Santé au Travail du CHU de Limoges.

## **c) Objectifs**

Les objectifs visaient, en premier lieu, à **améliorer la connaissance d'une pathologie fréquente en région Limousin, notamment dans le milieu professionnel.**

Ce processus était également, pour les médecins du travail, une occasion **de contribuer à l'évolution de leurs pratiques**, notamment en partageant une culture commune sur cette question, en facilitant les actions de repérage et de dépistage de la maladie, en se dotant d'outils d'appréciation et en partageant des réflexions sur les pistes possibles de prévention.

Enfin, l'initiation d'une telle action à l'échelon régional constituait, pour la DRTEFP du Limousin, **une occasion de contribuer à l'information et la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention** (employeurs, préventeurs) à l'échelon régional.

## **d) Objectifs latents, intentions, ambitions**

La façon dont a été construit ce processus permettait **d'aborder la question des risques psychosociaux**, tout en **contournant les polémiques d'ores et déjà en cours sur la question** : en effet, la question était appréhendée par des médecins, sous l'angle de la pathologie (donc susceptibles d'appréhender cette question en toute légitimité), et veillait – malgré le champ professionnel privilégié – à développer une approche équilibrée de cette problématique, en prenant en compte les facteurs à la fois personnels et professionnels. Indirectement, ce processus avait également vocation :

- à contribuer, grâce à une réflexion régionale menée sur ce thème, à **faire évoluer des représentations erronées sur la dépression** ;
- **sensibiliser les salariés**, à la fois sur la nature de cette pathologie, ses symptômes, et les solutions susceptibles d'être mises en œuvre (notamment sur le rôle du médecin du travail) ;
- **sensibiliser les entreprises** sur les effets de cette pathologie et l'importance d'une prévention à cet égard.



## e) *Partis pris structurants*

Le processus s'est appuyé sur les partis-pris suivants :

- il a en premier lieu reposé sur les **médecins du travail** initialement volontaires pour conduire ce projet, tout en veillant à s'élargir aux autres médecins du travail de la région.
  - il s'agissait en premier lieu de répondre à leur demande de mieux « objectiver » la question des dépressions en milieu professionnel, et le lien entre cette pathologie et le contexte professionnel ;
  - par ailleurs, les médecins de travail constituaient des relais privilégiés pour créer les conditions favorables à une remontée d'information sur ce sujet ;
  - pour créer les conditions de « réussite », il convenait d'intéresser les médecins du travail à cette démarche, c'est-à-dire de leur permettre de « prendre en main » des outils susceptibles de les aider pratiquement dans l'exercice de leur fonction ; ainsi, un outil était proposé, susceptible à la fois d'être parfaitement intégré dans la pratique des médecins, mais également susceptible d'être réutilisé ultérieurement ;
  - enfin, une majeure partie des médecins du travail devait être mobilisée, de façon à la fois à garantir les conditions de fiabilité de cette enquête, mais également afin d'alléger la charge de travail de chacun des médecins.
- le deuxième principe visait à **créer les conditions de mobilisation des entreprises et des salariés**, notamment en veillant à ce que le sujet appréhendé ne suscite pas d'attitude défensive (clé d'entrée « pathologie » et analyse multifactorielle, y compris prenant en compte les facteurs personnels).
- enfin, de façon à créer dès en amont les conditions de validité des résultats de cette étude, cette dernière se devait de s'inscrire dans un **cadre méthodologique rigoureux** :
  - mobilisation du Département Santé au Travail du CHU de Limoges, apportant son expertise Santé Publique et Santé au Travail ;
  - mise en place d'une démarche de projet d'études, avec un protocole précis (conditions de passation du questionnaire, méthode d'échantillonnage, exploitation, etc.) ;
  - construction d'un outil d'enquête inspiré de travaux scientifiquement validés (échelle de Goldberg et échelle de stress perçu de Cohen et Williamson), et d'outils d'évaluation des conditions de travail ressenties (Robinson, Karasek et Siegrist), etc.

## f) *Principes méthodologiques*

### Mobilisation

En premier lieu, un travail de **mobilisation a été conduit par le MIRT, de façon à mobiliser l'ensemble des médecins du travail de la région.**

Une réunion a été proposée à ces médecins volontaires de façon à **partager un premier regard commun sur la dépression et ses manifestations.** À ce titre, un psychiatre de la Société Limousine de Santé au Travail a été sollicité pour assurer une intervention sur ce thème, contribuant ainsi à la structuration d'une représentation commune autour de cette question.

## Ingénierie du projet

**Un groupe de travail** – composé de médecins du travail, du MIRT, d'un psychologue, d'un ergonome et de représentants du département Santé au Travail du CHU de Limoges – a **déterminé l'ingénierie du projet**. Une **méthode d'échantillonnage** a été mise en place, à travers une sélection aléatoire des salariés effectuant leur consultation de santé au travail. Un consentement écrit du salarié devait systématiquement être obtenu.

Le questionnaire, une fois élaboré (à partir de références scientifiques) a **fait l'objet d'un pré-test auprès d'une population test**.

## Recueil et exploitation des données

Le recueil des données était effectué en deux temps :

- un **auto-questionnaire** rempli par le salarié au cours de l'attente dans la salle d'attente du médecin, lors de la consultation de médecine du travail ;
- en fonction des résultats à l'échelle de Goldberg (score supérieur ou égal à 2), un **questionnaire complémentaire** (échelle de dépression de Montgomery Asberg-MADRS) était administré par le médecin, au cours de la consultation de médecine du travail.

**Les données étaient saisies sur une application** Access développée par le Département de Santé au Travail du CHU de Limoges et **analysées** dans le même département. Tout le processus de saisie et d'exploitation des matériaux a fait l'objet **d'un appui et d'un suivi de la part d'un étudiant en thèse**.

Les premiers résultats ont été soumis aux médecins du travail pour **validation collective**, avant d'être diffusés.

## **g) Connaissances valorisées/produites**

Ce processus a permis la **production d'informations partagées – quantifiées et qualifiées – sur la dépression** auprès des salariés de la région Limousin. Elle a notamment permis d'avoir des éléments d'information sur :

- les caractéristiques de la dépression, selon le parcours et la situation des salariés (situation de travail, secteur d'activité) ;
- l'intrication des facteurs personnels et professionnels ;
- la prévalence de la dépression majeure.

Elle a également permis **l'émergence d'une culture commune** autour de cette question auprès de l'ensemble des médecins du travail participant à cette dynamique et **l'appropriation d'outils de détection et de mesure** de la dépression.

## **h) Diffusion des résultats**

Ce processus a été **régulièrement présenté, tout au long de sa mise en œuvre, au CTRI**, sans susciter, de la part des membres, de questionnements ou de réactions particuliers. Une fois les résultats partagés et validés en groupe de pilotage, les résultats définitifs de l'étude ont été présentés :

- **auprès de l'ensemble des médecins du travail** de la région, dans le cadre des journées de l'inspection médicale (organisée par le MIRT) et lors des journées de formation continue des médecins du travail ;

- au cours d'une **réunion du CRPRP** ;
- **auprès de CHSCT et d'Associations de DRH.**

Des présentations sont encore prévues, en région, au cours des **assises régionales du Plan Régional Santé au Travail ; des communications sont également prévues** à l'occasion du prochain Congrès de Médecine. **Une plaquette** de synthèse des résultats a été largement adressée à l'ensemble des médecins du travail de la région. Ces travaux ont également fait l'objet **d'une thèse**, soutenue en Octobre 2010.

**Des perspectives de communication plus larges**, auprès de l'ensemble des acteurs de la région, sont également en cours de réflexion.

### ***i) Difficultés rencontrées au cours du processus***

Les principales difficultés rencontrées lors de ce processus tiennent essentiellement :

- non seulement au caractère « **flou** » **de la commande initialement formulée par la DRASS et le GRSP** ; de fait, cette commande a fait l'objet d'interprétations et de réajustements de la part du groupe de travail, où progressivement n'étaient plus présents les commanditaires initiaux ;
- mais également à une **perte de liens progressifs avec le commanditaire** (notamment en raison des reconfigurations institutionnelles) qui a fait qu'un projet initialement « santé publique » est principalement devenu un projet « santé au travail » : les articulations entre santé publique et santé au travail, à l'origine de ce projet, se sont distendues. Au terme de cette étude, il est également difficile de savoir où porter, au sein de la nouvelle ARS, les conclusions de ce processus.

### ***j) Atouts/leviers repérés au cours de ces processus***

Un certain nombre de conditions favorables a permis la mise en œuvre de ce processus :

- en premier lieu, ce processus portait sur un **sujet d'actualité**, largement médiatisé, tout en privilégiant une approche nouvelle (l'approche par la pathologie de la dépression, à travers un regard combiné sur les facteurs professionnels et personnels porté par des médecins du travail) moins conflictuelle ;
- cette étude pouvait être menée sur un **échantillon large, grâce à l'implication d'une part significative de médecins du travail** et de ce fait, produire des informations fiables et valides sur la région ;
- un des leviers a également été **la mobilisation des services de santé au travail qui ont permis – et soutenu – l'implication des médecins du travail** dans le cadre de ce processus, sans quoi cette démarche n'aurait pas pu avoir lieu ;
- enfin, **la rigueur méthodologique et l'animation** dont a bénéficié cette étude permettant une conduite de ce processus de bout en bout jusqu'à la production de résultats, alors même que certains autres processus initiés dans le cadre du PRSP à la même époque ne semblent pas avoir été menés à leur terme.

### ***k) Limites des processus initiés***

Quelques limites ont néanmoins été énoncées par les protagonistes du projet :

- en premier lieu, la dynamique de l'appel à projets contribue dans le cadre de ce processus – comme dans d'autres observés – à « **externaliser** » **trop souvent les**

**projets**, et de ce fait, à **démobiliser la maîtrise d'ouvrage institutionnelle dans le pilotage et le suivi** de ce projet. Ainsi, la coopération avec la Santé Publique a été difficile à cultiver ;

- **la question des moyens mis à disposition** de cette étude a également été posée : en effet, les moyens étaient significativement limités, au regard des ambitions de l'étude, et c'est grâce à un investissement particulier du Département de Santé au Travail du CHU de Limoges que le traitement des informations a pu être mené dans un cadre rigoureux et scientifique. Par ailleurs, les compétences pour assurer à la fois l'ingénierie, le suivi et la coordination d'une telle étude ont manqué à l'échelon régional : dans ce cadre, l'appui du thésard mobilisé par le CHU aura été d'un précieux secours ;
- enfin, de façon plus générale, certains acteurs regrettent que cette **étude menée n'ait pu être davantage exhaustive** (agents de la fonction publique d'État ou territoriale...) ; limite qui avait néanmoins été posée en amont de l'étude.

### ***l) Impact du processus engagé***

Compte tenu de la faible antériorité de ce processus, **l'impact de ce dernier reste difficile à apprécier**.

En premier lieu, ce processus a effectivement permis de **professionnaliser collectivement les médecins du travail** de la région sur la question de la dépression. En l'occurrence, les médecins du travail qui ont participé à ce processus expriment leur intérêt pour cette démarche et le caractère enrichissant du processus initié. En outre, cette démarche a contribué à **valoriser l'expertise des médecins du travail et leur capacité à produire de l'information sur la santé au travail**.

De même, les partenaires, informés de cette démarche, ont **manifesté leur intérêt pour ces travaux** et leur volonté de s'appuyer sur les résultats pour promouvoir des actions en faveur de la prévention de la dépression.

### ***m) Usage des connaissances produites***

**L'usage qu'il est fait de cette étude est également difficile à appréhender**. Certains médecins du travail ont **intégré dans leur pratique les différentes échelles ou outils** qui ont prévalu à la construction de l'enquête. De même, fort d'une culture commune sur le sujet, les **échanges interprofessionnels sont facilités et la volonté d'échanger plus largement** – par exemple avec la médecine de ville – est actuellement en perspective.

Certains partenaires (notamment l'OPPBTP) font **déjà référence à ces travaux pour alimenter les perspectives d'action** en faveur de la prévention des RPS ; ce processus devrait également contribuer à alimenter les projets de coopération interinstitutionnels avec l'OPPBTP et l'Assurance Maladie. Enfin, les résultats de ce processus serviront également de support pour **alimenter les réflexions menées dans le cadre du « groupe RPS »** préparatoire au PRST II.

Pour autant, en **l'absence d'évaluation** sur le sujet, il est difficile d'apprécier si les connaissances produites sont utilisées par d'autres acteurs, notamment les acteurs des entreprises.

# ANNEXE 2

## Glossaire

### A • 2.1 - Liste des sigles

#### A

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ACEMO</b>    | Activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre (Enquête)  |
| <b>ACM</b>      | Analyse des correspondances multiples   |
| <b>ADESTI</b>   | Association développement de la santé et de la sécurité au travail et de la médecine interprofessionnelle |
| <b>AFFSET</b>   | Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail                                   |
| <b>AFOMETRA</b> | Association pour la formation dans les services médicaux du travail                                       |
| <b>AGEFIPH</b>  | Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées                      |
| <b>AIMST</b>    | Association interprofessionnelle de santé et de médecine du travail                                       |
| <b>AIPST</b>    | Association interentreprises de prévention et de santé au travail   |
| <b>AMET</b>     | Association pour la prévention et la médecine du travail  |
| <b>ANACT</b>    | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail  |
| <b>ANPE</b>     | Agence nationale pour l'emploi (fusionnée dans Pôle emploi)   |
| <b>ANR</b>      | Agence nationale de la recherche  |
| <b>ANSES</b>    | Agence nationale de sécurité sanitaire (successeur de l'AFFSET)   |
| <b>ARACT</b>    | Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail                                       |
| <b>ARH</b>      | Agence régionale d'hospitalisation  |
| <b>ARS</b>      | Agence régionale de santé   |
| <b>AST</b>      | Assistante de santé au travail  |
| <b>AT</b>       | Accidents du travail  |

#### B

|               |   |
|---------------|---|
| <b>BAOBAB</b> | Base d'observation des agents biologiques   |
| <b>BARPI</b>  | Bureau d'analyses des risques et prévention des incidents (ministère développement durable) |
| <b>BIT</b>    | Bureau international du travail   |
| <b>BOP</b>    | Budgets opérationnels de programme (outil de stratégie budgétaire régional)                 |
| <b>BPCO</b>   | Broncho-pneumopathie chronique obstructive  |
| <b>BTP</b>    | Bâtiments et travaux publics  |

#### C

|               |   |
|---------------|---|
| <b>CACES</b>  | Certificat d'aptitude à la conduite en sécurité       |
| <b>CARSAT</b> | Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail |
| <b>CCMSA</b>  | Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole      |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>CCPP</b>     | Centre de consultation de pathologie professionnelle                             |
| <b>CDD</b>      | Contrat à durée déterminée   |
| <b>CDI</b>      | Contrat à durée indéterminée   |
| <b>CEE</b>      | Centre d'études de l'emploi  |
| <b>CETAF</b>    | Centre technique d'appui et de formation   |
| <b>CG-PME</b>   | Confédération générale des petites et moyennes entreprises                       |
| <b>CGSS</b>     | Caisse générale de sécurité sociale  |
| <b>CHS</b>      | Centre hospitalier spécialisé  |
| <b>CHSCT</b>    | Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail                       |
| <b>CHU</b>      | Centre hospitalier universitaire   |
| <b>CIRC</b>     | Centre international de recherche sur le cancer                                  |
| <b>CIRE</b>     | Cellule régionale épidémiologique  |
| <b>CISME</b>    | Centre interservices de santé et médecine du travail                             |
| <b>CMR</b>      | Cancérogène, mutagène, reprotoxiques (produits dangereux)                        |
| <b>CNAM</b>     | Conservatoire national des arts et métiers                                       |
| <b>CNAMTS</b>   | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés                   |
| <b>CNPA</b>     | Chambre nationale des métiers de l'automobile                                    |
| <b>CNR</b>      | Centre national de référence   |
| <b>CNRS</b>     | Centre national de la recherche scientifique                                     |
| <b>CNRT</b>     | Centre national de la recherche technologique                                    |
| <b>COCT</b>     | Conseil d'orientation sur les conditions de travail                              |
| <b>CODIR</b>    | Comité de direction au sein des Direccte   |
| <b>COG</b>      | Convention d'objectifs et de gestion   |
| <b>COI</b>      | Changements organisationnels et informatisation (Enquête)                        |
| <b>CORINTHE</b> | Consultation régionale d'informations thématiques sur l'emploi (base de données) |
| <b>CRAM</b>     | Caisse régionale d'assurance maladie (devenue Carsat)                            |
| <b>CRAMIF</b>   | Caisse régionale d'assurance maladie Île de France                               |
| <b>CREAPT</b>   | Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail         |
| <b>CRESGE</b>   | Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion                    |
| <b>CRPRP</b>    | Comité régional de prévention des risques sanitaires                             |
| <b>CT</b>       | Conditions de travail  |
| <b>CTRI</b>     | Comité technique régional et interdépartemental (ex-Codir des Direccte)          |
| <b>CTS</b>      | Conditions de travail et santé (département de la Dares)                         |

## D

|               |  |
|---------------|--|
| <b>DA</b>     | Directeur adjoint (Direccte)   |
| <b>DA-DI</b>  | Dares Analyses – Dares Indicateurs ( <i>publication Dares</i> )  |
| <b>DADS</b>   | Déclaration annuelle des données sociales  |
| <b>DARES</b>  | Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques   |
| <b>DDTEFP</b> | Direction départementale du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle ( <i>actuellement UT, au sein des Direccte</i> ) |

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>DDI</b>      | Directions départementales interministérielles   |
| <b>DDPP</b>     | Directions départementales de la protection des populations  |
| <b>DDCSPP</b>   | Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations  |
| <b>DGPR</b>     | Direction générale de la prévention des risques (MEEDDM)   |
| <b>DGS</b>      | Direction générale de la santé (ministère chargé de la santé)  |
| <b>DGT</b>      | Direction générale du travail (ministère chargé du travail)  |
| <b>DIRECCTE</b> | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi                        |
| <b>DMMO</b>     | Déclarations de mouvements de main-d'œuvre (mensuelle)   |
| <b>DOM</b>      | Départements d'Outre Mer   |
| <b>DRASS</b>    | Direction régionales des affaires sanitaires et sociales (aujourd'hui ARS pour la santé)                                     |
| <b>DREAL</b>    | Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (du MEEDDM)  |
| <b>DRCCRF</b>   | Direction régionale de la concurrence, la consommation et de la répression des fraudes<br><i>(intégrée dans la Direccte)</i> |
| <b>DRCA</b>     | Direction régionale du commerce et de l'artisanat (intégrée dans la Direccte)  |
| <b>DRCE</b>     | Direction régionale du commerce extérieur (intégrée dans la Direccte)  |
| <b>DRSM</b>     | Direction régionale du service médical (de l'assurance maladie)  |
| <b>DREES</b>    | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques   |
| <b>DRIRE</b>    | Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (Direccte)   |
| <b>DRT</b>      | Direction régionale du tourisme (intégrée dans la Direccte)  |
| <b>DRTEFP</b>   | Direction régionale du travail et de l'emploi et de la formation professionnelle (ex-Direccte)                               |

## E

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>EDS</b>      | Enquête décennale de santé  |
| <b>EE</b>       | Enquête emploi  |
| <b>EEE</b>      | ou <b>pôle 3 E</b> Entreprises-emploi-économie des Direccte   |
| <b>EHS</b>      | Enquête handicap santé  |
| <b>EMMO</b>     | Enquête sur les mouvements de main-d'œuvre  |
| <b>EMT</b>      | Emploi et marché du travail (sous-direction de la Dares)  |
| <b>EPICES</b>   | Epidémiologie des centres d'examen de santé (groupe questionnaire)                                  |
| <b>ERP</b>      | Évaluation des risques professionnels   |
| <b>ESE</b>      | <i>(voir SESE, remplace les SEPES)</i>  |
| <b>ESTERREL</b> | Échanges entre les services déconcentrés de travaux d'études et réseau régional et local (intranet) |
| <b>ESTEV</b>    | Enquête santé, travail et vieillissement  |
| <b>EVREST</b>   | Évolution et relation en santé au travail (enquête)   |



## F

|              |  |
|--------------|--|
| <b>FASTT</b> | Fonds d'action sociale du travail temporaire   |
| <b>FNMF</b>  | Fédération nationale de la mutualité française |
| <b>FSE</b>   | Fonds social européen                          |

## G

|               |   |
|---------------|---|
| <b>GISCOP</b> | Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers professionnels        |
| <b>GRSP</b>   | Groupement régional de santé publique                                   |
| <b>GTNDO</b>  | Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique |

## H

|             |   |
|-------------|---|
| <b>HAP</b>  | Hydrocarbures aromatiques polycycliques                   |
| <b>HCSA</b> | Haut comité des solidarités actives                       |
| <b>HID</b>  | Handicap, invalidité, dépendance ( <i>enquête Insee</i> ) |

## I

|               |  |
|---------------|--|
| <b>IDF</b>    | Ile-de-France  |
| <b>INCA</b>   | Institut national du cancer  |
| <b>INERIS</b> | Institut national de l'environnement industriel et des risques                     |
| <b>INRS</b>   | Institut national de recherche et de sécurité                                      |
| <b>IRDES</b>  | Institut de recherche et de documentation économique de la statistique de la santé |
| <b>IRSN</b>   | Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire                                 |
| <b>INRA</b>   | Institut national de la recherche agronomique                                      |
| <b>INSEE</b>  | Institut national de la statistique et des études économiques                      |
| <b>INSERM</b> | Institut national de la santé et de la recherche médicale                          |
| <b>INVS</b>   | Institut nationale de veille sanitaire   |
| <b>IPRP</b>   | Intervenant en prévention des risques professionnels                               |
| <b>IRP</b>    | Institutions représentatives du personnel  |
| <b>ISTNF</b>  | Institut de santé au travail du nord de la France                                  |
| <b>ITMO</b>   | Institut thématique multi-organismes   |

## L

|             |   |
|-------------|---|
| <b>LOLF</b> | Loi organique relative à la loi de finances |
|-------------|---|

## M

|               |  |
|---------------|--|
| <b>MAREG</b>  | Mission action régionale ( <i>de la Dares</i> )                              |
| <b>MAS</b>    | Maison d'accueil spécialisée   |
| <b>MEEDDM</b> | Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer |
| <b>MHI</b>    | Comité médical havrais interentreprises                                      |
| <b>MIRT</b>   | Médecin inspecteur régional du travail                                       |

|               |  |
|---------------|--|
| <b>MIRTMO</b> | Médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre |
| <b>MP</b>     | Maladies professionnelles ( <i>enquête</i> )                 |
| <b>MCP</b>    | Maladie à caractère professionnel ( <i>enquête</i> )         |
| <b>MPI</b>    | Maladies professionnelles indemnisables                      |
| <b>MSA</b>    | Mutualité sociale agricole                                   |

## N

|             |   |
|-------------|---|
| <b>NAF</b>  | Nomenclature des activités françaises ( <i>code Insee</i> ) |
| <b>NES</b>  | Nomenclature économique de synthèse ( <i>Insee</i> )        |
| <b>NIR</b>  | Numéro d'inscription au répertoire                          |
| <b>NPDC</b> | Nord-Pas-de-Calais  |

## O

|               |  |
|---------------|--|
| <b>OCEDAR</b> | Outil de coordination des enquêtes de la Dares                           |
| <b>OEE</b>    | Offres d'emploi enregistrées ( <i>en entrée</i> )                        |
| <b>OIT</b>    | Organisation internationale du travail                                   |
| <b>OMI</b>    | Organisation maritime internationale                                     |
| <b>OMS</b>    | Organisation mondiale de la santé  |
| <b>OPPBTB</b> | Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics |
| <b>OPS</b>    | Organisation panaméricaine de la santé                                   |
| <b>ORS</b>    | Observatoire régional de la santé  |
| <b>ORSAL</b>  | Observatoire régional de la santé d'Alsace                               |
| <b>ORST</b>   | Observatoire régional de la santé au travail                             |

## P

|                |   |
|----------------|---|
| <b>PACA</b>    | Provence-Alpes-Côte d'Azur  |
| <b>PAR</b>     | Plan d'actions régionales   |
| <b>PCS</b>     | Professions et catégories socioprofessionnelles   |
| <b>PE</b>      | Pôle emploi   |
| <b>PIPS</b>    | Premières informations Premières synthèses<br>( <i>anciennes publications Dares, devenues DA-DI</i> ) |
| <b>PMDIT</b>   | Plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail                                  |
| <b>PNAC</b>    | Plan nation d'actions coordonnées ( <i>CnamTS</i> )   |
| <b>PNSE</b>    | Plan national santé environnement   |
| <b>PRISSME</b> | Partenariat régional interservices pour la santé, la sécurité et la médecine en entreprises           |
| <b>PRST</b>    | Plan régional de santé au travail   |
| <b>PST</b>     | Plan santé au travail   |

## Q

|             |               |
|-------------|---------------|
| <b>QMCP</b> | Quinzaine MCP |
|-------------|---------------|

## R

|            |  |
|------------|--|
| <b>RAF</b> | Rapport administratif et financier     |
| <b>RAM</b> | Rapport annuel des médecins du travail |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>REACH</b>   | Registration, evaluation, authorization and restriction of chemicals<br><i>(enregistrement, évaluation et autorisation de produits chimiques) (règlement européen)</i> |
| <b>REPONSE</b> | Relations professionnelles et Négociations d'entreprise <i>(enquête)</i>   |
| <b>RGPP</b>    | Révision générale des politiques publiques   |
| <b>RNV3P</b>   | Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles   |
| <b>PRSP</b>    | Plan régional de santé publique  |
| <b>RPTT</b>    | Relations professionnelles et temps de travail <i>(département de la Dares)</i>  |

## S

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>SAMOTRACE</b> | Santé mentale observatoire Rhône-Alpes Centre <i>(enquête)</i>                                    |
| <b>SAS</b>       | Statistical Analysis System <i>(logiciel statistique)</i>   |
| <b>SEPES</b>     | Service études, prospectives, évaluation et statistiques <i>(de la DRTEFP, actuellement SESE)</i> |
| <b>SESE</b>      | Service études, statistiques et évaluation (remplace le SEPES)                                    |
| <b>SFMT</b>      | Société française de médecine du travail  |
| <b>SIST</b>      | Services interentreprises de santé au travail   |
| <b>SISTEPACA</b> | Système d'information en santé, travail et environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur               |
| <b>SST</b>       | Services de santé au travail <i>(dans les entreprises)</i>  |
| <b>SIP</b>       | Santé et itinéraire professionnel <i>(enquête)</i>  |
| <b>SUMER</b>     | Surveillance médicale des risques professionnels <i>(enquête)</i>                                 |
| <b>SVP 50</b>    | Santé et vie professionnelle après 50 ans <i>(enquête)</i>  |

## T

|            |   |
|------------|---|
| <b>TIC</b> | Technologie de l'information et de la communication |
| <b>TMS</b> | Troubles musculo-squelettiques                      |
| <b>TR</b>  | Accidents de trajet <i>(enquête)</i>                |

## U

|              |   |
|--------------|---|
| <b>UD</b>    | Union départementale                              |
| <b>UIMM</b>  | Union des industries et métiers de la métallurgie |
| <b>UPA</b>   | Union professionnelle artisanale                  |
| <b>UR</b>    | Union régionale                                   |
| <b>URCAM</b> | Union régionale des caisses d'assurance maladie   |
| <b>UT</b>    | Unité territoriale de la Direccte                 |

## V

|              |   |
|--------------|---|
| <b>VISAT</b> | Vieillesse santé travail <i>(association)</i> |
| <b>VQS</b>   | Vie quotidienne santé <i>(enquête)</i>        |

### **Cellules pluridisciplinaires :**

Placées au sein du « pôle travail » de chaque Direccte, elles peuvent être composées d'inspecteurs du travail, d'ingénieurs de prévention, de techniciens régionaux de prévention etc. Les médecins inspecteurs du travail y contribuent.

Elles ont pour mission :

- d'assurer un appui scientifique, technique et méthodologique aux agents de contrôle dans leurs missions de contrôle et de diffusion de la culture de prévention sur les lieux de travail.
- de contribuer à orienter, impulser et évaluer la politique de santé sécurité au travail en région.
- d'assurer une liaison et des échanges d'informations avec les autres partenaires (DREAL, ARS, Carsat, OPPBTP,...)

### **Services de santé au travail (SST) :**

L'activité des services de santé au travail est déterminée par le Code du travail. Ces services, organisés et financés par les employeurs, sont contrôlés par l'État et les partenaires sociaux. Selon les effectifs de salariés à suivre, les employeurs organisent des services d'entreprise ou adhèrent à des services interentreprises. Le contrôle de l'État est matérialisé par la décision d'agrément émanant du directeur de la Direccte, sur avis technique du médecin inspecteur du travail. Les médecins du travail qui exercent au sein de ces services ont une mission exclusivement préventive d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait du travail. La loi du 20 juillet 2011 a notamment explicitement donné pour mission aux SST de contribuer à la veille sanitaire.

### **CTIP Conseil :**

Société commerciale assurant le conseil aux entreprises et la formation dans le domaine de la propreté.

**Le Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : de la commande à la production de connaissances, enjeux et conditions de réussite s'inscrit dans la continuité du Guide méthodologique pour les études en santé et conditions de travail : sources et ressources, paru en décembre 2010.**

Comme le précédent, ce guide est conçu pour être utilisé par tous les agents du ministère en charge des questions de la santé et des conditions de travail, aussi bien les agents de l'inspection du travail, les médecins inspecteurs du travail, les ingénieurs de prévention et les autres agents des cellules pluridisciplinaires que les chargés d'études et de statistiques des services études, statistiques, évaluation des Direccte.

À travers treize monographies réalisées dans les régions Centre, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce guide dresse des constats, tire des enseignements puis formule des recommandations pour la conduite d'une étude tout au long de son processus : en amont, au moment de l'expression des besoins et de la prise de décision ; pendant la réalisation de l'étude, lors de la mobilisation des ressources et de la production ; et après la réalisation, en vue de l'exploitation des résultats, et du bilan / évaluation du processus de production.

Pour prolonger l'usage des expériences rencontrées, la synthèse de chacune des treize monographies régionales est annexée au guide.