Groupement d'Intérêt Scientifique
Âge, Territoire, Liens et Agencements en Santé-Travail
(GIS ATLAST)

Rapport intermédiaire
Septembre 2018

Rédaction : Marie Delaunay (Université Jean Monnet) et Vincent Mandinaud (ANACT)

Table des matières

Table des illustrations 4

1. Introduction 5

2. Le cadre institutionnel des enjeux de connaissance et d'action 6

2.1. L'action 3.13 du Plan Santé Travail 3 (PST3) 2016-2020 6

2.2. Le GIS ATLAST 7

2.3. Usages des diagnostics territoriaux et premières hypothèses de travail 9

2.3.1. Logiques d'action, échelles d'observation et niveaux de description 9

2.3.2. Instruments de connaissance, système-expert et processus de mobilisation des savoirs et des pouvoirs 14

2.3.3. Pratique des sources, partage des ressources et réutilisation des données 16

2.3.4. Rappel des orientations du programme d'activité 2018 18

3. L'enquête auprès des référents PRST3 19

3.1. Méthodologie de l'enquête 19

3.1.1. Problématique, hypothèses de travail et conditions de réalisation : des questions qui (ne) se posent (pas) sur le processus de construction et de valorisation des diagnostics territoriaux 19

3.1.2. La grille d'audition : des questions qu'on pose aux questions qu'ils posent ou qu'ils se posent 23

3.1.3. Les comptes rendus d'entretiens 24

3.1.3.1. Bourgogne-Franche-Comté 24

3.1.3.2. Bretagne 24

3.1.3.3. Centre-Val-de-Loire 25

3.1.3.4. Corse 25

3.1.3.5. Grand Est 25

3.1.3.6. Guadeloupe 26

3.1.3.7. Guyane 27

3.1.3.8. Hauts-de-France 28

3.1.3.9. Île-de-France 31

3.1.3.10. Mayotte 31

3.1.3.11. Normandie 31

3.1.3.12. Nouvelle Aquitaine 31

3.1.3.13. Martinique 33

3.1.3.14. Pays de la Loire 34

3.1.3.15. Provence-Alpes-Côte-d'Azur 35

3.1.3.16. La Réunion *37*
3.2. Analyse 38
3.2.1. Temporalités et rythme de production des diagnostics 40
3.2.2. Configuration régionale et dynamique de mobilisation 41
3.2.3. Expérience du diagnostic, usages des données et des cartes 42
3.2.4. Mailles et indicateurs 43
3.3. Résultats provisoires 44
3.4. Séminaire de restitution et/ou atelier de scénarisation 45
4. Accompagnement des groupes régionaux sur le terrain 46
4.1. Auvergne-Rhône-Alpes 47
4.2. Nouvelle-Aquitaine 47
4.3. Occitanie 48
4.3.1. L'expérimentation d'Alès 49
4.3.1.1. Données *50*
4.3.1.2. Méthodologie *51*
4.3.1.3. Premiers résultats et perspectives *52*
4.3.2. Les autres expérimentations 59
5. Accès, partage et ouverture des données territorialisées 59
5.1. La demande du GIS ATLAST 60
5.2. La réponse de la DARES 61
5.3. Contre-proposition du GIS ATLAST 66
5.4. Renforcer le travail de traduction 71
7. État récapitulatif des dépenses 2018 et budget prévisionnel 2019 72
8. Conclusion 74

Remerciements : Richard Abadie, Directeur Général de l'ANACT, Manel Khelifi, Chargé de Mission du COCT ; Frédéric Laloue, Directeur Adjoint CNSA, ancien Secrétaire Général du COCT et président du GIS ATLAST ; Hervé Lanouzière, IGAS, ancien Directeur Général de l'ANACT ; Christian Lenoir, IGAS, ancien Secrétaire Général du COCT ; Marie-Odile Nicot, Chargée d'Etudes de la DGT, Yves Struillou, Directeur Général du Travail.

Table des illustrations

Figure 1 : Exemple de cartographies des accidents du travail et le taux de fréquence à l'échelle de la zone d'emploi dans la région Hauts-de-France – Source : La santé au travail dans les Hauts-de-France, Atlas régional - Actualisation 2016. 10
Figure 2 : Exemple des profils des principaux secteurs impactant la fréquence régionale des accidents du travail dans la région des Hauts-de-France – Source : La santé au travail dans les Hauts-de-France, Atlas régional - Actualisation 2016. 11
Figure 3 : Exemple de cartographie du taux de mortalité à l'échelle régionale en France – Source : PRST3 Normandie – Diagnostic territorial (2017). 12
Figure 4 : Exemple de cartographie des accidents du travail et indice de fréquence à l'échelle du département pour la région Occitanie – Source : Plan Régional Santé Travail – Occitanie 2016-2020 (2016). 13
Figure 5 : Exemple de cartographies des accidents du travail à l'échelle de la zone d'emploi pour la région Rhône-Alpes – Source : Atlas des risques professionnels en Rhône-Alpes (2016). 13
Figure 6 : Les données en santé au travail 17
Figure 7 : Profils régionaux du point de vue temporel. 41
Figure 8 : Profils régionaux du point de vue de la configuration territoriale et mobilisation des acteurs. 42
Figure 9 : Profils régionaux du point de vue de l'expérience du diagnostic territorial. 43
Figure 10 : Profils régionaux du point de vue des mailles et indicateurs. 44
Figure 11 : Proposition de programme pour un séminaire de restitution.**Erreur ! Signet non défini.**
Figure 12 : Tableau des comptes (source : UJM). 73
Figure 13 : Report 2018 et budget prévisionnel 2019. 74

Tableau 1 : Liste des liens de téléchargements des atlas / diagnostics / tableaux de bord. 38

Carte 1 : Localisation des adhérents du CMIST (départements, 2017). 53
Carte 2 : Localisation des salariés suivis par le CMIST (départements, 2017). 54
Carte 3 : Localisation et taux des adhérents du CMIST (communes, 2017). 55
Carte 4 : Localisation et taux des salariés suivis par le CMIST (communes, 2017). 56
Carte 5 : Part des 5 codes NAF les plus enregistrés pour les adhérents du CMIST (communes, 2017). 57
Carte 6 : Expositions professionnelles enregistrées pour les salariés du CMIST (communes, 2017). 58

1. Introduction

La caractérisation des données de santé au travail grâce à un diagnostic territorial est une voie de progrès pour la prévention/promotion de la santé au travail. Mais la réalisation de ces diagnostics territoriaux se heurte à plusieurs difficultés compte tenu de la complexité du sujet et du champ d'action. Tout d'abord, la nature des données concernées est très variable et concerne aussi bien les secteurs d'activités, les expositions ou encore les pathologies. Puis les échelles auxquelles ces données sont disponibles et accessibles varient de l'entreprise jusqu'à la région. Enfin, les données sont détenues la plupart du temps par des acteurs aux logiques différentes : assureurs, préventeurs, systèmes de surveillance, entreprises, etc. Ces multiples sources de données complémentaires, formalisées ou non, sont trop souvent analysées de manière indépendante, minimisant la dimension géographique y étant associée.

L'action 3.13 du Plan Santé Travail 3 (PST ou PST3) tente de remédier à cette situation, et le Groupement d'Intérêt Scientifique Âge, Territoire, Liens et Agencements en Santé-Travail (GIS ATLAST) a été constitué dans l'objectif de progresser en la matière. Ce rapport intermédiaire a vocation à capitaliser les enseignements tirés des activités conduites dans le cadre du GIS ATLAST durant l'année 2018, de façon à alimenter la réflexion du groupe de pilotage de l'action 3.13 du PST3.

Le document se décompose en 6 parties :

1. Une première partie rappelle le cadre institutionnel et les enjeux de connaissance et d'action.

2. Une deuxième partie rend compte de l'enquête qualitative conduite de septembre 2017 à avril 2018 auprès des référents Plan Régional Santé Travail 3 (PRST ou PRST3) et du diagnostic territorial des Direccte (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi).

3. Une troisième partie rend compte de l'accompagnement de groupes de travail en région Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine.

4. Une quatrième partie rend compte du travail de définition des données statistiques utiles et réutilisables pour la prévention/promotion de la santé au travail à des échelles géographiques infra régionales, ainsi que des actions conduites pour faciliter leur réutilisation à des fins de diagnostic territorial.

5. Une cinquième partie porte sur le programme d'activité 2019.

6. Une sixième partie rend compte du bilan comptable pour l'année 2018 et présente le budget prévisionnel 2019.

2. Le cadre institutionnel des enjeux de connaissance et d'action

2.1. L'action 3.13 du Plan Santé Travail 3 (PST3) 2016-2020

Le Plan Santé Travail 3 (2016-2020) marque une inflexion dans l'orientation donnée à la politique de santé au travail, en replaçant la prévention primaire au cœur du système, en faisant de l'amélioration de la qualité de vie au travail un levier de santé et de maintien en emploi, en renforçant le dialogue social et en structurant le système d'acteurs en direction des TPE-PME (Très Petites Entreprises - Petites et Moyennes Entreprises).

Dans ce plan, l'action 3.13 s'inscrit dans un objectif opérationnel portant sur les connaissances, qui cherche les moyens de mieux « *partager les connaissances grâce à des outils quantitatifs efficaces et les mettre à la disposition des acteurs de la prévention* ». Si l'ANSES (Agence Nationale de SÉcurité Sanitaire) s'est vu confiée le pilotage de l'action 3.10 qui vise à « *recenser, rationaliser et harmoniser les données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé sécurité au travail afin d'en améliorer l'exploitation et la mise à la disposition des acteurs de la prévention* », c'est à l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) qu'est revenu le pilotage de l'action 3.13 qui consiste à « *développer à destination de toutes les régions une méthodologie de regroupement de données permettant d'établir une diagnostic territorial opérationnel et de l'animer* ». Cette action s'inscrit dans l'objectif opérationnel 10, qui lui-même vise à renforcer les connaissances et les systèmes de données et les rendre plus opérationnels. Elle se décompose en deux sous-objectifs :

1. d'une part, « *réaliser un état des lieux des différents systèmes de croisement et d'exploitation de données développées au niveau régional* » ;
2. d'autre part, « *doter toutes les régions de ressources de diagnostic cartographique à usage partenarial et collaboratif, qui seront mises à la disposition des comités régionaux pour l'établissement par les acteurs d'un diagnostic partagé* ».

Si la formulation et les orientations prioritaires données aux plans d'action gouvernementale ont évolué avec le temps, l'enjeu de diagnostic territorial en matière de santé au travail est récurent d'un PST à un autre.

1. La fiche 2.3 du PST1 (2005-2009) visant à « développer la connaissance des territoires sur le champ santé/ sécurité au travail et renforcer le système de contrôle » exprime déjà l'idée selon laquelle « une meilleure connaissance des caractéristiques particulières des territoires régionaux, départementaux et infra-départementaux est donc indispensable et doit être développée dans un cadre plus structuré ». Au plan national, l'objectif consistait alors à « *mettre à la disposition des agents chargés du contrôle sur le terrain un outil méthodologique, diffusé sur support multimédia, facilitant la mise en œuvre de diagnostics et de plans d'actions territoriales intégrés aux orientations nationales* ».
2. Si aucune action ou objectif n'est tourné explicitement vers une logique de diagnostic territorial dans le cadre du PST2 (2010-2014), la formulation de l'enjeu se retrouve disséminée ça et là, servant divers objectifs et donnant corps à différentes opérations. Ainsi, l'objectif de développement des outils de connaissance et de suivi, se traduit par exemple par une action relative à « *l'amélioration de connaissance sur les expositions professionnelles, leur évolution et leur répartition*» qui se décline par une opération

d'amélioration de la qualité des diagnostics territoriaux portant sur les risques professionnels et les conditions de travail, ou par une action visant « *l'amélioration de la connaissance sur les pathologies en lien avec le travail* » et qui se décline par une opération consistant à « *mettre en place un système d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles regroupant les données des différents régimes de protection sociale* ».

L'action 3.13 du PST3 introduit donc pour la première fois de façon explicite la notion de diagnostic territorial comme un enjeu d'action prioritaire au niveau national. L'introduction de cette notion renvoie au fait d'être en mesure de conduire des actions pertinentes de prévention/promotion de la santé au travail dans les territoires, et pour cela de mobiliser les acteurs dans la réutilisation de données et de disposer d'indicateurs concernant à la fois les populations au travail, les expositions et les effets sanitaires observés à des échelles géographiques fines. La prise en considération de ces éléments doit pouvoir se faire à toutes les échelles et selon les différentes logiques des parties prenantes : de l'entreprise aux instances de concertation régionales, en passant par des mailles et des acteurs intermédiaires.

À ce jour, le groupe de pilotage de l'action 3.13, composé du Comité d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), de la Direction Générale du Travail (DGT), de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie-Travailleurs Salariés (CNAM-TS), de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), de Santé Publique France, du Ministère de l'agriculture, de l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP), de Présanse et de l'ANACT, a établi une feuille de route qui a été validé par le Comité de Pilotage du PST. Cette feuille de route conduit les représentants des différentes institutions à co-construire un cahier des charges concernant les outils et méthodes à développer, et à formuler in fine des recommandations. Le groupe s'est réuni à plusieurs reprises en 2017. Il s'est réuni fin 2018. L'organisation d'un séminaire est prévue le 27 février 2019. Il sera l'occasion de partager les résultats de l'enquête conduite par le GIS ATLAST auprès des agents en charge du diagnostic territorial dans le cadre des PRST3, mais aussi de croiser les expériences régionales et d'animer (avec l'appui d'Etalab et de Datactivists) un travail d'atelier avec les principaux intéressés pour à la fois mieux formaliser les besoins à faire remonter dans le futur cahier des charges et sensibiliser aux enjeux de l'ouverture et de la réutilisation des données utiles à la prévention/promotion de la santé au travail.

2.2. Le GIS ATLAST

La création du Groupement d'Intérêt Scientifique – Âges, Territoires, Liens et Agencements en Santé-Travail (GIS ATLAS) a eu lieu le 8 décembre 2016. Jusqu'à ce qu'il quitte son poste de Secrétaire Général du COCT au mois de mai 2017, Frédéric Laloue était Président du GIS ALTAST. C'est Philippe Garabiol, nouveau Secrétaire Général du COCT qui a été élu lors du CODIR du XXX, et qui lui succède comme Président du GIS ALTAST. Vincent Mandinaud, chargé de mission à l'ANACT, assure la direction opérationnelle du GIS depuis sa création.

Celle-ci est le fruit d'un patient travail interinstitutionnel, financé par le COCT, la DGT, l'ANACT et l'ANSES. Associés à l'Université Jean Monnet (UJM), l'Université Lumière Lyon 2

(ULL2), l'Ecole Normale Supérieure (ENS) de Lyon, au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Cité Publique et parrainés par ETALAB (mission auprès des services du premier ministre pour l'ouverture des données publiques), les partenaires entendent, avec la création de ce GIS, venir alimenter la réflexion du groupe de pilotage de l'action 3.13 du PST3 à travers des travaux d'enquête, des expérimentations et des propositions méthodologiques. L'Université Paul Valéry Montpellier 3 (UPVM3) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) ont rejoint les parties signataires par avenant au début de l'année 2018.

Si des institutions majeures de la santé au travail soutiennent et contribuent directement au projet en tant que partie signataire et contributrice sur le plan pratique ou financier, il est à noter que les deux grandes institutions productrices de données sur la santé au travail ont décliné l'invitation faite à participer à ce projet, à savoir la CNAM-TS et la DARES. La direction générale de Santé Publique France nous a fait savoir plus récemment qu'elle ne souhaitait pas s'engager actuellement dans le GIS ATLAST, malgré l'intérêt formulé par les responsables du département Santé-Travail. Le Directeur de PRÉSANSE a répondu favorablement à l'invitation faite par le Président du GIS à venir échanger lors du prochain Codir sur la perspective de s'associer au GIS ATLAST de façon à renforcer les projets et les initiatives.

L'offre de service proposée par le GIS ATLAST porte à la fois sur la construction, l'utilisation et le partage d'indicateurs localisés, mais aussi la capitalisation des pratiques régionales et l'expérimentation de protocoles dans quelques régions. Il vient donc en soutien des acteurs et partenaires en santé-travail dans le cadre des PRST3, car les régions peuvent à la fois exprimer des besoins et porter des dynamiques sur l'utilisation et la représentation des données utiles au diagnostic territorial.

Il est structuré par trois axes de recherche autour de la cartographie collaborative de données localisées comme procédé :

- d'exploration,
- de contextualisation,
- et de coordination des espaces de prévention/promotion de la santé au travail.

Ses deux objectifs principaux sont de :

- contribuer au développement des capacités de production de connaissance et d'action sur les contextes de travail en facilitant la réutilisation de données localisées ;
- mobiliser les acteurs de la prévention dans le renouvellement de la conception, du pilotage et de l'animation de la prévention/promotion de la santé au travail dans les territoires.

Des premiers travaux engagés, et notamment l'analyse des atlas régionaux sur la santé au travail produit dans le cadre du PST2, on peut d'ores et déjà tirer des premiers enseignements utiles pour progresser dans la réflexion et dans l'opérationnalisation de la fabrique des diagnostics territoriaux. Ainsi, le rapport annuel 2017 du GIS ATLAST donne à lire quelques éléments que nous souhaitons rappeler ici, car ils constituent autant de points clefs, de jalons ou d'hypothèses structurantes pour les travaux que ce rapport présente.

2.3. Usages des diagnostics territoriaux et premières hypothèses de travail

2.3.1. Logiques d'action, échelles d'observation et niveaux de description

La construction de diagnostics territoriaux est aux prises avec différentes logiques qui peuvent se combiner plus ou moins opportunément ou parfois entrer en tension. D'un côté, d'un point de vue théorique, la construction de diagnostics territoriaux s'inscrit dans une recherche de connaissances, une heuristique, qui vise à éclairer in fine l'action préventive. Cette construction relève alors d'une logique d'exploration et de découverte. Mais d'un autre côté, d'un point de vue pratique, la construction de diagnostics territoriaux s'inscrit dans une logique de justification, qui vise à s'accommoder des contraintes amont qui s'imposent à la construction, et des contraintes en aval qu'impose la post-production.

Par exemple, il ressort des éléments capitalisés sur les terrains régionaux que le cadre imposé aux régions par le PST3 n'a pas été de nature à soutenir et valoriser la construction d'un diagnostic territorial susceptible d'orienter l'action selon des caractéristiques territoriales. Le cadre d'action a été largement imposé par le haut, dans un calendrier contraint qui n'a laissé que peu de marges aux acteurs régionaux. La réalisation du diagnostic territorial s'est parfois réalisée a minima, sans chercher à approfondir, en tachant de combiner des éléments spécifiant les territoires sur le plan du tissu économique et des connaissances déjà acquises sur la santé au travail, de façon à répondre aux problématiques touchant des activités structurantes du territoire (logistique et lin en Normandie). Un autre exemple de logique de « justification » est porté par le projet OSCARS Travail en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur[1]. Il est présenté comme un instrument d'Observation, de Suivi et de Cartographie des Actions Régionales de Santé sur le champ du travail. Il vise à rendre compte et à partager l'information sur les actions conduites sur différents thèmes et à différentes échelles.

Mais, des logiques de « découverte » sont parfois à l'œuvre, pour partie déjà initiées dans le cadre du PRST2. Par exemple, en région Haut de France, l'atlas de la santé et de la sécurité au travail présente des cartes régionales, découpées à la maille Zone d'Emploi (ZE), qui permettent de distinguer les évolutions des accidents du travail, leur taux de fréquence, ainsi que le nombre et l'évolution des Maladies Professionnelles reconnues en première indemnisation (voir figure 1). L'atlas 2016-2020 détaille les 28 ZE de la région.

Le découpage en Zone d'Emploi (ZE), mis en place par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 1985 et dont la dernière révision date de 2010, divise le territoire métropolitain en 304 zones[2]. Créées comme un « *zonage d'études, elles permettent aujourd'hui de restituer de l'information statistique mais aussi de concevoir des diagnostics territoriaux permettant de bâtir ou mettre en œuvre des politiques territorialisées*» (Insee, 2010). Ce découpage, basé sur les données de flux de déplacement domicile-travail (collectées pendant les recensements de la population), a pour objectif de « *définir une partition du territoire en ensembles de communes où la plupart des actifs résident et travaillent* » (Insee, 2010).

[1] http://www.oscarsante.org/national/oscars_travail/

[2] https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2534458/atlas-ze-2010.pdf

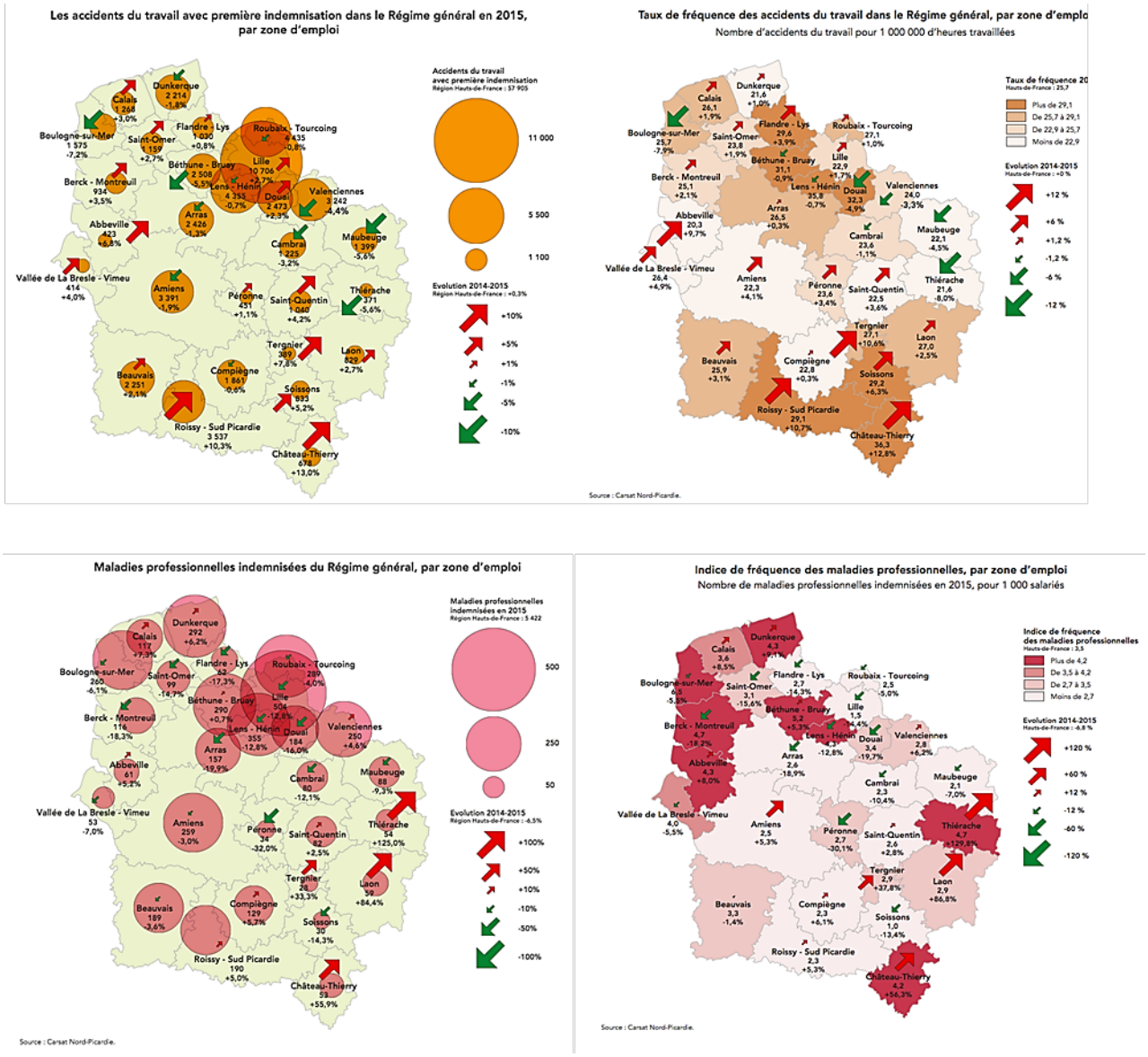
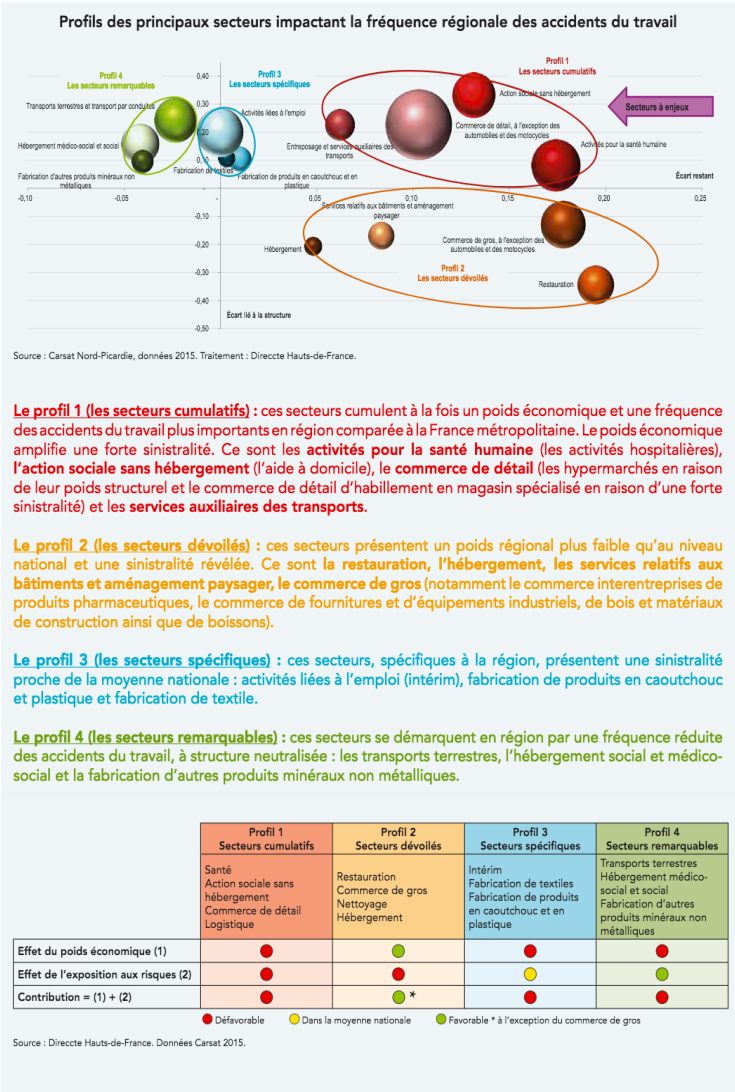


Figure 1 : Exemple de cartographies des accidents du travail et le taux de fréquence à l'échelle de la zone d'emploi dans la région Hauts-de-France – Source : La santé au travail dans les Hauts-de-France, Atlas régional - Actualisation 2016.

Plus encore, une méthode d'analyse des écarts structurels/résiduels a été mise sur pied pour affiner le diagnostic, et distinguer des profils sectoriels caractérisant le territoire sur le plan de la sinistralité, et expliquant le sens de certains écarts continus depuis plusieurs années dans une comparaison inter-régionale, ou en prenant comme référence la moyenne nationale (voir figure 2).



Source : Carsat Nord-Picardie, données 2015. Traitement : Direccte Hauts-de-France.

Le profil 1 (les secteurs cumulatifs) : ces secteurs cumulent à la fois un poids économique et une fréquence des accidents du travail plus importants en région comparée à la France métropolitaine. Le poids économique amplifie une forte sinistralité. Ce sont les **activités pour la santé humaine** (les activités hospitalières), **l'action sociale sans hébergement** (l'aide à domicile), le **commerce de détail** (les hypermarchés en raison de leur poids structurel et le commerce de détail d'habillement en magasin spécialisé en raison d'une forte sinistralité) et les **services auxiliaires des transports**.

Le profil 2 (les secteurs dévoilés) : ces secteurs présentent un poids régional plus faible qu'au niveau national et une sinistralité révélée. Ce sont **la restauration, l'hébergement, les services relatifs aux bâtiments et aménagement paysager, le commerce de gros** (notamment le commerce interentreprises de produits pharmaceutiques, le commerce de fournitures et d'équipements industriels, de bois et matériaux de construction ainsi que de boissons).

Le profil 3 (les secteurs spécifiques) : ces secteurs, spécifiques à la région, présentent une sinistralité proche de la moyenne nationale : activités liées à l'emploi (intérim), fabrication de produits en caoutchouc et plastique et fabrication de textile.

Le profil 4 (les secteurs remarquables) : ces secteurs se démarquent en région par une fréquence réduite des accidents du travail, à structure neutralisée : les transports terrestres, l'hébergement social et médico-social et la fabrication d'autres produits minéraux non métalliques.

	Profil 1 Secteurs cumulatifs	Profil 2 Secteurs dévoilés	Profil 3 Secteurs spécifiques	Profil 4 Secteurs remarquables
	Santé Action sociale sans hébergement Commerce de détail Logistique	Restauration Commerce de gros Nettoyage Hébergement	Intérim Fabrication de textiles Fabrication de produits en caoutchouc et en plastique	Transports terrestres Hébergement médico-social et social Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques
Effet du poids économique (1)	🔴	🟢	🔴	🔴
Effet de l'exposition aux risques (2)	🔴	🔴	🟡	🟢
Contribution = (1) + (2)	🔴	🟢 *	🔴	🔴

🔴 Défavorable 🟡 Dans la moyenne nationale 🟢 Favorable * à l'exception du commerce de gros

Source : Direccte Hauts-de-France. Données Carsat 2015.

Figure 2 : Exemple des profils des principaux secteurs impactant la fréquence régionale des accidents du travail dans la région des Hauts-de-France – Source : La santé au travail dans les Hauts-de-France, Atlas régional - Actualisation 2016.

Dans les régions, le diagnostic territorial implique le plus souvent une lecture infrarégionale des phénomènes de santé au travail représentés par les données statistiques.

Cependant, ce niveau de lecture est parfois absent des cartes proposées dans les documents publiés dans le cadre des PRST3. Par exemple, en Normandie, seules des cartes permettant une comparaison inter-régionale sont rendues disponibles. Celles-ci mettent en scène des données relatives à la santé publique (voir figure 3). Si elles permettent de situer la région Normandie par rapport aux autres, elles ne permettent pas une compréhension des spécificités expliquant in fine les écarts inter-régionaux. Cette absence est expliquée par les acteurs en charge de la réalisation du diagnostic territorial par des éléments de calendrier et de systèmes d'action contraints. La connaissance fine du tissu économique permet de déterminer des grands secteurs, filières ou types d'entreprises caractéristiques du territoire. La connaissance acquise sur la santé au travail sur ces secteurs, organisations, métiers permet d'orienter l'action (logistique, culture du lin). Toutefois des besoins de cartographie et de traçabilité des

contaminations se font jour lorsque l'on creuse l'exemple de la pollution par containers. Car celle-ci ne saurait être confinée dans le port ou bien même les containers. Ce sont les colis contenus dans les containers et leur distribution chez les clients qui dessinent les territorialités infrarégionales du risque.

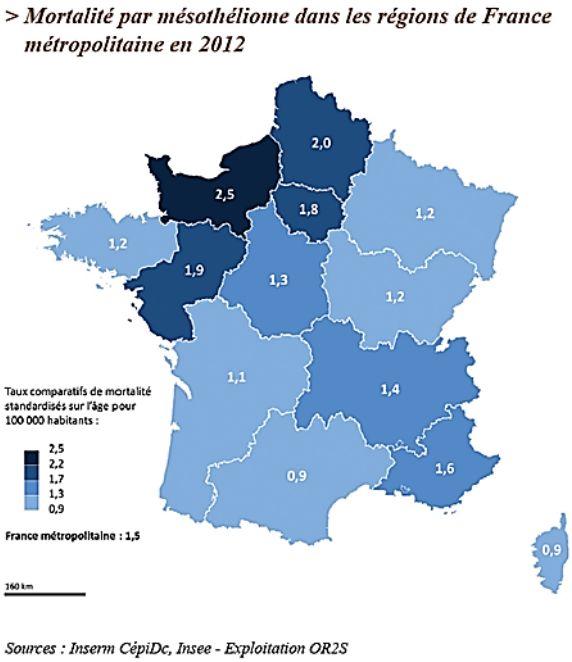


Figure 3 : Exemple de cartographie du taux de mortalité à l'échelle régionale en France – Source : PRST3 Normandie – Diagnostic territorial (2017).

D'ordinaire, les publications donnent à voir le plus souvent un découpage départemental. C'était par exemple jusqu'à présent le cas pour la région Occitanie (voir figure 4). Ce choix d'échelle peut être pertinent sur le plan institutionnel, politique ou administratif. Mais il est insatisfaisant sur le plan analytique et ne permet par une compréhension suffisamment fine des phénomènes étudiés. C'est pourquoi le diagnostic présenté au GPRO durant le mois de novembre 2017 fait figurer des données à l'échelle des Zones d'Emploi (ZE). Ces nouveaux éléments ont été discutés lors d'un séminaire organisé par l'Aract Occitanie, au cours duquel ce n'est pas seulement la finesse de la maille géographique qui a été soulevée mais aussi la profondeur de l'analyse proposée. Trop souvent, les commentaires qui accompagnent les tableaux et les cartes présentés se limitent à une simple description et mise en mots de ce que peuvent montrer les différentes figures. C'est un appel à un travail collectif d'interprétation des chiffres qui a été formulé à cette occasion, comme voie de progrès dans la construction des diagnostics territoriaux et l'appropriation de leurs résultats.

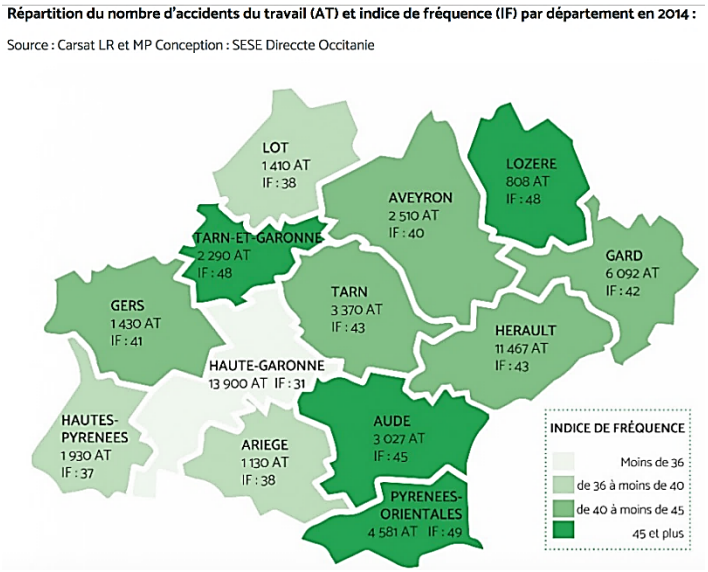


Figure 4 : Exemple de cartographie des accidents du travail et indice de fréquence à l'échelle du département pour la région Occitanie – Source : Plan Régional Santé Travail – Occitanie 2016-2020 (2016).

Des tentatives récentes montrent que l'analyse spatiale de la santé au travail cherche à intégrer la construction des politiques régionales de santé au travail. La publication d'une série d'Atlas régionaux des risques professionnels a émergé dans le cadre du PST2. Ces publications mettent en scène des données qui permettent de caractériser les contextes territoriaux à travers des indicateurs relatifs à la population, au tissu économique mais aussi à la sinistralité.

Par exemple, la région Auvergne-Rhône-Alpes a fait le choix de publier des tableaux ou des cartes qui présentent les indicateurs à l'échelle des Zones d'Emploi (voir figure 5). Si cette maille d'étude n'a pas vraiment de signification pour les acteurs de terrain dans la mesure où elle ne se réfère pas à des espaces identitaires ni politiques, pour ainsi dire territoriaux, elle permet toutefois de descendre légèrement en granularité et de rester en cohérence avec les bassins de travail.

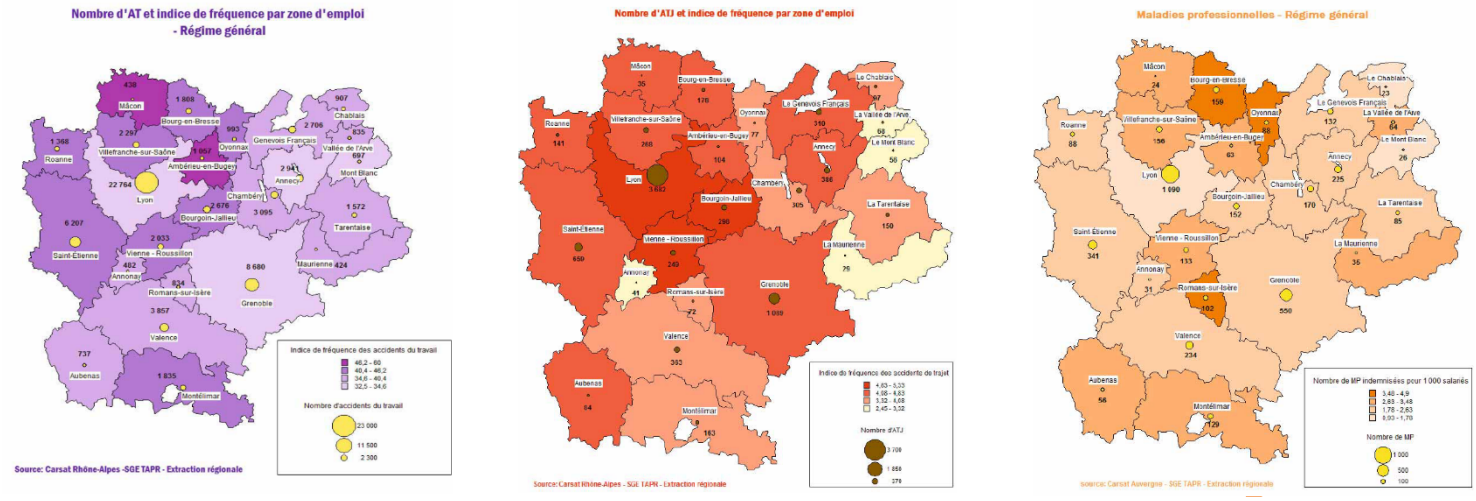


Figure 5 : Exemple de cartographies des accidents du travail à l'échelle de la zone d'emploi pour la région Rhône-Alpes – Source : Atlas des risques professionnels en Rhône-Alpes (2016).

Si les publications de diagnostics territoriaux sont intéressantes et sans doute utiles pour initier un mouvement de connaissance sur les déterminants spatiaux de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, ces derniers restent toutefois peu opérants pour soutenir une bonne compréhension des dynamiques territoriales et conduire des missions de prévention. D'abord parce que l'échelle d'observation et d'analyse ne permet pas une lecture infra-territoriale suffisante. Ensuite parce que la maille ZE, si elle a du sens d'un point de vue d'études statistiques, ne constitue pas une référence significative pour les acteurs qui vivent l'ordinaire de ces territoires de vie et de travail. Enfin parce qu'elle peine à intéresser et à mobiliser les acteurs pour réaliser l'exercice d'analyse collective.

Si la dimension spatiale n'est pas une préoccupation majeure et ordinaire de la production et de l'exploitation de données statistiques sur la santé au travail, ces initiatives montrent pourtant l'intérêt et le potentiel de telles approches. Certes encore limitées, notamment par les formats et les données mobilisées, ces initiatives ouvrent la voie à des approches territoriales affinées qu'il s'agit d'équiper et d'étoffer pour les rendre plus opératoires et plus efficaces.

S'agissant de la santé au travail, il semble important de trouver une échelle d'analyse pertinente. Pour descendre plus fin que la ZE, nous pouvons nous interroger sur la pertinence d'autres découpages géographiques.

En effet, les questions de santé au travail pourraient tout à fait être traitées à l'échelle des Services de Santé au Travail (SST)[1] ou sur des périmètres encore plus proches de la réalité de terrain à savoir les communes. Le niveau d'agrégation et de représentation est essentiel car il doit permettre de retranscrire au plus proche ce qui se passe sur le territoire afin de gagner en précision d'analyse. Mais le potentiel d'exploitation des données à des échelles fines n'est pas activable pour toutes les sources d'ordinaire exploitées pour caractériser le sujet. Ainsi, une exploitation des données de sinistralité et de santé au travail (CNAM-TS, Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail - CARSAT, Mutuelle Sociale Agricole - MSA, SST) à l'échelle communale est possible. Mais elle est inenvisageable pour l'enquête SUMER par exemple. Il est impossible de descendre à un niveau de connaissance plus fin que l'échelle régionale, faute de représentativité statistique. S'agissant des données Évolutions et RElations en Santé au Travail (EVREST), autre exemple, leur exploitation à l'échelle communale n'aurait pas de sens ni de validité. Les éléments de connaissance qu'elles peuvent permettre de produire sur les secteurs et les métiers peuvent toutefois trouver matière à se combiner dans l'analyse.

2.3.2. Instruments de connaissance, système-expert et processus de mobilisation des savoirs et des pouvoirs

La publication des atlas régionaux et des diagnostics territoriaux est majoritairement de nature partenariale et inter-institutionnelle. Celle-ci peut être à géométrie variable selon les régions, mais les éditos sont en règle générale co-signés DIRECCTE-CARSAT, avec parfois la MSA (comme en région Auvergne-Rhône-Alpes par exemple). L'utilisation de données complémentaires aux données assurantielles manifeste également une forme de mobilisation

[1] Ces périmètres sont eux aussi amenés à évoluer (rapport Lecoq)

collective des organisations à même de fournir des données chiffrées. Si ces organisations et ces données ne sont pas toutes de la même nature ni avec les mêmes caractéristiques ou finalités, il est d'usage de chercher à les rapprocher pour mieux caractériser la santé au travail dans les territoires et les contextes de l'action préventive.

Au-delà des aspects institutionnels, des partenaires scientifiques et techniques sont également mobilisés pour ce faire, comme par exemple des universités. Mais ce sont le plus souvent les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) qui réalisent les états des lieux statistiques, supports aux diagnostics territoriaux, à la demande des DIRECCTE. Des collaborations ont été mise en œuvre dans le cadre des PRST2 (et parfois précédemment), et ont été renouvelées pour les PRST3. En plus de leur savoir-faire technique relatif au traitement de données statistiques, c'est aussi la connaissance du champ de la santé et la coordination avec la santé publique qui sont recherchées à travers les coopérations avec les ORS.

Ce travail interinstitutionnel, considéré comme technique, de rapprochement de données, est en fait éminemment politique. Il produit des effets de cadrage sur la compréhension des phénomènes de santé au travail et la construction des politiques de prévention. La réalisation opérationnelle n'est pas simple car les jeux d'acteurs ainsi que leurs systèmes de contraintes rendent la construction des diagnostics à la fois délicate et énergivore. Par exemple en région Occitanie, une première réunion du groupe 3.13 a eu lieu au mois de mars 2017 pour rassembler les différents partenaires de l'action et identifier les sources de données à exploiter. Au mois de juillet 2017, les données n'étaient toujours pas livrées à l'opérateur (ORSMIP) désigné par la DIRECCTE pour réaliser le diagnostic. Cela demande en effet un travail spécifique de validation et d'extraction des bases de la CARSAT qui prend du temps, et qui peut parfois ralentir la construction du diagnostic et limiter sa précision. Les données auront finalement été extraites et seront présentées à l'échelle des Zones d'Emplois au membres du Groupe Permanent Régional d'Orientation des conditions de travail (GPRO) de novembre 2017.

Si ce schéma de coopération interinstitutionnelle semble s'inscrire dans les pratiques de plusieurs régions, il pourrait se déployer à d'autres et s'améliorer dans son fonctionnement via des groupes de travail dédiés qui viendraient alimenter en continu la réflexion et l'animation des CROCT. Plus encore, ces groupes de travail pourraient être en soutien à la construction d'ingénierie d'enquêtes-action, de formations auxquelles pourraient être associés les partenaires sociaux dans une logique plus collaborative, qu'experte ou informative. Car si les atlas régionaux ont le mérite de compiler, d'ordonner et de diffuser de l'information statistique et de produire des éléments d'analyse sur les enjeux de l'action préventive, leurs protocoles de production et leurs formats de publication pourraient progresser et soutenir une approche plus ouverte et collaborative de l'action publique. S'ils sont aujourd'hui globalement disponibles et téléchargeables au format pdf sur les sites des DIRECCTE, les données administratives qui les sous-tendent ne sont pas rendues réutilisables sous un format tableur.

À ce jour, seule une région (les Hauts de France) a constitué un groupe de travail pour traiter de cette question dans le cadre du PRST3. En région Auvergne-Rhône-Alpes, bien que la Direccte soit membre de la plateforme régionale d'ouverture des données publiques (http://www.datara.gouv.fr/accueil/projet/adherents), il n'en n'est nullement fait mention dans les groupes de travail constitués dans le cadre du PRST3. En région Occitanie, alors qu'un

laboratoire de valorisation des données publiques (http://www.opendatalab.fr/) a été mis sur pied grâce au soutien du PIA et d'un certain nombre de partenaires dont la préfecture de région, les jonctions ne s'opèrent pas avec le PRST3 malgré un écosystème plutôt favorable qui pourrait soutenir l'encapacitation des acteurs du champ santé-travail à de nouveaux usages. En Pays de la Loire, alors qu'un site OpenCarsat Pays de la Loire https://opendata.carsat-pl.fr/ a vu le jour et que ce dernier met à disposition plusieurs indicateurs de risques professionnels et notamment des données AT par CTN à la maille département, aucune mention n'est faite au Plan Régional Santé Travail sur le site en question, et cette initiative ne semble pas être connue des partenaires du champ en région.

Bienvenue sur "**Open Carsat**", le site de diffusion des données publiques de la Carsat Pays de la Loire (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail).

L'Open Carsat a été créé afin de partager la richesse des informations détenues par les différents services de la Carsat Pays de la Loire. Ainsi, les éléments mis à disposition se présentent sous la forme de statistiques gratuites et réutilisables, et respectent les 10 critères d'une donnée ouverte :

1. **Complète :** données publiques ouvertes à l'exception de celles susceptibles de porter atteinte à la vie privée des individus ou à la sécurité du territoire
2. **Brute :** données dans leur forme première, sans travail d'agrégation ou d'interprétation
3. **Actualisée :** données à jour, publiées rapidement
4. **Accessible :** données mises à disposition de tous, pour tous usages
5. **Exploitable :** données pouvant faire l'objet d'un traitement informatique
6. **Non-Discriminatoire :** données accessibles sans faire l'objet d'un enregistrement préalable
7. **Non-Propriétaire :** données mises à disposition dans des formats non-propriétaires (par exemple, pas de document au format PDF)
8. **Libre de droits :** données non soumises à des droits d'auteur
9. **Permanente :** données mises à disposition de manière permanente
10. **Gratuite :** données utilisables sans contrepartie financière

Pour retrouver les formalités et informations relatives à la gestion d'un dossier retraite, à l'accompagnement des assurés en difficulté ou à la prévention des risques professionnels au sein des entreprises, vous pouvez consulter notre site internet www.carsat-pl.fr.

Retour en haut

2.3.3. Pratique des sources, partage des ressources et réutilisation des données

L'action 3.10 du PST3 vise à « *recenser, rationaliser et harmoniser les données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé sécurité au travail afin d'en améliorer l'exploitation et la mise à la disposition des acteurs de la prévention* ». C'est là une manière d'indiquer que la pratique des sources, le partage des ressources et la réutilisation de données est au cœur des préoccupations. La DGT a saisi l'ANSES pour constituer une cartographie des bases de données existantes. Cette cartographie a été ensuite discutée en groupe de travail PST3, puis remise à la disposition de la DGT. A ce jour, elle n'a pas fait l'objet d'une publication sur data.gouv.fr

Les publications régionales, quant à elles donnent à voir des données provenant de plusieurs sources : INSEE, CARSAT, DARES, MSA. Des données EVREST sont parfois présentes également. Des données de santé publique viennent parfois en complément.

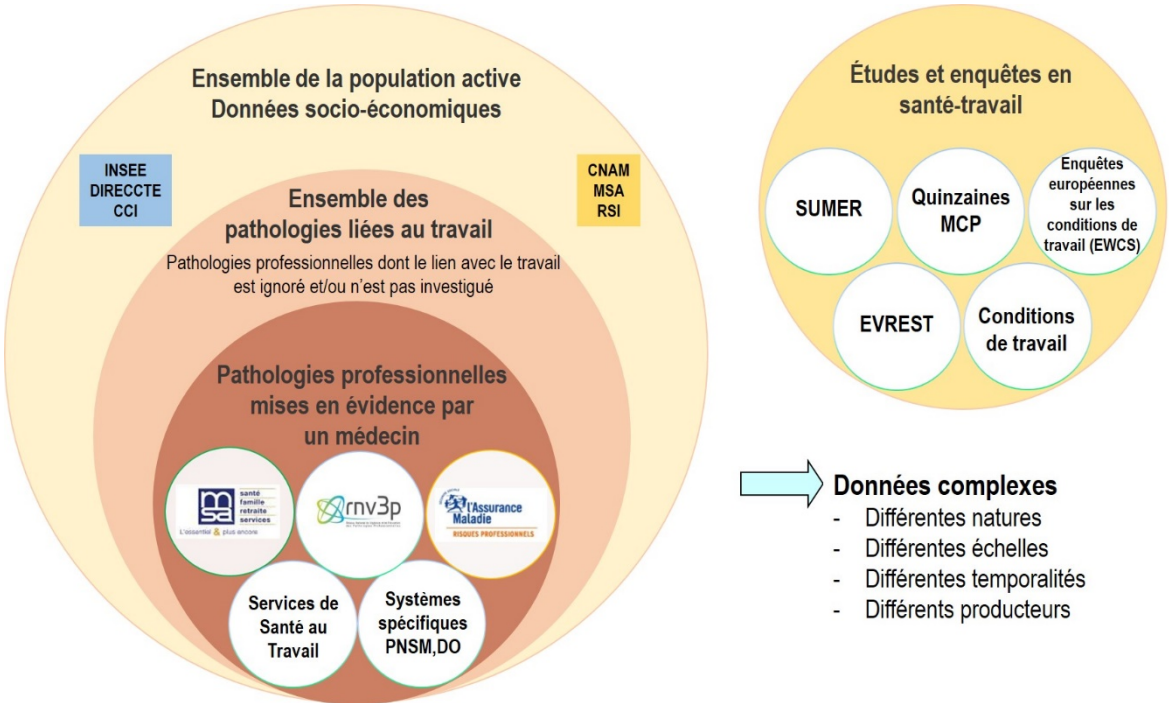


Figure 6 : Les données en santé au travail

Pour autant, l'accès aux données n'est pas le plus évident pour la construction de diagnostics territoriaux. Les observations et les entretiens font ressortir que celles-ci restent un objet de discussions entre les acteurs régionaux de la prévention, tant pour la définition des indicateurs pertinents que pour la fourniture des données elles-mêmes. Les DIRECCTE mobilisent les Service Etudes-Statistiques-Evaluation (SESE) mais ces derniers disposent de peu de données santé-travail, ou même de sinistralité. Ainsi, les ingénieurs CARSAT sont en position de négocier l'accès aux données produites par leur institution pour alimenter le diagnostic territorial.

Ces espace-temps de négociation sont très largement chronophages. Ils peuvent aussi s'avérer être des occasions d'échanges et d'apprentissages interinstitutionnels sur la manière d'appréhender les problématiques de santé au travail et leur prise en charge ; et ce d'autant plus dans un contexte de fusion des régions. Ils pourraient être rendus plus productifs et constructifs via une certaine automatisation de la mise à disposition de données, permettant alors de réserver le temps passé à des activités à plus haute valeur ajoutée, c'est à dire d'interprétation collective des données, d'analyse approfondie, de construction de stratégies d'action, etc. A n'en pas douter, soulager les acteurs régionaux par la stabilisation d'une liste d'indicateurs diffusée par niveau national à l'ensemble des régions, leur permettrait de concentrer leurs efforts sur des dimensions d'analyse et des hypothèses d'action jusque-là minorées faute de temps à consacrer à l'exercice.

Pour aller dans ce sens, plusieurs opérations ont été entreprises. Un travail d'analyse documentaire nous a permis d'identifier les indicateurs les plus couramment utilisés dans les publications régionales. De plus des démarches ont été réalisées auprès de la DARES, et de la MAREG notamment pour mieux connaître les bases à disposition, et pouvoir mieux réutiliser les données exploitées par les DIRECCTE par l'intermédiaire de l'outil Thessalie dans un premier

temps. Ces démarches n'ont pas débouché, l'outil Thessalie ne comprenant à ce jour que peu de données relatives à la santé au travail, alors qu'une commission utilisateur est prévu pour faire valoir ce genre de demandes. Un travail en atelier-expert (COCT, DARES, CISME, ANACT, ANSES, ANACT) et un appui du conseil scientifique du GIS nous a ensuite aider à construire une première liste-socle, à laquelle des données complémentaires pourraient venir se rattacher dans un second temps au regard des spécificités régionales notamment. Cette liste de données a été finalisée en fin d'année 2017[1].

Parallèlement, ces activités de caractérisation des données utiles pour la prévention/promotion de la santé au travail dans les territoires nous conduit à contribuer largement aux travaux conduits dans le cadre de l'action 3.12 du PST3, dont l'objectif est de rendre plus lisible et de diffuser des données générales sur la santé au travail. Ces activités se sont traduites par des réunions de travail avec la DARES, et par une contribution à la recherche et la mise en forme d'un tableau de données qui a ensuite été présentée au GPRO du COCT.

2.3.4. Rappel des orientations du programme d'activité 2018

Le Codir du mois de novembre 2017 a été l'occasion de définir des orientations d'action en tenant compte des difficultés rencontrées dans la mobilisation des acteurs et des données à des échelles géographiques fines. En effet, l'indisponibilité de données en santé au travail à maille géographique fine ne nous a pas permis de tester les protocoles imaginés lors du montage du GIS ATLAST.

C'est pourquoi il a été décidé de prioriser les efforts sur trois aspects :

1. Conduire une enquête qualitative auprès des référents « diagnostic territorial » des PRST3, de façon à mieux comprendre les besoins et les pratiques, à mieux identifier les outils, données et ressources mobilisées, à mieux appréhender les contraintes avec lesquelles les acteurs régionaux de l'État déconcentré sont amenés à composer, à partager les bonnes pratiques.
2. Organiser la restitution des résultats de l'enquête de façon à mieux formaliser les besoins à faire remonter dans un cahier des charges « outils et méthodes » de diagnostic territorial ; et enrôler davantage de régions dans le processus apprenant initié par le GIS ATLAST.
3. Finaliser une liste-socle d'indicateurs de santé au travail à maille géographique infra-départementale et passer commande à la DARES pour pouvoir alimenter les réflexions, expérimentations et productions régionales.

[1] La liste en question

3. L'enquête auprès des référents PRST3

3.1. Méthodologie de l'enquête

Il n'est jamais simple de conduire une enquête. Ni sur le plan technique, ni sur le plan politique. Car l'enquête charrie toujours des enjeux de savoir autant que de pouvoir. C'est pourquoi l'enquêteur se heurte parfois à des refus, à des incompréhensions et des tensions relatives au sens de l'enquête en question, et aux effets qu'elle pourrait avoir sur ceux qui participent à un titre ou à un autre. Cette partie vise à expliciter la façon dont a été conduite cette enquête qualitative, pour rendre compte de la façon dont les matériaux ont été collectés et analysés, et dont les résultats ont été construits et mis en scène ou en intrigue. En somme, elle vise à rendre discutable les propositions formulées dans ce rapport, à organiser la « falsifiabilité » des propositions formulées en tachant de rendre accessibles et « reprenables » les matériaux et les méthodes.

3.1.1. Problématique, hypothèses de travail et conditions de réalisation : des questions qui (ne) se posent (pas) sur le processus de construction et de valorisation des diagnostics territoriaux

La réalisation de diagnostics territoriaux dans les cadre des PRST s'installe depuis quelques années commune une pratique utile pour l'éclairage de l'action publique et du dialogue social à l'échelle régionale.

Une variété de pratiques semble à l'œuvre sur les territoires pour confectionner les diagnostics territoriaux en fonction des configurations et usages en vigueur dans les systèmes d'acteurs régionaux. On peut toutefois s'interroger sur l'existence de traits communs qui pourraient caractériser, en tendance, le processus de construction des diagnostics territoriaux et la façon dont ceux-ci se matérialisent et s'incarnent pratiquement et la façon dont ils sont donnés à voir à la fois aux acteurs et aux publics de la santé au travail dans les territoires.

Aujourd'hui, les diagnostics territoriaux en santé-travail sont le plus souvent des documents de format A4 en papier glacé, téléchargeables en pdf sur les sites des Direccte. Ces documents agencent tableaux, cartes et commentaires dans une logique de description des phénomènes représentés (nombre de salariés, nombre d'Accidents du Travail/Maladies Professionnelles, taux, etc.). Il n'y a pas de croisement continu des données, ni de mise en perspective temporelle. Aucune donnée relative à la santé au travail n'est ouverte au format tableur, à l'échelle des régions[1]. Aucune interactivité n'est possible. Le processus d'animation et la dynamique d'appropriation des éléments de diagnostics par les partenaires sociaux et plus largement les agents économiques peinent à prendre corps dans les faits, et les pratiques. La collaboration entre les différents acteurs du champ pour construire ces diagnostics semble à la fois lourde, compliquée et couteuse pour des résultats limités en termes de connaissances partagées et de territorialisation de la prévention. Aussi, les diagnostics territoriaux peinent à jouer leur rôle de cadrage et de mobilisation des acteurs de la santé au travail dans les territoires.

[1] Opendatacarsat

Comment affiner la compréhension des contraintes et des ressources avec lesquelles composent la mise en œuvre des diagnostics territoriaux en santé au travail ? Quels sont les points de passage obligés des référents diagnostic territorial des PRST, et quels sont les problèmes « invariants » qui peuvent se poser au-delà des spécificités régionales ? Comment identifier des leviers d'amélioration de la qualité des diagnostics territoriaux proposés facilitant à à la fois leur construction mais aussi leur appropriation et leur valorisation ?

Notre hypothèse est que les difficultés auxquelles se confronte aujourd'hui le système de la prévention des risques professionnel au sujet des diagnostics territoriaux, procèdent au moins en partie, d'une culture de la donnée « experte » qui peine à intégrer les dimensions géo-sociales à la fois dans la construction et la résolution des problèmes de santé au travail. Cette culture de la statistique publique sur les questions de santé au travail peut s'expliquer par la construction historique des dispositifs d'enquêtes. Ainsi, par exemple, l'enquête Condition de Travail, dès sa création et après réajustements, n'adresse pas de questions relatives à la localisation géographique de l'activité. Sa contribution à l'histoire française des enquêtes en ce domaine participe d'une certaine forme de déterritorialisation des conditions de travail. Dans l'article majeur de Gollac et Volkoff, « Mesurer le travail »[1], on ne trouve pas une seule occurrence du terme de territoire. Comme si l'espace de travail (l'usine, l'atelier, le bureau) constituait les bornes du raisonnement, comme si ce bornage à l'espace de travail s'affranchissait d'un ancrage géographique, local ou territorial selon les différentes acceptions que l'on peut donner à ces termes.

Si l'étude des conditions de travail s'avère ainsi déterritorialisée par la principale enquête de statistique publique sur cet objet, qui ne permet donc pas d'approche territoriale ou cartographique, les usages administratifs relatifs au compte de la main d'œuvre et au calcul de la sinistralité n'ont quant à eux pas complètement oublié cette dimension de compréhension des phénomènes de santé au travail. Néanmoins, cette dimension reste là aussi largement sous exploitée. Ainsi, les usages administratifs de l'action publique centrale et déconcentrée ont conduit les systèmes d'acteurs nationaux et régionaux à procéder à une lecture « territoriale » minimale de l'action et des enjeux. Le territoire est ainsi compris comme un périmètre géographique relatif à un champ de compétences administratives ou à une zone d'étude, c'est à dire comme zone légitime de pilotage de l'action publique déconcentrée. Les mailles d'analyse et d'action restent assez larges et sont en fait tournées vers un benchmarking interrégional et vers un reporting national. Ce faisant, elles ne permettent ni de comprendre les dynamiques infrarégionales ni d'enrôler les acteurs économiques et sociaux locaux dans la construction de connaissances et d'actions relatives à la santé au travail dans les localités qui les concernent et sur lesquels ils pourraient avoir prise de façon directe ou indirecte. On retrouve là l'opposition classique entre territoires et localités telle que la présente Alain Desrosièresdans sa socio-histoire des statistiques publiques[2].

---

[1] Gollac Michel et Volkoff Serge, 2010, Mesurer le travail, Une contribution à l'histoire des enquêtes françaises dans ce domaine, Centre d'Etudes de l'Emploi.

[2] Desrosières Alain. Le territoire et la localité. Deux langages statistiques. In: *Politix*, vol. 7, n°25, Premier trimestre 1994. L'imagination statistique, sous la direction de Loïc Blondiaux et Bastien François. pp. 46-58.

Cette approche « minimaliste » par les territoires participe même ici à déformer ou rendre invisibles un certain nombre de phénomènes, de processus qui pourtant pourraient s'avérer utiles à la fois pour prévenir et promouvoir les enjeux de santé au travail, et renouveler les modes d'action publique.

L'action publique se heurte aujourd'hui aux limites de la culture de la statistique et de l'action publique qui l'ont porté jusque-là. L'approche par les localités peine à trouver un espace de reconnaissance. L'effet multitude et débordement qui pourrait en découler conduit les acteurs en place à ignorer ces aspects ou à minorer leur importance, faute de pouvoir s'en saisir comme une opportunité et non comme une mise en difficulté ou un risque pour leur propre pratique et leur système d'action et de reconnaissance. Les ambitions de construire une action publique plus bottom-up restent alors confinées entre l'administration centrale et les services déconcentrés, et sont alors pour partie désactivées. C'est l'approche par les territoires telle qu'elle est jusqu'à lors pratiquée qui verrouille par le haut et par le bas, par les données et les acteurs légitimes, les possibilités d'affiner les diagnostics et de renouveler l'action publique compte tenu des possibilités offertes par la loi pour une république numérique et la politique d'ouverture des données conduite par la DINSIC.

Cette approche par les territoires qui verrouille l'action publique est encore plus explicite lorsque les questions de secret statistique viennent renforcer la culture experte des données. En effet, c'est bien souvent l'argument du secret statistique qui est formulé pour justifier l'impossibilité de descendre à des mailles géographiques plus fines. Si la question du respect du secret statistique peut légitimement s'entendre, celle-ci ne saurait servir de prétexte à masquer ou conserver des informations et des données au-delà d'un certain seuil. Indiquer qu'il existe une information secrète, ce n'est pas dévoiler le secret en question. Alors que d'autres acteurs du champ de l'assurance maladie et de la retraite ont procédé à certaines formes de publicisation des informations, d'ouverture des données et de cartographies statistiques[1], les acteurs de la santé au travail restent pour le moment en retrait de ce mouvement, soit parce qu'ils l'ignorent soit parce qu'ils le regardent avec circonspection, craignant que ces nouvelles manières de faire ne les exposent à divers tracas.

L'objectif de l'action 3.13 est de progresser en matière de diagnostic territorial. Aussi, l'un des enjeux du GIS ATLAST est d'initier les acteurs du champ à des pratiques émergentes (ouverture des données et cartographie collaborative), susceptibles de déboucher sur la construction d'hypothèses et de questions de recherche et d'action en matière de santé au travail. Par conséquent, si le diagnostic territorial suppose bien une représentation spatiale et un rapport à l'expertise, il ne saurait se résoudre à des mailles trop larges pour discerner convenablement les enjeux, ni restreindre l'expertise et l'interprétation aux techniciens spécialistes des données, ou définir par avance quels pourraient être les espaces d'action. Ainsi, pour que le diagnostic territorial puisse devenir un processus de réflexion des acteurs sur la santé au travail dans leur localité, il faudrait pourvoir lui reconnaître son double statut (méthodologique et politique) et reconnaître aux acteurs des capacités de connaissance et d'action. En ce sens la cartographie collaborative des phénomènes pourrait aider les acteurs à se construire en tant que « collectif

[1] https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/
http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites_I2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_home

territorial » autant qu'il peut les aider percevoir les configurations territoriales des enjeux de santé au travail, permettant de faire émerger des hypothèses et faire apparaître des différences et des inégalités entre les territoires et les localités. Mais l'usage de la cartographie collaborative peut aussi mettre en tension des capacités de connaissance et des capacités d'action, des rôles sociaux et professionnels. Ce faisant, elle peut être l'occasion de renouveler le travail collectif de formulation des problèmes et d'organisation de leur prise en charge, ou autrement dit, aider les parties prenantes à revisiter la façon dont le service public de prévention de la santé au travail dans les territoires pourrait être rendu.

Considérant l'écart entre les usages de la culture de la statistique publique et les usages de la culture des donnés publiques, nous nous sommes engagés dans une enquête auprès des référents des diagnostics territoriaux des PRST3 pour mieux connaître la façon dont ils investissent le sujet, mettent en œuvre le diagnostic territorial et raisonnent les enjeux de réutilisation des données à des fins de prévention/promotion de la santé au travail dans les territoires.

Comment les référents diagnostic territorial des PRST3 conduisent-ils l'action dont ils ont la responsabilité ? Quel sens donnent-ils à l'exercice de diagnostic territorial du point de vue de la connaissance et de l'action sur la santé au travail ? Avec quels espaces de ressources/contraintes sont-ils amenés à composer ? et pour quels résultats ? et avec quelles significations du point de vue des usages des données à des fins de prévention de la santé au travail ? Tel est le champ de questionnement que nous avons cherché à renseigner à travers cette enquête.

Initialement, nous avions comme objectif de ne pas enquêter seulement auprès des référents diagnostic territorial des PRST3. Nous souhaitions investiguer plus en profondeur le système d'acteurs et nous souhaitions notamment nous entretenir également avec les opérateurs technico-scientifiques (des ORS bien souvent) et les partenaires sociaux siégeant au Coreoct (Conseils REgionaux d'Orientation des Conditions de Travail). Mais, pour des considérations à la fois pratiques et « diplomatiques », le Codir a fait le choix de concentrer cette année l'enquête sur une sous-population particulière (les référents diagnostic territorial des PRST3), quitte à enquêter d'autres types d'acteurs par la suite. Tactiquement, c'est là une façon de ne pas froisser des susceptibilités, à ne pas heurter des sensibilités, pour gagner la confiance des acteurs et in fine mieux installer les travaux du GIS dans le paysage, en soutien des acteurs régionaux.

Cette précaution s'est avérée pertinente, comme le confirmera l'enquête réalisée. Les référents diagnostic territorial des PRST3 n'étaient pas nécessairement préalablement informés de l'existence du GIS ATLAST, ni naturellement disposés à être enquêtés sur leur manière de faire, ni forcément « mûrs » pour potentiellement renouveler leur approche. L'enquête elle-même sur les pratiques actuelles de diagnostic territorial a d'ailleurs été plus ou moins bien reçue comme une investigation légitime : « qui veut savoir quoi et pourquoi faire ? » nous a-t-on demandé lors de nos entretiens, avant de bien vouloir livrer paroles. Et parfois, on ne nous a jamais répondu, malgré plusieurs sollicitations.

Sur 18 entretiens demandés, 13 ont été effectivement réalisés.

- Les référents « diagnostic territorial » des régions Bretagne, Corse, Grand Est, Guadeloupe, Guyane Hauts-de-France, Ile de France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Martinique, Pays de la Loire, Provence Alpes Côte d'Azur, Réunion.
- Les référents « diagnostic territorial » des régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Corse, et Mayotte n'ont pas répondu à nos diverses sollicitations pour réaliser un entretien dans le cadre de cette enquête. Soit nous n'avons jamais eu de réponses de leur part ; soit leur réponse ne n'est pas traduite par un entretien (faute de temps, faute d'intérêt, ou faute de matière à discuter pour contribuer ?)
- Nous avons fait le choix de ne pas interviewer les référents « diagnostic territorial » des régions Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes dans la mesure où dans ces régions nous venons en appui de groupes de travail et nous travaillons en proximité avec ces acteurs.

3.1.2. La grille d'audition : des questions qu'on pose aux questions qu'ils posent ou qu'ils se posent

Afin de pouvoir disposer d'un matériau relativement homogène de façon à bâtir un corpus cohérent, nous avons construit une grille d'audition listant des thèmes ou des questions balisant l'espace de préoccupation.

Les régions ont donc été entendues au sujet des diagnostics territoriaux sur :
- le portage institutionnel et la temporalité (Partenariats ? Dynamique ?),
- la construction et la mise en œuvre (Processus ? Opérateurs ? Hypothèses ? Bases de données ? Indicateurs ? Mailles ? Outils ? Formats ? Licences ?),
- les livrables et les usages (Types ? Formats ? Licences ? Exploratoires ? Experts ? Partagés ? Collaboratifs ?),
- les progrès et difficultés (Compréhension ? Visualisation ? Problématisation ? Contextualisation ? Coordination ? Prévention ?

Semi-directifs, ces entretiens n'avaient pas seulement vocation à remplir la grille et à faire répondre les interviewés aux questions que nous posions. Les questions que nous posions, les consignes que nous adressions, les relances que nous opérions dans les tours de paroles avaient aussi pour but de faire émerger les questions que se posent les intéressés à l'égard des enjeux de diagnostic territorial, et les questions qu'ils pouvaient nous adresser en tant que nous représentions à leur yeux le niveau national, « l'administration centrale ».

Les conditions d'entretien (par téléphone et sur des temps relativement courts – entre 1/2h et 1h), n'ont pas toujours permis de gagner la confiance des interlocuteurs. Certains entretiens ont été un peu tendus. Notre sollicitation était mal perçue, et nos questions parfois malvenues. Comme si nous venions inspecter, évaluer. Parfois ces entretiens ont été l'occasion de nous faire passer des messages : le diagnostic territorial n'est pas un sujet sérieux, ça consomme beaucoup d'énergie et de temps pour pas grand-chose, et du coup c'est désengageant et assez démobilisant ! Parfois, ces entretiens ont été l'occasion pour nos interlocuteurs d'exprimer leur intérêt pour ce genre d'exercice mais aussi leurs doutes sur la façon de le conduire, d'en faire usage. Croisés avec des sources documentaires, leur exploitation

s'avère utile pour caractériser les usages et les espaces de contraintes et de développement en matière de diagnostic territorial.

3.1.3. Les comptes rendus d'entretiens

Suite à ces entretiens, nous avons rédigé des comptes rendus que nous avons ensuite fait valider par nos interlocuteurs, selon le principe du contrôle par les membres[1], de façon garantir la fiabilité de notre matériau et à ne pas prêter le flanc à certaines critiques sur d'éventuels effets de dévoilement et de réutilisation de prises de paroles. Près de la moitié des interlocuteurs ont pris le temps de relire, de corriger/compléter le compte rendu et de nous le retourner.

Pour chacune des régions, on trouvera ci-dessous le compte-rendu des échanges.

3.1.3.1. Bourgogne-Franche-Comté

Aucune réponse au mail et aux relances.

3.1.3.2. Bretagne

Contexte (place du PRST2 2010-2014) : le diagnostic santé-travail était une commande concernant uniquement la Direccte. Depuis, appui technique avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dans le cadre d'une convention financière. Lors des échanges avec d'autres régions (Alsace notamment) et avec certains partenaires (médecin inspecteur du travail de la région Pays-de-Loire, Carsat, SST), il y a été décidé d'intégrer des enquêtes issues de protocoles nationaux comme par exemple la Quinzaine MCP afin de varier les sources d'informations et de compléter les sources « classiques ». Pour la production 2010-2014, la question des échelles s'est posée : travail à la zone d'emploi qui correspondent à peu près aux territoires des SST. La mise en carte des données concernent les données économiques et pas les données santé-travail car il y a trop de données qui ne peuvent être traduites sous forme cartographique. Pas de travail à l'échelle des SST car il n'y a pas de correspondance avec les découpages administratifs existants.

***PRST3* :** Après 2014, intégration d'une nouvelle dimension avec un travail sur des données sexuées pour mener une action spécifique sur la santé au travail des femmes. Phénomènes de surreprésentations femmes pour certaines pathologies. L'ajout de cette dimension s'est faite sans attendre le cadre national, voir même en l'anticipant. Dans le PRST3 Bretagne : 14 actions (qui viennent du national) et 9 actions qui sont régionales. Pour le format : documents de 4 à 6 pages (pdf) en fonction des problématiques et thématiques.11 services inter-entreprises engagés. De nouveaux régimes vont venir : la fonction publique territoriale, la fonction publique hospitalière et l'agriculture (gros chantier 2017-2020). Ce qui est majoritairement attendu de la part du CROCT :

[1] Cefaï Daniel, 2003, L'enquête de terrain, Mauss/La découverte.

de la donnée commentée et analysée, pas seulement le fichier source de données car les partenaires sociaux n'ont ni la capacité ni l'intention de travailler sur ces données brutes.

Attentes / Besoins / Difficultés : « Le national » a des coefficients de priorité. Les discussions du PST sont appuyées par des données générales mais aussi par une actualité plus ou moins sensible. Ce sont les partenaires sociaux qui définissent les orientations. La région est donc contrainte par des plans nationaux. Les comparaisons inter-régions sur les méthodes et analyses pourraient être intéressantes. Contact direct de la part du GIS vis-à-vis de la Direccte : étonnant sachant que ni le COCT ni la DGT n'informent sur la structure qui est censée prendre le relais de la DARES qui n'a pas pris sa place dans l'élaboration du PST. La finalité du travail du GIS n'est pas bien perçu : état des lieux de l'existant (construire un outil national mais quid des acteurs en région ?) ou procédures d'accompagnement des différentes régions ?

3.1.3.3. Centre-Val-de-Loire

Aucune réponse au mail et aux relances. Des échanges informels, et non retranscrits, ont été conduits avec Marie Murcia, de l'APST Centre Val de Loire, qui pilote le projet ACACIA.

3.1.3.4. Corse

La région Corse n'a pas encore débuté l'action 3.13 du PRST3 sur le diagnostic territorial. Le PRST n'est pas signé pour des raisons politico-administratives.

3.1.3.5. Grand Est

Contexte : Une nouvelle région. Les interlocuteurs positionnés sur les trois anciennes régions n'étaient pas encore forcément regroupés, à l'image des Carsat durant la première année du Plan. Le CROCT n'existait pas encore non plus donc il a fallu faire sans au départ en prenant d'anciens partenaires (CRPRP) pour faire un premier comité ad-hoc afin d'aider au premier diagnostic pour développer les futures actions. La grande majorité du travail s'est fait en amont du GPRO et au préalable du PRST3.

Construction du diagnostic préalable *:* La région Grand-Est n'a pas fait le choix d'inclure le 3.13 et le diagnostic en temps qu'action dans le PRST3. En effet, un diagnostic préalable au PRST3 a été rédigé avec des éléments provenant des différents contributeurs à savoir : service statistique interne à la Direccte (SESE), Carsat Nord-Est et Alsace-Moselle, OPP. Un diagnostic préalable au PRST3 a été réalisé avec des données et de la bibliographie, ce qui amène à des thématiques classiques : amiante, chutes de hauteur, TMS, RPS. Ce diagnostic n'est pas encore disponible sur le site de la Direccte mais le sera après validation par les partenaires. La connaissance du terrain et la culture d'entreprise permettent de savoir ce qui pêche en terme de santé/sécurtié. Pour la région : pas tellement de singularités spécifiques en terme d'activité ou de pathologies mais quand même une action « travaux forestiers ». Le territoire est trop grand pour trouver une singularité. La fiche 5 de l'axe 3 proposé dans le PRST3 de Grand-Est, sur les outils

de la connaissance, relève d'un diagnostic plus orienté autour de la maladie professionnelle. En Lorraine : un médecin inspecteur a fait un premier travail dans le cadre du PRST2 avec un grand nombre de données (quels métiers, quelles maladies ?) pour aboutir à un observatoire de l'état de santé des salariés. Ce travail a été bien reçu et a contribué à la bonne réussite du PRST2. La question est de savoir si cela peut être étendu sur l'ensemble de la région actuelle. A priori oui mais les groupes de travail n'ont pas encore commencé. Pour le moment, les chiffres sont disponibles mais pas transformés en carte ; travail long, un peu sacrifié pour les autres priorités. Ce serait très intéressant d'avoir des cartes mais pour le moment, cela n'existe pas. Pour le diagnostic préalable : scepticisme au départ mais au final, on ne peut pas faire l'économie de poser sur le papier un diagnostic à un moment (maintenant, environ 50 pages de diagnostic). Ce diagnostic sera bientôt mis à disposition pour le grand public donc c'est un engagement. L'ensemble du diagnostic a été réalisé par Monsieur D'Ovideo (avec l'appui de sa N+1: Mme Bepoix), en contact avec d'autres services de la Direccte (service statistique) et des partenaires (sociaux, Carsat,…). Le travail s'est étalé depuis 2016 (premières réflexions sur le futur plan avec identification et contacts de tous les participants) jusqu'à la réfaction en 2017. En tout, à peu près un mois et demi de travail à temps complet pour réaliser ce document. Un des aspects important qui ressort est la localisation transfrontalière de la région (presque toutes les limites sont des frontières), ce qui conduit à une grosse problématique sur le travail détaché, d'intérimaires étrangers, notamment dans le secteur du BTP.

Attentes / Besoins / Difficultés : Passage d'un PRST à trois régions à une seule : difficulté à tirer un bilan global et à faire quelque chose de dynamique. Un comparatif sur les mêmes thématiques dans les différentes grandes régions serait intéressant pour voir si les résultats sont identiques et/ou pouvoir dégager des spécificités sur le territoire de GE ? Carnet de « bonnes adresses » pour avoir une méthodologie du diagnostic : comment trouver plus rapidement ce dont on a besoin, à qui s'adresser. Les difficultés se trouvent dans les méthodes, de calcul notamment (exemple en accidentologie), avec des manières de calculer différentes selon la Carsat et la Direccte (exemple taux et indice de fréquence) ce qui induit des résultats différents et remet en question ce que l'on cherche ou trouve. La difficulté est donc l'harmonisation des données, auxquelles faire confiance et quoi prioriser. En effet, il n'existe pas de pot commun des données entre partenaires alors que tout le monde travaille sur les mêmes données. L'autre problème est la question des ressources car chaque administration est limitée (en terme financier) et a ses propres plans. Il faut une bonne entente avec les partenaires (qui ont aussi du travail) afin de ne pas trop les submerger et proposer des actions en lien avec plus ou moins avec des choses déjà engagées ou faites par ceux-ci.

3.1.3.6. Guadeloupe

Contexte : Dans la mesure où il a extrêmement peu de données à disposition voir des données quasi inexistantes : le diagnostic n'est pas une priorité. Même la CGSS a seulement des données partielles. Les données sont très peu analysées (exemple du Nord-Pas-de-Calais où elles le sont beaucoup) ; elles n'ont pas de niveaux de détail ; il n'y a pas d'analyse des situations d'accidents et encore moins des MP (lien avec le faible nombre de ces dernières).

PRST3 : La base du diagnostic part des données du Service études et statistiques de la Dieccte. Étude régulière sur AT, à partir des statistiques de la Dares mais énorme décalage car les

données datent de 2013. L'enquête de l'Insee sur la Guadeloupe (2010-2011) sert encore un peu de base mais dans toutes les enquêtes, les résultats ne font qu'enfoncer des portes ouvertes (exemple : plus d'AT dans le BTP que chez les cadres). Le diagnostic reste global faute d'avoir des sources de données plus fines et pour le moment, faute de moyen, ce n'est pas une priorité de trouver des données plus fines. L'ORSAG exploite uniquement des données santé-publique et aucunes données en santé-travail (contrairement à l'ORS Martinique). Les SST de Guadeloupe restent les meilleures sources d'informations qui puissent exister, la plus proche du terrain. Pour pouvoir avoir des données, deux solutions : soit demander aux médecins de faire des enquêtes mais c'est ponctuel (exemple : participation à l'enquête Sumer pour la première fois en 2017 ; nouvelle enquête proposée par Santé Publique France) ; soit, dans l'idéal, pouvoir exploiter ce qui existe dans les logiciels utilisés par les services de médecine du travail.

Les rapports avec les SST ne sont pas évident politiquement. En effet, il y a deux centres de médecine en santé-travail et le plus important (environ 20 médecins) n'est pas prêt à collaborer sur ces questions. Depuis 2017 : présence d'un médecin inspecteur qui se partage entre la Guadeloupe et la Martinique donc peut-être un moyen d'avancer sur la piste des SST. Pour le plan, la réalisation du diagnostic s'est fait en amont du Plan. Partenariat SESE et service statistique de la CGSS. Pas d'utilisation de l'outil Thessalie. Les actions n'ont pas été ciblées à partir du diagnostic. Ce sont les actions du Plan national qui ont été déclinés à l'échelle régional. Dans certains cas, c'est une déclinaison des actions à des thématiques bien connues (exemple du BTP) et parfois ce sont des choix de cibler les branches professionnelles grâce à la connaissance du terrain et pas forcément lié à l'accidentologie (exemple des risques chimiques).

***Besoins / Difficultés / Attentes** :* Pas beaucoup d'intérêt d'investir plus dans le diagnostic compte tenu de la taille territoire (pas d'activités diversifiées ; pas d'industries) et de la faiblesse des informations et données à disposition. Sur le territoire, les relais d'actions sont principalement les préventeurs, la CCI, la chambre des métiers, la chambre d'agriculture, les organisations professionnelles. En dehors des consulaires, il n'y a pratiquement pas de syndicat professionnel et pas de structuration de ces derniers. Une des perspectives de progrès serait d'élargir les partenariats. Par exemple, l'ARS n'est pas intégré dans le PRST. Il faut développer les relations avec l'ORSAG et d'autres structures (exemple : le responsable du registre du cancer siège au CROCT ce qui est le moyen de nouer des liens entre cancers et origine professionnelle). Une action est en train de se construire avec tous les médecins (libéraux, Centre Hospitalier) afin de monter un séminaire sur les pathologies professionnelles pour s'inscrire de manière régulière (chaque année) dans les formations des médecins. Le but est de créer des passerelles sur du long terme avec une vocation pérenne sur la thématique de la santé au travail. C'est un travail de structuration qui est en train de se faire. Pour le moment, le CROCT ne fonctionne pas parce que le ministère n'a jamais tenu compte de la représentativité locale : les syndicats les plus représentatifs ne peuvent pas faire partis du CROCT. Il n'y a pas de motivation particulière à faire partie du comité, même au bout de 4-5 relances. Depuis novembre, il n'a toujours pas été créé car il y a un problème d'enthousiasme autour de la santé-sécurité qui n'est pas une priorité à contrario des autres revendications sociales. L'ambiance est assez tendue dans toutes les branches avec des conflits réguliers.

3.1.3.7. Guyane

Contexte : Les actions obligatoires du PST ont dû être adapté à la Guyane : problématique d'une région outre-mer vs métropole. Par exemple pour les chutes de hauteur pour lesquelles les entreprises doivent avoir de la protection collective, il y a eu une pénurie de matériel liée à des difficultés d'isolement, d'éloignement et de logistique. De la même manière, pour la filière amiante, il n'y a pas de laboratoire d'analyse en Guyane ni d'usine de traitement des déchets, ce qui résulte à un surcoût des entreprises car pas d'infrastructure (à faire partir en métropole à un très gros coût)

En 2017, pour le secteur BTP, il y a eu 5 AT dont 2 mortels. Le service de l'inspection compte seulement 5 agents de contrôle alors que les chantiers sont partout et qu'ils se montent très vite. Il y a donc une sensibilisation des donneurs d'ordre en amont en plus d'un travail de terrain pour éviter ces accidents. Cependant, en Guyane, la lutte contre le travail illégal est l'une des premières préoccupations, au même titre que la santé-sécurité au travail.
Au niveau local, la Dieccte et la CGSS sont les deux seuls services à travailler sur la prévention des risques professionnels avec l'appui des services de santé au travail.

PRST3 : Le PRST3 compte 25 actions et c'est l'Aract qui pilote l'action 3.13. Les partenaires ne sont pas très nombreux : CGSS (équivalent Carsat), deux SST (Cayenne et Kourou), la Dieccte et l'Aract. L'ARS a été convié mais n'a jamais participé.
Le diagnostic régional s'appuie sur une étude faite par la DARES en 2016 qui propose des données de cadrage (population guyanaise, secteurs d'activité, conditions de travail, etc). Le bilan économique 2015 de l'Insee sur la Guyane donne également des éléments chiffrés. Le document est en cours de finalisation et une fois validé, il sera accessible en ligne.
Les partenaires sociaux, réunis en 2017 dans le cadre du CROCT sont volontaires mais leur investissement est minium.

Attentes / Besoins / Difficultés : Une analyse plus poussée sur la thématique santé-travail serait très intéressante.
Il y a un gros manque de communication sur l'identification des services qui s'occupent de prévention : qui sont-ils et où se trouvent-ils ?
Niveau outil, ce qu'il manque c'est la structuration du tissu afin de diffuser et transmettre les messages, comme par exemple pour les filières BTP ou amiante.

3.1.3.8. Hauts-de-France

Contexte : Ce sont la Direccte et la Carsat qui co-pilotent et co-financent l'Atlas en santé au travail. Il y a beaucoup de partenaires associés, ce qui permet de recueillir le plus de données possible.

La région a l'expérience des atlas (depuis 2008) et a décidé de produire tous les deux ans, une actualisation des données cartographiques. Ce rythme a été choisi à cause de la lenteur d'évolution des phénomènes observés : un rythme plus élevé ne met pas en évidence d'évolution sensible.

Il y a également une production de dossiers thématiques entre deux actualisations cartographiques sur des sujets spécifiques (exemple : la grande distribution, les garages, l'effet de la structure économique sur la sinitralité, etc..).
La séparation du diagnostic en deux types de documents s'est faite car ils ne touchent pas les mêmes cibles. Ces documents sont accessibles en format pdf sur les sites référents (Carsat, Direccte, ISTNF, SST). Le but est d'avoir de moins en moins de format papier cependant, quelques imprimés sont produits, notamment pour les SST ou les responsables des unités de contrôle de l'inspection du travail.

PRST3 : La réflexion dans le cadre du PRST3 porte sur l'évaluation de l'utilité de l'atlas et a conduit à s'interroger d'abord sur la cible visée. Pour évaluer l'impact du diagnostic proposé, il y a notamment une étude sur le nombre de téléchargements électroniques de l'atlas.

Le comité technique du 3.13 réfléchit à la dématérialisation et ce qui est visé, à terme, c'est la mise à disposition en téléchargement de données du diagnostic, sous format Excel par exemple. Pour le moment, une piste envisagée avec l'ORS des Hauts de France est la mise à disposition des fichiers au travers de sa plateforme Score Santé, qui permet d'entreposer et proposer au téléchargement des données.

Les données emploi et sinistralité sont exploitées dans les dossiers thématiques réalisés : le choix des thèmes par le comité de pilotage de l'Atlas est guidé par les axes du PRST, dans le but d'apporter des données aux différents groupes de travail du PRST. Mais d'autres publics peuvent avoir d'autres attentes que l'on va chercher à identifier.

Un autre but est d'affiner les données disponibles. On connaît en effet la limite des indicateurs recueillis : par exemple, pour la sinistralité : les stratégies de certaines entreprises pour masquer le nombre réel d'AT graves peuvent conduire à les sous-évaluer.

Dans le cadre des dossiers thématiques, le service statistique de la Direccte a déjà fait deux études de structure analysant l'impact, sur leurs taux de sinistralité, de la sur-représentation ou au contraire de la sous-représentation dans la région des différents secteurs d'activité par rapport à la moyenne nationale. Ceci permet d'évaluer dans quelle mesure les secteurs concernés sont réellement plus accidentogènes que la moyenne nationale (ou si ce n'est que la conséquence d'un effectif de salariés dans ce secteur plus important dans notre région). Ce travail est à nouveau envisagé car il permet de définir des priorités en matière de prévention des risques d'accident.

Pour le diagnostic, c'est le service statistique de la Direccte et celui de la CARSAT qui valident les données. La plus petite échelle est la zone d'emploi. Les données sont traitées par plusieurs partenaires (ORS, CIRE, CARSAT…). Chaque institution fait la rédaction de sa partie puis il y a un travail de relecture commun et collaboratif. En effet, la volonté est de travailler en partenariat.

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'expérience à l'échelle des Services de Santé au Travail mais depuis peu, un SST important s'est doté de deux statisticiens et d'un data-analyste pour étudier ses données. Cette initiative rend circonspect sur la rigueur scientifique. Il y a en effet une volonté

de faire un diagnostic à l'échelon du service et de récupérer pour cela d'autres données, notamment celle de l'enquête Sumer (auprès de la Direccte). Or le jeu d'échelles est différent : les études dont le service souhaite récupérer les données (Sumer, MCP) sont régionales (en cas de participation d'un nombre suffisant de médecins volontaires) et pas locales. La puissance statistique est insuffisante pour produire des résultats valides à moindre échelle.
C'est la pertinence de ce type d'initiative qui est contestée. En effet, du point de vue des représentants de l'Etat, ce type d'initiative va à l'encontre d'une politique régionale santé au travail dont l'objet est de coordonner les acteurs autour de priorités communes : c'est dans le cadre du PRST que les priorités régionales sont fixées de manière partenariale et c'est pour aider à cette priorisation que l'Etat produit (avec la Carsat) un diagnostic territorial (par bassin d'emploi) via l'atlas.
L'Etat présente la légitimité, la neutralité et dispose des compétences (au sein du service statistique de la Direccte) qui garantissent la qualité de ce regroupement des données territoriales.

Attentes / Besoins / Difficultés : La première difficulté a été l'attente de la parution du texte fondateur des CROCT. Il y a d'abord eu une réunion des anciens CRPRP qui ont tiré les conclusions du bilan du PRST2 et qui se sont exprimés sur le PST3.

Le choix des actions du PST3 à garder en région s'est fait en fonction des spécificités du territoire. Le travail s'est fait avec les représentants des institutions et il n'y a eu une validation par le CROCT que secondairement.
Un regret : ne pas avoir de partenaires sociaux dans tous les groupes. Il y a cependant des présentations des travaux des différents groupes au fur et à mesure à l'ensemble du CROCT et des retours pour des ré-orientations si besoin.

Une deuxième difficulté est le double niveau de travail : faut-il attendre les conclusions du groupe national de l'action 3.13 (proposition d'une méthodologie de regroupement des données) ou être force de proposition à l'échelon régional ? Le risque est en effet que l'outil développé en région soit remis en question par les préconisations nationales (exemple de l'outil Thessalie qui n'est pas connu).

Des orientations données par les pouvoirs publics au niveau national permettraient de recueillir des données pertinentes sans avoir à convaincre en permanence les acteurs de terrain de les produire. Par exemple une forte incitation des médecins du travail par le ministère à participer à telle ou telle étude (comme c'est le cas pour Sumer) leur permettrait de faire le tri entre des sollicitations trop nombreuses (études décidées localement ou même à l'échelon national par diverses initiatives privées…). Ceci permettrait sans doute aussi d'affirmer la légitimité de certains partenaires (comme Santé Publique France, dans le cadre du programme MCP notamment) et de mettre fin à des querelles de clocher qui engendrent perte de temps et d'énergie : il n'y a pas de concurrence entre la santé publique et la santé au travail. SPF a une mission légale et les SST n'ont pas vocation à s'y substituer.
Un modèle de rapport annuel des médecins, de leurs équipes, des SST est aussi très attendu : ces rapports pourraient constituer une source de données complémentaire.

3.1.3.9. Île-de-France

Le remplacement du successeur du référent diagnostic territorial a été long. A son arrivée, son remplaçant s'est trouvé débordé et après un bref entretien a conclu que la région n'a pas encore débuté l'action 3.13 du PRST3 sur le diagnostic territorial.

3.1.3.10. Mayotte

Pas de réponses au mail et aux relances.

3.1.3.11. Normandie

Contexte : Diagnostic territorial déjà réalisé, en amont des thèmes retenus pour le PRST3, téléchargeable sur le site de la Direccte.
Co-réalisation entre la Direccte et l'OR2S. Construit de manière concomitante avec données CARSAT, C2RMP, OR2S, EVREST.
Divisé en trois parties : contexte socio-économique avec une caractérisation du tissu sectoriel (Normandie : plutôt TPE par rapport à la moyenne nationale ; grande filière de la manutention portuaire ; filière logistique importante ; 1ère région productrice de lin) ; des données de santé générale (taux de mortalité, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies liées à l'alcool et au tabac) ; des données de sinistralité (AT/MP).
Ne descend pas en dessous de la maille régionale.

PRST3 : Actions obligatoires (amiante, chute de hauteur, RPS, etc.) à mener pour les régions : s'aligner et agir de manière uniforme sur un certain nombre de thèmes prioritaires.
Calendrier et systèmes d'action contraints imposés par le haut : peu de marges pour les acteurs régionaux.
Beaucoup de stress dans la construction d'un diagnostic territorial et du PRST : beaucoup d'interlocuteurs et de contraintes avec peu de temps et de ressources.
Logique de justification (pour ne pas être hors sol) et non d'exploration ou de découverte.

Actions typiquement régionales : Traçabilité et pollution des containers (poly-exposition). Conception des équipements dans les PME spécialisées dans la production du lin.

3.1.3.12. Nouvelle Aquitaine

Contexte : Région Nouvelle-Aquitaine : un territoire complexe :

- Par sa taille

La réforme territoriale a été une période de forte turbulence pour la région Nouvelle-Aquitaine.

- Géographiquement

Regroupement de 3 régions administratives (comme Grand-Est) donc une des plus vastes régions de France ce qui complexifie les choses.

Le poids de Bordeaux par rapport au reste de la région fait que la fusion de régions est vécue comme un syndrome d'absorption par les autres villes (notamment les anciennes capitales régionales Limoges et Poitiers).

- Par ses acteurs

Il a fallu reconstruire les réseaux car depuis les années 60, les régions vivaient de manière autonome avec des différences culturelles et dans les manières de travailler.
Pour les réseaux administratifs, il y a eu une mise en place rapide mais pour les autres secteurs (professionnels, associatifs et syndicaux), la mise en place a été plus violente.

- Dans la mise en place du PRST3

Le retard dans la publication des textes réglementaires a conduit à mettre en place, de façon anticipée, des institutions de concertation et de gouvernance ad hoc dont la composition s'écarte de celle des textes réglementaires
Comité de pilotage ad hoc : avec l'ensemble des partenaires sociaux (même avec certain non représenté au CROCT).
Dans l'animation c'est un vrai mille-feuille avec le CROCT et le GPRO (émanation réglementaire), mais aussi un comité de pilotage et un comité technique.

PRST3 : le but est de s'appuyer sur les bonnes expériences du PRST2 (différentes selon les régions : bonnes en Limousin et Poitou-Charentes mais peut-être moins affirmées en Aquitaine).

Réflexion sur les différentes thématiques en s'appuyant sur le PST avec notamment la création de groupes de travail sur nanomatériaux, risques chimiques, TMS ou encore un sujet original à savoir un diagnostic économique, santé, travail approfondi dans le monde agricole (seule région à travailler sur ce sujet).

Un groupe technique Préventeurs-Direccte a également été mis en place.

Deux missions ont été confiées au groupe de la 23ème action (diagnostic territorial) :
- élaborer un diagnostic approfondi ;
- évaluation du Plan.

Ces deux sous-actions peuvent s'enrichir.
Le diagnostic est une vraie gageure : les informations proviennent de toutes parts, sont de toutes natures, d'origine et de fabrication différentes, non croisées et non harmonisées. Des chiffres, il y en a (exemple des Carsat). Mais par exemple, rares sont ceux qui lisent les diagnostics rédigés dans le cadre des CPOM conclus entre les SST, les Carsat et les Direccte.

Pour le diagnostic, c'est la zone d'emploi de Rochefort qui a été choisi comme territoire d'expérimentation pour dégager des méthodes avant de les appliquer à l'ensemble de la région.
La zone d'emploi correspond à une définition de l'Insee qui ne correspond pas au découpage SST : le choix territorial est plein de contraintes.

Les acteurs ne mettent pas le même sens sous « diagnostic territorial ».
Importance d'intégrer une approche socio-économique des territoires pour avoir un lien et une relation entre la morbidité et les secteurs d'activité (exemple dans le département des Deux-Sèvres avec nombre important de TMS et beaucoup d'entreprises avec des tâches répétitives comme l'abattage de volaille). Le diagnostic ne doit pas être uniquement santé au travail mais

également sur l'économie des territoires. Cela rend l'exercice compliqué puisque la population concernée est la population active et pas uniquement salariée (exemple des fonctionnaires, militaires, personnels hospitaliers, etc..).

Les Services de Santé au Travail possèdent de la matière qui n'est pas suffisamment exploitée.

Pour le moment, pas de diagnostic de qualité disponible mais la prise en compte des chiffres disponibles a permis de faire un diagnostic léger (fait par le SESE, intégré au document PRST3 de la région).
Le PRST3 va permettre l'élaboration de méthode et un diagnostic approfondi pour qu'à l'horizon du PRST4 il y ait de la matière suffisante pour avoir une analyse territoriale approfondie.

A la différence du PNSE, le PST n'est pas doté de moyens spécifiques.

Le site internet pour le PRST3 Nouvelle-Aquitaine est en cours d'élaboration et bientôt, le diagnostic léger réalisé par la Direccte y sera accessible.

Questions et réflexions liées au diagnostic territorial : Dans tout ce foisonnement : qu'est-ce qui est pertinent, cohérent pour les choix futurs ?
La vraie question : où 'arrêtera-t-on dans toutes ces données ? Quels indicateurs pertinents choisir ? (Choix des mêmes indicateurs pour toutes les régions ?)

PRST3 : le plan a été fait avant le diagnostic.
Diagnostic régional permettant de faire émerger des priorités mais cela s'est fait depuis le national, raison pour laquelle les partenaires sociaux ont demandé un diagnostic territorial approfondi.

Aucun écho du PST. Quid de l'animation nationale ?
Preneur pour participer à une réflexion nationale sur le diagnostic pour éviter la débauche d'énergie.
Un peu plus d'appui scientifique serait indispensable.

3.1.3.13. Martinique

Contexte : Le premier diagnostic a eu lieu en 2015 en Martinique.

PRST3 : Les actions du PRST3 sont basées sur le document produit en 2015 ainsi que sur le PST3.
C'est l'Observatoire de la Santé Martinique (OSM) qui a rédigé le tableau de bord devant permettre de préparer le prochain PRST. Le document final a été validé par le comité de pilotage.
Le diagnostic a été lancé en 2018 pour une production finale en 2020.
Il y a un groupe de travail (comité de pilotage) pour le document final et un groupe de travail sur les thématiques cibles du diagnostic.
Les thématiques ont été inspirées des tableaux de bord d'autres régions (notamment Provence-Alpes-Côte-d'Azur), elles sont plus nombreuses que dans le précédent document et doivent être

soumises à la validation du CROCT (Comité Régional d'Orientation et des Conditions de Travail) avant la fin de l'année (novembre 2018).
Pour chaque thématique, il faudra identifier les différents acteurs ayant des données et contacter ces différents experts pour les récupérer.

La Martinique est un petit territoire donc il n'y aura pas de diagnostic à la commune car les situations individuelles sont facilement identifiables.
Il y a trois « territoires » d'activités : au sud de l'île c'est le tourisme qui domine, le centre est plus industriel et enfin le nord qui concentre moins d'activité industrielle.

Pour ce diagnostic, la Dieccte a signé une convention avec l'OSM qui se charge de l'analyse des données et de la réalisation du diagnostic. Un comité de suivi sera mis en place.

Les données santé-travail sont principalement des données issues de la Caisse Générales de Sécurité Sociale (CGSS).
Le but est de regrouper les sources de données, sous forme de feuille de route, afin de faire une synthèse de l'ensemble des données utiles à la prévention des risques professionnels sur le territoire. Ainsi, lors de futures actions et/ou travaux, cela permettra un gain de temps dans la localisation/accessibilité des données.

Attentes / Besoins / Difficultés : Les difficultés principales sont liées au recueil des données et à la difficulté d'impliquer les organisations syndicales. En effet, le diagnostic est plus un travail inter-institutionnel (Dieccte, CGSS, OSM, ARACT, registre des cancers).

Pour le moment, les organismes syndicaux et les partenaires sociaux ne sont pas encore assez bien structurés pour répondre à toutes les demandes imposées par la réforme du dialogue social. De plus, ces acteurs doivent avoir un intérêt sur le sujet, être disponible et être experts des questions traitées.

3.1.3.14. Pays de la Loire

Contexte : En région Pays-de-la-Loire : pas de travail antérieur ni de diagnostic avec des données chiffrées. Il n'y avait pas de tradition de travail de mise en commun des données.
Les PRST1 et PRST2 avaient moyennement fonctionné.

PRST3 : Pour le PRST3, le parti pris méthodologique était de traiter un thème si au moins deux partenaires étaient prêts à travailler sur le sujet.
Les thématiques abordées correspondent aux sujets pressentis par les préventeurs qui ont ensuite été soumis aux partenaires sociaux.

C'est le Service de Santé au Travail de la Région Nantaise (SSTRN) qui a insisté pour que la thématique diagnostic et utilisation des données soit intégrée dans le Plan. C'est le Pr Deparis du SSTRN qui pilote le groupe.

Au départ, tout petit groupe de travail puis élargissement du nombre de participants au fur et à mesure. C'est un groupe qui ne fonctionne pas de manière dense parce que les membres ont des difficultés à se voir mais qui est en construction d'une certaine dynamique.
Membres : SST, ARS (service Cire), ORS, SE de la Direccte, la Carsat et l'université d'Angers (pôle de médecine du travail, laboratoire LEEST avec le Pr Roquelaure).
L'idée de départ de ce groupe de travail était de faire une étude de faisabilité sur un système d'information régional partagé (qu'est-ce qu'il est possible de mettre en commun, qu'est-ce que cela peut donner) pour orienter les politiques à mener. Mais le coût de cette étude (plusieurs dizaines de milliers d'euros) était trop élevé pour l'envisager, d'autant que le budget du pôle T de la région PDL est particulièrement bas.

L'objectif est maintenant plus modeste et concerne plusieurs sujets :
- échange entre les partenaires du groupe pour savoir qui dispose de quelles données ;
- expérimentation par le SSTRN en lien avec des SSII de la région sur la possible valorisation des données détenues par les services.
- mise en place d'un tableau de bord.
Le SSTRN travaille notamment avec le CISME au niveau national pour essayer de mutualiser les compétences.

L'ORS qui jusqu'à présent ne travaillait pas sur les questions de santé au travail dans la région commence à produire des travaux (18 derniers mois). Un projet de convention ORS-Direccte va être signé pour valoriser la thématique santé-travail. L'objectif pour cette année est de réaliser un premier état des lieux de l'existant sur deux axes : morbidité au travail d'une part (avec appui sur les données Carsat) et problèmes de santé de la population en âge de travailler.
A moyen terme, l'idée est de ne pas se contenter d'un document à un instant T et d'un simple panorama mais envisager un outil dynamique qui servirait au diagnostic puis à l'évaluation des actions mises en place car qui est capable aujourd'hui de dire qu'une politique de prévention a fonctionné ?
Groupe inter-régions avec Bretagne et Normandie sur l'éolien.

Attentes / Besoins / Difficultés : Que le niveau national créé des cadres pour faciliter les échanges entre opérateurs (ex : un déverrouillage en amont CNAM-TS et DGT ?).
Pas de budget propre pour le PRST et budget maigre pour le pôle T : impossible de financer une étude de faisabilité. Le PRST n'a pas les moyens de ses ambitions.

3.1.3.15. Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Contexte : Contrairement à d'autres régions, PACA n'a pas subi de fusion ni de modifications régionales géographiques et dans les institutions. Il n'y a pas eu d'année de rupture entre le PRST2 et le PRST3.

PRST3 : Dans le PRST3, l' objectif 7 porte sur la mise en perspective des données en santé au travail et 4 actions y sont inscrites :

- Action 3.7.1 Diagnostic régional des besoins en prévention des risques professionnels en PACA-Corse

- Action 3.7.2 Actualisation du Tableau de bord santé, sécurité et conditions de travail (TBST)
- Action 3.7.3 Mise à disposition de l'outil EVREST en région PACA – Evolution et Relations en Santé au Travail
- Action 3.7.4 Présanse – Mise en commun et valorisation des ressources et compétences des différents services de santé au travail des régions PACA-Corse

Parmi ces actions, le tableau de bord santé, sécurité et conditions de travail est considéré comme étant l'outil incontournable des partenaires régionaux du CROCT permettant d'éclairer la politique régionale de santé au travail. Si la démarche de recensement des données existe depuis les années 2000, le tableau de bord santé-travail s'est très largement enrichi depuis en terme de source de données. Il en est aujourd'hui à sa cinquième édition et a pour ambition la mise en commun exhaustive des données santé-travail disponibles en région et susceptibles d'éclairer les enjeux propres au territoire

Les 2 outils de pilotage du PRST en PACA sont : le tableau de bord (qui tient compte de la particularité du territoire) et la base de données « OSCARS Travail » (www.oscarsante.org) qui permet le suivi, l'analyse et l'évaluation des actions menées. Les membres du CROCT peuvent alors s'appuyer sur l'analyse de ces données pour émettre des avis et des orientations sur la politique régionale.

De février 2018 à juin 2018, une commission technique du CROCT a été votée et mise en place pour débattre des chiffres du TBST, et permettre ainsi une analyse pluridisciplinaire des données. Ceci est un travail expérimental avec les différents partenaires dont l'ORS (prestataire) et les membres du GPRO du CROCT avec qui il est important de partager les analyses et les données (partenaires sociaux).
Les résultats de ses travaux seront présentés au CROCT de décembre 2018.

Concernant la mise en place d'un tableau de bord commun, l'ensemble des SST Interentreprises (fédérés en région Paca en une association nommée « Présance ») a commencé un travail commun il y a 2 ans afin de surmonter les difficultés techniques, notamment liées à l'harmonisation des données. Un thésaurus commun des données à collecter a été édité début 2017. Leurs données seront une source de connaissance précieuse et intégrées au prochain TBST.

Attentes / Besoins / Difficultés : Les partenaires régionaux souhaiteraient que les données puissent s'affiner et être enrichies : disposer de données à l'échelle infra-départementale, caractériser le plus précisément possible les publics touchés (catégorie socio-professionnelle, age, sexe) pour chacune des données…
Et que les données soient communiquées et débattues dans chacune des instances et structures participant au déploiement de la politique régionale du travail.

La démarche de réactualisation périodique du TBST demande un travail de mise en relation avec les fournisseurs de données assez chronophage. A chaque nouveau tableau de bord, c'est une renégociation (pour l'accès aux données notamment) avec les partenaires, et le constat posé par l'ORS sur les difficultés de regroupement des données est valable à d'autres échelles. Il

semblerait pertinent qu'une articulation nationale/régionale plus importante soit construite, avec la mise en place de protocoles de partage de données (peut-être automatiques) au niveau national (exemple : CNAM-TS et DGT).

Il est à noter que L'ORS PACA dispose d'un système d'information régional, la Base de données SIRSé PACA (http://www.sirsepaca.org/) : cet outil permet d'intégrer des données multi-sources de manière continue sur différents thèmes (état de santé de la population, indicateurs environnementaux, offres de soins, …). La Direccte Paca souhaiterait, que cette base puisse intégrer, à terme, des indicateurs en santé au travail.

3.1.3.16. La Réunion

Contexte : Depuis 20 ans, il existe une charte entre les partenaires de la prévention qui se réunissent tous les deux mois pour définir les actions. Ces partenaires sont : la sécurité sociale, l'ARACT, la Dieccte et deux SST.
Il y a également des groupes de travail thématique selon les priorités.
Ce fonctionnement commun est permanent à la Réunion et la proximité entre les décisionnaires et les personnes sur le terrain est directe et facile.
A la Réunion, les aspects des risques accidentogènes sont liés à la nature des activités économiques et sont notamment orientés vers le BTP (exemple : conduite d'engins, chutes de hauteur).

PRST3 : Pour le PRST3 : les actions choisies correspondent soit aux actions nationales soit à des actions ajoutées par les partenaires de la prévention.
Le sujet des nanotechnologies a été ajouté car c'est une orientation nationale mais pour le moment, aucune action particulière n'est engagée.

Les préoccupations quotidiennes sont : les RPS avec des actions importantes menées, la structuration d'un réseau de consultants animé par les partenaires de la prévention avec des actions en entreprises (sorte de consulting) avec l'ARACT (actions importantes dans TPE/PME) et la QVT.
Pour la mise en place d'actions individuelles de prévention, l'animation passe par des réseaux de personnes compétentes, de réseaux d'échanges.

Le diagnostic de 2016 a eu comme source de données : l'enquête conditions de travail de l'Insee, les données de deux SST et les données statistiques ATMP. Il a permis d'éclairer le travail sur plusieurs thématiques, notamment RPS et TMS. Dans le diagnostic, l'intégralité du travail n'est pas présentée. Par exemple, il n'y a pas de données sexuées ou par âge.

C'est l'INSEE qui a réalisé l'enquête sur les conditions de travail 2013 sur une commande de la Dieccte. Il y a eu une collaboration avec le service statistique.
Il est prévu de redemande une enquête à la fin du PRST3 pour pouvoir évaluer l'évolution des chiffres pendant le plan même si des doutes persistent sur le lien entre les évolutions et les décisions prises et entre les politiques publiques et la sinistralité. C'est le problème de l'évaluation de l'action et de l'incapacité à établir un lien de causalité entre les actions et les chiffres.

Il y a la mise en place d'un observatoire des inaptitudes avec tous les médecins du travail qui recueillent des fiches (âge, ancienneté des postes, etc.) pour sortir les évolutions, les corrélations. Le problème reste la mesure de l'efficacité sur les pratiques et les usages. Un des exemples : les actions sur les chutes de hauteur qui conduisent depuis des années a des effets pour certaines catégories d'entreprises et pour certains chantiers mais il y a une persistance des mauvaises pratiques sur les petits chantiers malgré les contrôles et les outils coercitifs (arrêts, procédures pénales).

Pour le moment, pas d'intérêt pour une analyse infra-régionale car il n'y a pas de zones très spécialisées sur le territoire de la Réunion.

Attentes / Besoins / Difficultés *:* Les moyens humains du Pôle T de la Réunion : seulement 2 personnes pour gérer toute l'action régionale et départementale ; pas de MIRT mais juste un ingénieur. Pourtant c'est le même PRST que pour les autres régions a réalisé.

Besoin de valorisation et de bien veiller à ce que tous les travaux entrepris puissent remonter et être visibles dans les fiches actions car il y a des priorités hors champ du PRST et donc une absence de limitation des actions au seul cadre du plan.

3.2. Analyse

Force est de constater que lorsque l'on parle de diagnostic, c'est souvent le terme d'« atlas » ou de tableaux de bord qui reviennent. En effet, certaines régions ont eu des expériences, plus ou moins récurrentes dans la réalisation de ceux-ci. Cette série d'entretiens permet de mieux comprendre les enjeux de connaissance et d'action du point de vue des référents diagnostic territorial des PRST3. Aussi, ils permettent de mieux caractériser les profils des régions et de mieux discerner les éléments transversaux ou spécifiques.

Au cours des entretiens, il est apparu que certaines régions avaient déjà publié des atlas, diagnostics ou encore tableaux de bord lors du précédent PRST. D'autres régions ont intégré le diagnostic dans le document présentant le PRST3. Le tableau ci-dessous présente les liens de téléchargements de ces documents qui sont, pour la plupart, accessibles sur les sites des Direccte.

Tableau 1 : Liste des liens de téléchargements des atlas / diagnostics / tableaux de bord

Régions (avant 2016)	**PRST2 (2010-2014)**	**Régions (après 2016)**	**PRST3 (2016-2020)**
Auvergne	http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_rp_2016_auvergne_basse_definition-2.pdf	Auvergne-Rhône-Alpes	Pas encore publié
Rhône-Alpes	http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-		

Régions (avant 2016)	PRST2 (2010-2014)	Régions (après 2016)	PRST3 (2016-2020)
	alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_2016_des_risques_professionnels_en_ra_.pdf		
Bretagne	http://bretagne.direccte.gouv.fr/sites/bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/diagnostic_sante_travail__final_2011.pdf http://orsbretagne.typepad.fr/TBPRST-mai-2014-version-web.pdf	Bretagne	
Pays-de-la-Loire		Centre-Val-de-Loire	Pas encore publié
Centre			
Corse	http://corse.direccte.gouv.fr/sites/corse.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/06-2015_diagnostic_territorial_du_champ_travail.pdf	Corse	Pas encore publié
Champagne-Ardenne	http://grand-est.direccte.gouv.fr/sites/grand-est.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/DIRECCTE-PRST2w.pdf	Grand Est	
Alsace			
Lorraine			
Guadeloupe		Guadeloupe	http://guadeloupe.dieccte.gouv.fr/sites/guadeloupe.dieccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst3_vf.pdf
Guyane	http://guyane.dieccte.gouv.fr/sites/guyane.dieccte.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Regional_Sante_au_Travail_2011-2014.pdf	Guyane	
Picardie	http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_2015_web-2.pdf	Hauts-de-France	http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_st_actualisation_2016.pdf
Nord-Pas-de-Calais	http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/sites/hauts-de-france.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_st_actualisation_2015.pdf		
Ile-de-France	Pas de publication	Ile-de-France	Pas encore publié

Régions (avant 2016)	PRST2 (2010-2014)	Régions (après 2016)	PRST3 (2016-2020)
Martinique	http://martinique.dieccte.gouv.fr/sites/martinique.dieccte.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_de_bord_sante_et_securite_au_travail_de_la_martinique.pdf	Martinique	Pas encore publié
Haute Normandie		Normandie	http://normandie.direccte.gouv.fr/sites/normandie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/prst_2016-2020_vd.pdf
Basse Normandie			
Limousin	http://www.agence-cwa.com/pageflip/ireps/sante-securite-travail-limousin-2016/	Nouvelle-Aquitaine	Pas encore publié
Poitou-Charentes			
Aquitaine			
Midi-Pyrénées		Occitanie	https://www.orsmip.org/tlc/RAPPORT_Tab_de_Bord_Sante_travail_VF.pdf
Languedoc-Roussillon			
Provence-Alpes-Côte-d'Azur		Provence-Alpes-Côte-d'Azur	
La Réunion		La Réunion	

3.2.1. Temporalités et rythme de production des diagnostics

Du point de vue de la temporalité et des rythmes de production des diagnostics territoriaux dans le cadre du PST3, quatre profils se démarquent :

- Le diagnostic a été réalisé en amont du PRST : Normandie, Grand-Est, Bretagne, Guadeloupe, Guyane, Réunion. Pour deux de ces régions, pas d'inscription du 3.13 en fiche-action.

- Le diagnostic n'a pas encore démarré ou à peine : IDF, Corse, Martinique. Pour des raisons différentes l'une de l'autre (changement de poste, problème politico-administratif, non priorité).

- Le diagnostic est en cours : Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Nouvelle Aquitaine, Pays-de-la-Loire. Ces régions s'appuient sur la construction d'éléments de diagnostics

pour alimenter les réflexions de groupes de travail, ou mettent à profit le temps du plan pour construire un diagnostic actualisé.

- Le diagnostic est en évolution : Hauts-de-France, Centre-Val-de-Loire, PACA. Ces régions ont une expérience du diagnostic. Elles le font évoluer, affinent leurs procédés, etc.

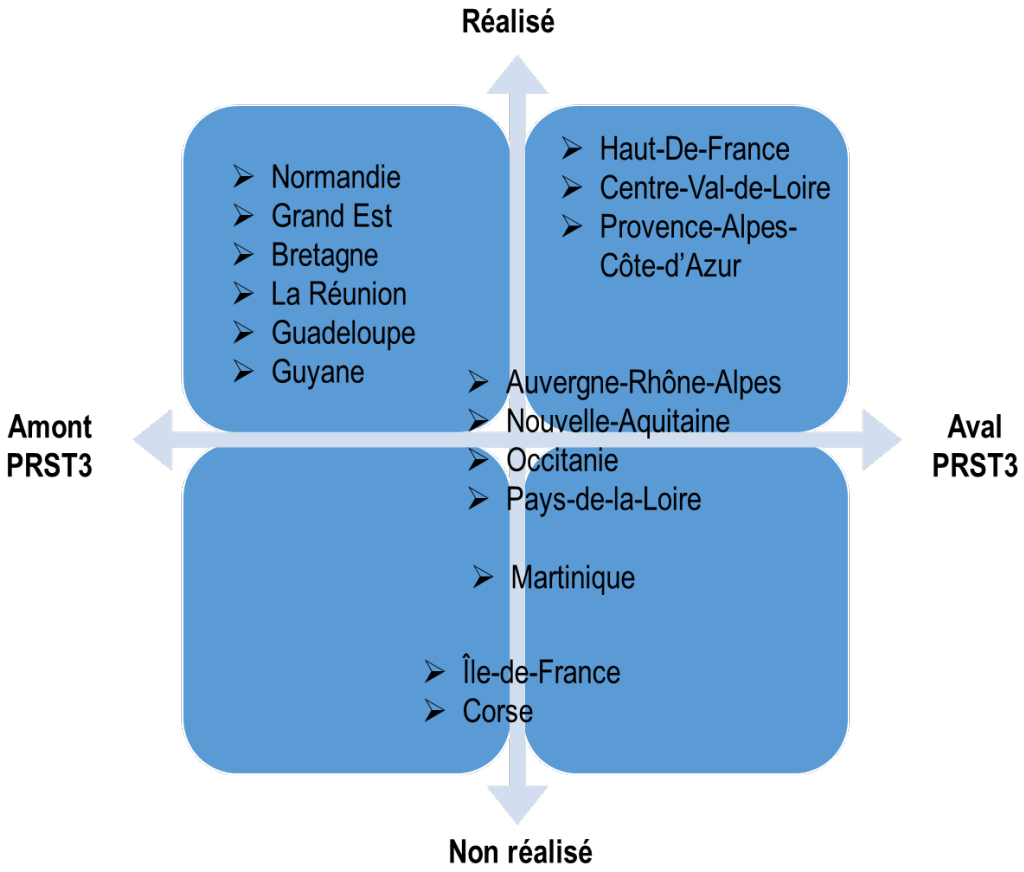


Figure 7 : Profils régionaux du point de vue temporel.

3.2.2. Configuration régionale et dynamique de mobilisation

La nouvelle configuration régionale, effective au 1er janvier 2016, a fait passer la France métropolitaine de 22 à 13 régions. Si certaines n'ont pas changé (Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Île-de-France, Pays-de-la-Loire, Provence-Alpes-Côté-d'Azur), d'autres ont fusionné : Auvergne-Rhône-Alpes (anciennement Auvergne et Rhône-Alpes), Bourgogne-France-Comté (anciennement Bourgogne et Franche-Comté), Grand Est (anciennement Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne), Hauts-de-France (anciennement Nord-Pas-de-Calais et Picardie), Normandie (anciennement Basse Normandie et Haute Normandie), Nouvelle Aquitaine (anciennement Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes), Occitanie (anciennement Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées).

Ce nouveau découpage territorial a complexifié les relations entre les différents acteurs, notamment pour les deux nouvelles régions devenues le produit de 3 anciennes régions à savoir Grand-Est et Nouvelle-Aquitaine. Ce que nous rapporte nos interlocuteurs c'est qu'au-delà des

superficies qui ont été multipliées, ce sont également des schémas et modes de fonctionnement qui sont remaniés.

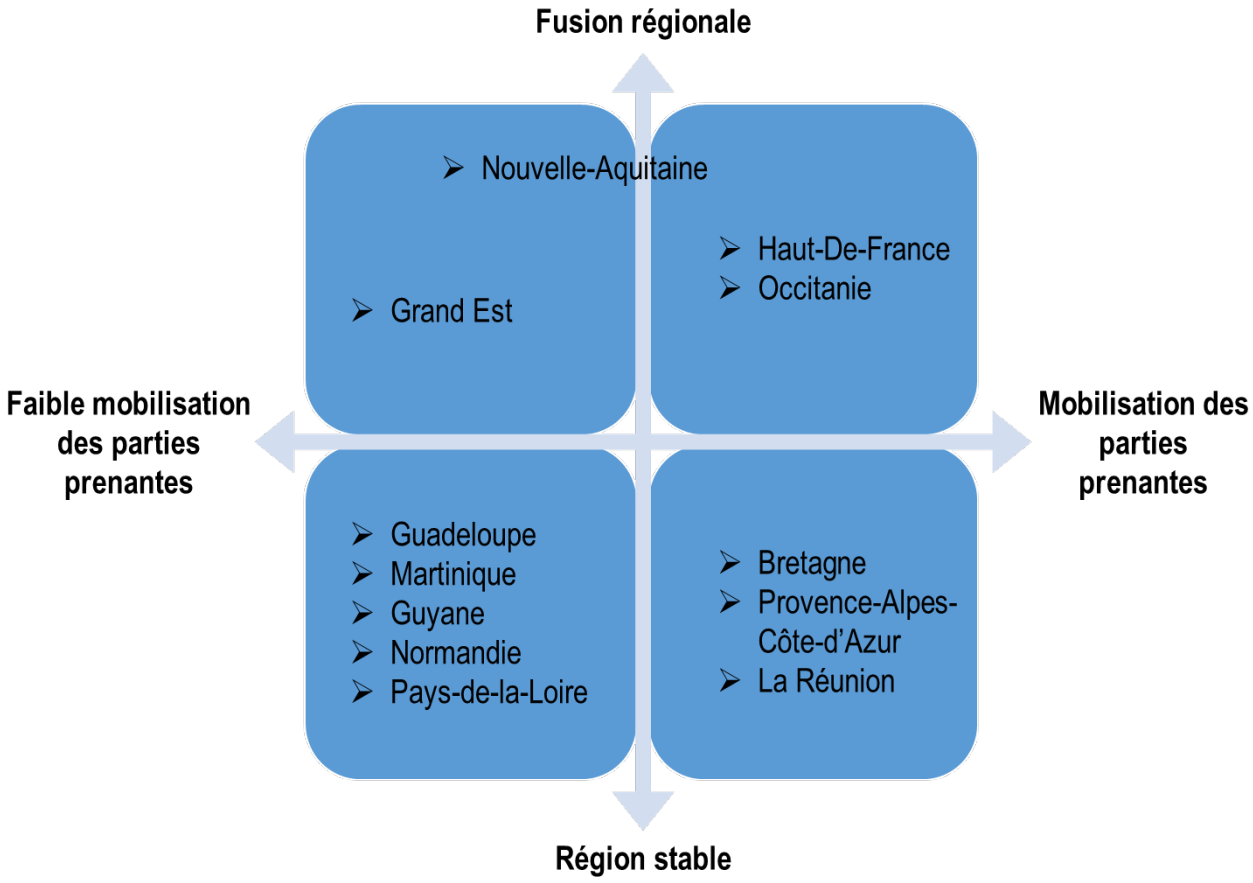


Figure 8 : Profils régionaux du point de vue de la configuration territoriale et mobilisation des acteurs.

3.2.3. Expérience du diagnostic, usages des données et des cartes

Certaines régions, au cours du PST2 (2012-2016) avaient déjà entrepris l'exercice du diagnostic territorial via la production d'atlas des risques professionnels. Ces atlas, disponibles en format pdf sont téléchargeables sur les sites des Direccte. On peut citer ceux des régions Bretagne, Rhône-Alpes, Centre-Val-deLoire, Limousin, Auvergne ou encore Nord-Pas-de-Calais.

A contrario, certaines régions n'avaient jamais fait d'atlas.

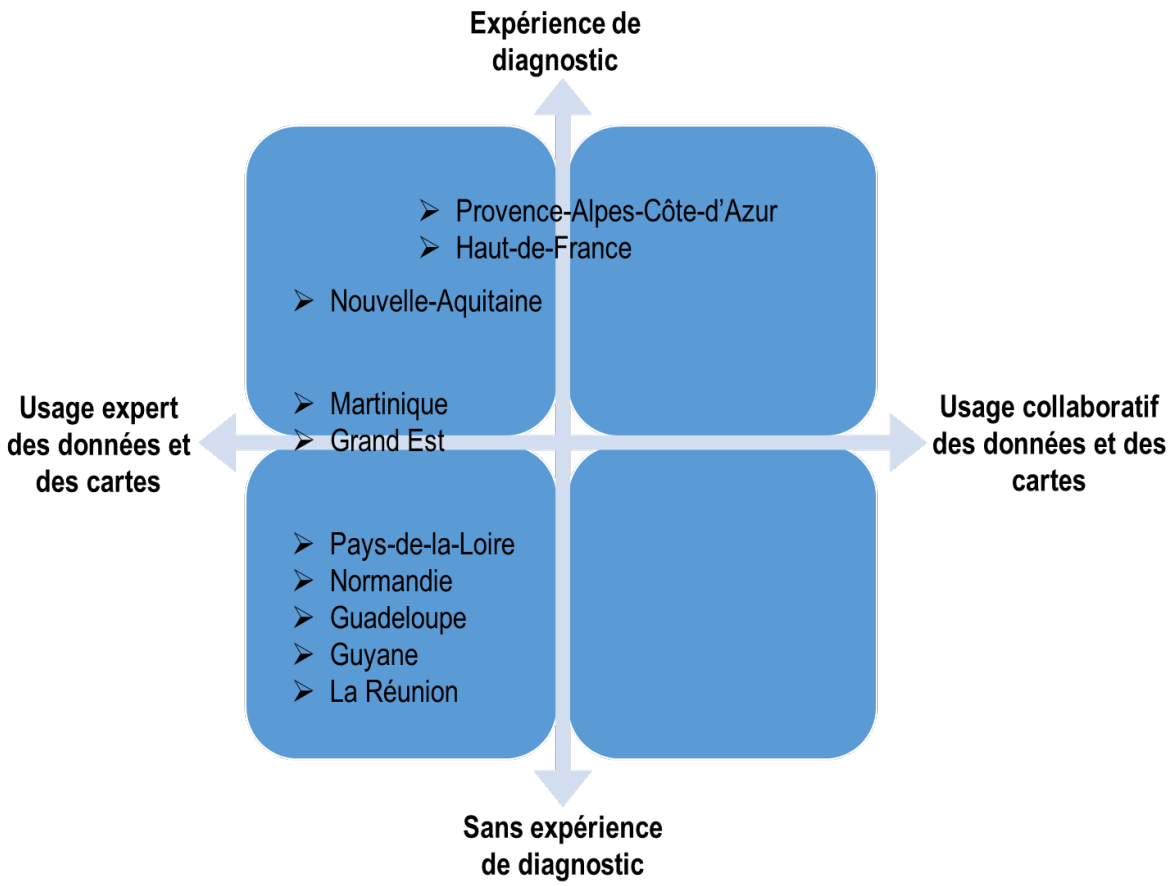


Figure 9 : Profils régionaux du point de vue de l'expérience du diagnostic territorial.

3.2.4. Mailles et indicateurs

Trois régions se démarquent, tant d'un point de vue de la finesse des mailles géographiques et des indicateurs mobilisés : Hauts de France, PACA, et dans une moindre mesure Nouvelle Aquitaine. Chacune propose une analyse par zone d'emploi (c'est aussi le cas d'Occitanie et Auvergne Rhône Alpes). Les diagnostics proposés apparaissent plus fouillés, et certains indicateurs ou outils spécifiques sont mobilisés. La maturité de ces régions les conduisent parfois à ouvrir un groupe de travail sur l'intérêt d'une ouverture des données, ou à viser un enrichissement du diagnostic à la fois à travers un raffinement des échelles d'analyses et une transformation des manières de partager les données et les analyses. Parfois, des zones d'emploi « tests » sont identifiées pour des investigations infra en combinant des données ATMP et des données issues de SST. C'est le cas de la zone d'emploi de Rochefort et aussi celle d'Alès (cf. partie 4 du présent rapport).

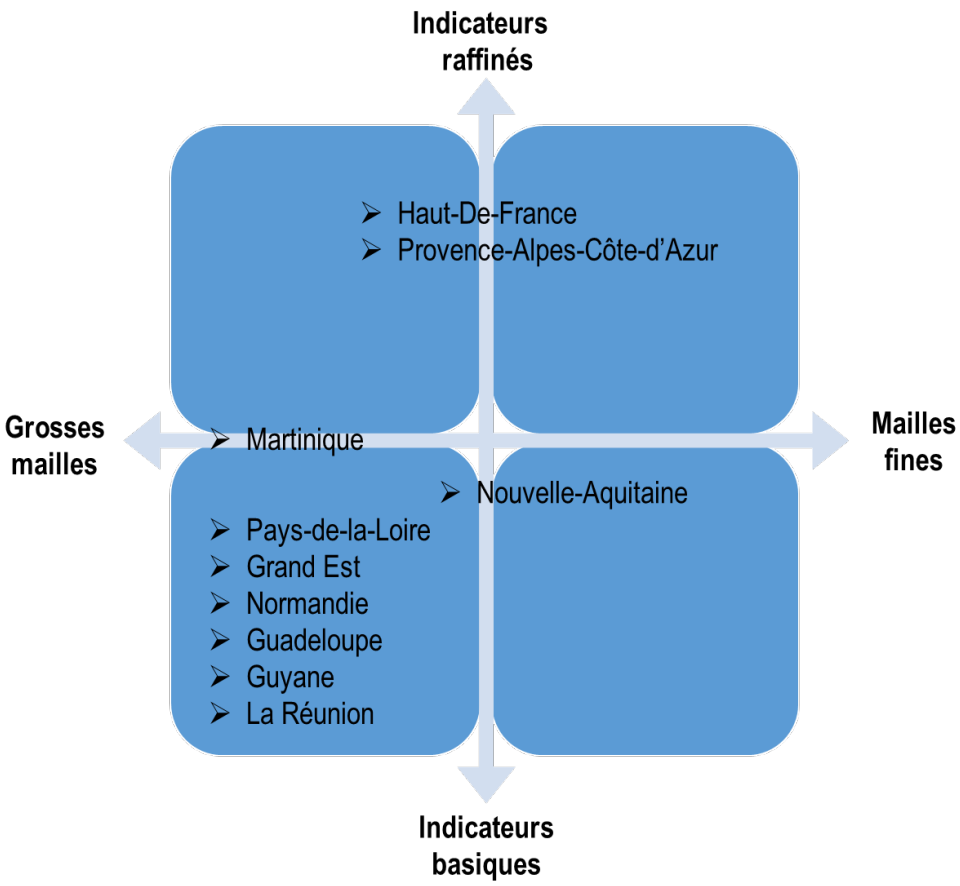


Figure 10 : Profils régionaux du point de vue des mailles et indicateurs.

3.3. Résultats provisoires

Ces résultats sont provisoires. A la fois parce qu'ils se fondent sur un matériau réduit qui demanderait à être complété et étoffé d'autres points de vue. Et aussi parce que ces premiers résultats ont moins vocation à réifier un réel qui serait ainsi rapporté et qui devrait s'imposer sans discuter, que de proposer une trame réflexive sur la façon dont on peut rendre compte de la manière de construire, de conduire et de valoriser les diagnostics territoriaux dans le cadre des PRST3. Ils constituent ainsi des premiers repères, qui facilitent la compréhension des enjeux et permettent d'identifier des voies de progrès pour à la fois améliorer la qualité des diagnostics et faciliter leur construction et valorisation.

La plupart des interlocuteurs reconnaissent volontiers qu'il n'y a pas beaucoup d'espace pour ces diagnostics territoriaux compte tenu de la reprise en régions des orientations du PST. Ils reconnaissent également volontiers que l'exercice perd alors en intérêt, et qu'améliorer sa qualité ne constitue pas un enjeu suffisant pour développer des compétences sur le sujet ou investir plus avant. Les régions les plus avancées sur le sujet sont aussi celles qui progressent et qui ont de l'antériorité. Elles ont su intégrer les avantages de la production d'un diagnostic « affiné », et elle ont su développer des compétences et savoir-faire en la matière.

Mais tous reconnaissent le caractère compliqué, lourd et chronophage de l'exercice. Même s'ils perçoivent comprennent ou revendiquent l'intérêt potentiel d'affiner, de renforcer le diagnostic. Dans les faits, ils sont privés de moyens, les plans n'ayant pas vraiment de moyens propres. Et les moyens qui sont parfois mis à disposition servent davantage à consommer de la prestation qu'à investir durablement dans un processus d'amélioration de la construction des diagnostics territoriaux. Toutes les régions appellent de leurs vœux un soutien à la fois humain et financier et technico-scientifique, et chacune convient par exemple qu'une mise à disposition automatisée de données de cadrage leur permettrait de gagner un précieux temps pour la collecte de données, temps qui pourrait être intelligemment réinvesti dans de l'analyse partagée par exemple.

3.4. Séminaire de restitution et/ou atelier de scénarisation

Plutôt que d'imaginer une restitution classique de cette enquête, nous proposons de mettre celle-ci au service de l'animation d'ateliers qui viendraient à la fois enrichir la réflexion du sur cahier des charges à bâtir en matière d'outils et méthodes pour le diagnostic territorial groupe de pilotage de l'action 3.13 s'agissant, solliciter la contribution des référents diagnostic territorial des PRST3 au dit cahier des charges et stimuler leur réflexion sur l'ouverture des données.

Cette journée aura lieu le 27 février 2019.

Son programme pourrait être architecturé de la manière suivante :

9h : Accueil

9h15 : Introduction, Myriam Chalouin et Lucie Médiavilla (DGT)

9h25 : Consignes sur le déroulement de la journée, Vincent Mandinaud (ANACT)

9h30 : Retour sur l'enquête qualitative conduite par le GIS ATLAST auprès des « référents diagnostic territorial » des PRST, Vincent Mandinaud (ANACT) et Marie Delaunay (UJM)

9h45 : Témoignage Occitanie, Catherine Levrat-Pinatel (Aract Occitanie)

10h00 : Témoignage région PACA, Géraldine Barboni (Direccte Paca)

10h15 : Témoignage région HDF, XX (Direccte Hauts de France)

10h30 : Témoignage région CVL, Marie Murcia (APST Centre)

10h45 : Echanges

11h15 : Pause

11h25 : 3 tables, 3 consignes par table :

- Comment améliorer la qualité des processus de construction et d'animation des diagnostics territoriaux ?
- Comment améliorer la qualité des produits associés aux processus de diagnostics territoriaux ?
- Quels besoins prioritaires formaliser (outils et méthodes) à l'horizon PRST4 ?

12h30 : Restitution (5mn par table)

12h45 : Déjeuner

14h : Présentation de la cartographie des bases de données utiles à la santé au travail, Henri Bastos (ANSES)

14h15 : Présentation d'initiative d'ouverture des données dans le champ de la sécurité sociale, XX (Observatoire des fragilités du grand sud)

14h30 : Echanges

14h50 : Pause

15h : 2 ateliers de 40mn en parallèle sur l'ouverture et la réutilisation des données (Romain Tales et Paul Antoine Chevalier d'Etalab et Joël Gombin et Samuel Goetha de Datactivist)

- Est ce qu'on a le droit et est-ce techniquement compliqué d'ouvrir et/ou de réutiliser des données utiles à la prévention/promotion de la santé au travail ?
- Quelles opportunités et risques d'ouvrir et de réutiliser des données utiles à la santé au travail dans une perspective de diagnostic territorial ?

16h20 : Mot de conclusion, Philippe Garabiol, COCT

16h30 : Fin de la journée

Elle pourrait être l'occasion de jeter les bases pour l'organisation d'un hackathon au quatrième trimestre 2019 avec l'appui d'Etalab. Celui-ci pourrait permettre de progresser en testant des hypothèses, en faisant émerger des pistes et des outils d'analyse ou de valorisation jusqu'alors inusités dans le champ du diagnostic territorial en santé au travail. Il pourrait ainsi contribuer utilement à la socialisation des acteurs du champ à d'autres manières de faire usage des données pour améliorer la prévention/promotion de la santé au travail dans les territoires. Il renforcerait d'autant le cahier des charges et de déboucherait sur son enrichissement.

4. Accompagnement des groupes régionaux sur le terrain

Dans le cadre de ses missions, le GIS accompagne et participe aux projets et réflexions de trois régions sur la déclinaison de l'action 3.13 à leur niveau.

4.1. Auvergne-Rhône-Alpes

Lors du lancement officiel du PRST 3 pour la région le 21 novembre 2017, le GIS a eu en charge l'animation de la table ronde sur « Le recueil de données et le diagnostic territorial au service d'une action pertinente et efficace ». Les quatre acteurs représentés étaient les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes, le SST du Haut Vivarais, la DIRECCTE et enfin les partenaires sociaux. L'objectif a été de re-contextualiser la problématique qui sous-tend le recueil de données et les démarches mises en œuvre dans le cadre du PRST3 en discutant notamment de ce qui va se mettre en place dans les groupes de travail sur le diagnostic territorial.

Au cours de la réunion du 8 janvier 2018, le GIS ATLAST a présenté le tableau de synthèse réalisé sur les bases de données existantes dans la région. Il s'agissait de faire un état des lieux le plus exhaustif possible sur les données détenues par les différents acteurs à l'échelle régionale. Cet annuaire sur les sources et la nature des données a été fait à partir d'une fiche type fournie par la Direccte Rhône-Alpes, sous format excel, qui a été remplie par chaque structure possédant des données en santé-travail.

Suite à ce travail, il a été décidé de créer un sous-groupe (GIS, Direccte, adjointe de direction du SST Agemetra) pour réfléchir à la valorisation de ce tableau. En effet, un des livrables de l'action 3.13 régionale est un annuaire des bases de données existantes. La première réunion de ce sous-groupe a eu lieu le 10 septembre et une présentation autour des réflexions a été faite à l'ensemble du groupe lors de la réunion du 13 septembre. Il s'agit pour le moment d'une ébauche mais cet annuaire devrait être mis à la disposition des différents acteurs régionaux du champ de la prévention à la fin du PRST.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, une deuxième expérimentation, sur les contrats courts, est en pause pour le moment. En effet, l'Aract AURA, pilote de l'action a préféré reporter cette action en 2019. Le GIS, en l'état de ses moyens ne peut se substituer aux acteurs régionaux pour conduire l'opération. Une note a toutefois été rédigée et adressée, dans laquelle nous proposons au groupe de travail de se rapprocher du Labarchipel hébergé par le SGAR pour mieux connaître la plateforme DataAura à laquelle la Directte adhère et possiblement former des collaborateurs aux outils de cartographie (Prodige).

Enfin, le GIS a été invité à participer au séminaire organisé par la Direccte le 20 novembre 2018 et qui sera consacré à un point d'étape sur le PRST 3 dans la région. Cet évènement a été l'occasion de réfléchir aux modalités de mise en œuvre des différentes fiches actions, aux difficultés rencontrées et aux pistes d'amélioration possibles.

4.2. Nouvelle-Aquitaine

La région Nouvelle-Aquitaine a commencé l'action 3.13 sur le diagnostic territorial en 2017 et cette action est couplée avec l'action sur l'évaluation du PRST (action 3.24). Ce sont donc deux missions distinctes que le groupe de pilotage doit suivre.

Concernant le diagnostic, les travaux en cours se concentrent sur deux aspects : la réalisation de celui-ci à l'échelle régionale et la mise en place d'une expérimentation avec l'APAS de Rochefort en Charente-Maritime (service de santé au travail interentreprises qui accompagne environ 9000 adhérents et leurs 82000 salariés).

En septembre, deux réunions ont eu lieu :

- La première le 17 septembre, à l'APAS à Rochefort, afin d'avoir un état des lieux sur l'avancement des travaux mené par le SST. Difficile mise en place : logiciels, exploitation… Mais volonté affichée d'avancer
- La deuxième le 18 septembre à la Direccte à Poitiers qui a permis une présentation de la maquette du diagnostic territorial élaboré par un groupe restreint qui s'était réuni début juillet : données socio-économiques ; données de santé générale, à l'interface santé-publique/santé-travail comme les ALD ; données de sinistralité et enfin des fiches pour chacune des 33 zones d'emploi qui seront complétées par une analyse qualitative des SST exerçant sur ces territoires. Ensuite, une présentation du contexte socioéconomique en Nouvelle-Aquitaine et de quelques zones d'emploi a été effectuée par le SESE afin d'orienter le choix des secteurs d'activités étudiés en particulier dans le diagnostic. De la même manière, une présentation de la sinistralité en Nouvelle-Aquitaine devrait pouvoir compléter le choix de ces secteurs d'activités.

Concernant l'évaluation du diagnostic, un travail de vulgarisation sur le document «Évaluation des politiques publiques en santé-sécurité au travail » de l'INRS[1] a été fait par le Docteur Capdeville (Médecin Inspecteur Régional du Travail) à l'intention du groupe de travail. Après cette présentation, il en est ressorti plusieurs remarques : l'évaluation est une action à part entière, dans le cadre du PRST il faut trouver les personnes qui pourraient effectuer cette action et qui devront être formées pour cela.

La prochaine échéance pour le groupe « Diagnostic et évaluation » est la présentation de l'avancement des travaux au GPRO prévue le 24 octobre 2018.

4.3. Occitanie

Suite à la publication en novembre 2017 du diagnostic régional par l'Observatoire Régional de Santé en Midi-Pyrénées - Carrefour de Ressources et d'Études pour l'Autonomie et l'Inclusion (ORSMIP-CREAI), plusieurs actions ont eu lieu.

Une première présentation a été faite aux membres du GPRO en décembre 2017. Suite à cela, un séminaire de restitution a eu lieu en présence des partenaires sociaux et des acteurs

[1] AISS (Association Internationale de la Sécurité Sociale), sous la direction de Catherine Montagnon, INRS, AUVA, DGUV, INRS, IRSST, IWH, NIOSH, *Évaluation des politiques publiques en santé-sécurité au travail (SST)*, 2017, 97p.
http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=PV%205

institutionnels présents au CROCT ainsi qu'aux pilotes des groupes de travail du PRST, le 30 mars 2018. En se basant sur le document réalisé par l'ORSMIP-CREAI, les objectifs de cette journée d'échanges étaient :

- D'avoir un espace d'échanges permettant d'aboutir à un diagnostic territorial partagé,
- D'identifier les zones non explorées, les pistes de travail qui n'auraient pas été prises en compte dans les actions déjà engagées,
- D'outiller les pilotes en matière de diagnostic,
- De favoriser l'articulation entre l'action des pilotes et celle des membres du CROCT.

Le GIS était présent lors de cette journée afin d'apporter un éclairage sur les orientations portées par le groupe pilote de l'action 3.13 au niveau national et de démontrer l'intérêt d'une approche cartographique dans une dynamique de diagnostic territorial.

Le document de synthèse de ce séminaire est téléchargeable sur le site du PRST Occitanie :http://www.prst-occitanie.fr/_depot_prstoccitanie/_depot_arko/articles/185/un-seminaire-pour-partager-et-exploiter-le-diagnostic-en-sante-au-travail-du-prst3-occitanie-documen_doc.pdf

Trois expérimentations sont en cours de démarrage et/ou ont déjà démarré dans la région:

- Une expérimentation sur le territoire d'Alès menée avec le Centre Médical Interentreprises de Santé au Travail (CMIST) qui permet de construire un diagnostic territorial partagé avec la participation des acteurs du territoire (partenaires sociaux, acteurs économiques, institutionnels de la prévention et acteurs du maintien en emploi) ;
- Une seconde expérimentation avec le groupe 2.7 sur le maintien en emploi des salariés atteints de maladies chroniques évolutives (MCE) ;
- Une troisième expérimentation avec le groupe 1.14/1.15 sur les chutes de hauteur.

4.3.1. L'expérimentation d'Alès

Le territoire d'Alès a été ciblé comme territoire expérimental. En effet, il y paraît pertinent d'y mener une expérimentation car il est doté d'une sinistralité AT/MP supérieure à la moyenne en Occitanie (selon le diagnostic ORSMIP-CREAI) mais la dynamique de ses acteurs (CMIST, CCI, partenaires sociaux, etc.) est également à souligner. Une dynamique sur laquelle pourra s'appuyer l'expérimentation étant donné le caractère collaboratif de la démarche proposée.

Les acteurs suivants sont mobilisés pour l'action :

- Le CMIST comme pilote de l'expérimentation ;
- L'Aract Occitanie comme appui au pilote de l'expérimentation et en charge de la capitalisation sur les résultats de l'expérimentation en tant qu'animatrice du groupe 3.13 ;
- Le GIS ATLAST comme opérateur technique dans le traitement des données et l'utilisation des outils cartographiques.

La démarche mobilise d'une part un groupe technique (CMIST : directrice et médecin référent sur le sujet, Aract Occitanie, GIS) et d'autre part un comité de pilotage (membres du

groupe technique, acteurs du territoire fournisseurs de données et/ou experts des problématiques santé au travail sur le territoire à savoir les partenaires sociaux, acteurs institutionnels, organismes consulaires, etc.). Les rôles de ces deux groupes sont à la fois de structurer la démarche, de la préparer et d'animer le comité de pilotage mais également d'identifier les données à traiter et de repérer les orientations possibles en matière d'actions de prévention.

Le premier comité technique a eu lieu le 16 février 2018 et le premier comité de pilotage le 16 avril 2018. Depuis, ces deux groupes se réunissent régulièrement. Le dernier comité technique a eu lieu le 14 septembre et le prochain comité de pilotage aura lieu le 19 octobre 2018.

Pour l'année 2017, cette expérimentation a été l'occasion pour le GIS d'accueillir et d'encadrer un étudiant de Master 1, Guillaume Alleman, en stage pendant 3 mois (1er juin-7 septembre).

L'objectif est clairement de mettre en perspective les données à l'échelle locale, de manière à montrer comment elles peuvent compléter les travaux déjà menés à la zone d'emploi. Les sous-objectifs sont donc de :

- construire des indicateurs, croiser des données (sinistralité, économiques, sociales, etc.) qui permettraient de mieux cibler des actions ;
- avoir une approche longitudinale dans le diagnostic pour le faire évoluer au fur et à mesure de l'action et ainsi élaborer un véritable outil de pilotage et de suivi ;
- articuler les données disponibles avec les expériences, l'expertise des acteurs concernés (à travers les échanges au sein d'un groupe de travail travaillant sur des hypothèses permettant de cibler le choix des données utilisées, leurs croisements, leurs analyses et leur exploitation).

Cette démarche de diagnostic doit pouvoir servir à tous les acteurs de la prévention, partenaires institutionnels et partenaires sociaux, et donc être utile dans la définition des actions de prévention proposées aux entreprises des territoires. En effet, l'utilisation de l'outil cartographique devrait prendre tout son sens car il permet non seulement la visualisation des différentes sources de données à une échelle fine mais il questionne également ces localisations.

4.3.1.1. Données

Les données utilisées sont de trois natures : géographiques, socio-économiques et des données en santé-travail.

Tout d'abord, les données géographiques sont issues de l'IGN et téléchargées sur leur site[1]. C'est la base de données ADMIN-EXPRESS en version 2018 qui est utilisée. Ce fichier vectorise le découpage administratif du territoire métropolitain depuis la région jusqu'à la commune dans un format shapefile et peut ainsi être exploité tel quel sous le logiciel ArcGIS (logiciel Système d'Information Géographique ou SIG).

Une table de correspondance entre les communes et les zones d'emploi a été créée car le découpage à la zone d'emploi ne fait pas parti des découpages administratifs représentés par l'IGN.

[1] http://professionnels.ign.fr/

Ensuite, les données socio-économiques sont issues de l'INSEE et proviennent de deux sources : la base Emploi au lieu de travail (EMP) et le fichier de Connaissance Local de l'Appareil Productif (CLAP).

Enfin, les données de santé-travail sont celles qui ont été récupérées auprès du CMIST et de la CARSAT-LR.

4.3.1.2. Méthodologie

Il a été nécessaire de procéder à la simplification de certaines variables. La première a été la variable « Expositions » qui contenaient 297 modalités. Ce nombre élevé est lié à la forme de saisie de cette variable qui est un champ de saisie libre. Ces modalités ont donc été regroupées en 7 catégories (agents biologiques, risque chimique, risque physique, RPS, risque CMR, risque radiation, risque radiation et CMR). Ces mêmes données d'expositions avaient un code d'exposition associé (faible, moyen, fort), pour décrire la gravité de l'exposition. Par défaut, c'est la valeur « moyen » qui est entré dans le logiciel. Pour une exploitation simplifiée, il a donc été décidé de remplacer cet élément par des valeurs binaires : « 0 » pour l'absence et « 1 » pour la présence d'une valeur renseignée.

De la même manière, la variable NAF (Nomenclature d'Activités Française)[1], a été simplifiée en passant de 5 à 2 puis 1 digit. Les libellés de tous les niveaux ont été ajoutés grâce à un tableau de correspondance.

Il a aussi été nécessaire de simplifier les variables pour lesquelles les modalités étaient trop nombreuses à savoir l'âge et la taille de l'entreprise. Ainsi des classes ont été définies pour l'âge (16-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66 ans et plus) et le nombre de salariés de l'entreprise (inférieur à 5, 5-9, 10-19, 20-49, 50-99, 100 salariés et plus).

Il est à noter que la simplification de ces variables n'entraine pas la suppression totale de leur modalité. Au contraire, toutes les modalités sont conservées afin de pouvoir les exploiter plus en détail si cela s'avère intéressant.

Pour plusieurs séries de variables, des tables de correspondances ont été créées, notamment afin de les simplifier ou de les rendre plus compréhensibles grâce à leur libellé. C'est le cas pour le code NAF par exemple qui présente une structure en arborescence (5 niveaux) permettant de passer de 21 sections à 732 sous-classes[2].

De plus, le nettoyage des noms de ville et de codes communes a été effectué afin de faciliter le travail de géocodage. En effet, comme le remplissage des données se fait manuellement, on trouve parfois des fautes de frappe ou de ponctuation dans ces champs qui doivent être nettoyées.

Enfin, la géolocalisation a été effectuée sous un logiciel SIG grâce à une jointure entre la table de données géographiques et la table de données du CMIST via le code commune (ou code Insee) qui a servi de clé unique.

---

[1] La NAF est une nomenclature des activités économiques productives, principalement élaborée pour faciliter l'organisation de l'information économique et sociale (source INSEE).
[2] https://www.insee.fr/fr/information/3281579

4.3.1.3. Premiers résultats et perspectives

Les premiers résultats cartographiques, essentiellement de simples localisations des données, ont été présentés lors du premier comité de pilotage le 6 juillet 2017.

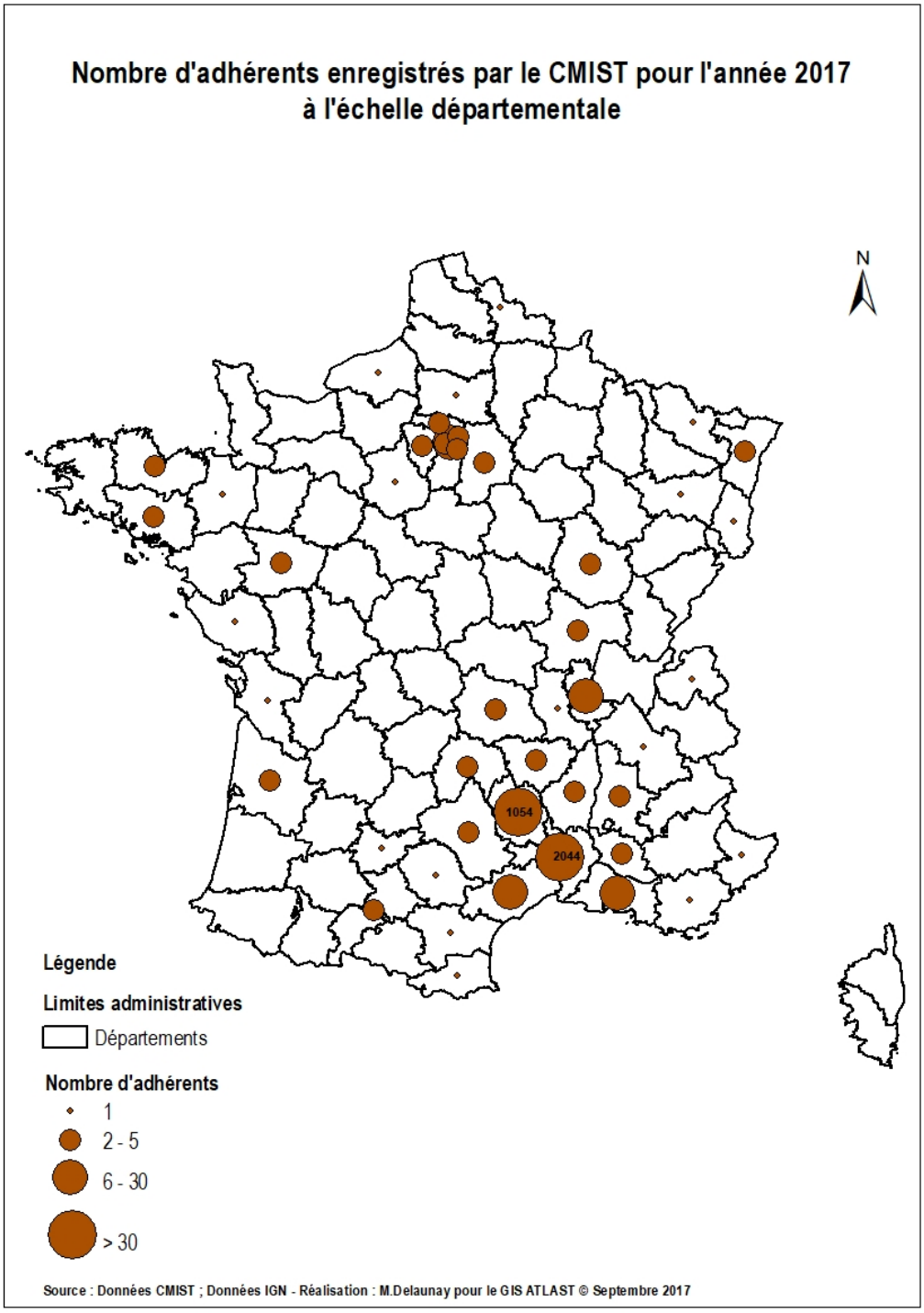
Pour l'exploitation des données du CMIST uniquement, les cartes présentées étaient :

- Le nombre d'adhérents (départements et communes),
- Le nombre total de salariés par adhérent pour l'année 2017 (départements et communes),
- Le nombre de salariés vus en consultations pour l'année 2017 (départements et communes),
- Le nombre d'adhérents selon la NAF 17 (communes),
- Le nombre d'adhérents parmi les 5 NAF principaux (communes),
- La répartition des salariés par sexe (communes et zone d'emploi),
- La répartition des salariés par âge (communes et zone d'emploi),
- La répartition par type d'expositions (communes),
- Le nombre d'AT/MP par communes enregistrés pour l'année (déclaratif) (communes).

Pour le croisement des données du CMIST avec les données INSEE (emploi au lieu de travail et CLAP), les cartes étaient :

- Le taux d'adhérents CMIST (nombre adhérents CMIST / nombre total entreprises INSEE),
- Le taux de salariés vus en consultation sur l'année 2017 CMIST (nombre salariés CMIST / nombre total entreprises INSEE),
- La différence de fréquence sur le sexe et les classes d'âge (CMIST / INSEE).

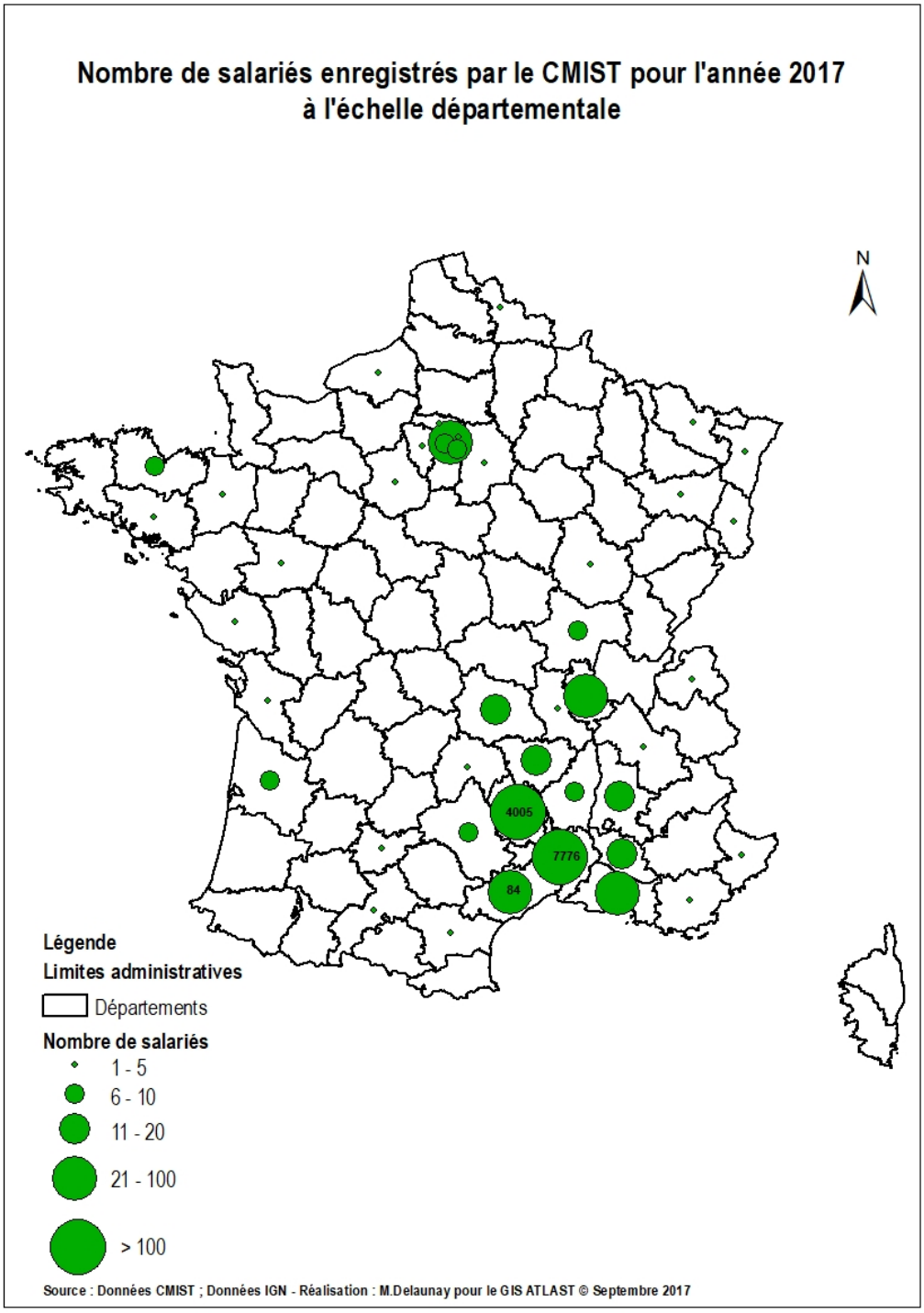
Comme on pouvait l'envisager, la première carte montre que les adhérents du CMIST se situent en grande majorité sur les départements du Gard et de la Lozère (voir carte 1).



Carte 1 : Localisation des adhérents du CMIST (départements, 2017).

Le périmètre du SST est donc localisé principalement autour du siège de celui-ci qui se trouve à Alès. Il faut cependant noter que certains adhérents se situent dans d'autres départements compte tenu du fait que le siège social de certaines entreprises se situent hors de l'Occitanie.

Le phénomène est donc le même concernant les salariés vus en consultation au CMIST, comme le montre la carte 2.

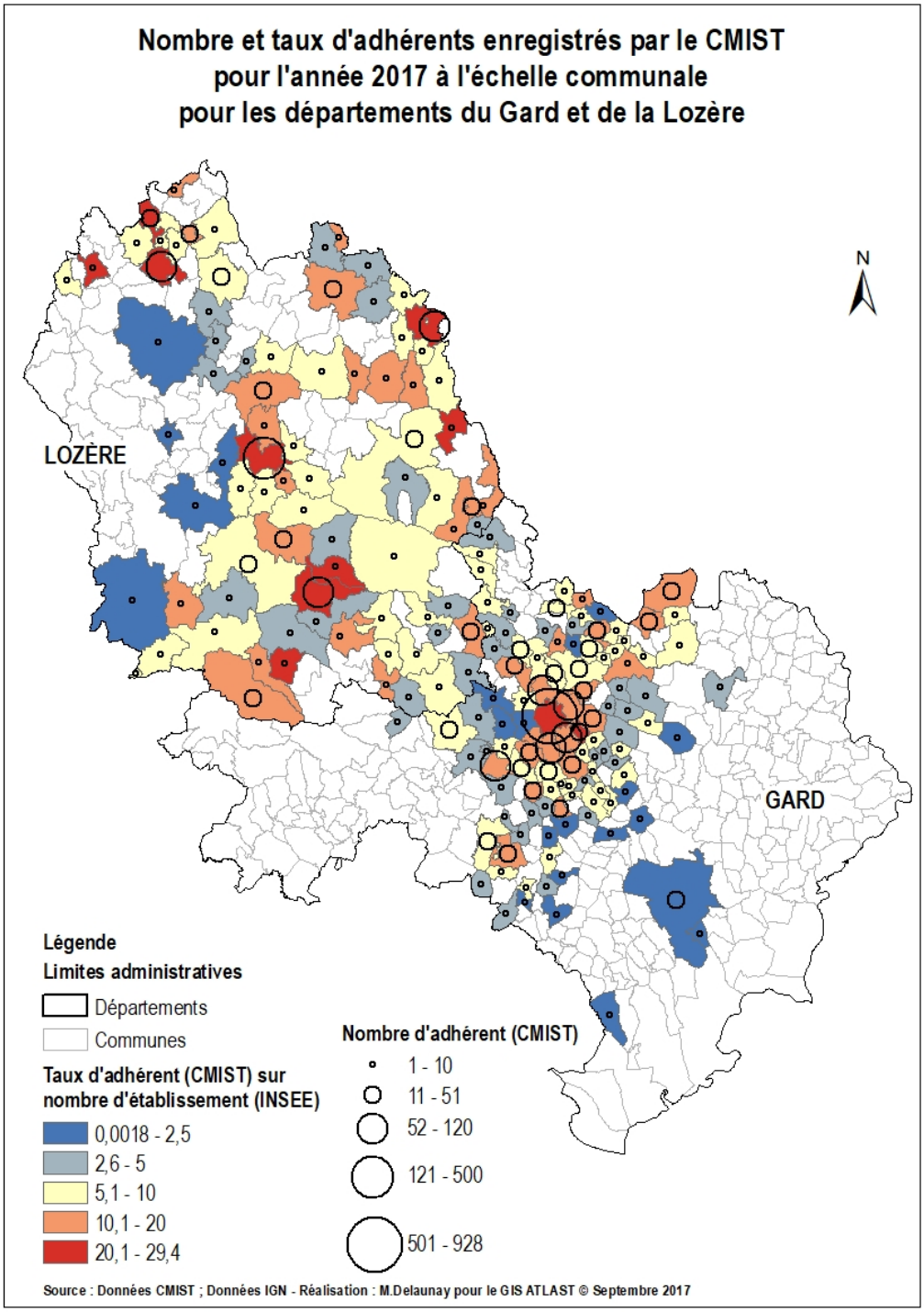


Carte 2 : Localisation des salariés suivis par le CMIST (départements, 2017).

Concernant le croisement de données avec d'autres sources, deux cartes ont pu être réalisées :

- La localisation des adhérents du CMIST avec le taux que ceux-ci représentent au regard du nombre total d'entreprise enregistrés par l'Insee (voir carte 3) ;
- La localisation des salariés vus par le CMIST (cercles proportionnels) avec le taux que ceux-ci représentent au regard du nombre total de salariés enregistrés par l'Insee (voir carte 4).

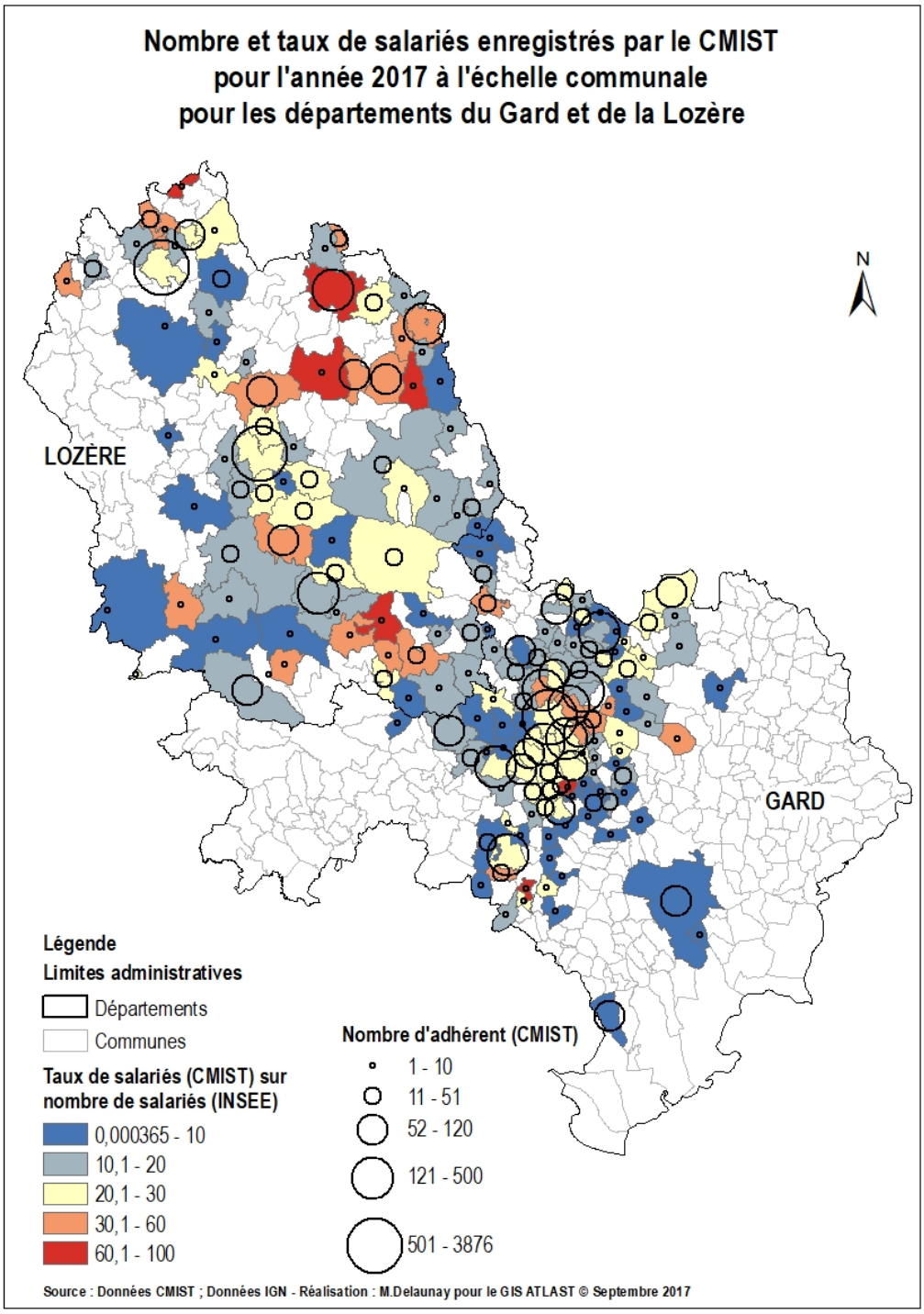
Il est important de souligner que la population suivie par le CMIST ne représente pas toute la population du territoire ; en effet certains salariés sont suivis par la MSA, des services de santé au travail autonomes, etc.



Carte 3 : Localisation et taux des adhérents du CMIST (communes, 2017).

Il y a 11 communes pour lesquelles le pourcentage d'entreprises suivies par le CMIST est supérieur à 20%, soit plus d'un établissement sur cinq. Pourtant, sur ces 11 communes, seulement une, Alès, ressort pour le département du Gard tandis que les 10 autres sont situées

en Lozère. Une explication pourrait venir du fait que les communes ont un nombre d'établissement moins élevé en comparaison du département du Gard.

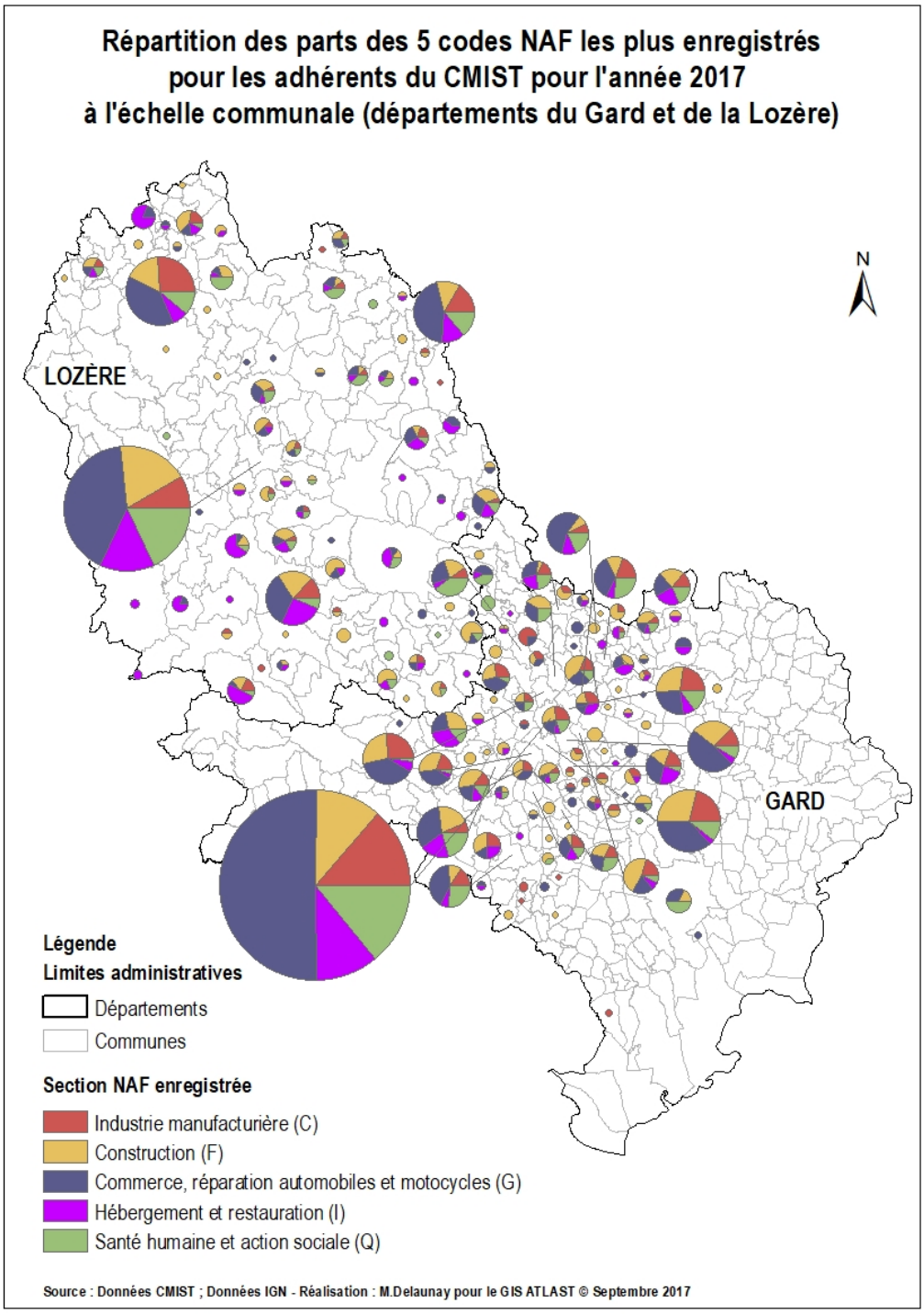


Carte 4 : Localisation et taux des salariés suivis par le CMIST (communes, 2017).

Pour le nombre de salariés suivis, la carte est comme inversée par rapport à la précédente. Cela peut venir du fait justement que toute la population active est présente dans les données de l'Insee, même les agriculteurs ou l'administration alors que le CMIST suit principalement des salariés dans des entreprises.

Enfin, les deux dernières cartes (5 et 6) montrent respectivement :

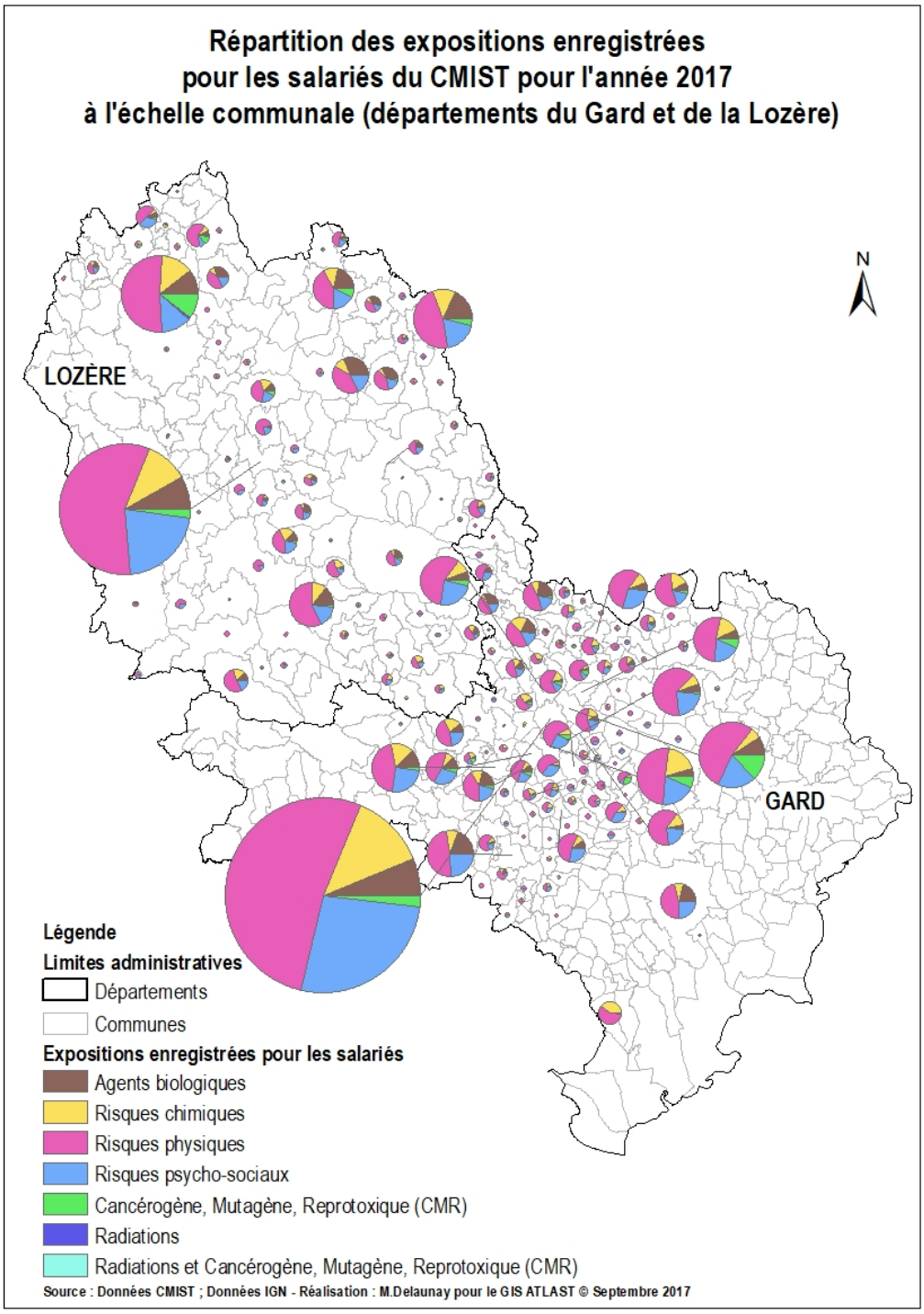
- La répartition pour les 5 codes NAF les plus enregistrés par le CMIST ;
- Les expositions enregistrées pour les salariés.



Carte 5 : Part des 5 codes NAF les plus enregistrés pour les adhérents du CMIST (communes, 2017).

La prédominance de ces cinq secteurs se lie bien sur la carte avec des différences par communes. Dans le Sud-Ouest de la Lozère : plus d'hébergement/restauration tandis que dans

le Gard, on note des majorités de commerce, réparation d'automobiles et motocycles ainsi que beaucoup de construction.



Carte 6 : Expositions professionnelles enregistrées pour les salariés du CMIST (communes, 2017).

Pour les expositions, le risque qui ressort le plus est le risque physique, quelle que soit la commune concernée. Cela est peut-être à mettre en relation avec la carte précédente sur les secteurs d'activités les plus enregistrés.

L'ensemble de ces cartes ont permis d'ouvrir le débat et des pistes de réflexions pour la suite du travail. En effet, de nombreuses remarques ont été faites et des pistes ont été envisagées, notamment pour le croisement de données et les comparaisons avec d'autres bases. Pour le moment, les données fournies par la Carsat sur ce même périmètre n'ont pas encore été exploitées au regard de celles du CMIST.

Ainsi, de nouveaux travaux sont en cours et la suite de ce travail sera discutée au Comité Technique du 5 octobre avant d'être présentée au Comité de Pilotage du 19 octobre.

4.3.2. Les autres expérimentations

Le groupe de travail sur les Maladies Chroniques Evolutives (MCE) continue à se réunir régulièrement et à avancer sur les objectifs le concernant. Le GIS n'a cependant pas participé aux dernières réunions qui avaient pour but la mise en place de la maquette de prévention.

L'expérimentation sur les chutes de hauteurs a donné lieu à plusieurs prises de contact avec Monsieur Decourtye de l'OPPBTP. Elle devrait reprendre en fin d'année 2018 avait un lancement en 2019 (comité technique et comité de pilotage).

Enfin, une expérimentation été envisagée avec AVIITAM. Il était question d'intégrer, dans ce carnet de santé connecté, des éléments liés à la situation professionnelle des patients afin de pouvoir exploiter ces données par la suite. Pour le moment, cette expérimentation est en attente car suite à la rédaction d'un cahier des charges par l'Aract Occitanie, il n'y a pas eu de nouveaux contacts avec les personnes intéressées.

5. Accès, partage et ouverture des données territorialisées

À l'heure ou d'autres mettent en place pour des API[1] pour faciliter la collecte et la réutilisation des données contenues dans les bases, les échanges épistolaires entre le GIS ATLAST et la DARES documentent un laborieux travail de traduction entre des perspectives différentes sur l'opportunité et la pertinence de réutiliser des données santé au travail à des échelles géographiques fines. Dans la mesure où « *les flux de données constituent des instruments de d'organisation* »[2], l'ouverture des données ne peut se faire sans frictions car elle vient perturber des pratiques professionnelles et exposer les producteurs de données à une certaine amplification des couts de production liés aux effets de la mise en circulation des données détenues jusqu'alors, ainsi qu'à l'irruption d'acteurs et d'hypothèses jusqu'ici tenus à distance.

En novembre 2017 le Comité de Direction du GIS ATLAST a acté d'adresser aux institutions productrices de données relatives à notre champ de préoccupation une demande pour disposer de matériaux à analyser et mettre en forme. Ainsi, une liste d'indicateurs a été soumise à la DARES pour évaluer les possibilités et conditions de mise à disposition. Après un temps de

[1] https://en.wikipedia.org/wiki/Application_programming_interface

[2] Denis Jérôme, 2016, Le travail invisible des données, présentation lors du séminaire organisé à l'EHESS par Antonio Casilli.

construction en chambre puis en atelier-experts, cette demande a été adressée à la DARES par le Président du GIS ATLAST en avril 2018. Elle est retranscrite ici (voir 5.1).

La réponse à cette demande de mise à disposition de données nous a été adressée au mois de juin 2018. Elle est également retranscrite ci-dessous (voir 5.2).

Les contre-arguments que nous proposons sont explicités dans une troisième sous-partie (voir 5.3).

Enfin, et parce que ce nécessaire travail de traduction doit pouvoir minimiser les coûts de mise en circulation des données pour maximiser l'intérêt de leur exploitation alternative à travers un régime d'ouverture, une quatrième sous-partie (voir 5.4) entend faire état des propositions d'appui formulées par la DINSIC et Etalab en particulier lors d'un « sprint open data » auprès des ministères sociaux, auquel nous avons été invité par l'entremise de Patrice Loriot, correspondant pour Etalab auprès des ministères sociaux.

5.1. La demande du GIS ATLAST

« Courrier DARES / MSA

Objet : Réutilisation des données de sinistralité.

Paris, le 27 Avril 2018

Chère Madame,

Le Plan Santé au Travail 2016-2020 met l'accent sur les enjeux de prévention en matière de santé au travail. Pour ce faire, les questions de collecte, de traitement, d'utilisation des données utiles à la santé au travail s'avèrent à la fois cruciales et transversales. Différentes actions du plan visent à faire progresser le système d'acteurs de prévention et le dialogue social en la matière.

L'action 3.13 vise en particulier à « développer à destination de toutes les régions une méthodologie de regroupement des données permettant d'établir un diagnostic territorial opérationnel et de l'animer ».

Dans ce cadre, et à cette fin, le GIS ATLAST (Groupement d'Intérêt Scientifique – Âge, Territoire, Liens et Agencements en Santé-Travail) a été constitué en partenariat entre le COCT, la DGT, l'ANACT, l'ANSES et différentes universités ou structures d'enseignement supérieur.
Ses travaux ont porté sur l'analyse des productions régionales de diagnostics (PST2 et PST3), l'examen des bases de données disponibles, le repérage d'outils utilisés et l'analyse des usages, ainsi que l'identification d'indicateurs pertinents, en s'appuyant sur une enquête qualitative conduite auprès des référents PRST3 des DIRECCTE, et d'un accompagnement plus resserré de quelques régions.

De ces travaux ressortent notamment une liste d'indicateurs couramment exploités en région lors de la construction des diagnostics territoriaux.

- *Pour faciliter la construction de ses diagnostics, cette liste pourrait être produite et fournie au niveau central pour éviter la démultiplication des négociations entre les structures à l'échelle régionale, la débauche d'énergie et la perte de temps qu'elle nécessitent. C'est là sans doute une manière de dégager du temps précieux pour pouvoir le réallouer dans un travail d'interprétation collective plus avancé dans le cadre des CROCT.*
- *Pour améliorer la capacité de diagnostic, la question des échelles d'observation et d'analyse doit pouvoir être revisitée car elle suppose de pouvoir conduire une analyse infrarégionale. Des traitements à la l'échelle de la zone d'emploi sont déjà un progrès par rapport à des indicateurs bien trop souvent présentés seulement à l'échelle régionale. Il convient de prolonger l'effort pour être d'avantage en mesure d'affiner le regard et de réarticuler les bons niveaux de connaissance et d'action, dans des périmètres qui ont du sens pour les acteurs locaux.*

Pour cela, tout en veillant au respect du secret statistique (seuils) dont vous êtes le garant, il convient de pouvoir disposer des indicateurs à la maille la plus fine possible, quitte à recomposer sur la base de ces éléments des périmètres plus élargis pour recouper les enjeux des acteurs (exemple : périmètre SST à cheval, ou partiel d'un périmètre administratif). Des outils existent et sont d'ores et déjà employés par des acteurs du champ santé/social. Par exemple, l'observatoire des fragilités du grand sud (https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr) offre un accès ouvert à fois à l'outil mais aussi aux données à l'échelle communale tout en garantissant le secret statistique.

Pouvoir réutiliser les données de manière à la fois plus fine et plus agile est un enjeu clef pour la prévention dans les entreprises et les territoires. C'est tout le sens de la démarche engagée à travers le GIS ATLAST, qui vient nourrir l'action 3.13 du PST3.

Comme la loi pour une république numérique le permet, et comme nous y invite la DINSIC, il ne s'agit pas d'ouvrir toutes les données ni de déployer immédiatement sur l'ensemble des régions n'importe comment. Nous souhaitons tester la proposition et affiner les protocoles sur des régions expérimentales : Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine.

C'est pourquoi je vous sollicite officiellement, en tant que Secrétaire Général du COCT et Président du GIS ATLAST, pour obtenir dans les meilleurs délais de la part de vos services les éléments indiqués en PJ. Monsieur Mandinaud, directeur opérationnel du GIS ATLAST, pilote de l'action 3.13 du PST3 se tient à votre disposition pour convenir des modalités pratiques de mise à disposition. »

5.2. La réponse de la DARES

Ci-après est retranscrite la réponse reçue par le GIS ATLAST le 29 juin 2018 suite à la commande de données faite par le président du GIS en avril 2018.

« 29/06/2018

Réponse à la demande du GIS-Atlast d'une diffusion de données géo-localisées de sinistralité accidents de travail - maladies professionnelles

La Dares a été sollicitée par le GIS Atlast afin d'identifier les conditions de diffusion des données localisées (au niveau des communes, des cantons, des zones d'emploi, des départements et des régions) de sinistralité accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) à destination des préventeurs en régions (Carsat, Services de santé au travail, partenaires sociaux…).

Cette note porte sur la faisabilité d'une diffusion des données localisées de sinistralité accidents de travail - maladies professionnelles, en fonction des règles du secret statistique, d'une part, et de la qualité des données de la Cnam-TS, d'autre part.

Les données AT-MP localisées doivent respecter le cadre défini par les règles du secret statistique : elles ne peuvent porter sur moins de cinq individus physiques ou moins de trois entreprises ou établissements. Enfin un seul établissement ne peut contribuer à plus de 85% d'un chiffre diffusé.

Les simulations réalisées par la Dares (partie I de cette note) montrent que la diffusion d'informations au niveau communal (tableau 1) ne serait pas pertinente : l'information serait censurée pour 55% des communes.

Au niveau des zones d'emploi, qui regroupent plusieurs communes, la situation est moins nette (tableau 2) : aucune zone d'emploi ne serait censurée, mais 30% d'entre elles le seraient pour le croisement avec le secteur (NAF 38). Cependant cette censure ne concernerait que des zones d'emploi presque exemptes d'accidents du travail et n'écarterait que moins de 2% des sinistres. Cependant, les informations sur la localisation infra-départementale des AT (commune ou zone d'emploi) souffrent d'une autre limite sérieuse tenant à la qualité de l'information contenue dans les données Cnam-TS de sinistralité (partie II de cette note) : indépendamment du secret statistique, on ne connaît la commune (et donc la zone d'emploi) que dans une proportion limitée d'établissements.

Les niveaux départemental et régional sont les seuls pertinents pour la diffusion. D'une part la contrainte du secret statistique aboutit à éliminer un nombre plus faible de cases (15% dans un croisement département x Naf 38 ; 12% dans un croisement département x sexe x CSP, tableau 3). D'autre part, la Dares parvient à reconstituer le code du département pour quasiment tous les AT.

C'est pourquoi la Dares se propose de transmettre au Gis-Atlast des données agrégées au niveau départemental et régional concernant les principaux indicateurs d'exposition aux AT-MP, déclinés par sexe, groupe d'âge, catégories socioprofessionnelles et secteurs d'activité. Ces données seront ainsi rendues accessibles aux institutions de prévention et partenaires sociaux en région.

I.- Limites imposées par le secret statistique

Cette partie porte sur l'incompatibilité entre la mise à disposition d'information au niveau communal et les règles du secret statistique.

1.- Secret statistique : définitions

Le secret statistique[1] est défini par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée portant sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Il couvre les données de sinistralités d'accidents de travail et de maladies professionnelles. Il interdit toute diffusion qui permettrait une identification indirecte d'une personne ou d'une entreprise, mais aussi, sans pouvoir les identifier, d'obtenir une information au sujet d'une personne ou d'une entreprise.

Les règles de diffusion pour les informations statistiques sont :

- *S'agissant des particuliers, il est interdit de publier des données concernant moins de cinq personnes.*
- *S'agissant des entreprises/établissements, aucun résultat n'est publié s'il concerne moins de trois entreprises/établissements, ni aucune donnée pour laquelle une seule entreprise/établissements représente 85% ou plus de la valeur obtenue.*

Ces règles limitent la finesse des informations disponibles en diffusion.

2.- Les simulations

Les tableaux 1, 2 et 3 présentent, pour différents indicateurs, croisés avec le secteur, le sexe, l'âge et la catégorie socio-professionnelle, la proportion d'information censurée du fait des obligations de secret statistique.

L'évaluation est faite à partir d'une définition réduite du secret statistique : pas moins de 5 sinistres et pas moins de 3 établissements par case. Cette définition réduite sous-estime les pourcentages de sinistres et établissements censurés du fait secret statistique parce qu'elle :

- *ne tient pas compte des sinistrés multi-accidentés (une personne qui connait plusieurs accidents au cours d'une année donnée) et*
- *ignore la règle qui impose qu'aucune donnée pour laquelle une seule entreprise représente à elle seule 85% ou plus de la valeur obtenue ne soit diffusée (règle difficile à inclure dans les mesures ici présentées).*

De même, les grandeurs ici présentées ne tiennent pas compte des limites inhérentes aux données de sinistralité, comme la qualité des données ou les différences de nomenclatures utilisées, qui constituent autant de facteurs supplémentaires limitant la quantité d'information communale qui pourrait être diffusée in fine[2].

Tableau 1 : Niveau communal : % d'informations censurées du fait du secret statistique

	% d'information censurée

[1] Pour plus d'information, voir *le guide du secret statistique*, INSEE, 18 octobre 2010.

[2] Les limites inhérentes aux données de sinistralité sont traitées dans la deuxième partie de cette fiche.

	Communes (ou croisement commune x autres variables)	*Sinistres*	*Établissements*
AT avec arrêt	*55%*	*5%*	*7%*
AT avec arrêt ventilés par secteur en NAF 38	*81%*	*31%*	*35%*
AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS	*83%*	*33%*	*38%*
AT avec arrêt ventilés par NAF38, Sexe, Age et CS	*94%*	*68%*	*73%*
AT avec arrêt ventilés par NAF700	*94%*	*70%*	*75%*
AT avec IPP	*79%*	*27%*	*29%*
AT mortels	*99%*	*94%*	*94%*
MP - TMS	*76%*	*28%*	*31%*

Lecture : Pour les communes ayant enregistré au moins un AT avec arrêt à premier règlement en 2013, le nombre d'AT avec arrêt doit être censuré dans 55% des cas du fait du secret statistique. Cela représente 5% des sinistres et 7% des établissements sinistrés.
Champ : salariés du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale, France entière.
Source : Cnam-TS - MSA - Insee, calcul Dares.

Tableau 2 : Niveau zones d'emploi : % d'informations censurées du fait du secret statistique

	% d'information censurée		
	Zones d'emploi (ou croisement Zone d'emploi x autres variables)	*Sinistres*	*Établissements*
AT avec arrêt	*0%*	*0%*	*0%*
AT avec arrêt ventilés par secteur en NAF 38	*30%*	*1,4%*	*1,9%*
AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS	*31%*	*1,5%*	*1,9%*
AT avec arrêt ventilés par NAF38, Sexe, Age et CS	*77%*	*22%*	*26%*
AT avec arrêt ventilés par NAF700	*70%*	*20%*	*23%*
AT avec IPP	*0%*	*0%*	*0%*
AT mortels	*59%*	*59%*	*88%*
MP - TMS	*3,1%*	*0,1%*	*0,1%*

Lecture : Pour les zones d'emploi ayant enregistré au moins un AT avec arrêt à premier règlement en 2013, le nombre d'AT avec arrêt par secteur (NAF 38) doit être censuré dans 30% des cas du fait du secret statistique. Cela représente 1,4% des sinistres et 1,9% des établissements sinistrés.
Champ : salariés du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale, France entière.
Source : Cnam-TS - MSA - Insee, calcul Dares.

Tableau 3 : Niveau départemental : % d'informations censurées du fait du secret statistique

	% d'information censurée		
	Départements (ou croisement département x autres variables)	Sinistres	Établissements
AT avec arrêt*	0%	0%	0%
AT avec arrêt ventilés par secteur en NAF 38	15%	0,2%	0,3%
AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS	12%	0,2%	0,3%
AT avec arrêt ventilés par NAF38, Sexe, Age et CS	66%	12%	15%
AT avec arrêt ventilés par NAF700	55%	10%	10%
AT avec IPP	0%	0%	0%
AT mortels	45%	19%	19%
MP - TMS	0%	0%	0%

Lecture : Pour les départements ayant enregistré au moins un AT avec arrêt à premier règlement en 2013, le nombre d'AT avec arrêt par secteur (NAF 38) doit être censuré pour 15% des secteurs du fait du secret statistique. Cela représente 0,2% des sinistres et 0,3% des établissements sinistrés.
Champ : salariés du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale, France entière.
Source : Cnam-TS - MSA - Insee, calcul Dares.

Le niveau communal n'est pas pertinent pour la diffusion

En 2013, les salariés du régime général (Cnam-TS) ont été victimes de 618 000 accidents du travail avec arrêt, repartie dans plus de 20 000 communes. Parmi elles, plus de 11 000 communes comptent moins de 5 AT avec arrêt ou moins de 3 établissements sinistrés, soit 55% de l'ensemble des communes sinistrées. La part d'information censurée représente 5% des sinistres et 7% des établissements sinistrés.

La quantité d'information à censurer augmente considérablement lorsqu'on croise la commune avec le secteur d'activité à un niveau peu détaillé (en 38 postes). La proportion de cases communes x secteur d'activité à censurer atteint 81%. Cela représente 31% des sinistres et 35% des établissements sinistrés à censurer du fait du secret statistique.

Pour les autres types de sinistres (AT avec IPP, AT mortels et MP-TMS), la quantité d'information à censurer atteint des proportions très élevées, sans même qu'on considère leur ventilation par secteur d'activité ou par d'autres variables d'intérêts.

Disposer des données au niveau communal, mais sans croisement avec le secteur d'activité, poserait un problème quant à la pertinence de l'information diffusée : il serait impossible d'interpréter les différences intercommunales de sinistralité. La diffusion d'informations au niveau zones d'emploi ne pose pas les mêmes problèmes, mais se heurte aux limites des données Cnam-TS.

II.- Limites inhérentes aux données portant sur les sinistres et les salariés

Cette partie recense les limites inhérentes aux données de sinistralité, sans tenir compte des limites imposées par le secret statistique. Ces limites sont de différentes natures :

Pour les AT :

- *Le lieu de travail du sinistre peut être en dehors de la commune de l'adresse de l'établissement (chantiers, risques routiers …), ces cas ne sont pas forcément bien identifiés,*
- *Le sinistre peut être déclaré par un établissement porteur, qui pourrait se situer sur une autre commune*
- *Dans certains cas de sinistres d'intérimaires, l'établissement utilisateur peut être mal identifié,*
- *Il existe des erreurs de déclaration et/ou de saisie du code postal de l'établissement ou du sinistre*
- *Il n'est pas toujours facile d'imputer les codes Insee des communes à partir des codes postaux, notamment en cas de codes postaux avec cedex.*

Pour les MP :

- *Dans de nombreux cas, il est difficile, voire impossible d'identifier la commune du lieu d'exposition.*

Il n'est pas possible de chiffrer les pertes d'information liées à chacun des élément de cette liste. Cependant, il est possible de chiffrer à minima celles qui tiennent aux lacunes des codes postaux de communes et des numéros Siret qu'on trouve dans les bases de la Cnam-TS.

Pour les sinistres reconnus en 2013 par la Cnam-TS, seuls 62% des AT avec arrêt et 59% des MP ont un numéro Siret reconnu par la Dares. Or le code Siret est nécessaire pour retrouver la commune, lorsque celle-ci fait défaut ou mal déclaré dans les bases de la Cnam-TS. Par ailleurs, il est préférable d'utiliser le code Siret pour vérifier la cohérence de l'information portant sur les communes entre les bases de la Cnam-TS et le répertoire Sirene.

Enfin, dans l'ensemble des établissements enregistrés dans les bases de la Cnam-TS en 2013, 88% disposent d'un code postal exploitable par la Dares.

Ces difficultés dans l'identification des communes rendent fragiles et de qualité très inégale selon les endroits les regroupements infra départementaux de communes (cantons et zones d'emploi). C'est pourquoi il semble préférable de se limiter aux données départementales et régionales. »

5.3. Contre-proposition du GIS ATLAST

En réponse à ce courrier, le GIS ATLAST propose une série de contre-arguments.

« Objet : commande de données, GIS ATLAST

Le 29 juin 2018, vous avez répondu à la demande que nous vous avions adressé le 26 avril 2018. Nous vous en remercions. Ces éléments nous sont précieux pour continuer de progresser dans la prévention des risques et l'outillage des acteurs.

I. Niveaux régional et départemental

Nous prenons acte de votre proposition de transmettre au GIS ATLAST, et de ce fait de rendre accessibles et réutilisables aux institutions de prévention et partenaires sociaux en région, des données agrégées au niveau départemental et régional concernant les principaux indicateurs d'exposition aux AT-MP, déclinés par sexe, groupes d'âge, catégories socioprofessionnelles et secteurs d'activité. Nous vous remercions de cette proposition qui est de nature à alimenter les capacités de diagnostic en région et à faciliter le travail des référents pour l'animation des PRST. Nous reviendrons vers vous pour organiser une réunion de travail, afin de fixer le calendrier et les modalités de l'accessibilité des données en question.

II. Niveaux infra-départementaux

Si nous prenons acte de vos conseils de nous limiter aux données départementales et régionales, nous souhaiterions néanmoins vous faire part de quelques remarques et suggestions de nature à nous permettre de progresser dans la mise à disposition et la réutilisation de ces données. Disposer d'une information sur l'existence d'un secret ne signifie pas dévoiler le secret. Ainsi, à l'instar de ce que propose l'observatoire des fragilités, nous pourrions proposer une lecture cartographique permettant de distinguer les communes couvertes par la secret, de celles ne disposant pas d'éléments sur tel ou tel indicateurs, de celles qui offrent une information exploitable, non-soumise au secret statistique.

II.I Maille communale

II.I.I Les limites imposées par le secret statistique

S'agissant des données à des mailles géographiques infra, votre réponse détaillée explique les raisons qui vous conduisent à disqualifier la pertinence d'une exploitation géographique à de telles mailles tenant compte des limites imposées par le secret statistique (bien que ne mobilisant qu'une définition réduite du secret, c'est à dire n'appliquant pas la règle qui impose qu'aucune donnée pour laquelle une seule entreprise représente à elle seule 85% ou plus de la valeur obtenue ne soit diffusée).

Des tableaux viennent illustrer le propos et donner à voir les résultats des simulations effectuées au niveau communal et à la zone d'emploi. Il n'y a pas de simulation proposée à a maille cantonale.

Par exemple, à la maille communale, le % d'information censurée pour les AT avec arrêt serait de 55%. Le conseil de lecture attaché au tableau explicite : pour les communes ayant enregistrées au moins un AT avec arrêt à premier règlement en 2013, le nombre d'AT avec arrêt doit être censuré dans 55% des cas du fait du secret statistique. Cela représente 5% des sinistres et 7% des établissements sinistrés. ***Autrement dit, 45% des communes couvrent 95% des***

***sinistres et 93% des établissements sinistrés**. Ceci constitue de notre point de vue une information tout à fait pertinente, et un matériau intéressant à exploiter (voir tableau 1).*

Tableau 1 : Niveau communal : % d'informations exploitable

	% d'information exploitable		
	Communes (ou croisement commune x autres variables)	Sinistres	Établissements
AT avec arrêt	45 % (soit N≈ 9 000*)	95 % (soit N≈ 587 000*)	97 %
AT avec arrêt ventilés par secteur en NAF 38	19 % (soit N≈ 4 000*)	69 % (soit N≈ 426 420*)	65 %
AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS	17 % (soit N≈ 3 600*)	67 % (soit N≈ 414 060*)	62 %
AT avec IPP	21 % (soit N≈ 4 200*)	73 % (soit N≈ 451 140*)	81 %
MP - TMS	24 % (soit N≈ 4 800*)	72 % (soit N≈ 444 960*)	69 %

** Chiffres calculés à partir des 20 000 communes et 618 000 accidents du travail avec arrêt pour 2013 donnés en page 4 de la note de la Dares : « En 2013, les salariés du régime général (Cnam-TS) ont été victimes de 618 000 accidents du travail avec arrêt, repartie dans plus de 20 000 communes. Parmi elles, plus de 11 000 communes comptent moins de 5 AT avec arrêt ou moins de 3 établissements sinistrés, soit 55% de l'ensemble des communes sinistrées. La part d'information censurée représente 5% des sinistres et 7% des établissements sinistrés ».*

Par ailleurs, vous indiquez que le niveau d'information censurée augmente sensiblement dès lors qu'on croise avec d'autres variables relativement détaillée. En Naf 38, à l'échelle communale, le niveau atteint par exemple 81%. Cela représente 31% des sinistres et 35% des établissements sinistrés. Nous convenons là, que la perte d'information sur les sinistres et les établissements sinistrés est trop importante pour que ce matériau puisse être exploité. Une manière de progresser, c'est à dire de ne pas trop perdre d'information, consisterait à tester un croisement en Naf 17 ou Naf 5.

Autre exemple, AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS conduirait à un % d'information censurée de l'ordre de 83%. Cela représente 33% des sinistres et 38% des établissements sinistrés. Nous convenons là aussi, que la perte d'information sur les sinistres et les établissements sinistrés est trop importante pour que ce matériau puisse être exploité. Une manière de progresser ici serait de « saucissonner » les croisements : Ages, Sexe, CSP.

*Ce faisant, nous pourrions organiser une série de croisements**, respectant le secret mais limitant la perte d'information,** utiles à l'interprétation des différences intercommunales de sinistralité à la construction de diagnostic territoriaux à la fois affinés, consolidés et partagés.*

II.I.II Les limites inhérentes aux données portant sur les sinistres et les salariés

S'agissant des limites inhérentes aux données portant sur les sinistres et les salariés, vous faites part d'un certain nombre de réserves, sans pour autant préciser les grandeurs des obstacles ou des biais rencontrés pour construire une information de qualité. Par exemple, quelle est la proportion des cas où le lieu de travail du sinistre peut être en dehors de la commune de l'établissement ? quelle est la part des sinistres déclarés par des établissements porteurs ? Cela nous pose question. Déterminer ces grandeurs ne permettrait-il pas a minima de mieux caractériser l'ampleur des problèmes induits ?

De plus, vous indiquez les lacunes relatives aux numéros de SIRET et aux codes postaux. Pour 2013, seuls 62% des AT et 59% des MP ont un numéro de SIRET reconnu par la Dares. Par ailleurs, vous faites état des difficultés pour imputer des codes Insee des communes à partir des codes postaux, en relevant toutefois que dans l'ensemble des établissements enregistrés dans les bases de la Cnam-TS en 2013, 88% disposent néanmoins d'un code postal exploitable par la Dares.

S'agissant des MP, vous indiquez qu'il est difficile, voire impossible d'identifier la commune du lieu d'exposition. Pour autant, il doit pouvoir être possible d'identifier le lieu de reconnaissance, quand bien même celui-ci ne correspondrait pas au lieu d'exposition ?

II.II Maille zone d'emploi

A la maille zone d'emploi, le % d'information censurée serait nul pour les AT. Mais dès lors qu'on ventilerait par secteurs (NAF 38) le % d'information censurée s'élèverait à 30%. Le conseil de lecture explicite que cela ne représente que 1,4% des sinistres et 1,9% des établissements sinistrés. De notre point de vue, ceci constitue là encore une information pertinente, et un matériau intéressant à exploiter (voir tableau 2). Les mêmes voies de progrès que celles indiquées plus haut peuvent être empruntées à cette maille, pour conserver la maximum d'information sur les sinistres et les établissements sinistrés. A cette échelle, les difficultés relatives au secret statistiques devraient assez vite s'estomper. Un accès à ces données pour l'ensemble des régions de France aux institutions de prévention et aux partenaires sociaux faciliterait la tâche de construction des diagnostics territoriaux dans le cadre des prochains PRST.

Tableau 2 : Niveau zones d'emploi : % d'informations exploitable

	% d'information exploitable		
	Zones d'emploi (ou croisement Zone d'emploi x autres variables)	*Sinistres*	*Établissements*
AT avec arrêt	*100 % (soit N≈ 304**)*	*100 % (soit N≈ 618 000*)*	*100 %*
AT avec arrêt ventilés par secteur en NAF 38	*70 % (soit N≈ 213**)*	*98,6 % (soit N≈ 609 346*)*	*98,1 %*
AT avec arrêt ventilés par Sexe, Age et CS	*69 % (soit N≈ 210**)*	*98,5 % (soit N≈ 608 730*)*	*98,1 %*
AT avec arrêt ventilés par NAF38, Sexe, Age et CS	*23 % (soit N≈ 70**)*	*78 % (soit N≈ 482 040*)*	*74 %*
AT avec arrêt ventilés par NAF700	*30 % (soit N≈ 91**)*	*80 % (soit N≈ 494 400*)*	*77 %*
AT avec IPP	*100 % (soit N≈ 304**)*	*100 % (soit N≈ 618 000*)*	*100 %*
AT mortels	*41 % (soit N≈ 125**)*	*41 % (soit N≈ 253 380*)*	*12 %*
MP - TMS	*96,9 % (soit N≈ 294**)*	*99,9 % (soit N≈ 617 382*)*	*99,9 %*

** Chiffres calculés à partir des 20 000 communes et 618 000 accidents du travail avec arrêt pour 2013 donnés en page 4 de la note de la Dares : « En 2013, les salariés du régime général (Cnam-TS) ont été victimes de 618 000 accidents du travail avec arrêt, repartie dans plus de 20 000 communes. Parmi elles, plus de 11 000 communes comptent moins de 5 AT avec arrêt ou moins de 3 établissements sinistrés, soit 55% de l'ensemble des communes sinistrées. La part d'information censurée représente 5% des sinistres et 7% des établissements sinistrés ».*
*** Chiffres calculés à partir de la données Insee suivante : le nombre de zones d'emploi est de 304 en métropole en 2010 (https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2534458/atlas-ze-2010.pdf)*

II.III Maille cantonale

Votre réponse ne comporte aucune simulation produite à cette échelle géographique. Pourtant, entre la commune et la ZE, la maille cantonale pourrait constituer une maille intermédiaire intéressante à exploiter. Une simulation pourrait-elle être effectuée, avec les critères indiqués plus haut dans le document ?

Dans l'attente d'un retour de votre part, nous vous remercions de l'attention portée à cette demande de précisions. »

5.4. Renforcer le travail de traduction

Ces échanges montrent combien rien n'est simple en matière de réutilisation des données, même pour des acteurs légitimes dans leur position de producteur ou de réutilisateur de données.

Ils plaident pour que soit renforcé un travail de traduction, pour acculturer les acteurs publics aux nouvelles dispositions législatives relatives à la loi pour une République Numérique et leurs implications en matière d'ouverture des données des administrations publiques. Cf. Annexe

Dans cet esprit, nous avons contribué à un sprint open data organisé par la DINSIC et Etalab auprès des ministères sociaux et de leurs opérateurs. Cet atelier a été l'occasion d'identifier des bases de données à ouvrir en priorité. Nous avons indiqué à cette occasion que le datamart ATMP, ou à tout le moins les éléments contenus dans le programme de qualité et d'efficience des « ATMP » présenté pour le projet de loi de finance de la sécurité sociale, à des échelles géographiques fines et en respectant le secret statistique, était prioritaire.

A cette occasion, les organisateurs de l'atelier nous alors proposé de soutenir nos initiatives en matière d'acculturation des acteurs du champ, par l'intermédiaire d'une facilitation d'organisation de hackathon et la mise en à disposition de datascientists. Cette initiative pourrait également faciliter la mise en relation avec des porteurs d'initiatives en région, comme cela peut être le cas en région Rhône-Alpes ou en Occitanie.

L'organisation d'une telle manifestation pourrait s'envisager en collaboration avec l'ANSES, compte tenu des travaux conduits pour identifier les bases de données en santé travail dans le cadre de l'action 3.10 du PST3. Elle pourrait être aussi l'occasion de se rapprocher des services de l'inspection du travail qui pourraient disposer de données utiles pour la construction de diagnostic territorial en santé au travail.

6. Programme d'activités 2019

Compte tenu du bilan 2018 de l'activité du GIS ATLAST, le programme d'activité pour l'année 2019 peut être défini et organisé de la manière suivante.

- D'abord, après livraison des premières données commandées à la DARES au moins (à l'échelle des ZE), nous proposerons une exploitation cartographique pour l'ensemble des régions de France de façon à faciliter et enrichir les prochains ATLAS Santé Travail. C'est là un point fort dans la mesure où il permet à la fois d'avancer (un peu) un matière d'ouverture et de réutilisation des données, et aussi de soulager les acteurs régionaux du temps de collecte et de mises à disposition des données, y compris sous des formes de représentations cartographiques. Le temps ainsi gagné pourrait être réaffecté à la fois des ateliers collaboratifs de production et d'interprétation cartographique des données. A l'instar ce qu'a initié cette année la région PACA, nous pourrions soutenir l'organisation de ces initiatives et faciliter la capitalisation de retours d'expérience.

- Ensuite, nous proposons de poursuivre l'enquête auprès des vice-présidents des GPRO des COREOCT et des opérateurs techniques des diagnostics territoriaux. En effet, si l'enquête auprès des référents diagnostic territorial des PRST nous a renseigné sur un certain nombre d'aspects, il nous semble important d'enquêter sur d'autres maillons de la chaîne sociotechnique, pour mieux comprendre leurs positionnement et enjeux vis à vis de la fabrique collaborative des diagnostics territoriaux en santé au travail.

- De plus, pour acculturer le système d'acteurs du champ de la prévention/promotion de la santé au travail, et pour faciliter la réutilisation des données à maille fine, nous proposons d'organiser un hackathon « santé travail et diagnostic territorial » avec l'appui d'Etalab. Cette manifestation pourrait réunir pendant 48h l'ensemble des parties prenantes du champ de la santé au travail, qui avec l'appui d'experts en sciences des données, en sciences sociales et d'acteurs de terrain pourraient se faire la main sur une extraction temporaire et anonyme de données localisés. Tant en amont, que pendant ou qu'à la suite de cet événement des rencontres et des collaborations nouvelles pourraient utilement servir à renouveler les pratiques. Des rapprochements fertiles pourraient ainsi être initiés.

- Enfin, nous proposons de poursuivre l'accompagnement des régions Occitanie, ARA et NA en priorité, et de leur apporter notre appui pour leur montée en puissance en matière de diagnostic territorial partagé.

7. État récapitulatif des dépenses 2018 et budget prévisionnel 2019

L'état récapitulatif des dépenses donne à voir que les recettes du GIS n'ont pas été consommées dans leur totalité. Ainsi, 38430€ pourront être reportés sur le budget 2019. Les contributions financières des parties signataires pour l'année 2019 seront modulées au prorata.

Ces recettes non-consommées avaient été mises au budget à des fins d'acquisition de données, d'acquisition de logiciel, d'appui-conseil et d'organisation d'événements qui n'ont pas eu lieu comme cela était prévu.

RECETTES					
Plan de financement	Montant prévisionnel HT	%	Montants encaissés HT	%	Date encaissement
AUTOFINANCEMENT					
SUBVENTION COCT / DGT	60 000,00 €	46,15%	50 000,00 €	38,46%	09/03/2017
SUBVENTION COCT / DGT			10 000,00 €	7,69%	30/11/2017
SUBVENTION COCT / DGT	30 000,00 €	23,08%	20 000,00 €	15,38%	09/03/2018
SUBVENTION COCT / DGT			- €		
SUBVENTION ANACT	20 000,00 €	15,38%	20 000,00 €	15,38%	16/01/2017
SUBVENTION ANACT	10 000,00 €	7,69%	10 000,00 €	7,69%	09/04/2018
SUBVENTION ANSES	10 000,00 €	7,69%			
TOTAL	130 000,00 €	100%	110 000,00 €	84,60%	

DEPENSES				
Postes de dépenses	Montant prévisionnel HT	%	Montant réalisé HT	%
Fonctionnement			109,99 €	0,08%
Equipement	13 000,00 €	10,00%	1 674,83 €	1,29%
Amortissement			- €	
Missions-Réunions-Déplacements	12 700,00 €	9,77%	3 147,27 €	2,42%
Personnel-CDD 100%	87 500,00 €	67,31%	88 299,01 €	67,92%
Personnel-CDD temps partiel			- €	
Personnel permanent			- €	
Stagiaires			1 732,50 €	1,33%
Autres dépenses	10 300,00 €	7,92%	3 591,53 €	2,76%
Frais d'infrastructure	6 500,00 €	5,00%	2 908,47 €	2,24%
TOTAL	130 000,00 €	100%	101 463,60 €	78,04%

Certifié exact, le 02-août-18
L'Agent comptable, Philippe BRUNEL

Figure 11 : Tableau des comptes (source : UJM).

Aussi, compte tenu du programme d'activités pour 2019 nous proposons de maintenir le budget du GIS ATLAST à hauteur de 85 000 Euros 2019. La majorité du budget est destinée à des dépenses de personnel (dont stagiaire). Pour le reste, les frais de mission, les acquisitions de données ou de matériel ainsi que les prestations pour l'animation de séminaires. En conséquence, les contributions financières des parties seront modulées au prorata de leur subvention initiale.

GIS ATLAST- BILAN FINANCIER 2018 et REPORT - BUDGET PREVISIONNEL 2019

RECETTES 2018	
Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT)	25 000€
Direction générale du travail (DGT)	5 000€
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)	10 000€
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	10 000€
Report de l'année précédente	42 106,34€
TOTAL GLOBAL	**92 106€**

DEPENSES 2018	
Personnel	44 149 €
Stagiaire	1732 €
Achats	2141,79 €
Missions	3097 €
Total hors frais de gestion	51119,79 €
Frais de gestion	2555, 98 €
TOTAL ENGAGE	**53 675,78 €**
SOLDE GLOBAL à reporter sur le budget 2019	**38 430,22 €**

RECETTES PREVISIONNELLES 2019	
Report année antérieure	38 430 €
Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT)	27 400 €
Direction générale du travail (DGT)	5 480 €
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)	10 960€
Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	2740 €
TOTAL GLOBAL	**85 000€**

DEPENSES PREVISIONNELLES 2019	
Personnel	50 000€
Achats/locations	24 750€
Missions	6 000€
Total hors frais de gestion	80 750€
Frais de gestion	4 250€
TOTAL prévu 2018	**85 000€**

Figure 12 : Report 2018 et budget prévisionnel 2019.

8. Conclusion

Si l'année 2018 n'a toujours pas permis au GIS ATLAST de disposer librement pour l'ensemble du territoire national de données relatives à la santé travail à des mailles géographiques fines, le travail se poursuit pour préciser les possibles et cheminer.

Sur le plan de l'ouverture des données, cette année 2018 a permis de faire remonter les besoins auprès de la DINSIC et d'ETALAB.

Cette année 2018 a aussi été l'occasion d'accompagner sur le terrain quelques régions, de façon à la fois à faciliter leur travail, à récupérer du matériau pour l'analyse et à tester quelques traitements et mise en carte de données issues notamment de services de santé au travail.

Enfin, cette année 2018 a aussi permis d'investiguer de façon qualitative auprès des référents diagnostic territorial des PRST3, et de capitaliser de la matière pour tenter d'améliorer les conditions de production des diagnostics territoriaux et de remobiliser les parties prenantes dans l'exercice.

C'est à la fois par le haut et par le bas, que les travaux du GIS ATLAST ont cherché à progresser. Les avancées sont de nature à enrichir les travaux du groupe de pilotage de l'action 3.13 du PST3, ainsi que les activités régionales de construction et d'animation des diagnostics territoriaux en santé au travail.