



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE L'INSERTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Diagnostic territorial partagé
en santé au travail**

LE GUIDE MÉTHODOLOGIQUE



**Plan santé
au travail**
2016-2020





Diagnostic territorial partagé en santé au travail Guide méthodologique

À destination des Comités Régionaux d'Orientation des Conditions de Travail
et des organismes et acteurs de la prévention des risques professionnels

RÉDACTION

Marie Delaunay (UJM) et Vincent Mandinaud (ANACT) pour le GIS ATLAST/UJM

REMERCIEMENTS

Richard Abadie (ANACT), James Alves (DIRECCTE-Occitanie), Géraldine Barboni (DIRECCTE-PACA), Henri Bastos (ANSES), Sandra Bernard (DARES/MAREG), Nathalie Blanc (DIRECCTE-ARA), Vincent Bonnetterre (UGA), Ahmed Boubeker (UJM), Julien Brière (Santé Publique France), Amandine Brugière (ANACT), Martial Brun (PRESANSE), Catherine Buisson (Santé Publique France), Laurence Capdeville (DIRECCTE-NA), Chaheir Chabane (CNAM), Myriam Chalouin (DGT), Thomas Coutrot (DARES), David Delasalle (DIRECCTE-Normandie), Jérôme Denis (CSI-MINES PARITECH), Xavier Deparis (SSTRN), Yves Deroche (DIRECCTE-NA), Aurélie Descours (ANACT), Raphaël D'Ovideo (DIRECCTE-Grand Est), Olivier Dufour (DIRECCTE-NA), Christophe Evrard (UPVM), Nicolas Francius (DIRECCTE-Martinique), Philippe Garabiol (COCT), Samuel Goeta (Dataactivist), Eric Hugues (MSA), Ceren Inan (DARES), Pascal Jacquetin (CNAM), Terry Kling (DIRECCTE-Guyane), Frédéric Laloue (ex-COCT), Hervé Lanouzière (INTEFP), Christian Lenoir (ex-COCT), Corinne Letheux (PRESANSE), Catherine Levrat-Pinatel (ARACT Occitanie), Benjamin Lysaniuk (PRODIGE-CNRS), Sébastien Mazodier (OPPBTP), Lucie Mediavilla (DGT), Pierre Mercader (DIRECCTE-La Réunion), Marc Mercier (DIRECCTE-Guadeloupe), Cynthia Morgny (ORS BFC), Marie Murcia (APST Centre), Virginie Negre (DIRECCTE-Occitanie), Marie-Odile Nicot (ex-DGT), Delphine Paccard (Observatoire des fragilités du Grand Sud, CARSAT LR), Marion Paclot (ETALAB), Matthieu Pavageaud (ANACT), Hervé Paris (Cité Publique), Pierre Pezziardi (ex-DINSIC), Patrick Reilhan (CPME Occitanie), Véronique Salabert (DIRECCTE-Occitanie), Guillaume Schnapper (ex-DIRECCTE-NA), Brigitte Sobczak (DIRECCTE-HDF), Françoise Soiteur (DIRECCTE-Bretagne), Erick Soria (CGT Occitanie), Perica Sucevic (ETALAB), Yves Struillou (ex-DGT), Romain Tales (ETALAB), Laurent Villeboeuf (DGT) ainsi que toutes les personnes ayant contribué à la relecture du guide et de la synthèse.

CRÉATION & MAQUETTE

Bureau Francine / Marylène Gonçalves

Décembre 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
CADRER L'ACTION	8
POINT CLÉ 1 Contextualiser le diagnostic	9
POINT CLÉ 2 Articuler l'état des lieux statistique et le processus de concertation	12
ANIMER LE PROCESSUS	16
POINT CLÉ 3 Dynamiser la contribution active des partenaires dans la durée	17
POINT CLÉ 4 Coordonner l'interdisciplinarité pour faciliter la réalisation du diagnostic	20
REGROUPER LES DONNÉES	24
POINT CLÉ 5 Identifier les sources de données	25
POINT CLÉ 6 Mobiliser l'expertise des fournisseurs et des réutilisateurs de données	29
EXPLOITER LES DONNÉES	32
POINT CLÉ 7 Organiser l'exploitation thématique	33
POINT CLÉ 8 Organiser l'exploitation géographique	36
PARTAGER LE DIAGNOSTIC	42
POINT CLÉ 9 Publier le diagnostic	43
POINT CLÉ 10 Ouvrir les données	45
CONCLUSION	48
GLOSSAIRE	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	52



INTRODUCTION

Améliorer la qualité
des diagnostics territoriaux,
un enjeu partagé

La question des diagnostics territoriaux en santé au travail n'est pas nouvelle. Des pratiques sont à l'œuvre depuis plusieurs années pour tâcher, à l'occasion des Plans Régionaux en Santé au Travail (PRST), de caractériser les enjeux de prévention des risques professionnels à l'échelle régionale.

La réalisation de ces diagnostics s'appuie sur les recommandations de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) formulées notamment à l'occasion de la publication de deux guides méthodologiques en décembre 2010 et 2011 :

- pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources ;
- pour les études locales en santé et conditions de travail : de la commande à la production de connaissances, enjeux et conditions de réussite.

Le premier affirme qu'« a priori les liens entre expositions aux risques et santé ne dépendent pas de l'environnement régional : il n'y a donc guère d'utilité à développer une épidémiologie spécifiquement régionale [...] il est bien sûr intéressant de connaître les risques les plus courants dans les régions. Deux manières de procéder s'offrent alors au statisticien. Il peut faire ou exploiter une enquête représentative au niveau régional, c'est-à-dire comportant un échantillon tiré au hasard et d'une taille suffisante pour autoriser une certaine précision dans la mesure des fréquences de chaque exposition et de leurs cumuls. Il peut aussi – et le résultat n'est pas forcément beaucoup moins précis – extrapoler les résultats d'une enquête nationale en utilisant la structure régionale de l'emploi (par secteur et taille d'entreprise). Parmi les enquêtes de la DARES, seule l'enquête SUMER fournit des échantillons régionaux d'une taille satisfaisante dans quelques régions, les plus peuplées. Pour les autres régions et les autres enquêtes, la DARES recommande plutôt la méthode d'extrapolation régionale des données nationales, qui fournit déjà de robustes indications. Enfin, les régions peuvent utilement combler les vides laissés par les enquêtes nationales et lancer des études sur des thématiques non traitées par ces enquêtes et motivant les acteurs locaux de la prévention. »

Le second souligne quant à lui qu'« une prévention efficace doit s'appuyer sur une analyse des enjeux locaux et une surveillance des tendances qui ne produit pas simplement une moyenne générale. C'est pourquoi les études locales sont nécessaires et importantes. Ce n'est pas parce qu'elles sont locales qu'elles ne doivent pas être rigoureuses, réfléchies, soigneusement protocolées et publiées. [...] Pour mener des études ayant à la fois une bonne validité scientifique et décisionnelle, il faut non seulement un partenariat pertinent, mais des professionnels correctement formés dans les différentes disciplines qui concourent à éclairer le lien entre les conditions de travail et la santé. C'est un domaine complexe qui demande une mobilisation de méthodes issues de nombreux champs disciplinaires. Il y a là une difficulté que d'autres pays ont su surmonter. La France ne manque certes pas d'expertise, mais celle-ci est trop souvent monodisciplinaire. À la pluridisciplinarité des pratiques de terrain doit correspondre une pluridisciplinarité des connaissances. »

Le présent guide entend poursuivre le chemin engagé, et vient compléter utilement les deux précédents guides, en proposant une approche actualisée du diagnostic territorial au regard du contexte législatif (loi pour une république numérique du 7 octobre 2016), et en donnant des repères pour combiner approches qualitatives et quantitatives et améliorer la construction et l'animation des diagnostics territoriaux partagés en santé au travail, entendus comme référentiels géographiques et outils d'aide à la décision.



Il vise à soutenir le travail d'orientation, d'élaboration et de coordination des PRST, et a été réalisé à l'attention des Comités Régionaux d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT), composés de quatre collèges :

- les administrations régionales de l'État ;
- les représentants régionaux des employeurs et des salariés ;
- les représentants des organismes de la sécurité sociale, d'expertise et de prévention ;
- les personnalités qualifiées.

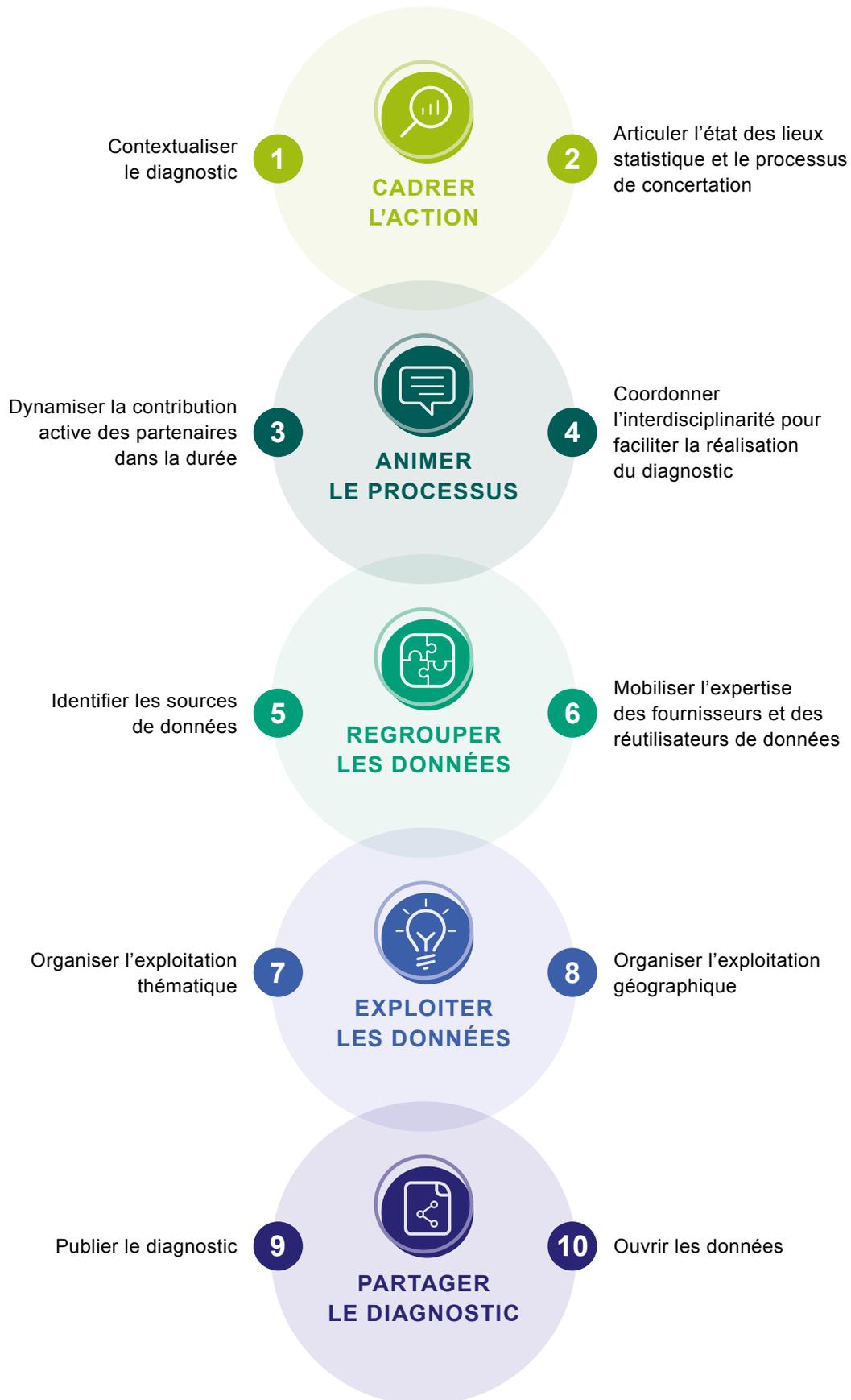
En tant que méthode de concertation, un diagnostic territorial partagé suppose de réaliser un examen collectif des caractéristiques du territoire pour établir un bilan partagé des besoins et des ressources, spécifier les contextes d'action et identifier des leviers pour améliorer la prévention. Techniquement, il consiste à regrouper des indicateurs pour soutenir la délibération et proposer des orientations en matière de politiques de santé au travail. Le caractère partagé du diagnostic territorial signifie que les éléments relatifs à sa conception, sa construction, son animation, sa mise en œuvre et sa valorisation sont à la fois le produit d'un travail conjoint par les représentants de l'État, les représentants d'employeurs, les représentants de salariés et les représentants de la sécurité sociale et d'organismes de prévention, et qu'ils sont mis à disposition du public (entreprises, salariés, syndicats, collectivités, citoyens, médias) pour faciliter leur appropriation.

S'il cherche à instruire des questions (Quelles sont les problématiques saillantes à l'échelle du territoire ? Quelles sont les ressources de prévention présentes sur le territoire ? Quelles stratégies définir et quelles politiques mettre en œuvre pour améliorer la prévention des risques professionnels et répondre aux enjeux du territoire en matière de santé au travail ?), sa réalisation effective soulève elle aussi un certain nombre d'interrogations que ce guide cherche à éclaircir : **qui participe à sa construction ? Sur quelle base et selon quelles modalités ? Pour quel objectif et quel destinataire ?**

Structuré en cinq chapitres qui ne sont pas proprement chronologiques mais qui correspondent aux grands enjeux de l'action, ce guide se veut à la fois synthétique et pédagogique :

- **le premier chapitre donne des indications pour cadrer l'action et la conception du diagnostic ;**
- **le deuxième formule des indications relatives à l'animation du processus de diagnostic en mobilisant l'expertise et l'expérience des producteurs et des réutilisateurs de données dans la durée ;**
- **le troisième donne des repères pour baliser le travail de regroupement de données ;**
- **le quatrième formule des indications pour organiser l'exploitation de données par entrées thématiques et focales géographiques ;**
- **le cinquième propose des indications pour publier le diagnostic et ouvrir les données qui lui sont associées.**

Chacun de ces chapitres explicite et exemplifie deux points clés. Au total, ce sont dix points clés qui sont délivrés à l'attention des lecteurs pour leur permettre de renforcer la qualité des diagnostics territoriaux en santé au travail à l'occasion de la construction des quatrièmes Plans Régionaux Santé au Travail.



Les dix points clés du document



CADRER L'ACTION



OBJECTIFS-CLÉS

1

Contextualiser le diagnostic

2

Articuler l'état des lieux statistique et le processus de concertation

ENJEUX

Renforcer la démocratie sociale à l'échelle des territoires

Définir conjointement un cadre d'observation pour formuler collectivement des orientations

LIVRABLES

Cahier d'enjeux partagés

Cahier des charges de l'état des lieux statistique



POINT CLÉ

1

Contextualiser le diagnostic

Le premier point clé consiste à inscrire l'action de diagnostic dans une histoire territoriale de la prévention des risques professionnels, pour consolider le rôle de la démocratie sociale à l'échelle régionale et asseoir le diagnostic territorial dans son rôle d'outil d'observation et d'aide à la décision. Autrement dit, il s'agit d'ancrer l'action de diagnostic territorial dans une dynamique en prise avec la réalité des politiques et des pratiques de prévention conduites jusqu'alors sur le(s) territoire(s).

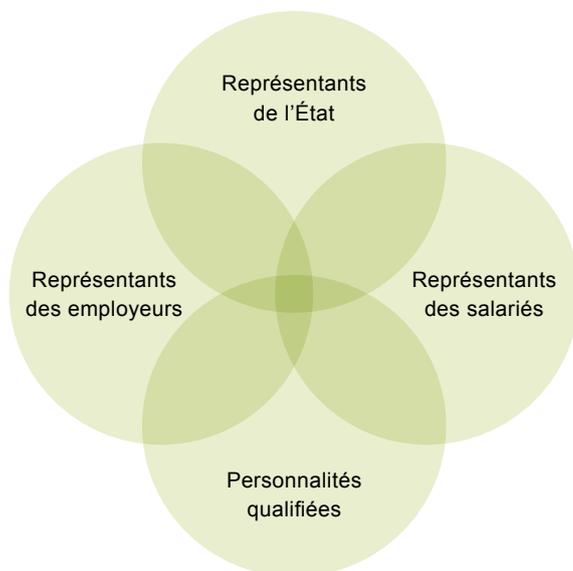
Le but est de permettre aux membres du CROCT de définir les grands enjeux du diagnostic territorial, à travers un travail de concertation responsabilisant et solidarisant les partenaires.

Concrètement, cela se traduit par formuler collectivement ces enjeux et cadrer la réalisation du diagnostic à venir sur la base de l'évaluation du diagnostic territorial précédent, des actions conduites dans le cadre du PRST, des connaissances et expériences de terrain, et des orientations nationales données au PST.

Ce travail de concertation peut être préparé par le groupe de pilotage de l'action diagnostic territorial du PRST3. Regroupant les différents organismes de sécurité sociale, d'expertise et de prévention mais aussi les représentants paritaires du Groupe Permanent Régional d'Orientation du CROCT (les Vice-Présidents par exemple), il peut prendre en charge la synthèse des travaux conduits durant le plan écoulé, mais aussi faciliter l'animation de la réflexion collective sur le plan à construire. La composition de ce groupe est aussi de nature à faciliter l'accès à des sources de données régionales. À défaut, un groupe de pilotage du diagnostic ad hoc doit être constitué.

Pour cela, il peut mettre en œuvre une ou plusieurs séquences de travail soutenant l'intelligence collective (à travers l'expression d'opinions, d'attentes, de représentations, de besoins), en visant à la fois la formulation d'éléments d'évaluation des résultats de diagnostics précédents, et la réalisation de « cartes à dire d'acteurs » pour à la fois formaliser les grands enjeux du point de vue des partenaires et les ancrer dans une représentation partagée de leur inscription territoriale.

Au-delà des traditionnelles questions évaluatives et critères de satisfaction et de progrès, cette séquence peut s'appuyer sur une frise chronologique pour faciliter le travail d'évaluation et mettre en perspective les progrès visés et accomplis (ou non) d'un PST à l'autre. Ce travail de bilan et d'évaluation mais aussi d'expression des attentes vis-à-vis du prochain PRST peut être réalisé par collègues, pour ensuite être partagé à l'ensemble du groupe de façon à identifier des points de recoupement, des zones de recouvrement, des lignes de clivage ou des zones laissées en friche.



Un travail de concertation

**« CARTES À DIRES D'ACTEURS »
EN SANTÉ AU TRAVAIL :
KÉZAKO ?**

La méthode des cartes à dire d'acteurs trouve son origine dans les travaux d'économie, sociologie et géographie du développement. Cette méthode s'est montrée utile pour l'identification de questions clés et la construction de nouvelles représentations sur le devenir de territoires, la découverte commune de nouveaux enjeux, ainsi que l'exploration de positionnements stratégiques qui en découlent. Leurs constructions reposent sur un travail participatif de compréhension des processus économiques et sociaux qui déterminent (et ont déterminé) l'organisation spatiale des tissus productifs et la gestion des enjeux de santé au travail.

Et au-delà des traditionnelles **cartes d'experts** qui visent à objectiver la réalité des territoires, les « **cartes à dire d'acteurs** » visent quant à elles à objectiver les enjeux territoriaux du point de vue des acteurs. Ils donnent lieu à un espace de projection et de confrontation des représentations entre les acteurs, qu'il s'agira par la suite de venir confronter aux connaissances actualisées à disposition et aux cartes d'experts produites par l'état des lieux statistique à venir. Il s'agit à la fois de valoriser les savoirs des personnes ressources (qui peuvent être des acteurs décisionnaires ou non) en formalisant des cartes mentales, et de permettre l'expression de références à des lieux précis, des objets matériels ou symboliques, des limites physiques ou sociales, etc. Ce travail peut être réalisé en mixant les collègues dans des **micro-groupes de travail** pour produire des représentations territoriales des enjeux de santé au travail.



Travaux du groupe de pilotage de l'expérimentation territoriale dans un SST d'Occitanie (CMIST Alès)

Les résultats de ce travail d'intelligence collective peuvent être consignés dans **un cahier d'enjeux**, qui peut faire l'objet d'une délibération effective par le CROCT de façon à impulser la construction du diagnostic territorial. La synthèse de ces travaux peut nourrir utilement la rédaction du préambule du futur PRST et permettre de renforcer la transparence de l'action publique et la participation des partenaires sociaux à son élaboration et sa mise en œuvre.

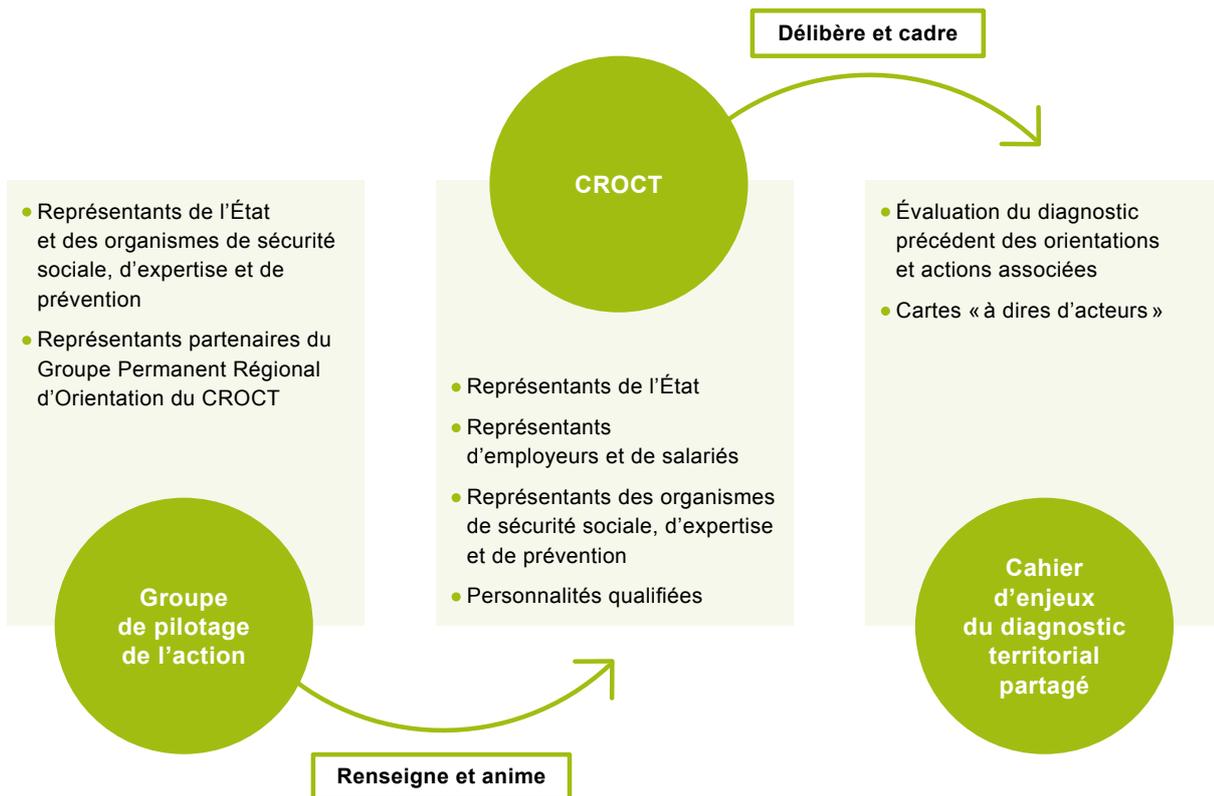


Schéma de la dynamique d'acteurs



POINT CLÉ 2

Articuler l'état des lieux statistique et le processus de concertation

Le deuxième point clé consiste à mieux articuler le processus de production d'un état des lieux statistique et le processus de concertation que constitue le diagnostic territorial lui-même. Il faut faire en sorte de cadrer l'état des lieux statistique par la concertation, avant que celui-ci ne vienne cadrer la concertation attachée à la production du diagnostic. Le CROCT devra définir un cadre d'observation et préciser les contours de l'état des lieux statistique qui sera techniquement réalisé soit par les Services Études Statistiques et Évaluation (SESE) des DIRECCTE, soit par un prestataire externe.

Ce faisant, il s'agit de créer les conditions d'une meilleure appropriation de l'état des lieux statistique par ses commanditaires et récipiendaires en les impliquant dans son élaboration, et ainsi de favoriser la construction (technique) d'un diagnostic plus ajusté aux attentes et aux besoins exprimés par les partenaires. Comme le souligne le guide méthodologique pour la construction d'un diagnostic régional partagé, publié par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) en 2016, il convient de distinguer le diagnostic technique basé sur un travail de recueil de données quantitatives et leurs analyses statistiques ou cartographiques (ce que nous nommons état des lieux statistique dans le présent guide) du diagnostic partagé qui permet une approche plus nuancée du territoire et qui suppose la confrontation politique de visions différentes pour évaluer les enjeux locaux.

Ce travail peut être animé par le groupe de pilotage du diagnostic territorial. Pour cela, il convient de s'appuyer sur le cahier d'enjeux préalablement réalisé et de remobiliser les éléments produits dans le diagnostic précédent. Il convient de partir des questions et des préoccupations qui habitent le tour de table. Il ne s'agit pas de tout recommencer à chaque exercice, mais au contraire de capitaliser et de progresser d'un exercice à un autre. Cela nécessite de préciser les choses et de les traduire de façon à ce qu'elles soient comprises et traitables d'un point de vue statistique. Et cela passe par la formulation de problématiques, d'orientations thématiques et d'échelles d'observation plus abouties, mieux partagées et plus précises, de façon à pouvoir identifier ou construire des indicateurs pertinents (reconnus, ciblés, fiables, mesurables et quantifiables, comparables).

« On s'est mis d'accord sur une base chiffrée du diagnostic. »

Des chiffres clés... au diagnostic



Séminaire de travail du groupe de pilotage en Occitanie (2018)

Les résultats de ce travail doivent être consignés et faire l'objet d'une discussion exigeante à travers des allers et retours avec les fournisseurs de données et les opérateurs techniques en charge de l'état des lieux statistique pour traduire en source de données et en indicateurs les principales préoccupations formulées. Les résultats de ce travail alimentent la construction d'un **cahier des charges de l'état des lieux statistique** qui sera adressé à l'opérateur et qui constituera le cadre de son travail de collecte, de traitement, d'analyse et de mise en forme des résultats. A minima, le cahier des charges à adresser à l'opérateur en charge de la réalisation de l'état des lieux statistique doit préciser les enjeux de la démarche engagée par le territoire, les objectifs poursuivis, les résultats attendus, les modalités de mise en œuvre et de suivi, et le calendrier. Il permet également de définir le budget alloué.

C'est sur la base des résultats de cet état des lieux statistique, ainsi mis en forme, que le travail d'interprétation collectif doit se conduire, et que le travail de diagnostic territorial partagé doit pouvoir se poursuivre. Les échanges peuvent être animés par le groupe de pilotage du diagnostic, appuyé par l'opérateur retenu. S'il doit être rigoureux et fouillé, l'état des lieux statistique demande aussi à être synthétique et pédagogique. Là encore, des infographies, des datavisualisations, des cartographies ou encore des graphiques plus simples ou des tableaux commentés peuvent permettre aux acteurs de s'approprier les résultats pour en tirer des renseignements utiles pour orienter les politiques de prévention, en débattre plus facilement. Il doit proposer différents scénarii qui permettent aux récipiendaires de prioriser et de choisir entre différentes hypothèses de travail pour établir le diagnostic territorial partagé et formuler des orientations. Il s'agit là de parachever le partage des travaux au-delà du groupe de pilotage et des groupes techniques qui peuvent lui être rattachés, pour soutenir le travail de délibération et l'orientation régionale des politiques de prévention.

Pour aider les partenaires du CROCT à passer des renseignements dont ils disposent aux orientations qu'ils proposent, plusieurs options sont possibles au-delà de la distinction classique entre ce qui se révèle urgent ou important (matrice Eisenhower).



Une première logique (soustractive) consiste à trier et mettre en ordre les orientations prioritaires en fonction de ce que le CROCT considère comme ne devant pas être poursuivi, comme pouvant être poursuivi, comme souhaitant être poursuivi et comme devant être poursuivi compte tenu des enjeux de santé au travail et des moyens à disposition. Cette opération requiert donc d'éliminer et de hiérarchiser les orientations pour in fine ne conserver que celles qui apparaissent les plus essentielles, les plus impératives.

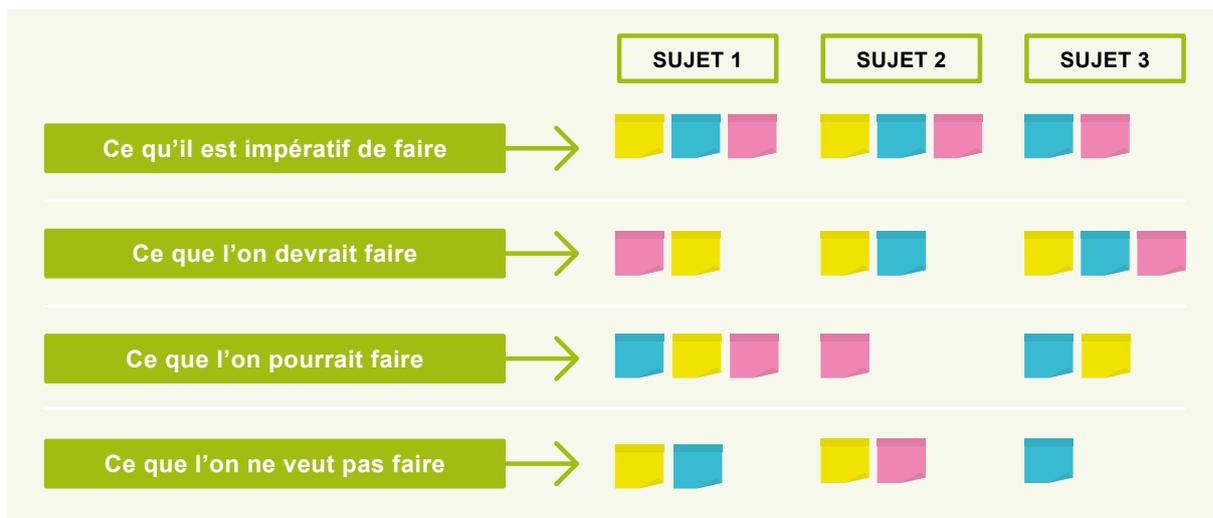


Schéma de la logique soustractive pour le choix des orientations

Une seconde logique (additive) consiste quant à elle, en partant des mêmes éléments de base, à prioriser et à combiner selon une autre clé de répartition. Dans ce cas, il faudra alors distinguer ce qui doit impérativement être suivi, ce qui devrait l'être, ce qui pourrait l'être et ce qu'on voudrait voir suivi. Il convient là aussi de prendre en charge les sujets impérieux, tout en laissant plus d'espace à des orientations volontaristes.

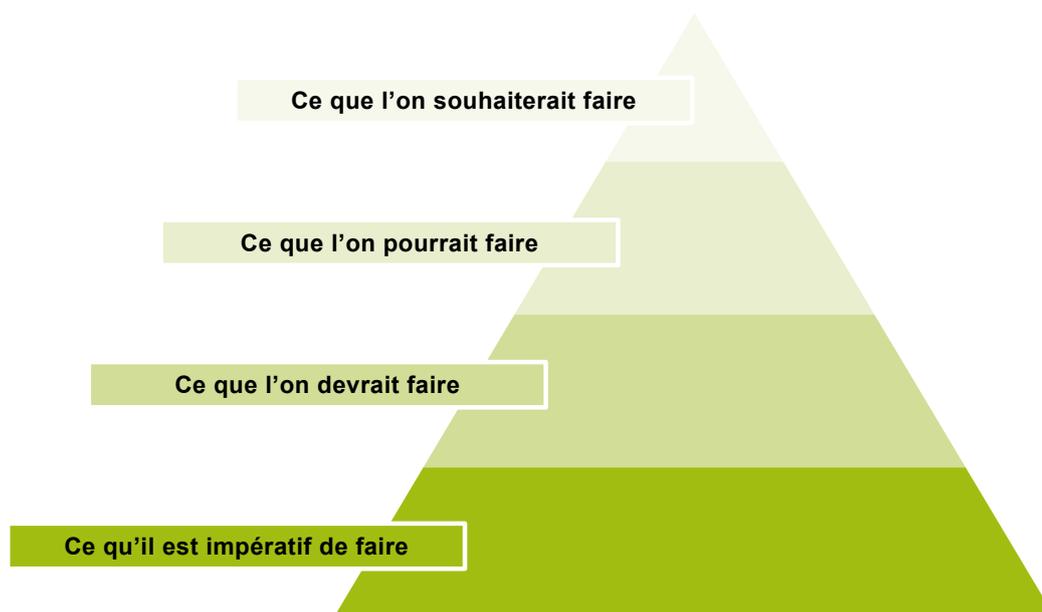


Schéma de la logique additive pour le choix des orientations

Ce travail de priorisation n'est pas naturel, et doit faire l'objet d'une attention soutenue dans le cadre des instances de démocratie sociale à l'échelle régionale. Il doit être réalisé en prenant appui sur les propositions formulées dans le cahier d'enjeux. Il peut être animé par les Vice-Présidents des GPRO, appuyés par le groupe de pilotage et donner lieu à la publication d'un **cahier d'orientations**.

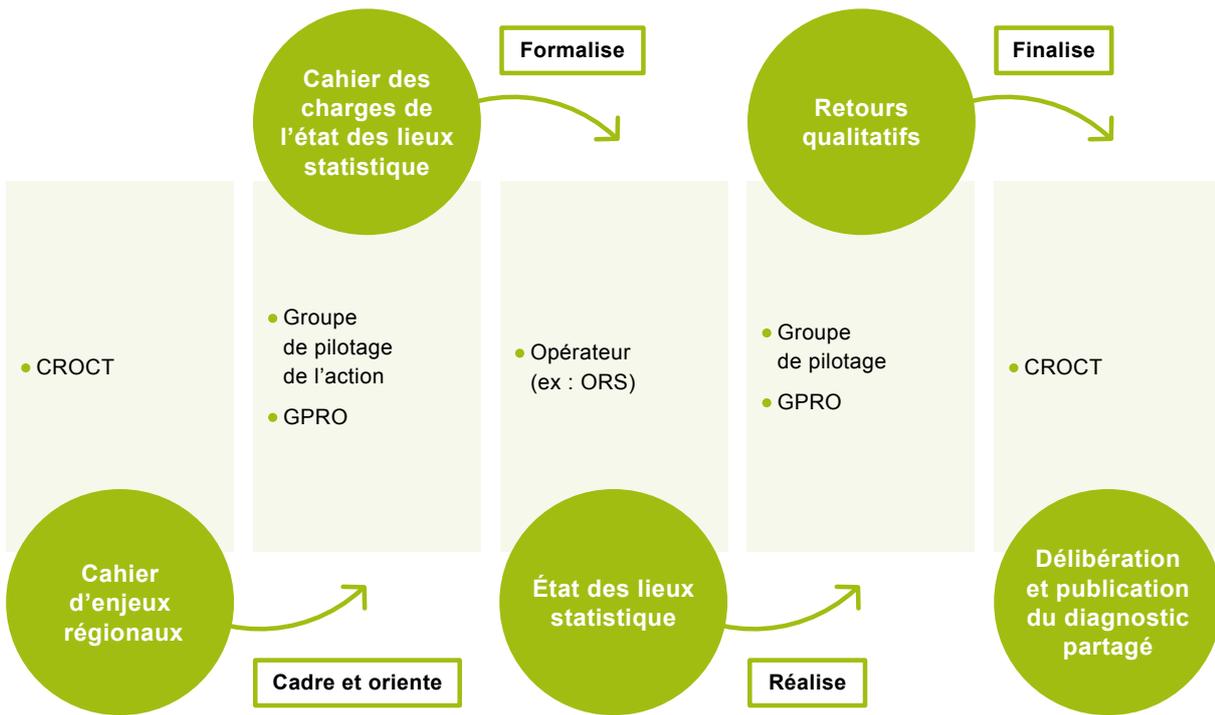


Schéma de la dynamique de travail entre les acteurs



ANIMER LE PROCESSUS



EN SYNTHÈSE

OBJECTIFS-CLÉS

3

Dynamiser la contribution active des partenaires dans la durée

4

Coordonner l'interdisciplinarité pour faciliter la réalisation du diagnostic

ENJEUX

Engager les partenaires dans un travail collectif

Combiner des compétences et partager des repères

LIVRABLES

Cahier de contributions

Espace collaboratif et base documentaire



POINT CLÉ 3

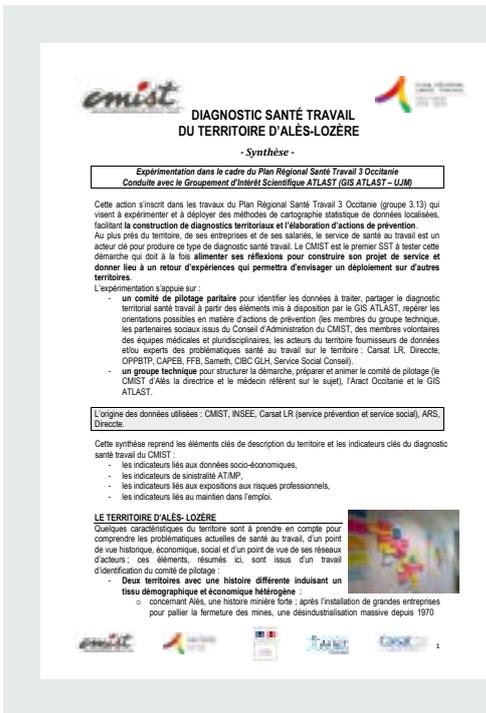
Dynamiser la contribution active des partenaires dans la durée

Le troisième point clé consiste à soutenir une contribution active des partenaires dans la durée, et ainsi éviter l'écueil d'un diagnostic « photographique » une fois tous les quatre ans au profit d'une approche plus dynamique de l'action de diagnostic.

Autrement dit, il s'agit de considérer que la réalisation du diagnostic territorial préparatoire à la construction du PRST initie un mouvement de mise en connaissance des enjeux territoriaux de santé au travail, qu'il convient d'enrichir, de consolider et de préciser tout au long du plan. Car si le diagnostic initial constitue un référentiel géographique qui vient outiller la décision d'orientation des politiques régionales de prévention par le CROCT, il s'inscrit dans un processus plus long au service d'actions de prévention mieux ciblées qu'il vient stimuler, équiper, soutenir et engage l'ensemble des partenaires du champ à coordonner leurs actions à différents niveaux.

Au-delà de la conception et réalisation du diagnostic initial, l'enjeu consiste donc à mettre les capacités de diagnostic au service de divers groupes de travail (thématiques, sectoriels, territoriaux) qui cherchent à affiner leurs connaissances et leurs capacités d'action. Il convient alors de prolonger l'exercice de diagnostic en structurant l'appui à des projets, et en contribuant à des opérations qui viennent affiner, compléter, enrichir les éléments de connaissance déjà établis mais aussi de procéder à leur suivi, leur capitalisation, leur évaluation et leur valorisation. Car c'est aussi à travers ces dynamiques que la démarche de diagnostic prend de la valeur, que s'étendent les capacités de diagnostic et que montent les compétences en la matière. S'il est une méthode d'évaluation des problèmes et des ressources, le diagnostic constitue un processus d'apprentissage et de conscientisation des enjeux de prévention, et un appui pour la mobilisation.

Par exemple, un Service de Santé au Travail (SST), dont le périmètre a été repéré en première lecture comme une zone de sinistralité plus forte que les périmètres avoisinants, peut chercher à mieux comprendre les déterminants sectoriels, populationnels, organisationnels et territoriaux de la santé au travail de façon à mieux profiler son offre de services et sa stratégie d'action. Autre exemple, un groupe de travail spécialisé sur les Maladies Chroniques Évolutives (MCE) et la prévention de la désinsertion professionnelle peut chercher à mieux comprendre la répartition territoriale des enjeux pour mieux cibler ses actions et allouer ses ressources. Autre exemple, une métropole, une collectivité, un pays peut chercher à mieux cerner les caractéristiques de son territoire pour développer sa stratégie de développement, en y incluant les enjeux de santé au travail.



Dans le cadre du PRST3 Occitanie, une expérimentation a été menée avec le Centre Médical Interentreprises de Santé au Travail (CMIST) sur son périmètre d'action. Doté d'une sinistralité AT/MP supérieure à la moyenne dans la région (selon le diagnostic ORSMIP-CREAL de 2017) mais possédant une dynamique d'acteurs importante, ce territoire a donc été ciblé pour accueillir un travail de diagnostic partagé.

Cette expérimentation a permis d'en faire une preuve de concept en avançant sur plusieurs aspects :

- Sur les données :** meilleure connaissance de ses propres données pour un SST, la combinaison possible avec d'autres sources, la production d'indicateurs pertinents et potentiellement une plus grande implication dans la saisie par les acteurs de terrain qui voient leur travail valorisé.
- Sur le travail transversal :** implication et mobilisation des institutions et partenaires sociaux à chaque réunion du groupe de pilotage.
- Sur la démarche :** formalisation de chaque étape pour garder des traces (cahier des charges, rapport global, synthèse, note), capitalisation pour la création d'une démarche type, utilisation de la synthèse dans le projet de service du CMIST, valorisation du travail (congrès, présentations orales).

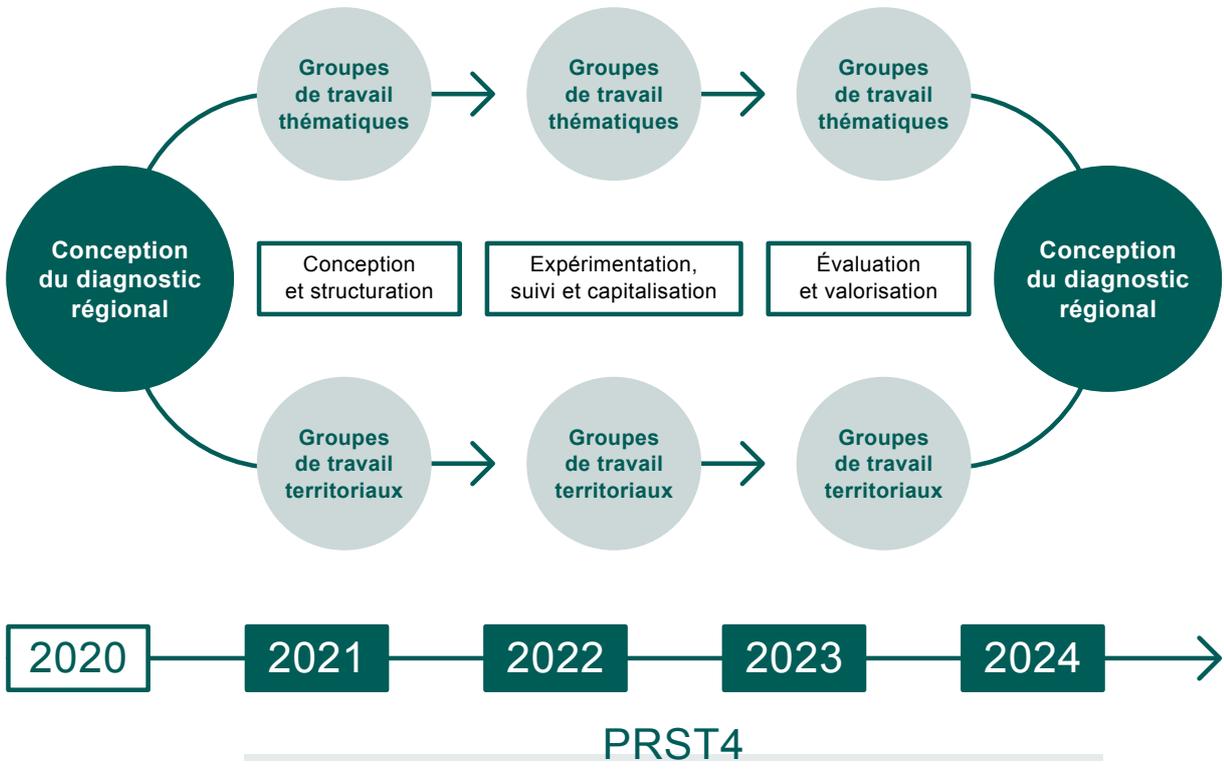
Résumé de la démarche développée en Occitanie lors de l'expérimentation avec le CMIST d'Alès

Pour cela, le groupe de pilotage de l'action doit se mettre au service de ces différents groupes de travail, en leur fournissant un appui technique et des conseils méthodologiques quant à l'accès et à l'exploitation des données, mais aussi un cadre de discussion et de valorisation de leurs travaux. Ces travaux doivent déboucher périodiquement sur la production de cahiers de contributions qui viennent scander les avancées et donner à voir les productions des groupes de travail. Capitalisées par le groupe de pilotage de l'action, ces contributions, au-delà de leur intérêt intrinsèque, viennent utilement étoffer les éléments qui serviront de points d'appui à la construction du prochain diagnostic régional de santé au travail.

Une autre manière de rythmer le travail de diagnostic et de mobiliser dans la durée les partenaires consiste à **actualiser le diagnostic régional tous les 2 ans** ; ou de faire des **focus sectoriels ou territoriaux à mi-parcours** du plan. Si la fréquence des opérations constitue un levier pour dynamiser les travaux du groupe de pilotage de l'action, il convient toutefois de veiller à ne pas viser un rythme trop important de production pour ne pas lasser ou épuiser les partenaires, et d'ajuster le rythme de productions et le nombre de projets soutenus aux ressources dont le groupe de pilotage de l'action de diagnostic dispose pour les accomplir ou pour les faire advenir.

Ce travail collectif peut être valorisé par la production et la publication de **cahiers de contributions** qui permettent de rendre compte de l'engagement dans l'action des partenaires, et des résultats de leurs travaux.

In fine, c'est l'intérêt de ces opérations pour les partenaires qui sera un déterminant majeur de leur implication. C'est le rôle du groupe de pilotage de l'action de faire en sorte que les partenaires ne soient pas simplement mobilisés comme ressources pour la réalisation du diagnostic, mais aussi de veiller à ce que les opérations de diagnostic à l'œuvre fassent aussi ressources pour les partenaires dans l'exercice de leurs missions ou de leurs mandats.



Frise chronologique des actions possibles lors du prochain PRST



POINT CLÉ 4

Coordonner l'interdisciplinarité pour faciliter la réalisation du diagnostic

Le quatrième point clé réside dans la coordination des expertises et expériences des partenaires de l'action pour soutenir la réalisation du diagnostic partagé.

En effet, même si un opérateur interne ou externe (Service Études-Statistiques-Évaluation -SESE- ou Observatoire Régional de Santé – ORS – par exemple) est mandaté pour prendre en charge l'état des lieux statistique, sa réalisation concrète demande à ce que l'opération soit facilitée et soutenue par les différents partenaires du groupe de pilotage de l'action de diagnostic. La qualité de l'état des lieux réalisé dépend tout autant de l'opérateur à l'œuvre que de la qualité des relations qu'il entretient avec les diverses parties prenantes contributrices au projet, et de la qualité des relations que les parties prenantes entretiennent entre elles pour bâtir le diagnostic.

Le groupe de pilotage de l'action de diagnostic se compose de diverses compétences utiles pour faciliter la réalisation du diagnostic :

- **les Vice-Présidents (VP) du GPRO** assurent la liaison avec le CROCT, et participent au travail de traduction des attentes dans l'état des lieux statistique ;
- **les SESE** participent à la fourniture de données et l'exploitation de toutes ou partie des données récoltées ;
- **les organismes affiliés à la sécurité sociale (CARSAT, MSA)** fournissent les données relatives à leurs domaines de compétences et contribuent par leur expertise des bases à la juste exploitation des données qui en sont issues ;
- **les services de santé au travail interentreprises (SSTI)** qui disposent de données sur leurs activités et sur les entreprises et salariés suivis mais qui rédigent aussi un projet de service et un contrat pluriannuel d'objectifs afin de définir des priorités d'action ;
- les organismes et partenaires en santé à savoir :
 - **Santé Publique France (SPF)** qui contribue notamment au nom du système de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) que l'agence anime avec des médecins du travail. Cette agence possède également des surveillances de pathologies spécifiques comme par exemple le mésothéliome ou les troubles musculo-squelettiques. Enfin, SPF est doté de Groupes d'Alerte en Santé Travail (GAST) qui « *constituent un dispositif régionalisé destiné à recueillir et à traiter les signalements d'événements de santé inhabituels*



en milieu professionnel : suspicions de regroupement de cas de maladies, syndromes collectifs inexplicables, expositions atypiques»¹,

– **Agence Régionale de Santé (ARS)** dont la participation au groupe de pilotage permettrait de réfléchir aux liens étroits existant entre santé publique et santé au travail. Les Affections Longue Durée (ALD) constituent par exemple une passerelle pour travailler conjointement sur les questions de maintien en emploi des travailleurs atteints de ces pathologies. De plus, l'ARS développe des dispositifs permettant l'outillage des acteurs du champ de la santé, notamment via la cartographie avec des projets nationaux et régionaux²,

– **Observatoire Régional de la Santé (ORS)** qui participe à l'exploitation des données présentées dans l'état des lieux statistique et qui peut donc venir en soutien méthodologique et technique sur les traitements statistiques,

– **Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou Direction Régionale du Service Médical (DRSM)** qui dispose d'informations fines sur les arrêts de travail (les indemnités journalières par exemple) ou les déclarations de maladies professionnelles mais également sur la consommation de médicaments, élément qui pourrait permettre une approche innovante sur la question des Risques Psycho-Sociaux (RPS) par exemple,

- **les Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT)**, compétentes dans la mise en place d'expérimentations auprès des entreprises visant à favoriser l'amélioration des conditions de travail. Leur ancrage local permet une appréhension particulière des besoins des entreprises et des territoires ;
- **l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT)** qui développe des outils spécifiques au secteur du BTP afin de développer la culture de prévention avec les entreprises ;
- **le dispositif EVolutions et RElations en Santé au Travail (EVREST)**, observatoire construit en collaboration avec des médecins du travail et des chercheurs, qui tâche de détecter et d'analyser différents aspects de la santé au travail, en amont de leur reconnaissance par une autorité compétente ;
- **le Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P)** qui enregistre des données de consultations réalisées au sein de son réseau de Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle (CCPP). Ces données permettent notamment de repérer les risques émergents (expositions, pathologies) et de décrire des situations professionnelles à risque en santé au travail (secteur d'activité, profession) ;
- **l'Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)** qui collecte les données relatives aux Déclarations Obligatoires d'Emploi des Travailleurs Handicapés (DOETH) et qui au travers du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) recense et fédère les interventions des différents acteurs territoriaux qui œuvrent dans le champ de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. À l'instar des PRST, les PRITH sont pilotés par les DIRECCTE et donnent lieu à la réalisation de diagnostics régionaux. La formation professionnelle, l'accès à l'emploi ou encore le maintien dans l'emploi sont autant de sujets de préoccupation communs à la santé au travail ;
- **des universitaires ou chercheurs** intéressés par les questions de santé au travail, comme personnalités qualifiées. Des sociologues, psychologues, ergonomes ou concepteurs de méthodologie travaillant sur les questions d'organisation du travail et leurs impacts, par exemple, mais aussi des géographes spécialisés en santé en mesure de traiter des informations géographiques et de problématiser des approches territoriales ou encore des spécialistes des données et des statisticiens pouvant contribuer à l'exploitation des données ou à la création de nouveaux indicateurs.

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail>

² https://www.atlasante.fr/accueil/presentation_du_projet



Ces partenaires peuvent participer à différents groupes « techniques » facilitant la réalisation de l'état des lieux statistique pris en charge par l'opérateur désigné. Mais ils peuvent également se répartir dans différents groupes de travail thématiques, sectoriels ou territoriaux. La multiplicité des compétences en présence donne à voir des spécialisations différentes : autant sur des aspects quantitatifs au travers des chiffres et bases mobilisables que sur des aspects qualitatifs avec des expériences de terrain et la connaissance de la littérature.

Cette interdisciplinarité doit pouvoir se traduire concrètement par la constitution d'un espace de travail collaboratif facilitant :

- **la création d'une base documentaire**, commune à tous, dans laquelle l'ensemble des parties pourraient déposer des liens ou des documents (notes, synthèses, etc.) afin que le groupe de pilotage ait des références bibliographiques communes ;
- **la construction d'un programme d'intervention des différents spécialistes**, si ceux-ci ne peuvent être présents tout au long du processus de diagnostic territorial partagé ;
- **la collaboration avec des partenaires ou prestataires externes** au groupe de pilotage si nécessaire. Elle suppose la mise à disposition de moyens financiers pour ce faire.

Le schéma ci-contre vient proposer une représentation synthétique de la façon dont peuvent s'articuler groupe de pilotage et groupes techniques pour la réalisation du diagnostic territorial. Cette articulation, en allers-retours, a vocation à être reproduite lors des différentes explorations dans des groupes de travail thématiques (voir point clé 7). Mais la composition des groupes pourra varier selon le contexte, et les thématiques abordées, les problématiques traitées, les territoires explorés. Par exemple, si une exploration territoriale pour un SST est envisagée, le groupe de pilotage pourra se composer à la fois des partenaires sociaux présents au Conseil d'Administration de la structure, des fournisseurs de données mais également des acteurs ressources du territoire (représentants de fédération, d'organisation, d'union ou chambre professionnelle, etc.).

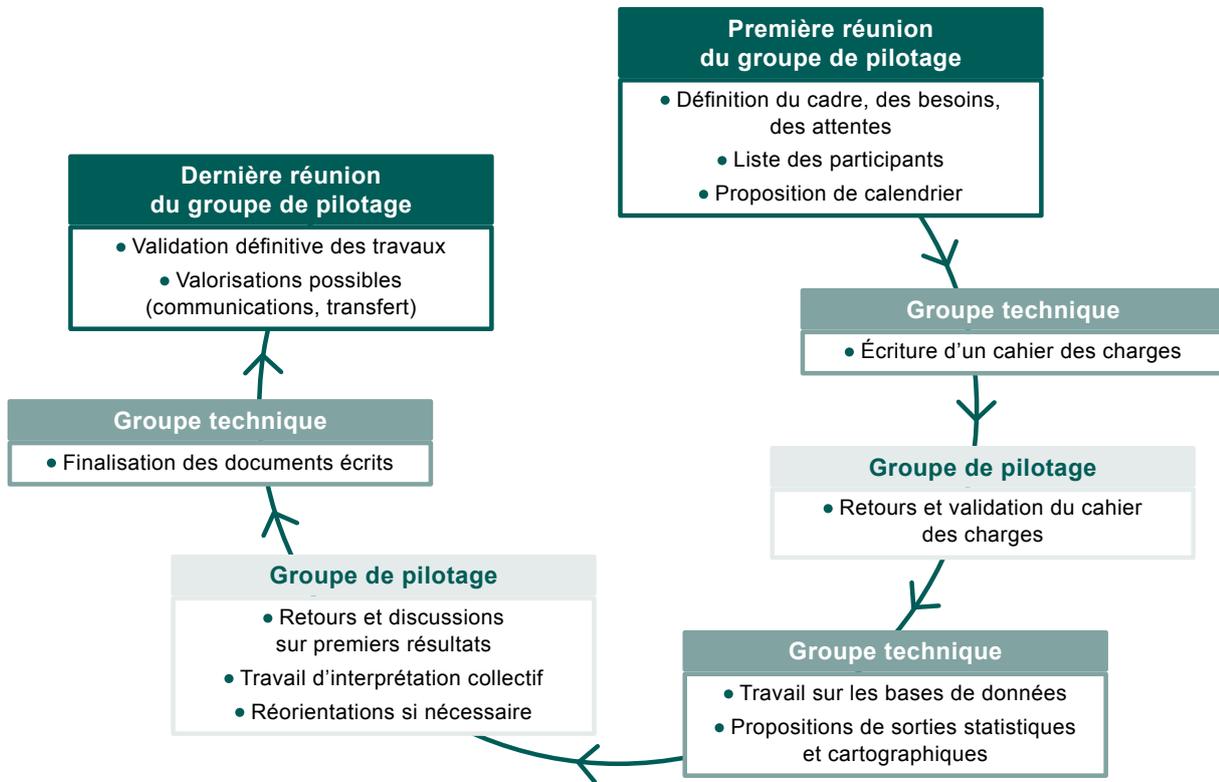
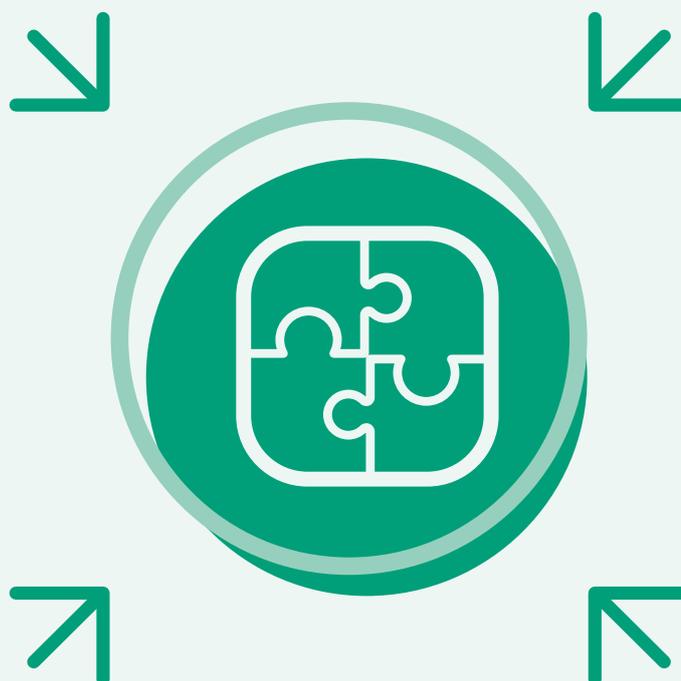


Schéma d'articulation des travaux dans le groupe de pilotage du diagnostic territorial



REGROUPER LES DONNÉES



EN SYNTHÈSE

OBJECTIFS-CLÉS

- 5 Identifier les sources de données
- 6 Mobiliser l'expertise des fournisseurs et des réutilisateurs de données

ENJEUX

- Spécifier les ressources
- Préciser les variables et les indicateurs

LIVRABLES

- Inventaire des bases de données
- Liste d'indicateurs et dictionnaire des données



POINT CLÉ 5

Identifier les sources de données

Le cinquième point clé consiste à identifier les sources de données disponibles mais aussi à préciser les indicateurs au sein de chacune d'entre elles afin de partager les ressources quantitatives et qualitatives pertinentes. Ce travail collectif pourra être réalisé soit par un sous-groupe technique rattaché au groupe de pilotage du diagnostic soit par un opérateur défini mais, dans tous les cas, il devra faire l'objet d'une mise en discussion à l'ensemble du groupe de pilotage au fur et à mesure de sa construction afin que l'ensemble des acteurs disposent de repères communs sur les sources. Ces échanges seront nécessaires pour que ce travail soit le plus exhaustif possible en construisant de manière commune une connaissance étendue des bases existantes et envisageables dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic territorial partagé.

Afin de pouvoir conduire des actions de prévention pertinentes, un prérequis est d'être en mesure de **décrire les populations exposées** à différents risques ainsi que de disposer d'indicateurs concernant les liens entre le travail et la santé. Ceci est vrai à toutes les échelles : depuis l'entreprise (dans laquelle se passe l'exposition), en passant par la commune, par la zone d'emploi et jusqu'au département ou à la région (échelle d'orientation des politiques de prévention et de promotion de la santé).

Le domaine de la santé au travail est complexe car il associe de nombreuses données de différentes natures (secteurs d'activité, métiers, expositions, pathologies), construites à différentes échelles (entreprises, communes, cantons, bassins d'activité, zones d'emploi, régions, etc.), avec des modes de recueil différents (enquêtes, bases de métrologie, bases de sinistralité), des historiques et des temporalités diverses, et produites par différents partenaires (acteurs publics, assureurs, préventeurs, services de santé au travail, systèmes de surveillance).

Il s'agit de mieux appréhender la multiplicité des bases existantes. Un recensement de l'ensemble des bases de données disponibles à l'échelle régionale est nécessaire. Ce travail d'identification doit aboutir à la création d'un **inventaire répertoriant les bases et données existantes** à la fois en santé au travail mais également plus largement dans le domaine du travail (population active, données socio-économiques) ainsi que dans des domaines proches comme la santé publique (exemple des Affections de Longue Durée pouvant être un marqueur pour les thématiques de maintien dans l'emploi). Cet inventaire peut également être enrichi par de nouvelles bases utilisées dans le cadre de travaux thématiques (voir point clé 7).

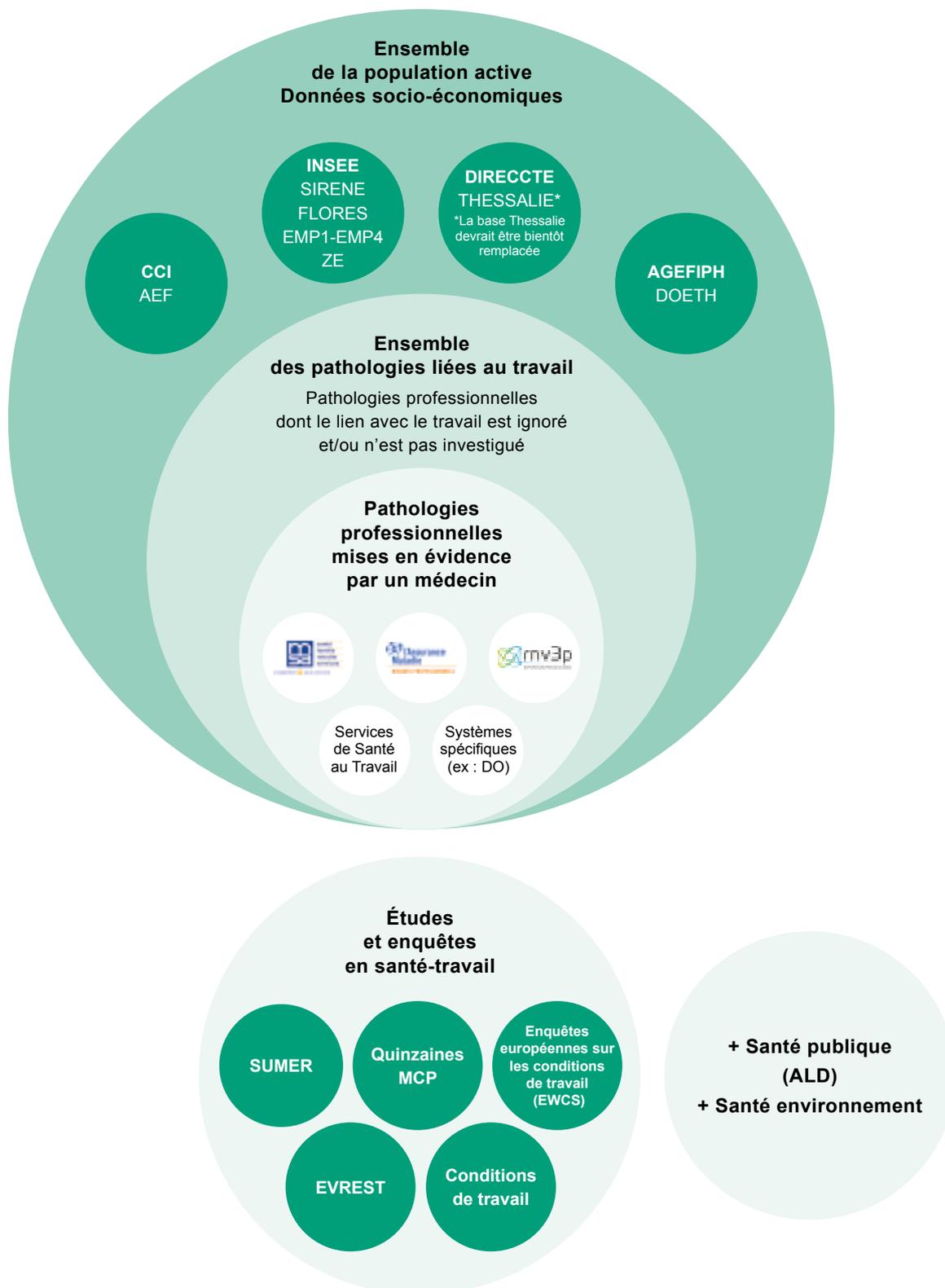


Schéma des différentes sources existantes en santé au travail



Capture d'écran de la cartographie des bases mise à disposition par l'ANSES sur la plateforme ouverte des données publiques françaises <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/cartographie-des-bases-de-donnees-existantes-dans-le-domaine-de-la-sante-et-de-la-securite-au-travail/>

À l'image de la cartographie des bases diffusée par l'Anses³, ce travail doit aboutir à inventorier à l'échelle régionale l'ensemble des bases existantes. Le format tableur sera à privilégier car il permettra une meilleure sélection et visualisation des informations. La description des bases devra comprendre les éléments suivants :

• 1. La base et sa gestion

On pourra voir figurer le nom complet de la base, son sigle, sa thématique principale, sa localisation ainsi que le nom du gestionnaire (ou fournisseur) et un contact (nom et adresse mail).

• 2. L'origine des données et leur description

Dans cette partie doivent apparaître une description rapide de la base avec son type (enquête, base de données, matrice, cohorte, base documentaire), ses objectifs et une liste de mots clés pouvant la définir.

Les données seront caractérisées par le champ couvert (régime général, régime agricole, fonction publique, fonction hospitalière, indépendants), la période couverte par la base et sa fréquence de mise à jour. Pour les éléments géographiques : le niveau de recueil de l'information mais aussi le périmètre couvert (exemple : recueil à l'adresse, périmètre de la région).

• 3. Des informations complémentaires

Dans ce point doivent figurer l'ensemble des règles concernant l'accès aux données selon leur échelle (individuelles, agrégées), le format de récupération de celles-ci (type de fichier : texte, tableur, sas) ainsi que les conditions de réutilisation et de diffusion (réglementation, citation, autorisation spécifique). Enfin, une partie « Commentaires » pourra éclairer plus précisément sur la qualité, la représentativité ou encore les biais devant donner lieu à une vigilance particulière pour cette source (exemple d'une difficulté dans le recueil pour une année en particulier).

³ Dans le cadre de l'action 3.13 du PST3, l'Anses a publié une cartographie des bases de données existantes en santé au travail et disponible ici : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/cartographie-des-bases-de-donnees-existantes-dans-le-domaine-de-la-sante-et-de-la-securite-au-travail/>



Répertoire des bases de données sur la santé au travail en Auvergne-Rhône-Alpes

Plan régional santé au travail PRST3

Thèmes principaux

- Emploi Entreprises
- Conditions de travail - exposition aux risques
- Sinistralité
- Prévention
- Maintien dans l'emploi
- Handicap

CLIQUEZ SUR L'ONGLET QUI VOUS INTÉRESSE EN BAS DE L'ÉCRAN

Afin d'aider à l'identification des problématiques en santé et sécurité au travail, et pour mieux cibler et suivre les actions de prévention, un travail a été engagé dans le cadre du Plan Régional Santé Travail en Auvergne-Rhône-Alpes pour mettre à disposition des préventeurs un répertoire des bases de données pertinentes sur ces sujets.

Celui-ci s'organise autour de six rubriques thématiques reprenant des fiches descriptives des bases de données répertoriées : Emploi Entreprises, Conditions de travail et exposition aux risques, Sinistralité, Prévention, Maintien dans l'emploi, Handicap. Ces fiches précisent notamment les modalités d'accès à ces bases (public, restreint, sur demande...).

Dans le cadre du PRST3 Auvergne-Rhône-Alpes, le groupe de pilotage du diagnostic a travaillé sur un répertoire des bases de données qui a été mis en ligne sur le site de la DIRECCTE : <http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/Repertoire-des-bases-de-donnees-sur-la-sante-au-travail>

Capture d'écran du répertoire des bases réalisé par Auvergne-Rhône-Alpes

À l'image de ce qui a été fait en région Auvergne-Rhône-Alpes, l'inventaire régional peut être valorisé en étant publié et donc partagé auprès de tous les acteurs de la prévention.



POINT CLÉ 6

Mobiliser l'expertise des fournisseurs et des réutilisateurs de données

Le sixième point clé consiste à mobiliser l'expertise des fournisseurs et des réutilisateurs des données dans le but de réaliser un dictionnaire des données, puis de retenir les variables et indicateurs d'intérêt. Le but est de compléter l'inventaire des bases constitué précédemment (voir point clé 5). Ce dernier, sous format tableur, doit donc être enrichi d'onglets dédiés à la description des variables présentes dans chaque base, pour constituer le dictionnaire des données.

C'est le contenu de l'ensemble de ces bases qui doit être examiné afin de déterminer quels indicateurs constitueront un socle partagé entre les acteurs. Le but est donc, à l'image de l'inventaire des bases, de constituer un inventaire des indicateurs utilisés en région.

En partant de l'inventaire des bases réalisé, il faudra donc, pour chacune des bases listées, récupérer ou créer un dictionnaire de données c'est-à-dire répertorier la liste des variables présentes dans ces bases ainsi que les nomenclatures de référence auxquelles elles peuvent faire référence (exemple : CIM10, NAF, CITP, etc.). Un groupe de travail dédié devra donc se constituer afin de proposer au groupe de pilotage du diagnostic une proposition de répertoire. Ce travail pourra être demandé de manière séparée à chacun des fournisseurs afin d'être réuni dans le même document ou un groupe de travail dédié devra se constituer afin de proposer au groupe de pilotage du diagnostic une proposition de **dictionnaire des données**.

Un élément central dans la réalisation de ce dictionnaire de données sera de trouver des précisions sur les éléments géographiques. En effet, il sera nécessaire de distinguer d'une part l'échelle de recueil de l'information et d'autre part l'échelle de traitement minimal. Ainsi, une donnée sera peut-être enregistrée à l'adresse dans une base mais devra faire l'objet d'un traitement à l'échelle communale au minimum pour des questions de confidentialité. Les réglementations des différents **fournisseurs de données** concernant le niveau d'agrégation minimum et ses conditions devront apparaître clairement. La précision des informations disponibles portera sur l'ensemble des modalités enregistrées et leur type (adresse complète, code postal, code commune, nom de la commune, numéro du département, nom du département) en précisant le format de saisie (remplissage manuel, remplissage automatique, remplissage semi-automatique). Dans la mesure du possible, l'affichage d'un pourcentage de remplissage de ces variables géographiques serait une indication précieuse pour la suite du travail des opérateurs car cela donnerait un ordre d'idée concernant ce qui pourra réellement être localisé au sein de la base.



REGROUPER LES DONNÉES

L'identification de nouveaux indicateurs pourrait également s'appuyer sur les travaux méthodologiques menés par le projet ACACIA (Analyse Collective des besoins – diAgnostiC territoriAl) en région Centre-Val-de-Loire. Outil développé depuis 2012 dans l'aide à l'analyse collective des besoins et de diagnostic territorial, son but est d'« *aider à la prise de décision pour la mise en place d'actions collectives, de déploiement des ressources et d'orientation d'actions de prévention.* » À terme, cet outil doit servir à « *améliorer l'efficacité de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail par une adaptation de la prévention aux populations ciblées par les résultats d'ACACIA (en fonction : du niveau de risque, de la taille des entreprises ciblées, des poly-expositions, des effectifs...)*⁴».

La présence des **réutilisateurs** et des opérateurs dans la création d'un dictionnaire des données est tout à fait nécessaire afin qu'ils puissent appréhender parfaitement, sans toutefois en devenir spécialistes, le contenu des bases. Une fois ce dictionnaire de données réalisé, il sera plus aisé de sélectionner avec l'ensemble des acteurs les principales variables retenues pour créer la liste des indicateurs utilisés dans le diagnostic partagé. De la même manière qu'avec l'inventaire des bases, les travaux thématiques (voir point clé 7) pourront également enrichir cette liste d'indicateurs au fur et à mesure de l'avancement de l'action.

À titre indicatif, à partir de sept sources de données, une liste des indicateurs socles a été proposée en février 2020 par le groupe de pilotage de l'action nationale relative au diagnostic territorial. Basée sur les différents éléments qui étaient présents dans les précédents diagnostics, elle est présentée en annexe de ce document.

Ce travail doit permettre aux différents partenaires du diagnostic d'**appréhender clairement toutes les ressources mobilisables** en ayant non seulement une vision globale de ce qui existe dans le domaine (inventaire des bases) mais aussi une connaissance plus approfondie du contenu même des bases (dictionnaire des données). En passant en revue le dictionnaire de données réalisé, les travaux du groupe de pilotage permettront d'identifier les indicateurs à retenir et à interpréter pour répondre au mieux aux problématiques retenues, en complément de la liste d'indicateurs socles recommandés par le groupe national de pilotage de l'action relative aux diagnostics territoriaux. Certaines connaissances issues de méthodes qualitatives ou « d'expériences de terrain » pourront venir utilement aiguiller l'exercice, et possiblement être « objectivées » par des indicateurs quantitatifs si ceux-ci existent et sont identifiés dans ce dictionnaire de données.

L'ensemble de ces informations doit permettre de définir plus précisément les indicateurs à retenir et à interpréter, puis d'envisager les mises en regard possibles entre données pertinentes voire, dans un dernier temps, la création d'indicateurs innovants régionaux et infra-régionaux.

⁴ Présentation de Marie Murcia (docteure en épidémiologie) lors de la journée de séminaire "Diagnostic territorial" organisée en février 2019 à Paris à la Direction Générale du Travail.

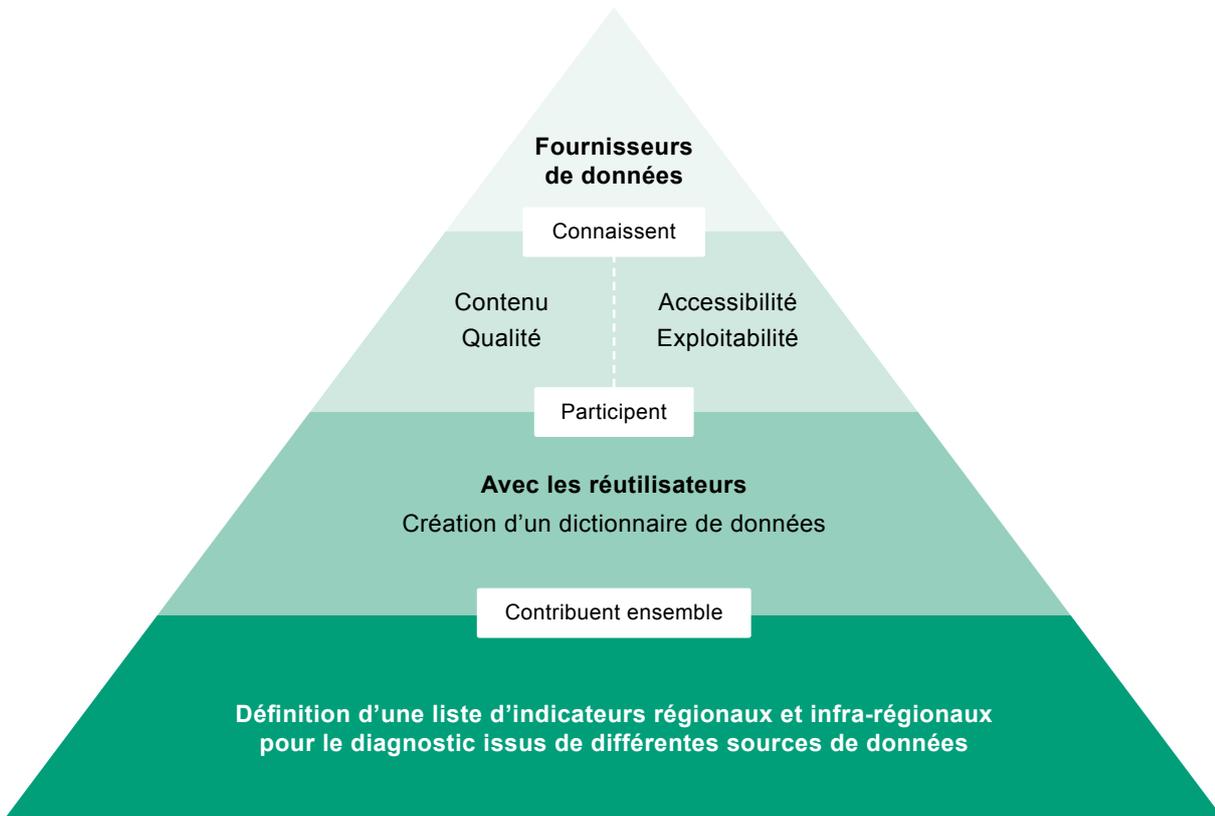


Schéma de réalisation de la liste d'indicateurs régionaux et infra-régionaux



EXPLOITER LES DONNÉES



EN SYNTHÈSE

OBJECTIFS-CLÉS

7

Organiser l'exploitation thématique

8

Organiser l'exploitation géographique

ENJEUX

Faciliter la compréhension

Affiner le regard

LIVRABLES

Cahiers thématiques

Cartographies statistiques



POINT CLÉ 7

Organiser l'exploitation thématique

Le septième point clé consiste à organiser l'exploitation thématique de manière à faciliter la compréhension du panorama des enjeux de santé au travail à l'échelle des territoires observés.

Aujourd'hui, l'approche classique du diagnostic met en présence des données de contexte (socio-économiques, population active), des données de sinistralité (accidents du travail, maladies professionnelles), des données de risques, d'exposition et conditions de travail (enquête MCP, EVREST, SUMER), des données sur la désinsertion professionnelle et parfois des données générales de santé. En fait, trois moyens existent pour identifier des thématiques d'intérêts pouvant venir enrichir le diagnostic territorial classique. En effet, il est possible de partir de l'état des lieux statistique, d'une question empirique ou bien de venir s'appuyer sur d'autres actions du PRST (amiante, prévention dans les TPE-PME, vieillissement actif, risques psycho-sociaux, désinsertion professionnelle, maintien en emploi, etc.).

L'état des lieux statistique doit être un point d'appui pour mettre en évidence des problématiques ou des terrains d'études (point clé 8) devant faire l'objet d'une analyse plus approfondie. Les indicateurs présentés et les différentes données doivent permettre de soutenir des hypothèses relatives à la connaissance et à l'action sur les risques professionnels (sinistralité, exposition, pathologie), l'organisation du travail (taille des entreprises, statut de l'emploi, dialogue social), les populations au travail (âge, genre) ou encore les secteurs d'activité (branches, métiers, postes).

De la même façon, l'expérience du terrain doit être une source de questionnement et permettre de faire émerger des idées de travaux basés sur des observations du réel qu'il conviendra ensuite de traduire en problématiques et hypothèses de travail.

Enfin, dans le cadre des PRST, de nombreux groupes de travail sont mobilisés sur des thématiques très diverses (exemples : risque routier, handicap, travail des seniors, désinsertion professionnelle, chutes de hauteur, prévention des troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, maladies chroniques évolutives, etc.). En lien avec certains groupes, des travaux thématiques peuvent permettre de démarrer ou d'enrichir leur action en leur donnant accès à des indicateurs et données spécifiques et à leur mise en discussion.

L'identification des approches thématiques pouvant faire l'objet d'une analyse plus complète peut être l'occasion de mettre en place des cahiers thématiques qui viendront enrichir le diagnostic territorial partagé, et communiquer de façon plus spécifique en fonction des cibles retenues.



Dans le cadre du PRST3 Occitanie, le groupe de travail « Maintien dans l'emploi des travailleurs atteints de Maladies Chroniques Évolutives (MCE) » s'était fixé comme objectif de sensibiliser les entreprises et les partenaires sociaux sur la problématique MCE et Travail et a donc décidé de réaliser un kit d'animation (<http://www.prst-occitanie.fr/a/213/un-kit-complet-pour-sensibiliser-les-entreprises-au-maintien-dans-l-emploi-des-malades-mce/>) pour aider les acteurs du maintien dans l'emploi à organiser et animer des sessions de sensibilisation. Ce kit regroupe différents éléments dont une note sur les données en matière de MCE dans la région.

Cette note a été réalisée en coordination avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui a fourni les données concernant les Affections de Longue Durée (ALD) qui ont fait l'objet d'un travail à l'échelle du bassin de vie et à l'échelle du département.

Ce travail, mené en partenariat avec des acteurs de la santé publique a permis de mettre en évidence les liens étroits entre santé générale et santé au travail. Avec l'augmentation des maladies graves, le vieillissement de la population et l'allongement de la vie professionnelle, les entreprises sont de plus en plus concernées par des salariés qui doivent concilier travail et parcours de soins. Ainsi dans un enjeu de performance, l'entreprise doit se préoccuper des conditions de maintien dans l'emploi des salariés atteints de maladies chroniques.

Résumé du travail effectué sur les données de Maladies Chroniques Évolutives en région Occitanie

C'est cette approche globale, avec deux temporalités, que la région Hauts-de-France a décidé de développer depuis le PST2. Ainsi, il existe une actualisation des données du diagnostic classique tous les deux ans. Mais entre ces actualisations, c'est un travail de production et de diffusion de dossiers thématiques qui est réalisé. Ces dossiers concernent des sujets d'intérêts spécifiques (exemple : la grande distribution, les garages, l'effet de la structure économique sur la sinistralité, etc.) et constituent des documents accessibles et téléchargeables sur les sites référents. La séparation du diagnostic en deux documents permet ainsi de toucher des acteurs différents et à différentes échelles.

Sur le fond, il revient au groupe de pilotage du diagnostic territorial de participer à l'identification des thématiques retenues pour la durée du plan. Sur la forme, en cohérence avec le schéma présenté dans le point clé 4, le groupe de pilotage travaillera de façon articulée avec des groupes techniques pour assurer le bon déroulement des opérations.

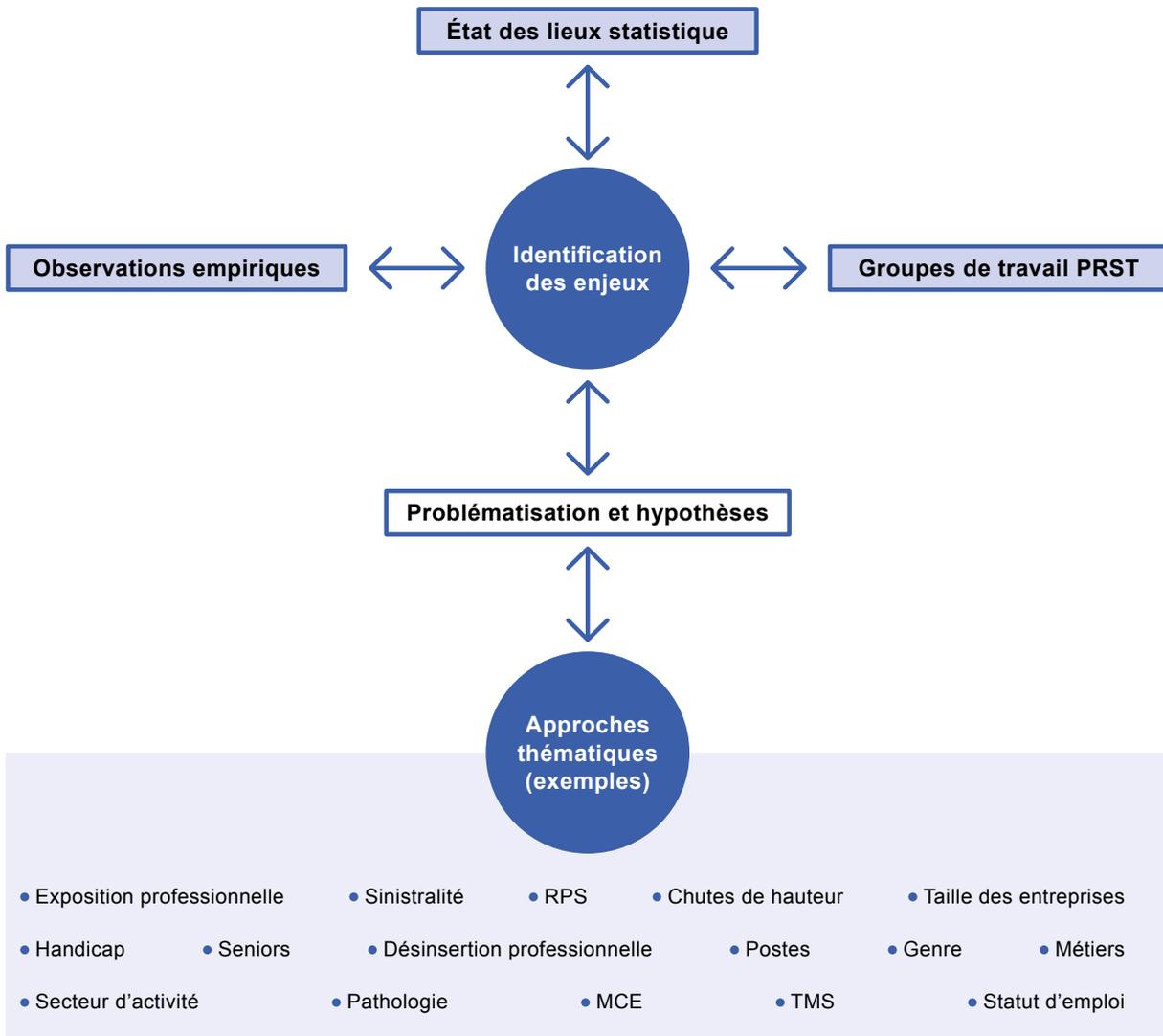


Schéma d'organisation des exploitations thématiques



POINT CLÉ 8

Organiser l'exploitation géographique

Le huitième point clé consiste à combiner les différentes échelles géographiques pour affiner le regard sur les problématiques traitées à l'échelle des territoires observés, et à mobiliser de façon contrôlée le recours aux représentations cartographiques pour analyser et rendre compte des phénomènes. Il s'agit d'éviter deux principaux écueils : invisibiliser des configurations territoriales spécifiques par des cadrages inadaptés et les effets de moyenne qui leur sont associés ; confondre la carte et le territoire, et croire qu'elle n'est qu'un outil pour savoir et pas un instrument de pouvoir.

Par définition, lors d'un diagnostic territorial, les multiples sources de données complémentaires existantes, formalisées ou non, lorsqu'elles sont mobilisées, ne peuvent être analysées de manière indépendante en ignorant notamment la dimension géographique et territoriale y étant associée. C'est tout l'enjeu d'un diagnostic territorial opérationnel que de permettre une meilleure contextualisation des données, pour faciliter leur interprétation et le passage à l'action dans le cadre de politiques de prévention au regard des enjeux identifiés.

Le choix de représentation des phénomènes est un enjeu central dans la construction du diagnostic partagé. Pour choisir les méthodes à appliquer dans le cadre d'un travail d'analyse spatiale, le choix du découpage territorial est un élément important et la définition d'un échelon géographique est nécessaire. Pour une description des faits de santé ou des facteurs de risque, le choix de l'échelle « *a une influence directe sur le portrait sanitaire qu'on fait d'une population, tant au plan géographique qu'au plan statistique*⁵ ».

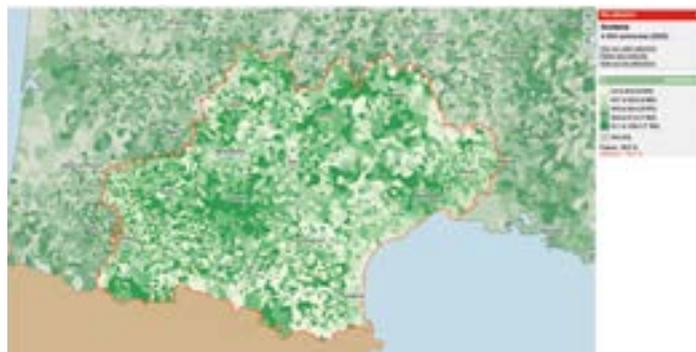
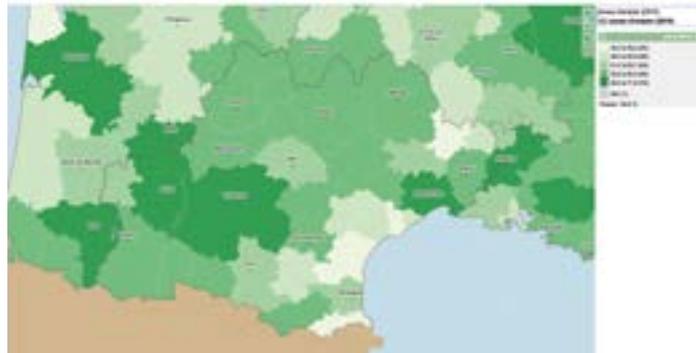
⁵ Fleuret S, Thorez J-P, 2007, Géographie de la santé – Un panorama, Economica, Collection Anthropos, 302 p.



Sur le module cartographique de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT), on trouve par exemple le taux d'activité des 55-64 ans (en pourcentage) en 2016 issu du Recensement de la Population (2016, Insee).

Ci-contre, cet indicateur pour la région Occitanie montre les différentes échelles de visualisation de cet indicateur (région, département, zones d'emploi et communes).

Cette visualisation permet de rendre compte de l'hétérogénéité du territoire régional au fur et à mesure que l'on change d'échelle. Cela doit permettre de s'interroger sur les manières de construire les politiques, de cibler les actions, d'allouer les ressources, ici au regard du vieillissement de la population active.

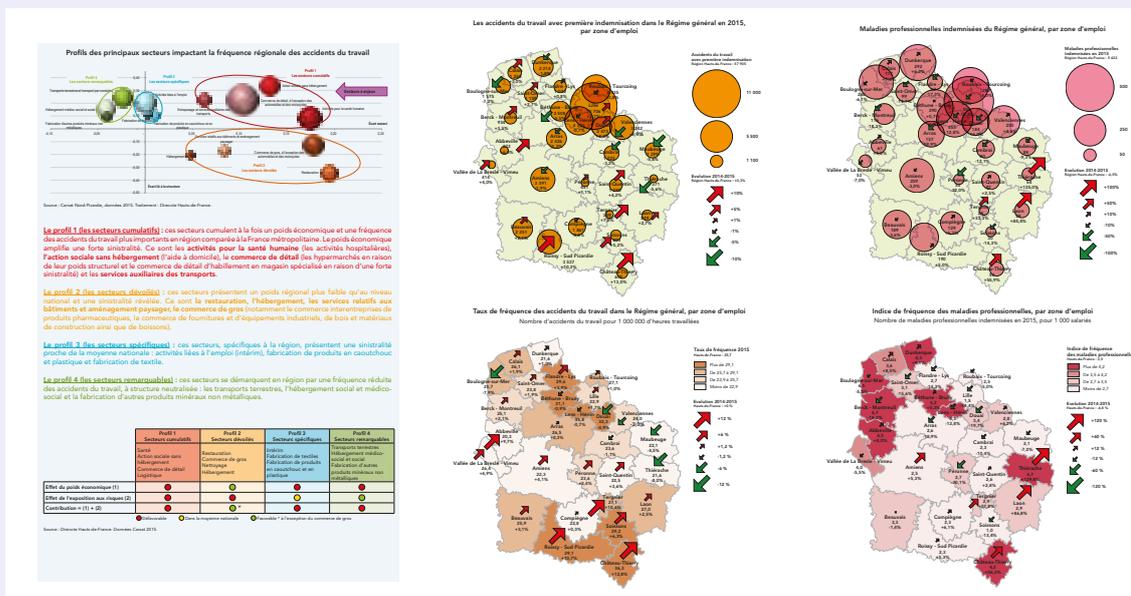


Exemples de visualisation géographique à différentes échelles



Par ailleurs, quel que soit le périmètre d'observation retenu, **la collecte des données doit, autant que faire se peut, être réalisée à l'échelle la plus fine possible**. Partir de données les plus désagrégées possibles, tout en respectant les règles de confidentialité requises associées aux secrets légaux, est une condition de recomposition de territoires d'observation à l'échelle supérieure. Inversement, collecter des données à une échelle trop grande, à un niveau d'agrégation trop important, bride et biaise l'analyse par effet de cadrage, et empêche des exploitations territoriales à une échelle infra aux données collectées. C'est pour veiller à cela qu'il est conseillé que les échelles de collecte et d'agrégation des données apparaissent clairement dans le dictionnaire des données (cf point clé 6).

Mais collecter les données à l'échelle la plus fine possible ne signifie pas nécessairement exploiter de façon systématique ces données à l'échelle à laquelle elles ont été collectées. En matière de santé au travail, il est d'usage de combiner l'exploitation à l'échelle des régions, des départements et des Zones d'Emploi (ZE). L'objectif du diagnostic territorial est de **fournir des grands repères à l'échelle de la région et des départements** qui la composent, et de permettre des **focus à des échelles plus proches de la réalité territoriale** des populations au travail que les périmètres administratifs classiques. Les initiatives réalisées en ce sens dans certaines régions depuis le PST2 et le PST3 doivent se généraliser à l'horizon du PST4.



Dans le cadre du PRST2 Hauts-de-France, l'atlas de la santé et de la sécurité au travail présentait des cartes régionales, découpées à la maille Zone d'Emploi (ZE), qui permettaient 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. Plus encore, une méthode d'analyse des écarts structurels/résiduels a été développée pour affiner le diagnostic. Elle permet de distinguer des profils sectoriels caractérisant le territoire sur le plan de la sinistralité, et d'expliquer le sens de certains écarts continus depuis plusieurs années dans une comparaison inter-régionale, ou en prenant comme référence la moyenne nationale. Cela permet de distinguer ce qui relève de caractéristiques sectorielles inscrites dans le territoire et ce qui relève d'effets proprement territoriaux qu'on ne peut réduire aux seules caractéristiques des populations mais qu'on peut aussi rattacher aux caractéristiques des politiques de développement économique, de l'emploi, du développement des compétences conduites à travers le temps.

Exemple de travaux menés par la région Hauts-de-France

Toutefois, en matière de diagnostic territorial partagé, il semble important d'envisager d'autres échelles d'analyses pertinentes. Pour aller plus loin, on peut réfléchir à la une exploitation des données à l'échelle des périmètres des Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI). 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, des initiatives locales montrent pourtant l'intérêt et le potentiel d'approches territoriales à cette échelle car le SSTI constitue un des périmètres les plus proches de la réalité du terrain.

Soumise à la fois aux questions de secret, de qualité du renseignement des sources et/ou de la représentativité statistique des données, l'exploitation à différentes mailles géographiques reste compliquée mais demande à être éprouvée. **Des tests d'exploitabilité cartographique des données** doivent être systématiquement mis en œuvre pour évaluer la pertinence et l'intérêt des découpages géographiques pour la réalisation du diagnostic territorial. Pour cela, le groupe de pilotage peut se faire appuyer par des partenaires ou prestataires compétents en la matière (ARS et ORS par exemple), et s'appuyer sur des outils de cartographie statistique dédiés.

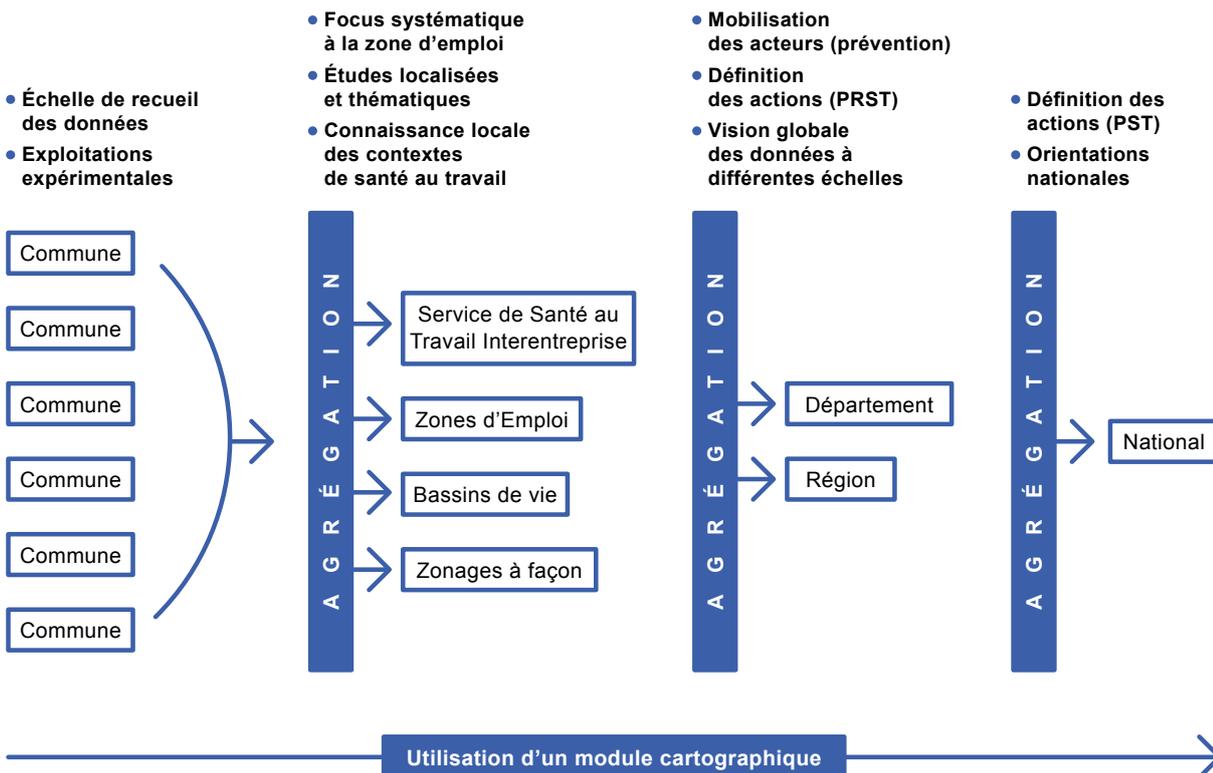


Schéma d'agrégation et de visualisation des données au sein d'un module cartographique



L'utilisation de modules cartographiques est aujourd'hui répandue dans le domaine de la santé. Ainsi, de nombreux sites permettent une visualisation géographique de données sanitaires⁷. Parmi ceux-ci, on peut citer plusieurs exemples :

- **SIRSÉ**⁸ pour Système d'information inter-régional en santé, outil développé dans le cadre du projet AtlaSanté (ARS), a pour objectif de partager un référentiel d'indicateurs sur les champs de la santé et de la santé-environnement en donnant accès à des informations sur l'état de santé de la population nationale et certains déterminants à l'échelle de différentes zones géographiques. L'outil propose également la réalisation de portraits de territoire sous la forme d'un document synthétique regroupant un jeu d'indicateurs sur le territoire choisi.
- **GEODES**⁹, l'observatoire cartographique de Santé Publique France, qui propose des indicateurs sur les pathologies (exemple : allergies, asthme, diabète, pneumopathie, rougeole, etc.) et les déterminants (exemple : air, antibiotiques, dépistage, tabac, vaccination, etc.).
- **GéoMSA**¹⁰, outil cartographique de la Mutualité Sociale Agricole permettant de cartographier des données statistiques sur la population agricole hiérarchisées par grand thème : cotisations, santé, risques professionnels, retraite, prestations familiales.
- **L'Observatoire national des situations de fragilité**¹¹ est un projet porté par les CARSAT (Caisses d'Assurance Retraite et Santé au Travail) avec des variantes régionales développées (Grand Sud¹² et Grand Nord¹³). Les indicateurs proposés sont issus de plusieurs bases (Assurance Maladie, Assurance Retraite du régime général, MSA) et permettent d'identifier les territoires prioritaires d'intervention au regard de la fragilité sur le champ de la santé et du social.
- **VLKO**¹⁴ qui est le dispositif d'observation territoriale de la ville de Lyon (lauréat du prix Territoria 2019 dans la rubrique évaluation des politiques publiques) et au sein duquel se trouve l'Observatoire de la santé des Lyonnais qui « s'est mis en place afin d'affiner la compréhension des inégalités territoriales de santé, dans le cadre d'un travail d'interprétation collaboratif, dont la vocation est d'alimenter au plus large l'ensemble des actions en faveur de la réduction de ces inégalités, qu'elles soient portées par la Ville ou par ses partenaires ». Cet observatoire met à disposition un grand nombre de données et d'indicateurs de santé issus de sources variées. Il est le seul à utiliser une technologie libre.

Ce genre de solutions permet de travailler les données en « back office », c'est-à-dire créer un espace de tests et d'expérimentation sur les indicateurs sans que ceux-ci se retrouvent directement en ligne. Elle permet dans un premier temps d'explorer les possibles dans un univers protégé, pour le cas échéant publier les cartes et données par la suite. En effet, la géolocalisation des données nécessite à la fois un travail de nettoyage (syntaxe, orthographe, frappe) permettant une mise en conformité avec les découpages géographiques actuels mais

⁷ Une liste de l'ensemble des applications cartographiques existantes autour de la santé est disponible sur le site AtlaSanté de l'ARS : https://www.atlasante.fr/accueil/aller_plus_loin

⁸ <https://sirse.atlasante.fr>

⁹ <https://geodes.santepubliquefrance.fr>

¹⁰ <https://geomsa.msa.fr>

¹¹ <https://www.observatoires-fragilites-national.fr>

¹² <https://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr>

¹³ <http://www.observatoiredesfragilites.fr/>

¹⁴ <http://vlko.org>



également un travail de secrétisation selon les sources de données. Selon les sources, certaines variables ne pourront apparaître à certaines échelles que sous certaines conditions afin que l'identification des personnes soit impossible. Il sera cependant nécessaire de distinguer l'absence d'information de l'absence de diffusion possible pour raison de secret statistique. Et s'il n'existe pas de règle unifiée pour l'ensemble des données, les contraintes imposées par le secret statistique encadré par le Conseil National de l'Information Statistique doivent servir de référence. Le guide du secret statistique édité par l'INSEE, et actualisé en mars 2020, doit être consulté avant toute publication.

Le secret statistique garantit aux personnes qui fournissent des informations utilisées pour l'établissement de statistiques l'assurance que ces informations ne seront pas utilisées d'une façon susceptible de leur porter tort. Il permet ainsi d'assurer :

- aux personnes physiques que la confidentialité des informations relatives à leur vie personnelle et familiale est garantie ;
- aux entreprises que le secret commercial sera respecté : les informations transmises ne seront pas accessibles à leurs concurrents.

Les obligations relatives au secret statistique relèvent de textes de niveau :

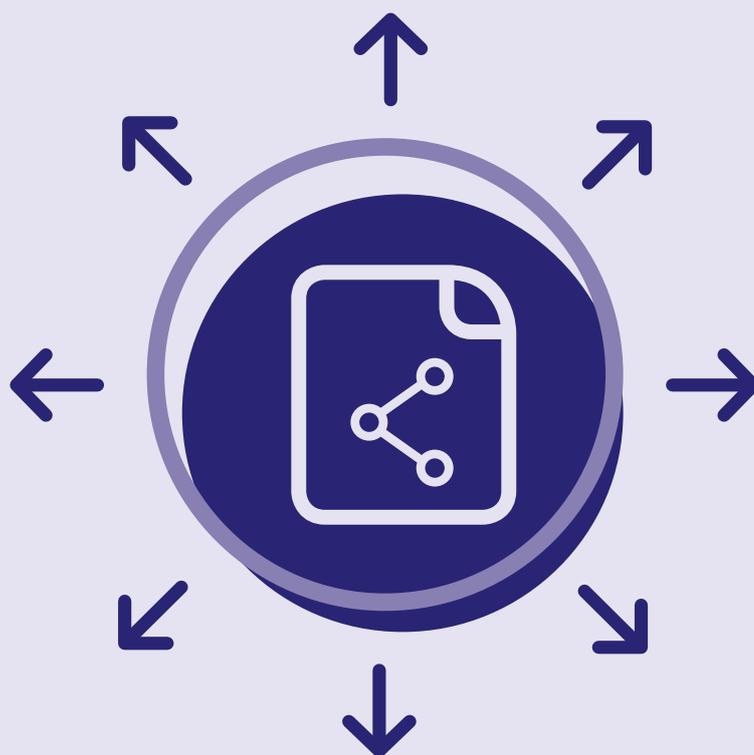
- national , la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques détermine ce qu'est le secret statistique, ses limites et ses conditions d'application. La loi traite précisément de l'obligation et du secret statistique ;
- européen, la confidentialité des informations statistiques est affirmée par l'article 338 du traité de l'Union. Le secret statistique fait l'objet du chapitre V du règlement n° 223/2009 modifié et du règlement d'application n° 557/2013 en ce qui concerne l'accès aux données confidentielles à des fins statistiques.

Définition du secret statistique

Le recours aux outils cartographiques n'est cependant pas une fin en soi. Même si l'outil cartographique permet de mettre en coprésence différentes sources de données, de visualiser plus clairement un ensemble de données territorialisées et d'animer les échanges pendant la construction du diagnostic, ceci ne constitue pas à proprement parler un diagnostic au sens plein ou fort. Le diagnostic est toujours le fait de l'interprète et du contrôle que celui-ci opère sur les matériaux à disposition et les outils qu'il utilise (cf. point clé 9). Les cartes n'apportent pas de réponses « toutes faites », même si elles peuvent synthétiser l'information et faciliter sa compréhension. La coprésence n'est pas la causalité, ni même la corrélation statistique. La mise en coprésence de données oblige à expliciter les hypothèses sur ce qui relie ces données, et qui participent à leur construction et compréhension. Ces cartes demandent à être qualifiées et commentées par le biais de connaissances complémentaires (discipline scientifique, expertise professionnelle, expérience économique et sociale, savoirs locaux). Elles doivent s'inscrire dans un raisonnement, qu'elles viennent soutenir. Elles ne y substituent pas. Elles aident les acteurs à mieux se représenter l'ancrage territorial des phénomènes et à en interroger les raisons, les limites, les ressources et les problèmes du point de vue de l'action en faveur de la prévention. Dans certains cas, la visualisation des données par des moyens plus classiques comme des tableaux ou graphiques (voir point clé suivant) reste plus pertinente. Notamment si l'indicateur choisi comporte un grand nombre de modalités, comme par exemple une arborescence de la NAF en classe (615 modalités) ou sous-classe (732 modalités), qui seront difficilement affichables de manière cartographique et pour lesquelles il faudra privilégier un autre type de représentation.



PARTAGER LE DIAGNOSTIC



EN SYNTHÈSE

OBJECTIFS-CLÉS

9 Publier le diagnostic

10 Ouvrir les données

ENJEUX

Rendre compte et valoriser le travail accompli

Favoriser l'appropriation du diagnostic

LIVRABLES

Diagnostic territorial partagé, synthèse, infographies

Fichiers tabloïdes normalisés, réutilisables par une machine et documentations



POINT CLÉ 9

Publier le diagnostic

Le neuvième point clé consiste à publier le diagnostic pour rendre compte et valoriser le travail accompli. Autrement dit, le partage du diagnostic territorial plus largement qu'aux seuls représentants des organismes précités qui participent au pilotage de l'action et permettre son appropriation par différents publics (dirigeants d'entreprises, salariés, représentants de salariés, syndicats, acteurs de la prévention collectivités, médias, citoyens), de façon à partager des repères sur les caractéristiques du territoire en santé au travail et les orientations poursuivies par les politiques régionales en la matière.

Souvent très riches en contenu informationnel, les diagnostics sont parfois difficilement appropriables pour des publics intéressés par le sujet mais qui ne sont pas spécialistes en données et pas toujours à l'aise dans l'interprétation des chiffres, tableaux et graphiques publiés. Pour faciliter son appropriation, et éviter l'écueil d'une publication aride et volumineuse, **il convient de prendre soin de l'éditorialisation de son contenu, et aussi de faire œuvre de pédagogie.**

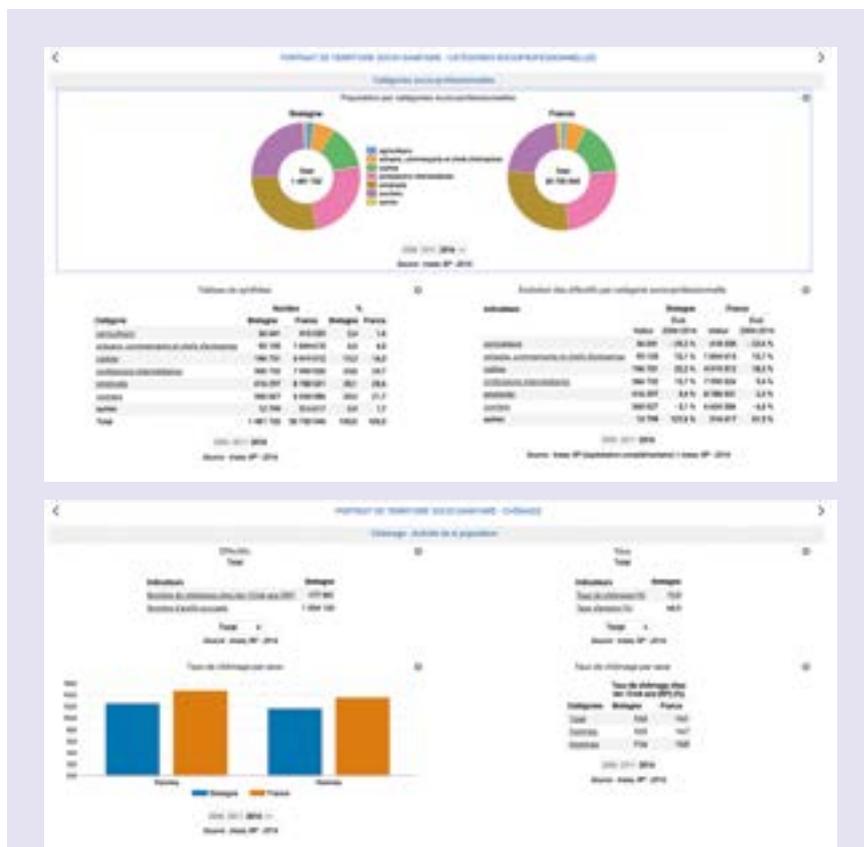
Le diagnostic doit ainsi être structuré par **chapitres** pour baliser la lecture et faciliter la compréhension à travers des entrées problématiques, thématiques ou territoriales (exemple des focus Zones d'Emploi à l'instar de ce que proposent déjà différentes régions).

Il s'agit également d'accompagner la publication du diagnostic intégral d'une **synthèse**, de façon à faciliter d'une part son appropriation en première lecture, et de donner la possibilité d'exploiter un document plus complet et plus fouillé, d'autre part.

Un point important consiste à ne pas livrer des résultats chiffrés accompagnés seulement de guides de lecture et de commentaires descriptifs, mais de fournir aussi des **interprétations** de résultats et d'incarner les chiffres par des exemples de situations concrètes qu'ils permettent de mettre en perspective. Le recours à des infographies ou des datavisualisations peut être utile pour synthétiser l'information et délivrer des messages clés et soutenir visuellement l'expression des enjeux.

Une **infographie** est une représentation visuelle d'informations et de données. Elle peut combiner du texte, des images, des diagrammes, voire des vidéos. Elle permet de suivre une histoire, souvent complexe, à travers différentes étapes.

Une **datavisualisation** est une visualisation de données par un ensemble de représentations graphiques en deux ou trois dimensions, utilisant ou non des couleurs et des trames.



Ici est présenté un exemple d'éléments de portrait de territoire réalisé sur Sirsé montrant une comparaison entre la région Bretagne et la France sur deux indicateurs : les catégories socio-professionnelles et le chômage.

Exemple de datavisualisation

S'il peut être rédigé et publié sous différents formats, le recours aux outils de cartographie statistique peut également être une voie opportune pour publier des éléments de diagnostic, et permettre leur appréhension à différentes échelles. Ils peuvent également faciliter la construction automatisée de portraits de territoires, l'établissement de comparaisons entre différentes zones géographiques.

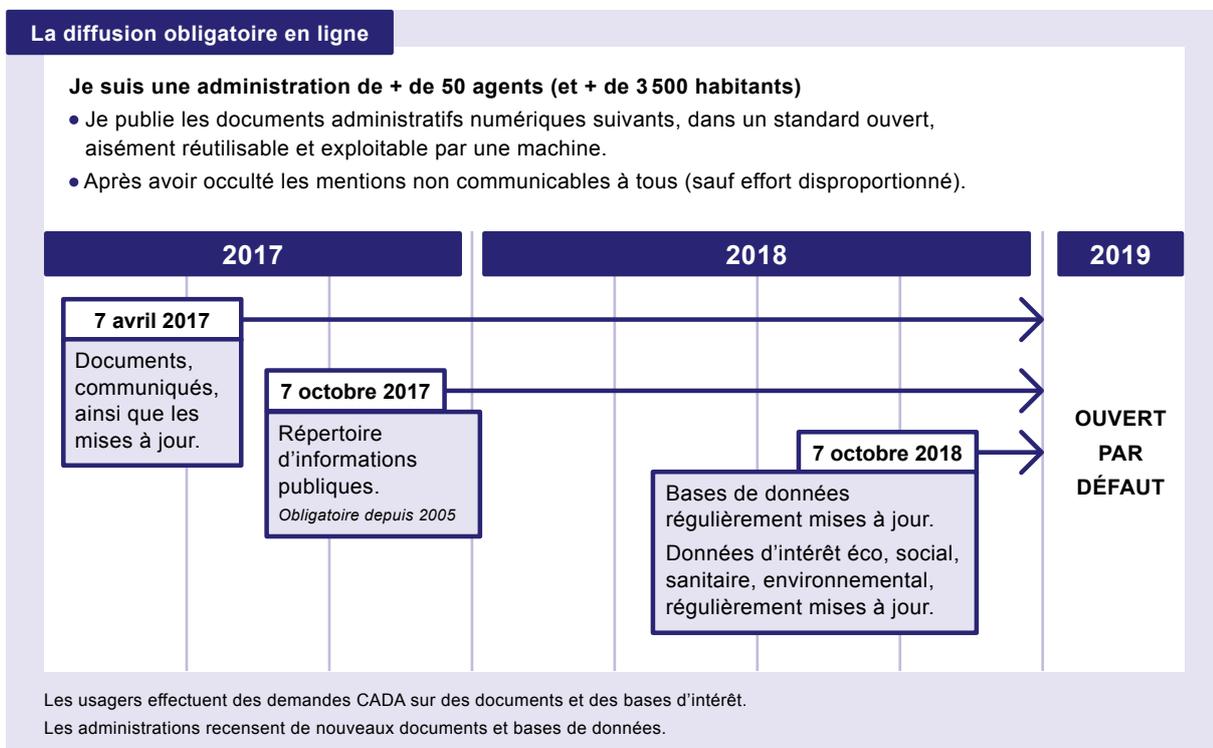
Le diagnostic ne doit pas simplement permettre de disposer d'une « photographie » du territoire à un moment donné. Il doit aussi permettre de raconter une histoire, de s'inscrire dans une histoire, notamment celle de l'évolution de la santé au travail sur le territoire. Ce travail de mise en récit est nécessaire pour contextualiser les éléments délivrés et construire une connaissance. Il doit s'appliquer à l'ensemble du diagnostic, et aux parties qui le composent. Il doit permettre de faire le lien entre les connaissances acquises et les actions entreprises ou envisagées au regard des enjeux identifiés.

Plus globalement, la publication du diagnostic doit expliciter la dynamique de l'action, et rendre accessibles et réutilisables tant ses résultats, que les questions qui l'ont guidée, les hypothèses poursuivies, les méthodes employées ainsi que les données mobilisées pour ce faire.

POINT CLÉ 10

Ouvrir les données

Le dixième et dernier point clé consiste à ouvrir les données mobilisées dans le diagnostic pour permettre leur réutilisation par des acteurs tiers, et ainsi soutenir à la fois la transparence de l'action publique, la coopération institutionnelle et la participation citoyenne au service du développement de la santé au travail. Il s'agit, dans le respect des secrets légaux, des données personnelles, du droit de propriété intellectuelle, et conformément à la loi pour une République numérique d'octobre 2016 qui encadre et promeut l'open data par défaut¹⁵, de mettre les données utilisées à disposition du public pour que celles-ci puissent être réutilisées par d'autres acteurs et dans d'autres cadres que le diagnostic territorial porté par le CROCT.



Diapositive issue du Sprint Opendata organisé par Etalab (2018)

¹⁵ Et notamment aux décrets suivants : décret n° 2016-1922 du 28/12/2016 et décret n° 2017-638 du 27/04/2017



Cette ouverture permet de soutenir l'innovation ouverte, le développement de nouveaux services, l'amélioration des politiques publiques et sociales, des stratégies économiques et industrielles ou encore le développement de la recherche et l'acculturation des acteurs aux pratiques promues par les directives européennes¹⁶ qui encadrent et soutiennent le développement économique inclusif.

Concrètement, cela se traduit par la **publication des documents administratifs** relatifs à la réalisation du diagnostic, et plus spécifiquement encore par la publication de fichiers tabloïdes qui permettent l'exploitation par une machine des données qu'ils contiennent. Des standards de qualité d'ouverture ont été élaborés par les spécialistes en la matière, ainsi qu'une liste de dix critères qui peuvent servir de points de repère. Ainsi, pour une ouverture d'excellence, les données publiées doivent être : complètes, primaires, opportunes, accessibles, exploitables, non-discriminatoires, non-proprétaires, libres de droits, permanentes, et gratuites. Les métadonnées, qui qualifient les données, doivent également être publiées pour permettre la bonne compréhension des données ouvertes.

L'ouverture des données impose **d'apposer une licence fixant les conditions dans lesquelles ces données pourront être copiées, diffusées, réutilisées librement**. Les contextes juridiques variant d'un pays à un autre, diverses licences sont aujourd'hui utilisées à travers le monde. En France, la mission Etalab¹⁷ (service du Premier ministre) a créé une licence qu'il convient d'utiliser notamment pour des publications sur le portail dédié à la politique d'ouverture des données (www.data.gouv.fr) : la licence ouverte (LO). Mais il est également possible d'utiliser la licence Open Data base Licence (ODbL), promue par l'Open Knowledge Fondation et retenue par l'État pour encadrer l'ouverture des données par des acteurs publics.

Pour mettre en œuvre l'ouverture des données, et réaliser le travail préparatoire qu'elle suppose, le groupe de pilotage du diagnostic peut s'appuyer sur les services de l'État déjà engagés en la matière au niveau national comme au niveau régional. Par exemple, la région Occitanie dispose d'un laboratoire de valorisation des données publiques¹⁸ et d'un réseau d'experts susceptibles de soutenir le groupe de pilotage du diagnostic dans cette démarche, à travers des accompagnements techniques, juridiques, organisationnels et communicationnels. L'Occitanie dispose également d'un portail régional dédié à l'ouverture des données¹⁹, susceptible de valoriser les données ouvertes dans le cadre de l'action de diagnostic territorial en santé au travail. Des initiatives similaires sont portées par d'autres collectivités territoriales et d'autres services déconcentrés de l'État, permettant de valoriser les données à travers ce type de démarche et de les publier sur des portails ad hoc. L'association Opendata²⁰ locale est au service des collectivités sur le thème de l'ouverture des données. Elle peut être un point d'appui tout à fait intéressant pour faciliter les contacts pour l'accompagnement de projet.

¹⁶ Voir la directive Public Sector Information, <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2019/1024/oj?locale=fr>

¹⁷ <https://www.etalab.gouv.fr/>

¹⁸ <http://www.opendatalab.fr/>

¹⁹ <https://data.laregion.fr/pages/accueil/>

²⁰ www.opendatalocale.fr



Capture d'écran issue du site internet <http://www.opendatalab.fr>



CONCLUSION

Du diagnostic territorial
aux projets territoriaux
de santé au travail

Construire des diagnostics territoriaux partagés et améliorer leur qualité n'est pas une fin en soi. Il ne s'agit pas de savoir pour savoir, ni juste de déterminer des zones problématiques sur le plan de la santé au travail mais bien d'identifier et de déterminer des territoires d'action, de stimuler la mobilisation des acteurs et de donner des repères pour développer ou déployer des stratégies en matière de prévention.

Si de grandes orientations régionales peuvent être établies pour structurer les politiques de prévention ou de promotion de la santé au travail, et que des actions peuvent être conduites et des partenariats être noués à cette échelle, il s'agit aussi de décliner ces orientations politiques et de les articuler aux contextes locaux. Plus encore, ces orientations, et les capacités de diagnostic sur lesquelles elles s'appuient, doivent pouvoir stimuler, soutenir, équiper des projets infrarégionaux de santé au travail et participer à la construction de projets locaux.

Entre le niveau macro de la région et le niveau micro de l'entreprise, les territoires ou les localités constituent un niveau méso qu'il convient de mieux investiguer et investir pour identifier des leviers et des relais de la prévention des risques professionnels et du développement de la santé au travail. C'est à la fois la spécificité et la normativité des territoires et des localités qu'il convient de mieux appréhender pour progresser. Car si les phénomènes de santé au travail ne sont a priori pas géographiques et ne sauraient en dépendre exclusivement, ils ne sauraient toutefois être hors-sol ou bien même être bornés aux portes des entreprises.

Quand bien même ceux-ci constituent historiquement l'espace habituel de la prévention et que l'appartenance sectorielle caractérise une certaine empreinte culturelle relative à l'organisation du travail et aux métiers qui s'y rattachent, les territoires et les localités ne constituent pas un simple décor dans lequel se dérouleraient les drames du travail. Ils sont au contraire des acteurs à part entière, avec des dynamiques de développement qui leur sont propres et qui peuvent peser sur la structuration et la qualité des tissus productifs. C'est du moins dans cette perspective que ce guide a été rédigé. Et c'est en ce sens qu'il cherche à ouvrir la voie à des approches plus territorialisées des enjeux de santé au travail.

Ainsi que le démontre remarquablement Jérôme Denis dans son ouvrage sur le travail invisible des données, à l'heure de l'orientation et de la décision, les données apparaissent comme une infrastructure à haute valeur ajoutée pour les partenaires car elles leur permettent de disposer de points d'appui conventionnels pour décrire des phénomènes, caractériser les enjeux de l'action et d'en discuter dans un espace normalisé. Souvent naturalisées, et parfois fétichisées, les données portent mal leur nom. Elles ne sont pas données. Elles sont obtenues. Obtenues par un long travail d'écriture et de mise en forme, de négociation, qui reste bien souvent invisible et sans peu de valeur dans l'ordinaire du fonctionnement des institutions. La reconnaissance de la valeur du travail invisible des données constitue sans doute un levier d'amélioration de la qualité des diagnostics territoriaux en santé au travail, car ce travail des données est toujours situé, et les données sont toujours des données métiers plus ou moins directement rattachées à des préoccupations et des ancrages organisationnels. Contribuer à faciliter ce travail des données pour la production des diagnostics territoriaux en santé au travail, concourir à sa reconnaissance dans l'établissement des instruments d'orientation des politiques de prévention constitue l'esprit dans lequel ce guide a été rédigé.

GLOSSAIRE

- ACACIA** • Analyse Collective des besoins – diagnostic territorial
- AGEFIPH** • Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
- ALD** • Affections de Longue Durée
- ANACT** • Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- ARACT** • Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- ARS** • Agence Régionale de Santé
- CARSAT** • Caisses d'Assurance Retraite et Santé au Travail
- CCPP** • Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle
- CMIST** • Centre Médical Interentreprises de Santé au Travail
- CNAMTS** • Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNRACL** • Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
- CPAM** • Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CREAI** • Centre Régional d'Étude et d'Action pour l'Insertion
- CROCT** • Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail
- DARES** • Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
- DGT** • Direction Générale du Travail
- DIRECCTE** • Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
- DOETH** • Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés
- EVREST** • Évolutions et Relations en Santé au Travail
- GIS ATLAST** • Groupement d'Intérêt Scientifique - Âges, Territoires, Liens et Agencements en Santé-Travail
- GPRO** • Groupe Permanent Régional d'Orientation
- GT** • Groupe de Travail
- INSEE** • Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IRIS** • Ilôts Regroupés pour l'Information Statistique
- LO** • Licence Ouverte
- MCE** • Maladies Chroniques Évolutives
- MCP** • Maladies à Caractère Professionnel
- MSA** • Mutualité Sociale Agricole
- NAF** • Nomenclature d'Activité Française
- ODbL** • Open Data base Licence
- OPPBTP** • Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
- ORS** • Observatoire Régional de la Santé
- ORSMIP** • Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées
- PRITH** • Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
- PRST** • Plan Régional Santé Travail
- PST** • Plan Santé Travail
- RNV3P** • Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
- SESE** • Service Études-Statistiques-Évaluation
- SIG** • Systèmes d'Information Géographique
- SUMER** • Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels
- SPF** • Santé Publique France
- SSTI** • Services de Santé au Travail Interentreprises
- TMS** • Troubles Musculo-Squelettiques
- VP** • Vice-Président
- ZE** • Zone d'Emploi

BIBLIOGRAPHIE

- **Amat-Roze J-M, 2011**, *La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat*, Hérodote, N°143, pp 13-50.
- **Bonin M., Thinon P., Caron P., Cheylan JP., Clouet Y., 2001**, *Territoire, zonage et modélisation graphique : recherche-action et apprentissage*, Géocarrefour n°76-3, pp. 241-252.
- **Brugière A, Nepote C, Janvier 2011**, *Guide pratique de l'ouverture des données publiques territoriales*, Version de travail n°1, Fing, 66 p.
- **CNIL, CADA, 2019**, *Guide pratique de la publication et de la réutilisation des données publiques « open data »*. <https://www.cnil.fr/fr/open-data-la-cnil-et-la-cada-publient-un-guide-pratique-de-la-publication-en-ligne-et-de-la>
- **DARES, 2010**, *Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources*, Collection des études régionales, Numéro 1 ; 149 p.
- **DARES, 2011**, *Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : de la commande à la production de connaissances, enjeux et conditions de réussite*, Collection des études régionales, Numéro 2 ; 140 p.
- **Denis J., 2018**, *Le travail invisible des données. Éléments pour une sociologie des infrastructures scripturales*, Paris, Presses des Mines.
- **Desrosières A., 1994**, *Le territoire et la localité : deux langages statistiques*, Politix n°25, pp.46-58.
- **EN3S (École des dirigeants de la protection sociale), 2015-2016**, *L'Open data en matière de données administratives de protection sociale*, Recherche action – Rapport final, 67 p.
- **ETALAB, 2020**, *Les guides – L'open data*, <https://guides.etalab.gouv.fr/juridique/opendata/>
- **Fleuret S, Thorez J-P, 2007**, *Géographie de la santé – Un panorama*, Economica, Collection Anthropos, 302 p.
- **Goeta S., 2019**, *Comment améliorer les cartographies de données ? Enseignements d'un atelier sur les données de santé au travail*, Reuses, www.data.gouv.fr
- **INSEE, 2018**, *Guide de sémiologie cartographique*, Direction de la diffusion et de l'action régionale.
- **Rican S, Vaillant Z, 2009**, *Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Commentaire*, in Sciences sociales et santé, vol. 27(1), pp 33-42.
- **Vignerot E, 2002**, *Pour une approche territoriale de la santé*, Paris, L'Aube-Datar, 285 p.
- **Volkoff S, Gilles M, 2012**, *Pourquoi tant de chiffres ? Tension autour de la quantification de la santé au travail en entreprises*, in Courtet C., Gollac M., Risques du travail, la santé négociée ?, Paris, La Découverte.

Liste d'indicateurs socles définis au niveau national

A minima, les états des lieux statistiques doivent pouvoir s'établir à partir des sources suivantes.

SOURCES	ÉCHELLE					
	National	Régions	Départements	Zones d'Emploi	SST	Communes
INSEE	●	●	●	●	●	●
DARES (SUMER)	●	●				
CNAMTS	●	●	●	●	●	●
CCSMA	●	●	●	●	●	●
RNV3P	●	●	●	●	●	●
SST	●	●	●	●	●	●
SPF	●	●	●	●	●	●

● Exploitable ● Vérifier l'exploitabilité ● Exploitabilité partielle

La liste socle d'indicateurs recommandés peut être organisée selon trois chapitres :

→ données de contexte → données de sinistralité → données de santé au travail.

Les tableaux ci-dessous précisent les indicateurs attendus.

→ 1. Données de contexte

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
POPULATION									
Densité population	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Densité population active	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							

→ 1. Données de contexte

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
Taux d'emploi	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
SANTÉ									
Espérance de vie	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité toutes causes	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité par tumeurs	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité des maladies de l'appareil circulatoire	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité des maladies de l'appareil respiratoire	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité causes externes	Homme								
	Femme								
Taux de mortalité autres causes	Homme								
	Femme								
ÉTABLISSEMENTS									
Nombre d'entreprises									
NAF 21	0 - 9 salariés								
	0 - 9 salariés								
	10 - 19 salariés								
	20 - 49 salariés								
	50 - 99 salariés								
	100 - 299 salariés								
	300 - 499 salariés								
	500 et plus								
SALARIÉS									
Effectif salarié									
Salarié	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
PCS	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
NAF	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Type de contrat (CDD/CDI)	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Temps de travail (complet, partiel)	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Effectif non salarié									
Non salarié	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							

→ 2. Données de sinistralité

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
ACCIDENTS DU TRAVAIL									
Nombre d'AT en 1 ^{re} indemnisation	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Incapacités Permanentes (IC)	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Journées perdues	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Coût des arrêts (IJ)	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Indice de fréquence	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Taux de fréquence	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Taux de gravité	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Indice de gravité	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Indice de fréquence	<i>Homme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
	<i>Femme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
Taux de fréquence	<i>Homme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
	<i>Femme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							

→ 2. Données de sinistralité

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
Taux de gravité	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Indice de gravité	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
CARACTÉRISATION DES VICTIMES									
Nombre d'AT en 1 ^{re} indemnisation	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
Nombre d'AT en 1 ^{re} indemnisation	NAF 21	0 - 9 salariés							
		10 - 19 salariés							
		20 - 49 salariés							
		50 - 99 salariés							
		100 - 299 salariés							
		300 - 499 salariés							
		500 et plus							

→ 2. Données de sinistralité

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
Nombre d'AT en 1 ^{re} indemnisation	NAF 21	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
MALADIES PROFESSIONNELLES									
Nombre de MP en 1 ^{re} indemnisation	<i>Homme</i>	<i>NAF 38</i>							
	<i>Femme</i>	<i>NAF 38</i>							
Nombre de MP en 1 ^{re} indemnisation	NAF 21	<i>0 - 9 salariés</i>							
		<i>10 - 19 salariés</i>							
		<i>20 - 49 salariés</i>							
		<i>50 - 99 salariés</i>							
		<i>100 - 299 salariés</i>							
		<i>300 - 499 salariés</i>							
		<i>500 et plus</i>							
Incapacités Permanentés (IC)	<i>Homme</i>	<i>NAF 38</i>							
	<i>Femme</i>	<i>NAF 38</i>							
Journées d'arrêt	<i>Homme</i>	<i>NAF 38</i>							
	<i>Femme</i>	<i>NAF 38</i>							

→ 3. Données de santé au travail

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
SUMER									
Contraintes de temps de travail	Nb de salariés exposés	NAF 38							
	Taux d'exposition	NAF 38							
Contraintes de rythme de travail	Nb de salariés exposés	NAF 38							
	Taux d'exposition	NAF 38							
Contraintes et ambiances physiques	Nb de salariés exposés	NAF 38							
	Taux d'exposition	NAF 38							
Agents chimiques	Nb de salariés exposés	NAF 38							
	Taux d'exposition	NAF 38							
Agents biologiques	Nb de salariés exposés	NAF 38							
	Taux d'exposition	NAF 38							
MCP									
Taux de signalement	Homme								
	Femme								
Pathologie enregistrée	Homme								
	Femme								
EVREST									
Nombre de plaintes neuropsychiques	Homme								
	Femme								
Nombre de plaintes rachidiennes	Homme								
	Femme								
Nombre de plaintes psychosociales	Homme								
	Femme								
Nombre de plaintes posturales	Homme								
	Femme								
RNV3P									
Nombre de salariés vus en consultation	Homme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							
	Femme	Moins de 20 ans							
		20 - 29 ans							
		30 - 39 ans							
		40 - 49 ans							
		50 - 59 ans							
		60 ans et plus							

→ 3. Données de santé au travail

			ZONES D'EMPLOI			DÉPARTEMENTS			RÉGION (Total)
			ZE A	ZE B	...	Dépt X	Dépt Y	...	
Pathologies enregistrées	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
SST									
Nombre de salariés suivis	<i>Homme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
	<i>Femme</i>	<i>Moins de 20 ans</i>							
		<i>20 - 29 ans</i>							
		<i>30 - 39 ans</i>							
		<i>40 - 49 ans</i>							
		<i>50 - 59 ans</i>							
		<i>60 ans et plus</i>							
Nombre d'entreprises adhérentes	NAF 21	<i>0 - 9 salariés</i>							
		<i>10 - 19 salariés</i>							
		<i>20 - 49 salariés</i>							
		<i>50 - 99 salariés</i>							
		<i>100 - 299 salariés</i>							
		<i>300 - 499 salariés</i>							
		<i>500 et plus</i>							
Pathologies enregistrées	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							
Nombre d'inaptitudes	<i>Homme</i>	NAF 38							
	<i>Femme</i>	NAF 38							



**Diagnostic territorial partagé
en santé au travail**

LE GUIDE MÉTHODOLOGIQUE



Plan **santé**
au travail
2016-2020



Ce guide méthodologique et sa synthèse « Les 10 points clés »
sont téléchargeables sur le site de l'ANACT

www.anact.fr/diagnostic-territorial-partage-en-sante-au-travail