



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

Liberté
Égalité
Fraternité



Diagnostic territorial partagé en santé au travail

LES 10 POINTS CLÉS



Plan santé
au travail
2016-2020



SOMMAIRE

INTRODUCTION

3



CADRER L'ACTION

POINT CLÉ 1

Contextualiser le diagnostic

4

POINT CLÉ 2

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

5



ANIMER LE PROCESSUS

POINT CLÉ 3

Dynamiser la contribution active des partenaires dans la durée

6

POINT CLÉ 4

Coordonner l'interdisciplinarité pour faciliter la réalisation du diagnostic

7



REGROUPER LES DONNÉES

POINT CLÉ 5

Identifier les sources de données

8

POINT CLÉ 6

Mobiliser l'expertise des fournisseurs et des réutilisateurs de données

9



EXPLOITER LES DONNÉES

POINT CLÉ 7

Organiser l'exploitation thématique

10

POINT CLÉ 8

Organiser l'exploitation géographique

11



PARTAGER LE DIAGNOSTIC

POINT CLÉ 9

Publier le diagnostic

12

POINT CLÉ 10

Ouvrir les données

13

CONCLUSION

14

INTRODUCTION

La question des diagnostics territoriaux en santé au travail n'est pas nouvelle. Des pratiques sont à l'œuvre depuis plusieurs années pour caractériser les enjeux de prévention des risques professionnels à l'échelle régionale dans le cadre des Plans Régionaux en Santé au Travail (PRST)¹.

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, de spécifier les contextes d'action et d'identifier des leviers pour améliorer la prévention. Techniquement, il consiste à regrouper des indicateurs quantitatifs et qualitatifs 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, 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.

Sa réalisation effective suppose de mobiliser et d'animer :

- d'une part, un **groupe de pilotage** transversal qui assure la validation des orientations stratégiques en articulation avec le Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT), mais aussi le fonctionnement et le suivi du projet. Ce groupe peut être composé par les Vice-Présidents du Groupe Permanent Régional d'Orientation (GPRO) du CROCT, de représentants de l'État, d'organismes en charge de la sécurité sociale, de la santé et de la prévention, et de personnalités qualifiées chargées d'encadrer l'action de diagnostic territorial ;
- d'autre part, un **groupe technique** qui assure l'animation du projet, et la réalisation opérationnelle des livrables techniques (ex : état des lieux statistique). Ce groupe peut être composé de professionnels des services de l'État, des organismes en charge de la sécurité sociale et de la prévention (CARSAT, ARACT, SSTI...), d'observatoires de santé (ex : ORS), d'universitaires impliqués dans l'action.

Sa réalisation peut également donner lieu à l'animation de groupes thématiques ou de groupes territoriaux spécifiques, au regard des objectifs que se fixe le groupe de pilotage et de l'expression de la demande sociale.

In fine, ce processus se traduit par la production et la publication d'un ensemble de documents, alliant des écrits (sous format traitement de texte ou pdf), des tableaux de données (sous format tableur), mais aussi des illustrations, des datavisualisations, des cartes (sous format images ou interface de cartographie interactive).

Exprimés de façon synthétique, les 10 points clés ci-dessous donnent des repères pour baliser le travail à mettre en œuvre et structurer le processus de diagnostic territorial partagé en santé au travail. Ce document s'adresse prioritairement aux Comités Régionaux d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT) et aux acteurs institutionnels et techniques en charge de l'établissement d'un diagnostic territorial partagé (DIRECCTE, CARSAT, ARACT, etc.). Plus largement, il peut aussi intéresser les acteurs engagés dans des démarches de prévention en santé au travail (entreprises, médecins du travail, préventeur, universitaires, etc.).

¹ Voir les publications de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) de 2010 et 2011 sur les études locales en santé et conditions de travail (liste dans la bibliographie).

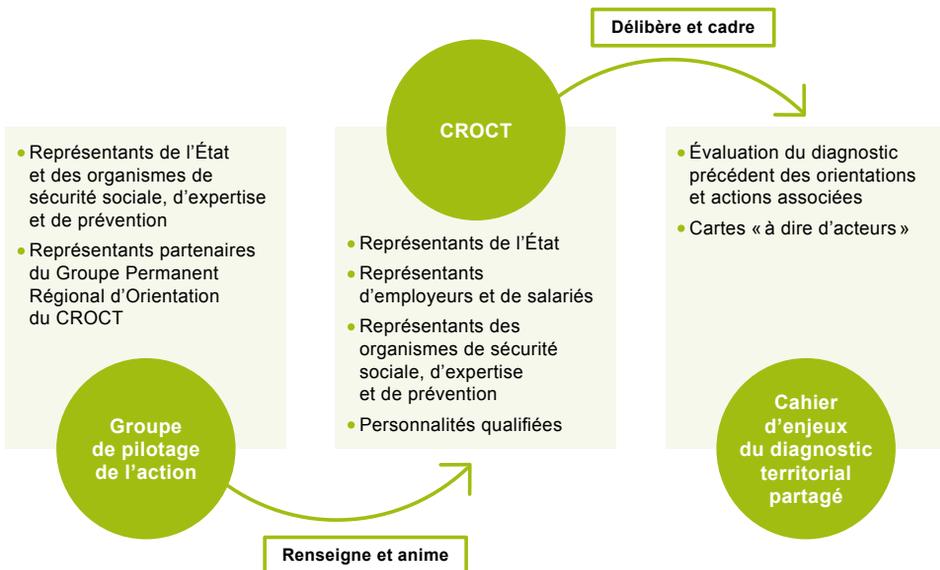
Contextualiser le diagnostic



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. 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 (Comités Régionaux d'Orientation des Conditions de Travail) de définir et de formuler les grands enjeux du diagnostic territorial, à travers un travail de concertation responsabilisant et solidarisant les partenaires. Il s'agit de procéder au cadrage de la réalisation du diagnostic à venir sur la base de l'évaluation du diagnostic territorial précédent, des actions conduites (ou non) dans le cadre du PRST, des connaissances et expériences de terrain, et des orientations nationales données au Plan Santé au Travail.

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.



ENJEU

- Renforcer la démocratie sociale à l'échelle des territoires



LIVRABLE

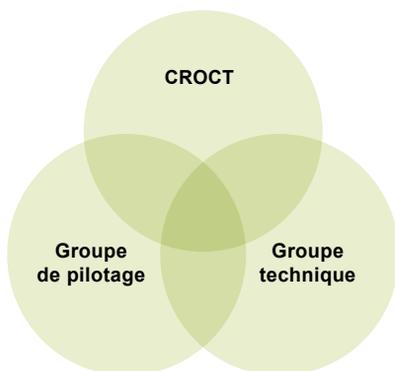
- Cahier d'enjeux partagés

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. Le CROCT doit 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 partenaire ou par un prestataire externe.

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.

L'état des lieux statistique s'appuie sur des éléments chiffrés, qui sont analysés à différentes échelles géographiques, et commentés. Il s'agit d'une production technique. Le diagnostic territorial partagé, quant à lui, encadre autant qu'il s'appuie sur cet état des lieux statistique, mais il ne s'y réduit pas. Il renvoie au travail collectif d'interprétation des éléments chiffrés, qui peut aussi s'adosser à l'expérience des acteurs engagés dans la concertation, et constitue une lecture politique de la situation.



Pour cela, il faut s'appuyer sur le cahier d'enjeux préalablement réalisé (point clé 1) et remobiliser les éléments produits dans le diagnostic précédent en partant 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 : 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.



ENJEU

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



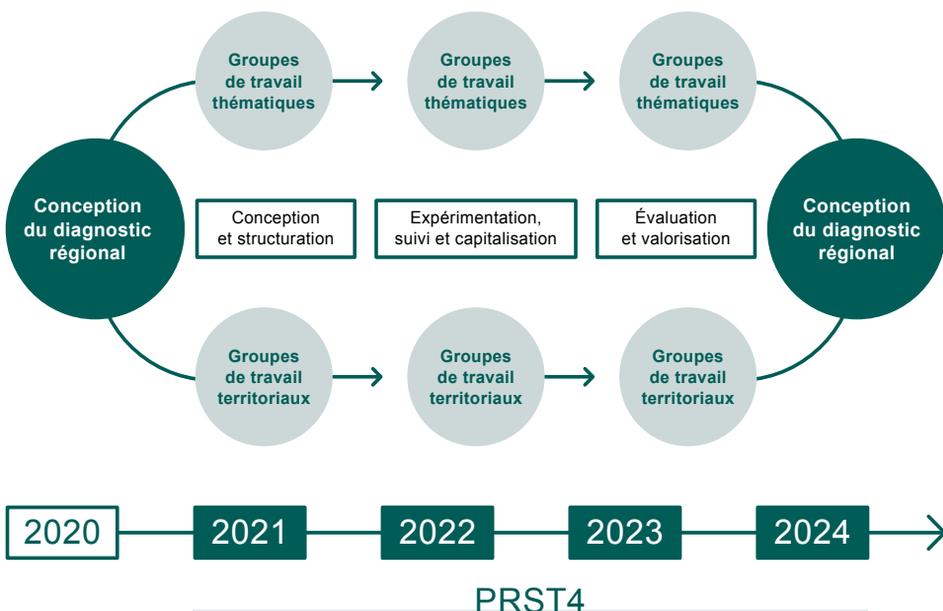
LIVRABLE

- Cahier des charges de l'état des lieux statistique



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.



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.



ENJEU

- Engager les partenaires dans un travail collectif



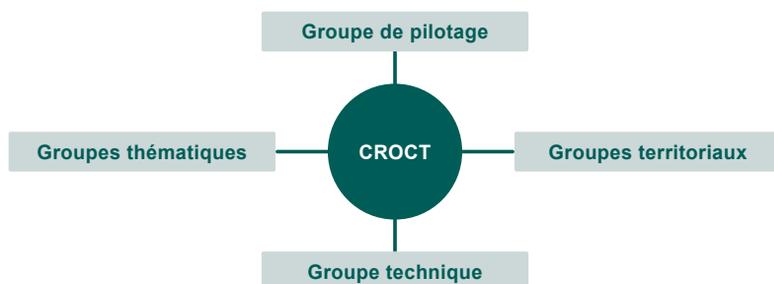
LIVRABLE

- Cahier de contributions

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.

Ces partenaires peuvent participer au groupe technique 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.



L'interdisciplinarité des personnes compétentes 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.

Pour la réalisation même du diagnostic, une articulation en allers-retours, entre le groupe de pilotage et le groupe technique, a vocation à être mise en place puis à être reproduite lors des différentes explorations dans des groupes de travail thématiques (voir point clé 7). 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.).



ENJEU

- Combiner les compétences et partager les repères



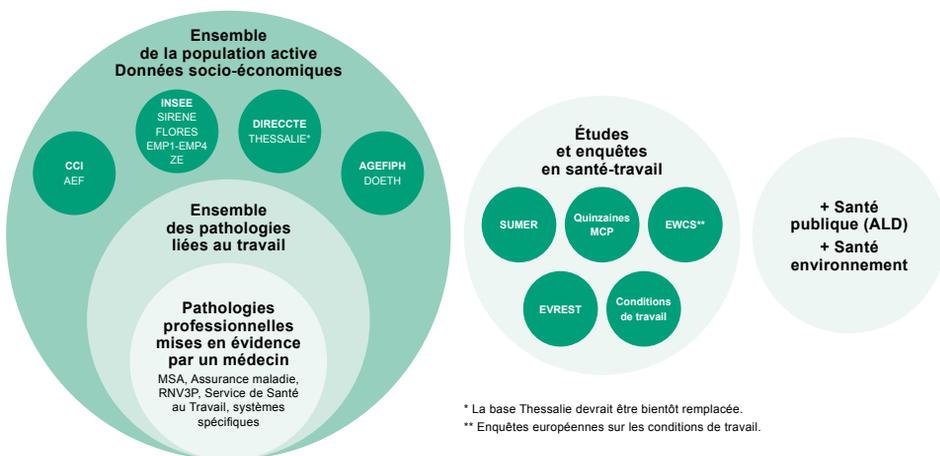
LIVRABLE

- Espace collaboratif et base documentaire



Identifier les sources de données

Le cinquième point clé consiste à identifier les sources de données existantes et 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 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 avec l'ensemble du groupe de pilotage. 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).

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. À l'image de la cartographie des bases diffusée par l'Anses² et de celle réalisée par la région Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre du PRST³, un recensement de l'ensemble des bases de données disponibles à l'échelle régionale est nécessaire.

² 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/>

³ <http://auvergne-rhone-alpes.directe.gouv.fr/Repertoire-des-bases-de-donnees-sur-la-sante-au-travail>



ENJEU

• Spécifier les ressources



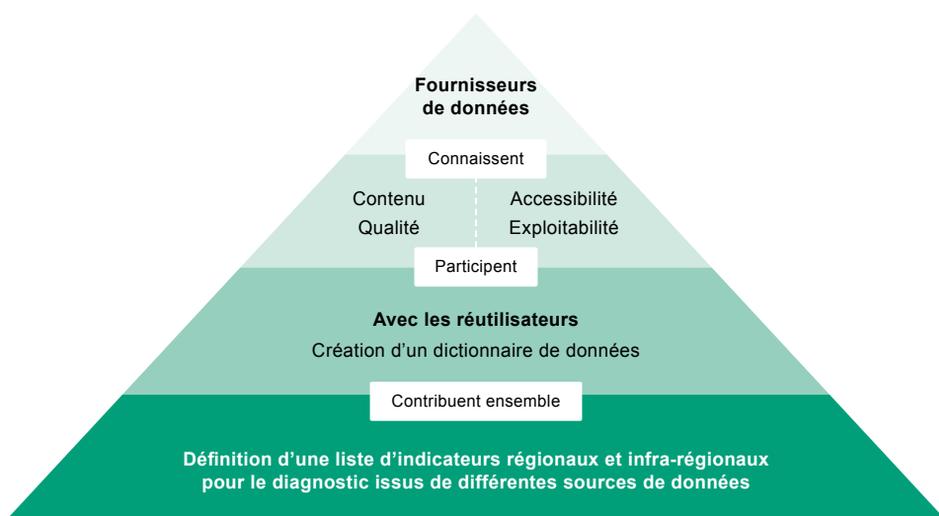
LIVRABLE

• Inventaire des bases de données

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.



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.



ENJEU

- Préciser les variables et les indicateurs



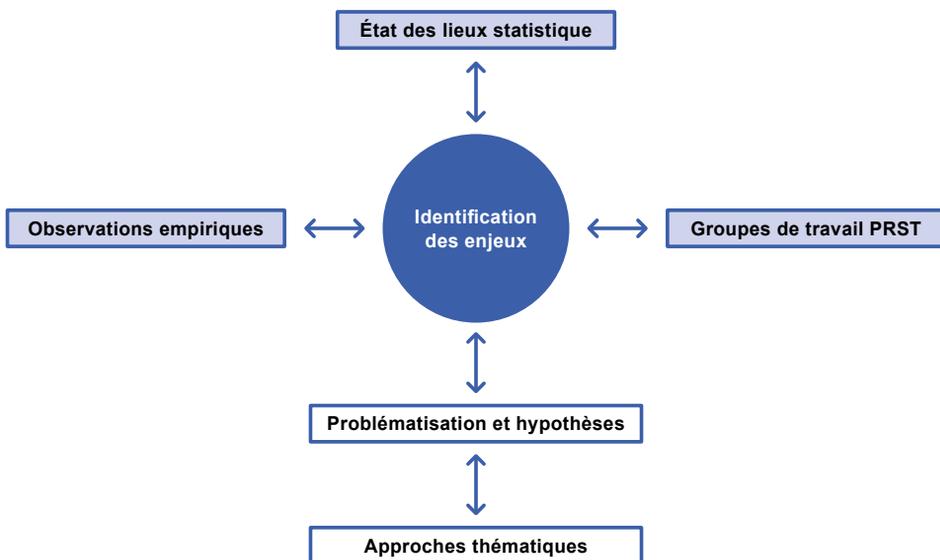
LIVRABLE

- Liste d'indicateurs et dictionnaire des données

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.



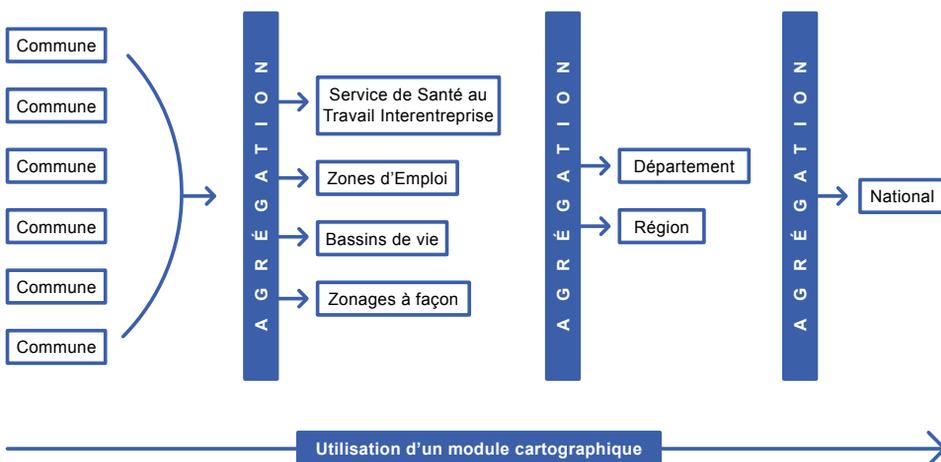
Aujourd'hui, l'approche classique du diagnostic met en présence des données de contexte (socio-économiques, population active), des données de sinistralité (accidents du travail, maladies professionnelles), des données de risques, d'exposition et conditions de travail (enquête MCP, EVREST, SUMER), des données sur la désinsertion professionnelle et parfois des données générales de santé. Trois moyens existent pour identifier des thématiques d'intérêts pouvant venir enrichir le diagnostic territorial classique, en partant :

- de l'état des lieux statistique (exemple : focus sur un secteur d'activité particulièrement accidentogène) ;
- d'une question empirique (exemple : question des travailleurs handicapés, risques psycho-sociaux) ;
- d'autres actions conduites dans le cadre du PRST (exemples : amiante, prévention dans les TPE-PME, désinsertion professionnelle, maintien en emploi).

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.

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 recourir aux représentations cartographiques afin d'analyser et rendre compte des phénomènes. Autrement dit, 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.



Quel que soit le périmètre d'observation retenu, la collecte des données doit être réalisée à l'échelle la plus fine possible. Partir de données les plus désagrégées possible, tout en respectant les règles de confidentialité requises associées aux secrets légaux, est une condition de reconstitution 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).

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.



ENJEU

• Affiner le regard



LIVRABLE

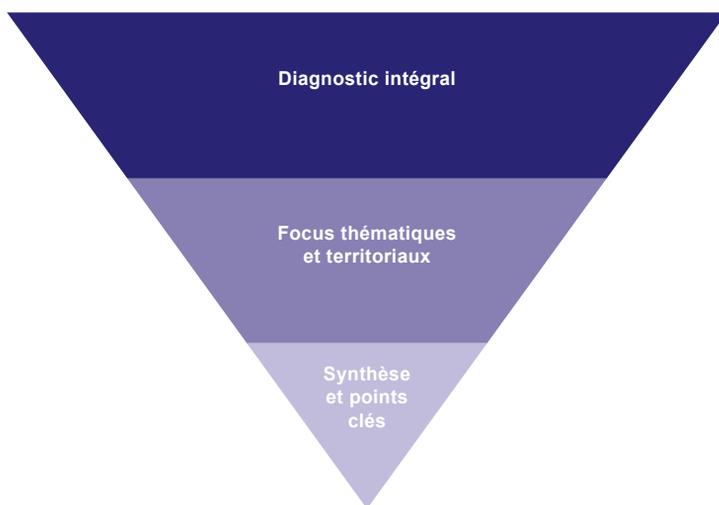
• Cartographies statistiques



Publier le diagnostic

Le neuvième point clé consiste à publier le diagnostic pour rendre compte et valoriser le travail accompli. Il s'agit de partager le diagnostic territorial plus largement qu'aux seuls représentants des organismes précités qui participent au pilotage de l'action et/ou à sa mise en œuvre et de 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 par les publics intéressés par le sujet, 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 faire œuvre de pédagogie.



Un des moyens est notamment de structurer le diagnostic 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 précis d'autre part.



ENJEU

- Rendre compte et valoriser le travail accompli

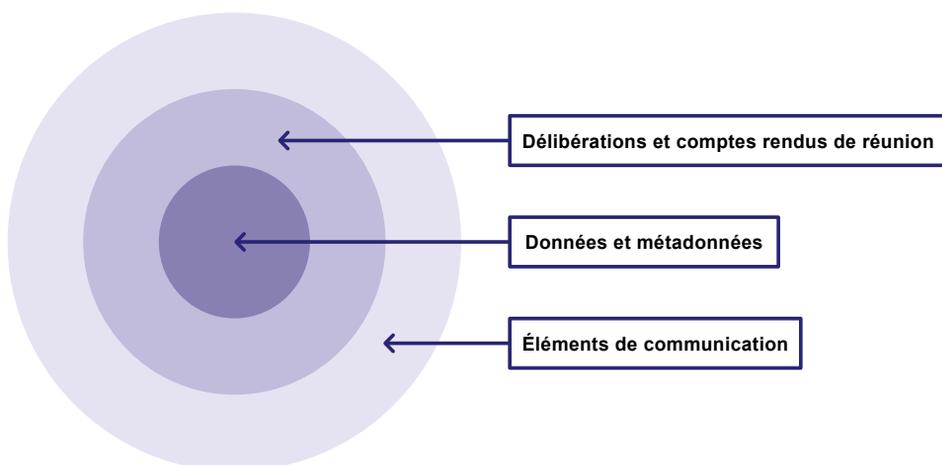


LIVRABLE

- Diagnostic territorial partagé, synthèse, infographies

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. Autrement dit, 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 défaut, 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.



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-propriétaires, libres de droits, permanentes, et gratuites. Les métadonnées, qui qualifient les données, doivent également être publiées pour permettre la bonne compréhension des données ouvertes.

ENJEU

- Favoriser l'appropriation du diagnostic

LIVRABLE

- Fichiers tabloïdes normalisés, réutilisables par une machine et documentations

CONCLUSION

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 cette synthèse a été rédigée. Et c'est en ce sens qu'elle cherche à ouvrir la voie à des approches plus territorialisées des enjeux de santé au travail.



Le guide méthodologique « Diagnostic territorial partagé en santé au travail » et cette synthèse « Les 10 points clés » sont téléchargeables sur le site de l'ANACT www.anact.fr/diagnostic-territorial-partage-en-sante-au-travail

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.
- **Vigneron 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.



Diagnostic territorial partagé en santé au travail

LES 10 POINTS CLÉS



Plan santé
au travail
2016-2020

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 Bonneterre (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'Ovide (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 (OPPBT), 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