



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Éléments prospectifs du diagnostic territorial en santé travail en
région Hauts-de-France : étude qualitative par entretiens à partir de
l'Atlas Santé Travail**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 27 mai à 16h
au Pôle Recherche
par Marion BECOURT – épouse BOSSUT

JURY

Présidente :

Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Paul FRIMAT

Madame le Docteur Ariane LEROYER

Directrices de thèse :

Madame le Docteur Brigitte SOBCZAK

Madame le Professeur S. FANTONI-QUINTON (Co-directrice)

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

Afnor : Association Française de Normalisation

Agefiph : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

Anaes : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé

Anses : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

Aract : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Accident de Travail

Carsat : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCI : Chambre de Commerce et d'Industrie

Cire : Cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie

CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail

CFE-CGC : Confédération Française de l'Encadrement - Confédération Générale des Cadres

CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens

CGPME : Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises

CGT : Confédération Générale du Travail

CMT : Commissions Médico-Techniques

Coreoct : Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail

Dares : Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques

Directe : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMST : Dossier Médical en Santé Travail

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DT : Dossier thématique

Evrest : Évolutions et RElations en Santé au Travail

FO : Force Ouvrière

FRSEA : Fédération Régionale des Syndicats d'Exploitants Agricoles

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

BECOURT-BOSSUT Marion

Insee : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

ISO : International Organization for Standardization

ISTNF : Institut de Santé au Travail du Nord de la France

MCP : Maladie à Caractère Professionnelle

Medef : Mouvement des Entreprises de France

MP : Maladie Professionnelle

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NF : Norme Française

OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social

OPPBTP : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

PRST : Plan Régional Santé Travail

PST : Plan Santé Travail

RNV3P : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles

RSI : Régime Sociale des Indépendants

SNDS : Système National des Données de Santé

SPF : Santé Publique France

STHF : Services Santé Travail des Hauts-de-France

SST : Service Santé Travail

ST : Santé travail

STME : Santé Travail Maintien dans l'Emploi

Sumer : Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels

UDES : Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire

U2P : Union des entreprises de proximité

ZE : Zone d'emploi

Table des matières

RÉSUMÉ	1
CONTEXTE GÉNÉRAL	3
INTRODUCTION	5
I. Le diagnostic territorial.....	5
A. Définition	5
B. Le choix des indicateurs.....	6
II. Le diagnostic territorial en santé travail.....	9
A. Les indicateurs existants en santé travail.....	9
B. Les sources de données existantes en santé travail.....	10
III. L'Atlas santé travail dans les Hauts-de-France	11
A. Présentation	12
B. Contenu.....	12
C. Evolution des préoccupations.....	13
D. Question de recherche	15
MATÉRIELS ET MÉTHODES	16
I. Type d'étude	16
II. La grille d'entretien.....	16
III. Population étudiée.....	17
A. Les différentes instances régionales de santé au travail	17
B. Les Commissions Médico-Techniques.....	19
IV. Recueil des données.....	20
A. Pour les représentants des instances régionales santé travail.....	20
B. Pour les commissions médico techniques.....	20
V. Méthodologie d'analyse des données.....	21
RÉSULTATS	22
I. Présentation de la population	22
A. Instances régionales santé travail	22
B. Commissions médico techniques	23
VI. Présentation des résultats.....	23
A. Connaissance et utilisation de l'Atlas	24
B. Mode de diffusion.....	26
C. La forme	30
D. La fréquence	32
E. Le contenu	32

F. Autres suggestions pour l'avenir	36
G. Synthèse des principaux résultats.....	40
DISCUSSION	41
I. Résumé des principaux résultats.....	41
II. Discussion des résultats	41
A. Discussion autour de la connaissance de l'Atlas.....	41
B. Discussion autour du mode de diffusion.....	43
C. Discussion autour de la forme	45
D. Discussion autour de la fréquence	47
E. Discussion autour du contenu	48
F. Discussion autour des suggestions pour l'avenir.....	58
III. Discussion de la méthode	61
A. Choix de la méthode	61
B. Le public cible.....	62
C. L'analyse du contenu	62
D. Faiblesses de l'étude.....	63
CONCLUSION.....	64
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	66
ANNEXES	68
I. Annexe I : Grille d'entretien.....	68
II. Annexe 2 : Argumentaire	69

RÉSUMÉ

Contexte :

Un des axes du PST 2016-2020 est de développer une méthodologie de regroupement des données pour constituer des diagnostics territoriaux opérationnels en santé travail dans les régions. En Hauts-de-France, un diagnostic territorial a déjà été établi via l'Atlas Santé Travail depuis 2008.

Notre objectif était de mener une réflexion sur l'amélioration potentielle de cet outil en identifiant les besoins des acteurs régionaux de la prévention et en définissant les évolutions souhaitables dans le cadre de l'axe 3.13 du PRST.

Méthode :

Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'un représentant de chaque institution en santé travail, et de quatre CMT, d'octobre 2018 à juin 2019. La grille d'entretien comprenait 6 thèmes : connaissance de l'Atlas, mode de diffusion, forme, fréquence de parution, contenu, suggestions pour l'avenir. L'analyse des verbatims et leurs regroupement a été facilitée par l'utilisation du logiciel QSR N'Vivo12®.

Résultats :

35 interlocuteurs ont été entendus. 85% (n=30) connaissaient l'Atlas et 48% (n=17) les dossiers thématiques. La moitié des CMT l'utilisait pour leur projet de service. Il s'agissait principalement d'un outil d'aide à la décision et de partage de connaissance en santé travail. L'outil était jugé opérationnel pour 71% des personnes (n=25). Il ressortait un manque de données de terrain (n=11), principalement de prévention avec une volonté d'obtenir plus de données sur les risques professionnels (n=9). Une des pistes évoquée était le recueil d'un nombre d'indicateurs limité,

pertinent, suivi dans le temps, en cohérence avec le PRST, que tous les SST remonteraient. 57% (n=20) suggéraient une version dématérialisée ce qui permettrait d'obtenir des niveaux d'informations plus fins *via* notamment une carte interactive et ainsi de s'adapter au besoin de chaque public. 68% (n=24) étaient favorables à une ouverture des données et au requête. L'intérêt de mobiliser l'ensemble des acteurs de prévention dans l'élaboration de cet outil était soulignée.

Conclusion :

Cette étude a mis en avant la difficulté d'obtenir des indicateurs pertinents et performants ainsi qu'un maillage directement fonctionnel pour les divers acteurs de prévention ce qui entrave l'opérationnalité directe de l'outil. Des pistes d'amélioration seraient le traitement de données issues des logiciels des SST en ciblant un nombre limité et en cohérence avec le PRST ou l'optimisation de l'exploitation des diverses enquêtes santé travail grâce à une contribution plus importante des équipes santé travail. Une autre piste d'actualité serait le développement de l'exploitation statistique des données des DMST via le SNDS à l'avenir.

CONTEXTE GÉNÉRAL

Les disciplines qui s'attachent à mener des actions sur les populations, comme la santé au travail et la santé publique, s'appuient sur différentes méthodes leur permettant de mieux connaître leur population cible afin d'y adapter leurs actions et de les prioriser. Une des méthodes permettant cette connaissance de la population cible est de construire un diagnostic de territoire à partir de différents indicateurs. En effet, c'est en rassemblant et en croisant des indicateurs variés que l'on peut connaître les besoins de notre population et orienter les actions que l'on a à mener, à l'échelle du territoire. Le travail de diagnostic territorial étant conséquent, des outils sont donc mis en place afin de choisir et de regrouper les indicateurs pertinents en vue des actions que l'on veut mener. Mais ces outils doivent être conçus pour répondre aux besoins des acteurs qui vont les utiliser pour décliner leurs actions et être évolutifs dans le temps afin de s'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles modalités d'action. Notre travail s'attachera à contribuer à l'évolution d'un outil de diagnostic territorial en santé au travail : l'Atlas.

Le diagnostic de la santé au travail des populations de la région a pour objectif de donner des indications aux acteurs de la prévention des risques professionnels : chaque institution concernée et, notamment les services de santé au travail et, en leur sein, les médecins du travail qui sont les conseillers des entreprises, peut y trouver des données pour orienter son action vers certaines cibles. Cette priorisation est une préoccupation dans toutes les institutions qui doivent mettre en adéquation leurs ressources avec les besoins du territoire.

Mais c'est aussi une volonté de coordination et de synergie entre les acteurs qui guide l'élaboration du plan régional en santé au travail : l'identification, par un diagnostic partagé, de priorités communes permet de mobiliser médecins du travail, contrôleurs de la Carsat, agents de contrôle de l'inspection du travail ou encore d'autres institutions comme l'Aract ou l'OPPBTP, autour de projets communs qui visent à réduire ensemble les risques professionnels. Accessoirement les médecins du travail trouvent dans l'Atlas des données - qu'elles concernent une zone géographique de la région, un secteur d'activité ou une catégorie de population - qui peuvent être autant d'arguments pour convaincre l'entreprise de l'utilité d'intervenir sur un risque spécifique ; la démonstration peut en avoir déjà été faite sans qu'il y ait besoin de nouvelles preuves.

INTRODUCTION

I. Le diagnostic territorial

A. Définition

Le terme diagnostic vient du grec « diagnosi » à partir de dia- (à travers, distinction) et de gnósi (la connaissance, le discernement). Le diagnostic permet donc d'acquérir de la connaissance à travers des signes observables. A l'origine, il désigne, un temps médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint. On peut retenir l'idée plus globale ici d'un exercice d'objectivation d'une situation à l'aide d'indicateurs.

La notion de territoire est quant à elle définie comme suit par Le Larousse « portion de l'espace terrestre dépendant d'un État, d'une ville, d'une juridiction ; espace considéré comme un ensemble formant une unité cohérente, physique, administrative et humaine ». Un territoire est donc un périmètre géographique occupée par une population, mais cette notion prend également en compte des composantes politiques, économiques, sociales, culturelles.

Le diagnostic de territoire est ainsi selon A. Delamarre un « État des lieux qui recense, sur un territoire déterminé, les problèmes, les forces, les faiblesses, les attentes des personnes, les enjeux économiques, environnementaux, sociaux (...) Il fournit des explications sur l'évolution du passé et des appréciations sur l'évolution future » (1). C'est un processus de travail participatif qui recherche des écarts entre les représentations des différents acteurs, met en évidence des atouts et des attentes, recherche les causes des dysfonctionnements et surtout recherche des axes de progrès (2). En pratique, il sert à : (3)

- connaître son territoire : ses forces, ses faiblesses, et les opportunités
- connaître son public, ses attentes, ses besoins
- éclairer la décision, orienter ou réorienter son action
- instaurer un dialogue avec les acteurs de son territoire.

Ainsi, le diagnostic n'est pas une fin en soi, il a une finalité opérationnelle. Il repose sur la participation des acteurs, sur la confrontation des points de vue et la recherche de solutions communes. Il suppose donc un travail de coordination important avec un moment d'échange absolument indispensable pour la conduite de tout projet.

La première étape de la démarche consistera à poser le cadre de travail, notamment de délimiter le périmètre du diagnostic, ce qui permettra de recueillir les données avant de les analyser pour aboutir à une stratégie d'action.

B. Le choix des indicateurs

La construction d'un diagnostic territorial passe nécessairement par le choix d'indicateurs dont le regroupement permettra d'éclairer la situation.

De nombreuses définitions du terme « indicateur » existent. La norme NF X-50-120 (Afnor) ou ISO 8402 définit ce terme comme une « information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ».

Un indicateur peut ainsi être quantitatif, ce qui nécessite l'existence d'informations numériques et répétées, ou qualitatif lorsque que les données ne sont pas quantifiables. Les données qualitatives sont issues des observations du territoire et/ou de la parole des personnes qui y habite ou y intervienne, et permettent de

qualifier des faits ou des phénomènes et sont utiles quand on cherche à expliquer le comment et le pourquoi.

Selon l'ex-Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes), regroupée désormais au sein de l'HAS, un indicateur est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre (4). Cela suppose donc l'existence d'une problématique que l'indicateur contribue à explorer.

Pour qu'un indicateur soit considéré comme de qualité, il doit répondre à certains critères. Selon le guide méthodologique de l'Anaes (4), publié sur le site de l'HAS, il doit être :

- *simple et acceptable*, ce qui nécessite que l'indicateur soit facile à recueillir sans nécessiter un trop grand investissement (notamment en temps des acteurs) et crédible.
- *validé et pertinent*, il doit donc refléter ce qu'il est censé mesurer, c'est-à-dire fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi. Il doit également permettre d'identifier simplement des problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction efficaces existent.
- *fiable*, c'est-à-dire capable d'effectuer une mesure précise et reproductible.
- *sensible et spécifique*, la sensibilité étant l'aptitude à varier beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des variations du phénomène étudié, la spécificité étant l'aptitude à ne varier que si le phénomène à l'étude subit une modification.
- *restitué de façon claire*.

Avantages :

L'élaboration d'indicateurs permet :

- de décrire et de suivre l'évolution d'un phénomène
- d'aider à la décision
- d'évaluer des plans d'actions et de prendre des mesures correctives si les résultats constatés sont différents de ceux attendus
- de constituer un support de dialogue.

« Un « bon » indicateur doit être suffisamment performant et fiable pour permettre l'élaboration des stratégies de santé publique, définir les orientations des actions de santé et assurer leur pilotage, leur mise en œuvre comme leur évaluation » (5).

Limites :

Les indicateurs peuvent faire l'objet de biais d'analyse, ce qui peut conduire à prendre des décisions inappropriées. Pour limiter ce biais, il convient de prendre en compte des éléments d'interprétation notamment les critères précis de la définition de l'indicateur choisi et le contexte de sa mise en œuvre.

Les conditions de recueil et le traitement des données doivent être définies précisément afin d'assurer la stabilité et la reproductibilité au cours du temps des informations produites. Cette standardisation est encore plus importante lorsque l'indicateur est utilisé à des fins de comparaison. Il est par ailleurs très souvent nécessaire d'ajuster les résultats en fonction de différents facteurs.

Un indicateur doit toujours être confronté aux appréciations issues d'autres sources, toute situation de divergence entre différentes appréciations devant être examinée (4).

Ainsi, pour limiter les biais, il convient de prendre en considération que le diagnostic territorial ne peut reposer sur un seul indicateur suivi par un expert seul. Sa construction s'établit par le choix et l'analyse d'indicateurs pertinents reposant sur un travail participatif.

II. Le diagnostic territorial en santé travail

Le diagnostic territorial en santé travail consiste à regrouper des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour soutenir la délibération et proposer des orientations en matière de politiques de santé au travail. Ces indicateurs peuvent être de différents types et provenir de différentes sources.

A. Les indicateurs existants en santé travail

Les indicateurs habituellement utilisés en santé travail peuvent être classés en :

- Indicateurs d'exposition appelés aussi déterminants de santé, ce sont les facteurs de risque explicatifs de la survenue de problèmes de santé (6) :
 - les facteurs intrinsèques : des facteurs de risque sur lesquels les actions de prévention n'ont peu ou pas d'action (sexe, âge, gène).
 - comportements individuels, habitudes de vie : habitudes alimentaires, sexuelles, usage de drogues ...
 - environnement et ses composantes physiques (radiations, bruit...), chimiques (air, eau...), biologiques...
- Indicateurs de sinistralité : ce sont les indicateurs de morbidité (taux d'incidence et de prévalence) et de mortalité (6).
- Indicateurs de processus : qui décrivent la participation à une activité visant à préserver ou à promouvoir la santé (taux de vaccination, de dépistage, ...) ou un

effet direct de cette participation (pourcentage de personnes satisfaites). Ils sont exprimés en nombre ou en ratio (7).

B. Les sources de données existantes en santé travail

Les indicateurs en santé travail sont issus de nombreuses sources d'institutions différentes.

- *Au niveau national* : dans le cadre du Plan Santé Travail 2016-2020, l'Anses a réalisé une cartographie de l'ensemble des bases de données dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. Cette cartographie recense les bases de données existantes en matière de veille, d'expertise et de vigilance en santé travail. Elle est disponible sur le site data.gouv.fr (<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/>).

On y retrouve notamment, le réseau RNV3P, le dispositif Epinano, Epicea, les maladies à caractère professionnel (MCP), Sumer, l'observatoire Evrest...

- *Au niveau régional* : les publications régionales donnent à voir des données provenant de plusieurs sources : Insee (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), Carsat, Dares, MSA. Des données Evrest (Évolutions et RElations en Santé au Travail) sont présentes également. Des données de santé publique viennent parfois en complément.
- *Au niveau local* : peuvent être utilisées les données issues des dossiers médicaux santé travail, les différentes enquêtes menées (comme Evrest) ainsi que les données internes des entreprises.

Niveau de veille	Finalité	Données et sources
National	<ul style="list-style-type: none"> → Définir les priorités en Santé Travail (Plan Santé Travail) → Evaluer les actions réalisées → Pouvoir réagir « rapidement » en cas d'évolution défavorable des indicateurs suivis → Communication « Parler santé travail » 	<p>Données socio démographiques (Insee)</p> <p>Données de sinistralité AT/MP (Carsat)</p> <p>Données sur l'état de santé, conditions de travail (observatoire Evrest)</p> <p>Enquête sur les risques professionnels (Sumer, Dares)</p> <p>Données sur les pathologies, les secteurs d'activité, les postes de travail et expositions (RNV3P, Anses)</p> <p>Programme de surveillance des MCP (Santé publique France)</p>
Régional	Idem à l'échelle régionale	<p>Idem</p> <p>Enquête inaptitude médicale (réseau STME, ISTNF)</p>
Service santé travail (SST)	<ul style="list-style-type: none"> → Aide à la rédaction du projet de service (priorisation des actions) → Evaluer les actions réalisées 	<p>Données de sinistralité issues des zones d'emploi (Carsat)</p> <p>Données notamment d'expositions et de santé (logiciel métier)</p> <p>Données sur l'état de santé, conditions de travail (observatoire Evrest)</p>
Niveau « micro » : Entreprise	<ul style="list-style-type: none"> → Parler « santé au travail » → Alerter l'employeur : rôle de conseiller dans les actions à mettre en place 	Données sur l'état de santé (rapport annuel d'activité du médecin du travail), conditions de travail (observatoire Evrest), et données de l'entreprise tels que l'absentéisme, le turn over...

Tableau 1 : exemple de sources et de données les plus couramment utilisées en santé travail (non exhaustifs).

III. L'Atlas santé travail dans les Hauts-de-France

Le diagnostic territorial en santé travail dans les Hauts de France est notamment construit autour de l'Atlas régional santé travail.

A. Présentation

Il s'agit d'un ouvrage collectif comprenant une somme d'informations analysées et cartographiées pour soutenir l'élaboration de stratégies de prévention ou leurs évaluations, notamment dans le cadre du PRST (Plan Régional de Santé au Travail).

La contribution de partenaires tels que les services de santé au travail, la MSA (Mutualité Sociale Agricole), le RSI (Régime Social des Indépendants), la Cire (Cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie), l'OR2S (Observatoire Régional de la Santé et du Social), l'Université de Lille, l'ISTNF (Institut de Santé au Travail du Nord de la France), et l'apport de différentes enquêtes extérieures (Questionnaire Inaptitudes et Maintien dans l'Emploi, observatoire Evrest, Sumer...) permettent d'enrichir l'ouvrage avec l'analyse de données recueillies dans le cadre de leur activité ou de divers programmes et études.

B. Contenu

Dans l'Atlas Régional (Actualisation), on retrouve des données chiffrées globales puis cartographiées par territoires, mises à jour tous les deux ans.

Il est divisé en plusieurs thèmes :

1. Contexte sociodémographique et économique
2. La santé des habitants des Hauts de France
3. Les accidents du travail et les maladies professionnelles
4. Le coût du risque professionnel
5. L'enquête régionale sur les inaptitudes médicales
6. Observatoire Evrest
7. Les maladies à caractères professionnel
8. Diagnostic des 28 zones d'emploi
9. L'exposition professionnelles des salariés (enquête Sumer) selon les années
10. Les activités des services de santé au travail dans l'Atlas 2018

Les dossiers thématiques, quant à eux, sont produits entre les actualisations biennales, grâce aux contributions des pilotes et des partenaires concernés. Ils permettent d'explorer les liens entre santé et travail dans un domaine spécifique (la grande distribution, la santé au travail des seniors, entretien et réparation de véhicule : constats et actions de prévention face au risque chimique, l'influence du tissu économique sur la fréquence des accidents du travail...).

C. Evolution des préoccupations

Depuis plusieurs années, de nombreux rapports font état de l'intérêt d'améliorer la connaissance en santé au travail. Nous pouvons citer, entre autres, le rapport du bilan de réforme de la médecine du travail établi en 2007 (8), le rapport du Conseil Economique et Social de 2008 (9), le rapport de la Cour des comptes de 2012 (10) ainsi que deux autres rapports IGAS de 2013 et 2014 (11) (12) mettant en évidence des lacunes de connaissances en milieu de travail avec la nécessité d'améliorer des systèmes de veille et d'alerte en santé travail. Plus récemment, le rapport Lecocq (13) et le rapport Frimat (14) sur la prévention des agents chimiques dangereux, publiés en 2018, appuient ces constats. Il en ressort, dès lors, l'intérêt de produire des données de santé pour mieux guider la priorisation d'actions.

L'idée est ainsi reprise par le plan santé travail 2016-2020, qui rappelle que l'action sur des risques prioritaires et le ciblage de l'action sur des branches ou des secteurs d'activité déterminés doit se faire, tant au niveau national qu'au niveau régional, sur la base d'un diagnostic. L'un de ses objectifs est d'ailleurs de développer, à destination de toutes les régions, une méthodologie de regroupement des données permettant d'établir un diagnostic territorial opérationnel et de l'animer (action 3.13).

En région Hauts-de-France, l'appropriation de cette question est ancienne puisque le premier Atlas de la Santé au Travail a été élaboré dans le Nord-Pas de Calais en

2008, à l'initiative de la Direccte et de la Carsat, co-pilotes du projet, pour accompagner l'élaboration du premier PRST (2007-2011). Il s'agissait de regrouper des données relatives à la santé au travail dans la région afin d'aider à prioriser les actions qui seraient retenues dans le PRST. L'objectif était ainsi d'éclairer le Comité Régional (anciennement CRPRP, comité régional de prévention des risques professionnels, devenu depuis 2015 Coreoct, comité régional d'orientation des conditions de travail) chargé d'élaborer le PRST et de suivre sa mise en œuvre mais aussi d'aider les acteurs de la prévention à établir leurs propres diagnostics et priorités de service. D'emblée, il a paru intéressant de cartographier les données disponibles au niveau infrarégional par zones d'emploi. Depuis 2017, l'Atlas s'est étendu aux Hauts-de-France (la Picardie avait commencé à publier également un Atlas à partir de 2009).

Des éléments de contexte ont conduit à réfléchir aux évolutions possibles de cet outil, notamment la création par fusion de la région des Hauts-de-France, qui a redéfini le périmètre territorial, mais aussi le renouvellement de l'enquête Sumer (Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels), qui a apporté de nouvelles connaissances. De plus, la création par la dernière réforme d'une synthèse annuelle de l'activité du service par les directeurs de SST et les changements dans le suivi de l'état de santé des travailleurs introduits par la loi Travail de 2016 étaient d'autres éléments réglementaires à prendre en compte.

Dans le cadre du PRST 3, les acteurs régionaux ont trouvé un intérêt à reprendre l'axe 3.13 du PST (*développer à destination de toutes les régions une méthodologie de regroupement des données permettant d'établir un diagnostic territorial opérationnel et de l'animer*) car, bien que la question soit traitée par un groupe de travail national, la région Hauts-de-France pouvait être force de proposition par son avance sur le sujet. Le Comité Technique « Atlas » ainsi créé par le PRST3 a

pu alimenter le groupe national par l'expérience régionale et réfléchir aux évolutions possibles de cet outil.

D. Question de recherche

L'objectif de ce travail est ainsi d'identifier les besoins des acteurs régionaux de la prévention pour compléter le diagnostic territorial et de définir les évolutions souhaitables de l'Atlas Santé Travail Hauts-de-France, pour mieux répondre à ces besoins, dans le cadre de l'axe 3.13 du PRST.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Dans le cadre de cette démarche exploratoire, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Les entretiens étaient donc composés d'échanges libres complétés par des questions ouvertes.

II. La grille d'entretien

Le cadre de l'enquête a été suivi grâce à une grille d'entretien (annexe I) élaborée, au préalable, par le comité technique Atlas en fonction des sujets qu'il semblait pertinent d'explorer dans cette démarche. Le contenu de cette grille a été discuté et validé au sein de ce comité.

L'échange devait ainsi aborder six thèmes selon un ordre qui n'était pas figé mais modulable en fonction du déroulement de la rencontre :

1. Connaissance de l'Atlas
2. Mode de diffusion
3. Forme
4. Fréquence de parution
5. Contenu
6. Suggestions pour l'avenir

Une liste de questions ouvertes (entre 1 et 6 questions par thème) était posée lorsque l'interlocuteur n'y avait pas répondu par lui-même au fil de la discussion.

III. Population étudiée

Le public cible était les acteurs régionaux de la prévention en santé travail. L'échantillon à interroger était constitué, au minimum, d'un représentant de chaque instance et de quatre Commissions Médico-Techniques (CMT) de service de santé au travail.

A. Les différentes instances régionales de santé au travail

L'échantillon à interroger était composé, d'une part, **des membres du Coreoct Hauts-de-France**, rassemblant la quasi-totalité des instances, dont la composition est détaillée ci-après. Ce comité participe, entre autres, selon l'article R. 4641-18 du code du travail, à l'élaboration et à l'actualisation de diagnostics territoriaux portant sur les conditions de travail et la prévention des risques professionnels mais aussi à l'élaboration et au suivi du PRST.

D'autre part, ont également été inclus, **un représentant de l'ISTNF**, organisme de formation et opérateur régional en santé au travail qui accompagne au quotidien les SST dans leur pratique dans une perspective de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail **et d'autres acteurs, suggérés au cours des auditions : trois personnes de la Carsat**, de par leur fonction et leur connaissance de l'outil ; **une épidémiologiste universitaire** du comité technique Atlas de par son expertise sur le sujet.

La composition nominative du Coreoct Hauts-de-France :

Elle a été fixée initialement par l'arrêté préfectoral du 03 mai 2017 faisant suite à l'article 4641-16 du code du travail du décret du 22 décembre 2016 relatif à

l'organisation, aux missions, à la composition et au fonctionnement du Conseil d'orientation des conditions de travail et des comités régionaux.

Sont ainsi rassemblés au sein de ce comité une vingtaine d'institutions différentes réparties dans quatre collèges distincts :

- Le collège des administrations régionales de l'Etat constitué de trois entités :

- La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) représentée par le directeur ; le directeur régional adjoint, chef du pôle Travail ; le directeur adjoint du travail, chargé du service santé et sécurité au travail au sein du pôle travail et le médecin inspecteur régional du travail.
- La Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) représentée par le directeur.
- L'Agence régionale de santé (ARS) représentée par le directeur.

- Le collège des partenaires sociaux, comportant un nombre égal de représentants des salariés et des employeurs :

- Huit représentants des salariés, soit : deux de la confédération générale du travail (CGT), deux de la confédération française démocratique du travail (CFDT), deux de la confédération générale du travail-force ouvrière (CGT-FO), un de la confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) et un de la confédération française de l'encadrement-confédération générale des cadres (CFE-CGC).
- Huit représentants des employeurs, soit : quatre du mouvement des entreprises de France (Medef), deux de la confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), un de l'union des entreprises de proximité (U2P) et un de la fédération régionale des syndicats d'exploitants agricoles (FRSEA).

- Le collège des organismes de sécurité sociale, d'expertise et de prévention avec quatre entités distinctes :

- La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) représentée par le directeur.
- L'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) représentée par le directeur.
- La mutualité sociale agricole (MSA) représentée par le médecin du travail, coordonnateur régional santé et sécurité au travail.
- Le comité régional de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (l'OPPBTP) représentée par le directeur.

- Le collège des personnalités qualifiées comprenant des experts scientifiques ou représentants d'associations de victimes de risques professionnels et d'organisations de professionnels de la prévention avec :

- deux universitaires,
- deux médecins du travail,
- un représentant de santé publique France (SPF),
- un représentant de l'observatoire régional de la santé et du social (l'OR2S),
- un représentant de l'union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (l'UDES),
- un représentant de l'union des entreprises de proximité (U2P),
- un représentant de l'association des services santé travail Hauts-de-France (STHF),
- un représentant de L'association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (l'Agefiph).

B. Les Commissions Médico-Techniques

Elles ont pour mission d'élaborer le projet de service de chaque service de santé au travail interentreprise en formulant des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres (article L. 4622-13 du Code du Travail).

Les CMT sont composées du président du service santé travail, ou de son représentant, ainsi que des représentants des équipes pluridisciplinaires (comprenant médecins, infirmiers, IPRP +/- assistants de service de santé au travail), comme le définit l'article D. 4622-29 du Code du Travail.

Le second temps de l'enquête s'attachait ainsi à échanger avec quatre CMT des Hauts-de-France sélectionnées selon les critères suivants :

- selon les individus composant la CMT : les CMT comportant un ou des membres du Coreoct déjà interrogés n'ont pas été retenues.
- selon la taille des services santé travail en prenant soin de représenter des gros et petits services.
- selon le territoire et la faisabilité : des services de santé travail du Nord-Pas-de-Calais et de Picardie ont été entendus en évitant les centres trop distants de l'université de rattachement de Lille.

IV. Recueil des données

Les entretiens ont eu lieu entre octobre 2018 et juin 2019. Un créneau d'une heure était prévu. Les interlocuteurs ont d'abord été contactés par mail, une présentation de l'enquête (objectif et déroulement) étant fournie en pièce jointe (Annexe 2). En cas d'absence de réponse, l'intéressé était contacté par téléphone. Les choix de la date et du lieu ont été laissés à l'intéressé, afin qu'il soit le plus disponible possible.

Chaque entretien a été enregistré, à l'aide d'un dictaphone, ce qui permettait d'être plus à l'écoute en évitant la prise simultanée de notes. A chaque idée émise, les propositions étaient reformulées afin de s'assurer de la bonne compréhension du propos.

A. Pour les représentants des instances régionales santé travail

L'entretien en face à face était privilégié. A défaut (quand l'intéressé le souhaitait ou que le secteur géographique était éloigné), des entretiens téléphoniques étaient organisés. Il était spécifié, dès le début de l'entretien, que ce dernier serait enregistré et l'anonymat garanti. Lorsque les interlocuteurs refusaient, le recueil de données consistait uniquement en une prise de note.

B. Pour les commissions médico techniques

Au préalable, une présentation de l'enquête et de l'Atlas Santé Travail Hauts-de-France a eu lieu en présentiel auprès de chacune de ces CMT. Un créneau d'une trentaine de minutes a ainsi été dédié dans l'ordre du jour, ce qui permettait de répondre à d'éventuelles questions.

Un représentant a ensuite été désigné au sein de la CMT de chaque service qui était chargé de recueillir l'ensemble des avis des membres la composant. Une

restitution en présentiel ou par téléphone avec le représentant (selon les souhaits de ce dernier et les critères géographiques) était planifiée. L'organisation de recueil des éléments était laissée à l'appréciation de chaque CMT. De nouveau, la synthèse était enregistrée après accord de la personne en question.

V. Méthodologie d'analyse des données

Ces enregistrements audios ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Word®. La retranscription s'est attachée à recueillir les idées des interlocuteurs en essayant de respecter au maximum le mot pour mot. Les ponctuations, hésitations et apartés, n'ont cependant pas été recopiés avec exactitude.

L'intégralité des échanges enregistrés était stockée sur clé USB protégée par un mot de passe, les noms de fichiers étant, de plus, anonymisés par l'attribution d'un numéro.

Afin de réaliser ce travail et le codage des verbatims, le logiciel de traitement de données qualitatives QSR N'Vivo® version 12 a été utilisé. Le codage a permis de classer les données en catégories et sous-catégories, également appelés « nœuds » et « sous-nœuds ».

Les données n'ont pas été classées par institution.

RÉSULTATS

I. Présentation de la population

A. Instances régionales santé travail

Au total, toutes les institutions ont pu être interrogées exceptées la DREAL et l'U2P (non-réponses malgré les sollicitations téléphoniques et par mail), ce qui correspond à 31 entretiens déclinés comme suit :

- 26 membres du Coreoct (titulaires ou à défaut suppléants ou autre personne qualifiée).
- 1 membre de l'ISTNF.
- 3 personnes de la Carsat.
- 1 épidémiologiste universitaire du comité technique.

Membres du Coreoct	Les collèges	Institutions	Nombre de personnes interrogées
	Collège des administrations régionales de l'Etat	Direccte	1
		ARS	1
		DREAL	0
	Collège des partenaires sociaux : représentants salariés	CGT	2
		CFDT	0
		FO	1
		CFTC	1
		CFE/CGC	1
	Collège des partenaires sociaux : représentants employeurs	CGPME	1
		U2P	0
		FRSEA	1
		Medef	3
	Collège des organismes régionaux d'expertise et de prévention	Aract	1
		Carsat	2 + 3 personnes suggérées
		MSA	1
		OPPBTP	1
	Collège des personnes qualifiés : personnes physiques	Médecins du travail ou PU-PH en médecine du travail	4 + 1 personne suggérée

		Santé publique France	1
		OR2S	1
		UDES	1
	Collège des personnes qualifiées : personnes morales	Santé travail Hauts de France	1
		Agefiph	1
AUTRES		ISTNF	1

Tableau 2 : liste des différentes institutions régionales interrogées

Les entretiens ont été réalisés en face à face dans la majorité des cas. Seuls 3 sur les 31 se sont déroulés par téléphone. Deux interlocuteurs ont refusé l'enregistrement. Deux entretiens doubles ont été réalisés, à la demande des interlocuteurs. La durée des entretiens a été variable avec une durée moyenne de 45 minutes environ (de 30 min 02 à 1h 35 min 06).

B. Commissions médico techniques

Les 4 CMT sélectionnées ont également pu être interrogées. Afin de synthétiser les avis de chaque membre de la CMT, l'organisation était laissée aux services santé travail. Au final, tous les services ont utilisé des logiciels de type *google form* afin de faciliter le recueil des données, des échanges en présentiel ont parfois également pu avoir lieu. Un service a également relayé l'enquête auprès de tous ses médecins et de leur équipe pluridisciplinaire (en les sollicitant soit par mail avec un tableau synthétique, soit en présentiel).

La restitution finale s'est faite au téléphone avec le référent désigné pour 3 des CMT, soit une en présentiel (pour contraintes géographiques essentiellement). La durée des entretiens était comprise entre 33 min 07 et 47 min 43.

II. Présentation des résultats

Les regroupements utilisés pour la présentation des résultats sont issus des thèmes et sous-thèmes de la grille d'entretien faisant référence aux questions que le

comité technique Atlas se posait préalablement à l'enquête. D'autres regroupements à l'intérieur des sous-thèmes ont pu être réalisés, notamment à l'aide du logiciel QRS N'Vivo®, correspondant à la convergence d'idées des interlocuteurs, formant ainsi de nouvelles catégories. La question de recherche étant ouverte, les questionnements ont évolué au fur et à mesure du processus d'intégration avec la collecte de données.

Toutes les idées émises sont ici présentées. En regard de chaque proposition, le nombre d'occurrence des interrogés est proposé ; un interrogé correspondant donc soit au référent d'une institution santé travail soit au référent « porte-parole » désigné d'une CMT ayant participé à l'enquête.

A. Connaissance et utilisation de l'Atlas

1. Un outil connu ?

Parmi les interlocuteurs des instances régionales santé travail, 28 sur 31 connaissaient l'Atlas soit 90% de la population étudiée. Ils n'étaient plus que 17 à connaître les dossiers thématiques (soit 55%).

Parmi les CMT, il y avait une CMT connaisseuse, deux CMT partagées avec la moitié des membres connaissant l'Atlas, et 2 CMT non connaisseuses. Aucune d'entre elle ne connaissait les dossiers thématiques.

2. Un outil utilisé ?

Parmi les instances régionales santé travail, 9 interlocuteurs disent utiliser régulièrement l'Atlas, 3 disent l'utiliser épisodiquement, 7 disent uniquement le feuilleter, et 12 indiquent ne pas l'utiliser. Les données les plus utilisées sont les données générales régionales, principalement les données AT/MP avec le nombre d'AT et le secteur d'activité, pour avoir une photographie du territoire, notamment dans un but de comparaison. Les données par zone d'emploi sont peu utilisées. Les

données sociodémographiques économiques, avec les données d'emploi sont elles aussi relevées, ainsi que la partie coût du risque.

Concernant les CMT, deux l'utilisent pour leur projet de service. Pour ce projet, les données par zone d'emploi sont cette fois-ci les plus utilisées ainsi que les données AT, MP, MCP et des diverses enquêtes, pour définir les priorités des axes de prévention.

3. Un outil destiné à quoi ? A qui ?

3.1 *Un outil d'aide à la décision (n= 34/35)*

L'Atlas est considéré comme un outil géo décisionnel à différents niveaux :

- × **Au niveau politique, à destination notamment des membres du Coreoct** (n=25/35) en tant qu'outil d'aide au pilotage. Il sert ainsi d'appui à la rédaction du PRST.
- × **Au niveau institutionnel, à destination des institutions santé travail, aux branches professionnelles, aux fédérations** (n=21/35). L'Atlas permet de faire un état des lieux de la santé au travail pour la préparation des programmes de prévention régionaux notamment.
- × **Au niveau des SST, à destination des CMT** (n=16/35) pour l'élaboration de leur projet de service.
- × **A l'échelle de l'entreprise, à destination des employeurs, salariés** (n=15/35) pour échanger autour de la mise en place d'action de prévention (notamment dans les instances représentatives du personnel). Il permet de sensibiliser, d'alerter et de se situer au niveau régional.

3.2 *Un outil pour les équipes santé travail (n=12/35) ?*

L'Atlas Actualisation permet, pour les équipes pluridisciplinaires, de **constater globalement les grandes tendances régionales**. Cependant, 6 interlocuteurs rapportent que les données sont considérées comme trop macroscopiques pour une réelle utilisation pratique. A contrario, *les dossiers thématiques* sont considérés par l'ensemble comme beaucoup plus « pratico-pratiques » en faisant un focus sur un domaine spécifique, pouvant intéresser ainsi une cible particulière.

Pour certains, l'ouvrage peut tout de même servir à **sensibiliser, donner des repères à l'entreprise, notamment lors des réunions avec les instances représentatives du personnel** selon 5 interrogés. Une personne fait la remarque de rester vigilant sur cette utilisation : les données étant globales, ces données peuvent paraître peu éclairantes pour les entreprises. Il s'agirait ainsi plutôt de mettre leur réalité de terrain en débat.

Il est relevé par le référent d'une CMT que l'Atlas est particulièrement utilisé par les assistants de service de santé travail pour la création de plaquettes de prévention, mais aussi, par les formatrices PRAP pour sensibiliser un public défini avec quelques chiffres de sinistralité.

3.3 Un outil pour les travaux de recherches et la préparation de cours (n=6/35)

Il est ainsi utile aux chercheurs (universitaires, étudiants, chargés de missions...) pour notamment contextualiser leurs travaux.

3.4 Un outil à étendre à un plus large public (n=3/35)

Les avis concernant un plus large public sont très partagés. Pour certains, l'Atlas pourrait être destiné aux médecins généralistes, citoyens, voire aux assurances dans l'idée de sensibiliser un plus large public.

B. Mode de diffusion

1. Comment la population étudiée est-elle informée de la parution de l'Atlas ?

Les interlocuteurs des instances régionales santé travail qui connaissent l'Atlas sont (ou ont été) informés de la parution :

- *Par réception du format papier* pour sept d'entre eux.
- *Par informatique* : trois par leur site internet interne ; trois par leurs recherches personnelles (« Je vais à la pêche »), deux par mail nominatif, un par la newsletter de l'ISTNF.
- *Directement en tant que contributeur/éditeur* pour six d'entre eux.
- *Lors des réunions du Coreoct* pour quatre d'entre eux.
- *De façon informelle* pour quatre d'entre eux (bouche à oreille, réunions).

- Lors de l'enquête menée, trois d'entre eux ont découvert la parution.
- Lors du salon Preventica pour une personne.
- Deux membres disent ne plus savoir la façon dont ils ont été informés.

Les membres composant les CMT qui connaissent l'Atlas sont (ou ont été) informés de la parution :

- Lors de recherches personnelles
- Par informatique : par leur site interne ou par mail (dont newsletter de l'ISTNF)
- Lors de l'enquête menée
- De façon informelle (de bouche à oreille)

2. La population étudiée reçoit elle le format papier ?

61% (19/31) des membres des instances régionales en ST interrogés disent recevoir le format papier.

Parmi les membres des CMT, seuls quelques médecins d'un service inter-entreprises disent le recevoir.

3. La population étudiée prend-elle connaissance de la version numérique ? du format .pdf ?

57% (16/28 connaisseurs) des membres des instances régionales en ST interrogés qui connaissent l'Atlas prennent connaissance de la forme .pdf. Parmi eux, 53% (15/28) le téléchargent. Ils passent majoritairement sur le site de la Direccte.

Parmi les membres des CMT, peu de membres prennent connaissance de ce format, et très peu le téléchargent.

4. Suggestions d'amélioration de la diffusion de l'outil

- × 6 interlocuteurs proposent de bien identifier dans un premier temps le public cible.

Il a ainsi été proposé spécifiquement de **relayer les informations au niveau :**

- **Des organismes professionnels**

L'idée étant ainsi d'améliorer la diffusion auprès de tous les partenaires sociaux de la région en passant par les branches professionnelles, les chambres de commerces, l'IREO ou les centrales syndicales.

- **Des SST**

Il s'agirait de diffuser l'information auprès de tous les médecins avec l'idée d'un mail nominatif. Ces derniers pourraient ensuite partager le contenu aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

- **De la Carsat, relais en interne et en externe**

Il s'agirait cette fois de relayer l'information aussi bien aux usagers qu'aux préventeurs de la Carsat qui ne sont pas tous informés.

- × **Améliorer la communication électronique (n=23/35) et personnaliser l'envoi selon les rubriques intéressant le destinataire (n=3/35).**

Les interlocuteurs proposent la rédaction d'un mail d'information bref, telle qu'une newsletter, avec quelques données qui pourraient susciter l'envie, contenant un lien vers le .pdf pour un accès direct. Il serait également intéressant, pour certains, de personnaliser l'envoi selon les intérêts du lecteur, selon par exemple le secteur concerné pour les DT, ce qui permettrait par la même occasion de valoriser ces publications.

Une personne propose la diffusion du support par clé USB pour un public utilisateur.

- × **A l'occasion de journées de formation, de rencontres, de réunions :**

- Lors des manifestations Direccte/Carsat, notamment lors de la présentation du PRST (n=9/35).

- Lors des journées d'informations dans les services santé travail ou lors de la formation des professionnels de santé, comme par exemple, à l'occasion de cours dispensés aux internes, médecins collaborateurs ou bien des Journées Marcel Marchand (n=6/35).
- Lors des CSSCT par les ingénieurs de la Carsat (n=1/35).
- × **Par les médias spécialisés (n=7/35) et les médias classiques locaux (n=9/35).**

Pour les médias spécialisés, les interrogés proposent plus précisément une synthèse dans les revues professionnelles, les réseaux sociaux (LinkedIn, Twitter), le rapport du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Quant aux médias classiques, l'idée est de diffuser le document dans la presse, dans l'optique d'un élargissement du public cible.

× **Faciliter l'accès de l'Atlas sur internet :**

- En insérant un lien sur les sites de toutes les institutions (n=4/35).
 - En simplifiant l'accessibilité du document sur le site des pilotes, soit de la Direccte et de la Carsat, notamment pour les dossiers thématiques et en améliorant l'indexation sur les moteurs de recherche (n=5/35).
- × **Ecrire les références des publications de l'Atlas à chaque parution (n=3/35) et réduire le décalage temporel entre la sortie et la réception de l'Atlas (n=2/35).**

Les interlocuteurs proposent l'ajout des références des Atlas antérieurs dans chaque dossier thématique mais aussi dans le livrable du PRST.

Une personne propose également d'annoncer les nouvelles parutions à venir.

C. La forme

1. Quel format pour quelle utilisation ?

Les deux formats sont jugés complémentaires et ont des usages différents.

-Le format papier :

- pour prendre connaissance de l'ouvrage avec une meilleure vue d'ensemble et pour une lecture facilitée (n=14/35).
- pour la facilité d'utilisation et la possibilité d'annoter (n=5/35).

-Le format .pdf :

- pour la conservation des données et pour avoir toujours à disposition l'outil sans s'encombrer (n=9/35).
- pour appuyer une présentation, grâce notamment aux copies écrans (n=7/35).
- pour une recherche d'information précise (n=1/35).

2. Pourrait-on se passer du format papier ?

18 entretiens sur les 35 menés étaient contre la suppression du papier car cette forme permet de rappeler l'existence du document.

De plus, 3 personnes font part que le format numérique est sans doute plus difficile pour les générations moins aguerries à l'outil informatique.

Les autres seraient favorables à la suppression du papier pour, entre autres, diminuer le coût du papier et être plus respectueux de l'environnement.

Certains suggèrent ainsi :

- La possibilité de demander un envoi papier sur demande via le site internet, comme le site de l'INRS (n=4/35).
- une transition progressive du papier vers l'outil informatique dans l'attente d'un autre format numérique (n=3/35).

- De garder a minima un format papier pour un certain public (n=3/35) : pour les institutions, pour les membres du Coreoct ou pour les membres des CMT.

3. Suggestion d'autres formes

- × **Une version dématérialisée** (n=20/35), **avec la possibilité d'extraire les données :**

- **Sur internet** (n=20/35) avec l'idée d'un menu déroulant interactif, d'une carte interactive et d'un moteur de recherche. Il a été suggéré la création d'un site dédié (un site internet unique « portail santé Hauts-de-France » ou « Atlas Hauts-de-France ») ou à défaut l'utilisation d'un outil déjà existant.
- **Sur un PowerPoint** (n=3/35) avec présentation des 28 zones sous forme de carte interactive.
- Une personne propose **une version dématérialisée avec un sommaire interactif.**

- × 11 personnes font la remarque d'être vigilant sur **la taille du document** en proposant notamment l'ajout de quelques annexes pour alléger le contenu principal, voire **de scinder les parties** (n=4/35) avec la possibilité de les télécharger séparément et d'extraire des fiches par zone d'emploi.

- × **Un document papier synthétique pratique** (n=8/35), qui permet de participer également à une meilleure diffusion de l'outil avec un lien vers le document complet.

4. La présentation sous forme de cartes et tableaux convient-elle ?

22 personnes soulignent l'intérêt des cartes et tableaux, qui sont appréciés pour la compréhension rapide des données en allégeant le texte.

D. La fréquence

1. La fréquence est-elle adaptée aux besoins ?

La fréquence actuelle de la parution de *l'Atlas régional actualisation*, soit tous les deux ans, paraît adaptée pour la majorité de la population étudiée (n=18/35, inadaptée pour 13, 4 sans avis), ce qui permet notamment de faire un état des lieux avant la parution du PRST, un bilan intermédiaire puis un bilan sur les actions menées au bout des 5 ans.

Les personnes le justifient notamment par l'inertie des chiffres d'une année sur l'autre.

La fréquence des dossiers thématiques, en revanche, pourrait être augmentée selon les intéressés avec nécessité de les réactualiser avec des indicateurs de suivi.

2. Autres fréquences proposées

- × **Parution rapide des chiffres sur un thème donné dès leur obtention** (n=6/35)
soit une publication des données dès la finalisation du traitement statistique d'une partie de l'ouvrage.
- × **Tous les ans** (n=4/35).
- × **Tous les 3-4 ans** (n=3/35).

E. Le contenu

L'Atlas est globalement considéré comme une référence en santé travail.

1. Un outil opérationnel ?

Le regroupement de données est estimé globalement pertinent pour un diagnostic régional de la santé au travail (n=25/35). Cependant, les *dossiers thématiques* sont

jugés plus « pratico-pratiques » que *l'Atlas Actualisation* pour les acteurs de terrain (n=13/35).

L'enquête a permis de faire ressortir les critiques suivantes :

- × **Un outil avec une photographie tardive de la situation** (n=5/35).
- × **Un outil traité majoritairement sous l'angle de la réparation avec une insuffisance de données de prévention** (n=9/35).

Il manquerait notamment des indicateurs portant sur les risques professionnels (n=9/35).

- × **Un manque de données de terrain** (n=11/35) **avec des données des SST sous exploitées** (n=6/35).

→ Les leviers

Plusieurs idées ont été remontées dans les entretiens afin que l'Atlas comprenne plus de données de terrain. Tout d'abord, selon 2 interrogés, il faudrait mener une réflexion sur un petit nombre d'indicateurs limités, pertinents, suivis dans le temps, que tous les SST remonteraient, en cohérence avec les priorités régionales, le petit nombre augmentant la faisabilité pour les équipes pluridisciplinaires.

Les autres idées suggérées étaient :

- l'ajout systématique des rapports annuels des SST dans l'Atlas qui reflètent la façon dont se déroule actuellement la santé travail avec l'activité notamment des équipes santé travail (n=2/35).

- l'ajout de données Evrest pour avoir plus d'informations sur la santé perçue et le travail des salariés (n=1/35) et des données Sumer plus détaillées (n=1/35).

→ Les freins actuels

Les freins émis à l'exploitation des données des SST résultent des logiciels différents avec leurs thésaurus propres (n=1/35) ainsi que le manque d'harmonisation dans les informations recueillies par les équipes pluridisciplinaires (n=1/35).

2. Proposition de thèmes pour les dossiers thématiques

× **Comment les choisir ?**

Les thèmes pourraient émaner de divers acteurs de prévention, en partant de données déjà existantes (n=2/35), ou bien en réfléchissant sur de nouveaux indicateurs prospectifs, qui pourraient éclairer une problématique posée (n=5/35).

× **Des thèmes en lien avec le PRST (n=17/35)**

Il s'agirait ainsi, entre autres, des risques professionnels dans les EHPAD, des démarches de prévention des TMS, du risque chimique, des chutes de hauteur, des risques psycho-sociaux (avec nombre de suicides, les incivilités, burn out), du risque routier, du maintien dans l'emploi avec les maladies chroniques évolutives, du dialogue social.

Une autre suggestion est de faire un dossier thématique faisant un état des lieux à mi-parcours du PRST.

× **Autres thèmes proposés**

- Les risques émergents (n=2/35).
- Les intérimaires (n=4/35), le transport (n=1/35), la logistique (n=1/35), l'aide à domicile (n=1/35).
- Les actions de la MSA (n=2/35).
- La santé au travail des femmes en région Hauts-de-France (n=1/35).
- Précarité et santé (temps partiel, CDD, interim) (n=1/35).

- Modernisation des entreprises (financement public pour accompagner les entreprises) (n=1/35).
- Focus sur une problématique de santé particulière (n=1/35).

3. Un maillage pertinent ?

Le découpage infra régional par zone d'emploi est jugé utile pour 20 personnes. Des propositions de découpage différentes ont été faites :

- Selon la sectorisation par SST (n=5/35) pour une exploitation directe et plus opérationnelle des données.
- Par département ou par commune (n=1/35).

4. Autres suggestions de thèmes, de sources et de données

× **De thèmes**

- Un volet prévention avec des indicateurs de terrain (n=7/35).
- Un volet maintien dans l'emploi avec des indicateurs en amont de l'inaptitude (visite de reprise, aménagements) et en développant les réseaux existants (CAP emploi, Agefiph...) (n=2/35).

× **De sources**

- Des données du RNV3P (n=2/35)
- Des données sur la désinsertion professionnelle via la cellule PDP (n=2/35)
- Des données de la chambre de commerce (CCI) (n=1/35)
- Des données des études agricoles (Agrican) (n=1/35)
- Des données d'exposition mesurées ou déclarées (R-nano, Scola, Colchic) (n=1/35).

× **De données**

Les données mentionnées ici sans chiffres ont été proposées par une personne.

- Des données démographiques : âge (n=5/35), genre (n=5/35).
- Des données socio-économiques : ancienneté, taux moyens de cotisation (n=2/35), type de contrat de travail (CDD/CDI).

- Des données de santé, santé travail : accidents de trajet (n=3/35 interrogés), taux RQTH (n=2/35), indicateurs de bien-être, accidents à haut potentiel de gravité, les pathologies, les risques professionnels (n=9/35) avec possibilité d'une matrice d'exposition / pathologies.
- Des données médico-sociales : le nombre d'inaptitudes avec distinction de l'origine professionnelle ou non (n=3/35), le nombre de propositions d'aménagements de poste de travail, le devenir de ces demandes d'aménagement, la répartition des demandes de reconnaissance de MP comparées aux MP reconnues, le nombre de dossiers présentés au CRRMP dont le motif est les RPS.
- Des données sur l'entreprise : taille d'entreprise (n=3/35), absentéisme, taux de turn-over, niveau de formation des salariés (n=2/35), représentations de la part des CSSCT restants, la part des syndicats professionnels. Les entretiens relèvent également la volonté de détailler :
 - le code NAF des secteurs d'activités (n=8/35). Une autre personne suggère également une autre nomenclature avec la nomenclature CTN.
 - les métiers de la MSA.
 - les codes PCS.

Enfin, il a été suggéré des indicateurs composites par une personne.

F. Autres suggestions pour l'avenir

1. Mobiliser l'ensemble des acteurs de prévention autour de l'Atlas (n=3/35).

L'Atlas Actualisation ainsi que les dossiers thématiques devraient permettre de faire travailler ensemble les acteurs de prévention avec une méthodologie commune et des sources émanant ainsi de diverses entités. Selon un interrogé, l'intérêt des DT devrait être aussi de faire participer et de faire travailler ensemble les SST autour de divers thèmes de prévention.

2. Diffuser les actions de prévention et les outils pertinents via les DT (n=8/35).

Les dossiers thématiques devraient ainsi permettre de mutualiser les bonnes expériences, de valoriser et d'inciter les actions de prévention. Ils pourraient comprendre également les accompagnements financiers de la Carsat.

3. Suggestions pour une version dynamique

3.1 Compilation de données sur un site dédié (n=5/35) avec des niveaux d'accès différents, sécurisés, selon les profils (n=5/35).

Les 5 intéressés suggèrent ainsi d'avoir accès, sur un éventuel site de la prévention, à des guides, publications scientifiques, travaux de recherche permettant plus d'analyse, plus de liens.

Une autre idée serait une version dématérialisée sur plusieurs niveaux, par exemple, une version figée pour le grand public et une cartographie dynamique pour un public plus expert.

3.2 Une version dynamique permettant d'accéder à des niveaux d'informations plus fins et à plus de données grâce notamment à la mise en place d'une carte interactive (n=10/35).

Certaines personnes déclarent avoir besoin de davantage d'informations sur des catégories précises (secteur géographique, secteur d'activité...) qui sont différentes selon l'intéressé, ce que ne permet pas le format papier. La version dynamique pourrait ainsi corriger cette problématique.

3.3 Une version dynamique permettant l'actualisation de données en continu avec un historique des données antérieures (n=5/35).

Il y aurait ainsi un rafraichissement continu de données.

3.4 Une version dynamique permettant l'accès aux données brutes, requête (n=24/35)

L'accès aux données brutes et la possibilité de requêter est une évolution attendue pour 21 des 31 membres interrogés des instances régionales santé travail. Concernant les membres des CMT, 3 y seraient favorables.

Cependant 9 personnes craignent un mésusage et que les croisements réalisés soient ainsi biaisés. Cela nécessite donc pour eux une grande prudence afin de s'assurer que les croisements sont autorisables compte tenu de l'origine différente des données, recueillies différemment et ne portant pas toujours sur la même population, le même périmètre, la même temporalité... Afin d'atténuer cette limite, une proposition est de demander une autorisation nécessaire préalable auprès de la Carsat, qui traiterait les demandes spécifiques.

De plus une personne pense que peu de personnes seraient intéressées par une telle évolution.

3.5 Autres

Les autres propositions concernant un éventuel outil dynamique seraient de pouvoir suivre la fréquentation de l'outil dynamique avec les données les plus consultées comme le suivi du nombre d'utilisateurs, du nombre de visites, des pages les plus consultées, etc... (n=4/35) et de mettre un place un forum permettant de pouvoir répondre aux questions des utilisateurs avec le taux de satisfaction (n=2/35).

3.6 Vigilance autour d'une version dynamique

2 interlocuteurs se questionnent tout de même sur l'utilité d'un site dynamique : serait-il réellement utilisé ? Par qui ?

De même, 2 intéressés tiennent à rappeler d'être vigilant sur l'affinage des données : elles pourraient ne plus être pertinentes et déroger au respect du caractère anonyme de ces dernières (secret statistique).

4. L'Atlas devrait-il comprendre des éléments d'analyse ?

4 interlocuteurs ont émis l'idée d'avoir des éléments d'analyse, de compréhension dans l'Atlas avec des liens entre les différents chapitres (enquêtes et données de sinistralité par exemple). Cette idée est toutefois critiquée par une personne qui considère que ce n'est pas l'objet de l'Atlas.

5. Autres suggestions

Les suggestions rapportées ici sans chiffres ont été proposées par une personne.

- Contextualiser avec la santé globale des habitants (n=4/35) avec proposition notamment d'un Atlas Régional de la Santé.
- Améliorer la partie coût du risque pour sensibiliser l'employeur et en lui donnant la possibilité de calculer ses cotisations AT/MP (n=4/35).
- Plus de comparaisons avec le national avec un préambule national pour se situer au niveau européen voire international (n=3/35).
- Volet MCP à insérer après les MP pour une facilité de lecture (n=2/35).
- Faire une cartographie des territoires prioritaires.
- Parution d'un Atlas grand compte : distinguer les établissements indépendants et les autres, avec situation du siège permettant de savoir à qui s'adresser pour la mise en place d'action.
- Propositions d'encarts avec description synthétique des enseignements.
- Détailler la partie cancer professionnel notamment en lien avec l'amiante.
- Proposition d'écrire en introduction que l'on ne peut pas se contenter de l'Atlas avec une grande majorité de sinistralité, pour se faire une idée des problématiques santé travail.

DISCUSSION

I. Résumé des principaux résultats

Ces résultats mettent en évidence que l'Atlas est encore trop peu connu et utilisé par les instances, notamment pour la priorisation des actions en local (projet de service des SST notamment). Il est considéré comme une référence en ST mais son opérationnalité pour l'élaboration d'un diagnostic territorial est malgré tout discutée. Des pistes d'améliorations ont ainsi été suggérées : intégration d'indicateurs émanant des SST (indicateurs prospectifs, limités, définis collégialement en fonction des priorités dictées ; risques professionnels et pathologies) et conception d'un outil dynamique dématérialisé avec possibilité d'obtenir des données plus précises, infrarégionales, actualisées, brutes et requêtables. L'intérêt de mobiliser l'ensemble des acteurs de prévention est souligné.

II. Discussion des résultats

Quelques verbatims issus de l'enquête, présentés en italique, sont ici proposés afin d'enrichir la discussion.

A. Discussion autour de la connaissance de l'Atlas

1. Un outil insuffisamment connu et peu utilisé

D'après cette étude, l'Atlas n'est pas aussi connu et utilisé qu'on pourrait le penser.

« Tous les acteurs impliqués n'ont pas connaissance potentiellement de cet Atlas ».
« La question qu'il faudrait se poser chez nous [SST] c'est pour quelles raisons on ne connaît pas l'Atlas ? [...] Pourquoi on n'a pas reçu chacun d'entre nous l'information [...] il

y a des outils qui sont très pratiques dans notre activité quotidienne et quelque part on n'est pas au courant de leur existence. »

Cela se réaffirme lors des échanges avec notamment des suggestions proposées qui se révèlent déjà être comprises dans l'Atlas (comme la proposition d'ajouter des données telles que le genre, la taille d'entreprise ou des suggestions de sujets de DT déjà traitées).

Il est ainsi intéressant de souligner que ce travail a permis de rappeler l'existence de l'outil mais aussi de participer à sa promotion ainsi qu'à l'amélioration de sa connaissance auprès des personnes interrogées.

*« j'irai plus souvent en fin de compte »
« ça a permis un peu..Ehh ben, de la pub ! »
« On ne l'avait pas utilisé, mais maintenant du coup on va l'utiliser [pour les projets de service] »*

2. Discussion autour du public cible et de la finalité de l'Atlas

Ce travail a permis de dévoiler un double intérêt de l'Atlas :

- L'intérêt d'élaborer un diagnostic territorial pour faire de la programmation d'action à différentes échelles : *au niveau régional*, par les membres du Coreoct et par certaines institutions santé travail qui en ont la nécessité, mais aussi à *un niveau infrarégional* pour les CMT. Par conséquent, l'Atlas présente comme autre avantage le rassemblement d'acteurs ST autour d'actions de préventions sur un territoire défini.

*« Pour moi l'intérêt dans l'Atlas [...] C'est peut-être de moins prendre des décisions au gré des rapports de force ou au gré des courants d'opinions mais à partir de données sur lesquelles les personnes peuvent réfléchir »
« Si on pouvait renverser l'interrogation d'une autre façon, c'est : s'il n'y avait pas d'Atlas comment se prendraient les décisions ? »*

- L'intérêt de partager des informations sur la santé au travail pour un public plus large. Les dossiers thématiques, en particulier, sont jugés comme très utiles

pour les équipes pluridisciplinaires ST et les entreprises, de par leur partage d'actions de prévention.

B. Discussion autour du mode de diffusion

Actuellement, le public interrogé est informé par divers moyens de la parution de l'Atlas, principalement lors de la réception du format papier et lors d'échanges oraux. Il semble intéressant, au regard du nombre de non connaisseurs, de mieux diffuser le document, notamment auprès des principaux utilisateurs. Pourtant, l'Atlas Hauts-de-France est actuellement envoyé par courrier et par mail à tous les membres du Coreoct et aux directeurs des SST. De plus, il est d'usage que le MIRT envoie un mail à l'ensemble des médecins du travail. L'ISTNF, via sa newsletter, informe les abonnés de la parution et l'outil est disponible en ligne sur le site de la Carsat et de la Direccte. Cela amène à se questionner sur les raisons de cette méconnaissance.

Un des facteurs est probablement la surinformation d'où l'importance de trouver le bon canal de diffusion.

« le risque c'est que les choses se noient, les gens ne vont pas forcément aller consulter... Par contre l'idée, c'est que s'il y a besoin, c'est disponible facilement [...] Un des risques de l'information c'est quand même la surinformation, c'est que ça soit noyé, que les gens regardent plus. »

« Bon après trop d'informations tue l'information. Mais on a un souci aujourd'hui avec les nouveaux moyens de communication : on est bombardé de pleins de choses et donc il y a plein de supports qui peuvent perdre de leur efficacité du fait qu'ils peuvent être noyés dans un flux incessant qui inonde... »

Les échanges ont souligné l'intérêt et, à la fois, la difficulté de s'adapter à chaque public puisque les attentes sont différentes. La personnalisation de l'envoi peut être une piste intéressante.

Nous pouvons retenir l'idée :

- **D'une communication par mail a minima à tout le public cible utilisateur** soit le Coreoct, les SST et les institutions de prévention en santé travail qui pourraient ensuite relayer les informations en interne mais aussi la communication des DT aux équipes pluridisciplinaires et aux organismes professionnels concernés en fonction du thème.

« le Coreoct n'a pas non plus des voies de diffusion à tous les partenaires sociaux de la région [...] je pense que la meilleure solution c'est soit de passer par les branches professionnelles, soit par les chambres de commerces, soit par l'IREO ou par les centrales syndicales (qui pourraient être les réceptionnaires de tel bilan). »

- **De la nécessité « d'en parler plus » à l'occasion de rassemblements** (formations, manifestations Direccte, Carsat) qui viseraient alors les équipes pluridisciplinaires et les employeurs où la diffusion d'une fiche synthétique pourrait être judicieuse.

« Je pense qu'il faudrait en faire un vrai évènement, comme lors de la parution du PRST3, avec une sorte de réunion [...] parler des deux en même temps me paraît bien avec l'aspect politique et l'aspect indicateurs [...] on peut valoriser l'Atlas : pour mesurer la réalité de l'avancée du PRST3. »

- **De l'intérêt d'améliorer l'accès sur internet**, en diffusant le lien sur l'ensemble des sites de prévention ST et en optimisant l'indexation dans les barres de recherche. En effet, la recherche notamment des dossiers thématiques est actuellement laborieuse.

« Intérêt de travailler avec les webmasters [...] problème d'indexation des documents pour les retrouver plus facilement. »
« c'est compliqué de le trouver en moteur de recherche. Même en écrivant Atlas Santé Travail, le lien renvoie vers le document de 2016 et non celui de 2018. Il serait intéressant qu'il apparaisse dans les premières propositions et d'améliorer l'accès sur le site internet. »
« c'est vraiment quand on le cherche qu'on tombe dessus »

- **De communiquer quelques résultats dans les médias** classiques et spécialisés pour un plus large public, ce qui est fait d'ailleurs (conférences de presse dont la dernière en 2019), à l'occasion de la parution de l'Atlas.

« Ce qui peut être intéressant également c'est de casser l'image des SST, mais il faudrait que ce ne soit pas qu'un Atlas de sinistralité : quelles sont les évolutions positives ? »

C. Discussion autour de la forme

1. Les différents formats

Les formats actuels de l'Atlas Hauts-de-France sont le format papier et le format .pdf qui ont notamment comme inconvénient de ne pas permettre l'extraction de données. De plus, le format papier actuel est estimé trop volumineux.

La question se posait alors de conserver le format papier au regard du prix et de l'impact écologique. Pour autant, plus de la moitié des interlocuteurs souhaitent conserver le format papier, ce qui permet selon eux, une lecture facilitée ainsi que de rappeler l'existence du document.

« cela me permet de me mémoriser de l'existence de l'édition. »
« Pour la communication vous êtes obligés d'avoir une production, parce que si vous ne faites plus que de l'Internet vous allez limiter un public. Il y a du public qui n'entre plus que par l'internet et d'autres qui ont plus de difficultés à y rentrer. »

Il semble nécessaire de mener une réflexion sur l'évolution des formats actuels. En effet, la publication d'un diagnostic ne prend pas nécessairement la forme d'un gros rapport écrit mais différents formats peuvent être utilisés pour mieux communiquer les résultats comme des présentations animées, des livrets, des cartes, des panneaux d'affichage, des supports vidéo (3).

Il a été suggéré dans notre enquête :

- **une fiche de synthèse** pour partager les données et pour contribuer à la diffusion du document. Son intérêt est également de faciliter l'appropriation du diagnostic territorial en première lecture et de donner la possibilité d'exploiter un document plus complet par la suite (15). Cette synthèse a pourtant déjà été produite par la Carsat Nord-Picardie qui a publié en 2017, un panorama 2016 de la santé au travail dans les

Hauts-de-France, sous la forme d'un dépliant de 6 pages (16), puis en 2019, une synthèse de 12 pages en appui à l'Atlas Régional 2018 (17). Pour autant, ces initiatives sont très peu connues, car probablement, trop peu diffusées.

« il faut qu'on donne très rapidement aux gens l'envie d'avoir les éléments qui leur sont des éléments importants du message qu'on veut faire passer [...] Je pense qu'il vaut bien mieux faire un document relativement restreint qui renvoie éventuellement à un complément sur internet. »

- **une version dématérialisée** sur un site dédié de la prévention, ou à défaut sur un outil déjà existant, avec l'idée d'une carte interactive avec possibilité d'extraire des données. Il serait de plus, toujours possible, sur cet éventuel site de demander un envoi papier pour les intéressés.

« outil interactif dynamique [...] quelque chose de rapide, dynamique, opérationnel. »

On pourrait ainsi imaginer de garder, pour le moment, un format papier pour un public utilisateur, soit un pour chaque membre du Coreoct, un par institution ST, un par CMT et une version dématérialisée pour tous (publics experts et grand public). L'idée de la fiche de synthèse semble également pertinente pour un large public notamment lors de manifestations sur le thème par exemple.

2. Présentation du contenu

Souvent très riche en contenu informationnel, les diagnostics sont parfois difficilement appropriables pour des publics intéressés par le sujet mais qui ne sont pas spécialistes en données. Il est ainsi proposé dans le guide méthodologique du PST 3, de soigner l'éditorialisation et de présenter les données de façon synthétique et pédagogique par des représentations graphiques diverses facilitant la lecture, la compréhension et permettant de soutenir visuellement l'expression des enjeux. Il s'agit de la datavisualisation (15).

L'Atlas Hauts-de-France est conforme à ces recommandations puisqu'il inclut des cartes, tableaux, histogrammes, courbes, appréciés parmi le public interrogé, mais aussi et surtout une méthode d'analyse des écarts structurels, présentée sous forme de représentation graphique, qui distingue les profils sectoriels caractérisant le territoire sur le plan de la sinistralité et expliquant le sens de certains écarts par rapport à la moyenne nationale. Cette dernière a le mérite d'affiner le diagnostic et distingue l'Atlas Hauts-de-France des autres Atlas régionaux.

« on préfère qu'il y ait moins de texte et plus de tableaux comparatifs, plus de schémas, plus de choses comme ça, que trop parfois trop de textes. »

De plus, l'ouvrage est structuré par chapitre de couleur permettant des entrées différentes (par thèmes, territoires, etc...).

D. Discussion autour de la fréquence

Une fréquence annuelle était auparavant appliquée pour la parution de l'Atlas. L'inertie des données a participé au fait d'augmenter cette périodicité à 2 ans. Pour la majorité, cette périodicité est adaptée et les interlocuteurs soulignent l'importance que cette parution soit en lien avec le PRST (un point à mi-parcours du PRST et deux ans après, parution du bilan). La périodicité actuelle de l'ouvrage respecte ce souhait avec une parution en 2016 et 2018 pour le PRST 3 (2016-2020).

« ce qui est important en termes de temporalité, c'est qu'avant d'écrire le PRST, il y ait au moins un Atlas qui sorte avant que les pilotes n'écrivent le PRST pour qu'ils puissent s'y référer. [...]. et qu'il y en ait un deuxième [...], l'année qui suit la fin du plan pour exploiter les chiffres, constater l'évolution sur 5 ans, du plan, par rapport à ces indicateurs. »

Quant aux dossiers thématiques, qui paraissent avec un intervalle inégal (une parution en 2020, une en 2016, une en 2015 une en 2013 et deux en 2012), la volonté est d'en produire de façon rapprochée, selon les ressources disponibles.

Cette fréquence de parution actuelle constitue de plus un levier pour dynamiser les travaux du groupe de rédaction et pour mobiliser dans la durée les partenaires (15).

E. Discussion autour du contenu

L'Atlas est avant tout considéré comme une référence en santé travail.

*« Nous notre base de travail c'est l'Atlas [...] Pour nous c'est les deux bibles [avec les indicateurs de l'Insee] »
« sorte de boussole pour l'ensemble du système de santé travail »*

1. La question des indicateurs

La complexité du choix des indicateurs

Cette étude met en évidence la difficulté d'obtenir des indicateurs qui reflètent la situation actuelle. En effet :

- 1) les données de sinistralités recueillies sont les AT et MP reconnus. Or, on sait qu'il y a énormément de sous déclaration et que les chiffres ne peuvent refléter la totalité des liens entre travail et atteintes à la santé.

« Les maladies professionnelles par exemple sont très utiles mais sont un très mauvais indicateur »

- 2) Les données MCP sont ainsi intéressantes pour éclairer ces liens. En ex-région Nord-Pas-de-Calais, le programme de surveillance a été rejoint en 2009. Seules les relations significatives (données dont la représentativité est assurée et la puissance suffisante) sont publiées dans l'Atlas. Plusieurs résultats ne sont donc pas retenus du fait de l'insuffisance du nombre de participants à ce programme de surveillance alors qu'ils pourraient, pour autant, être pertinents. Un meilleur taux de participation améliorerait la richesse des résultats.
- 3) En parallèle de ces données de sinistralité, et afin de repérer des signaux plus précoces, l'Atlas reprend des données, issues de l'observatoire Evrest. Cet outil

a été créé à la base pour fournir un constat collectif en entreprise à partir de données recueillies auprès d'échantillon de salariés. Il a été étendu en France en 2008. Pour assurer la représentativité régionale en Hauts-de-France, et du fait de la participation variable de certains services et secteurs d'activité, les résultats sont corrigés grâce au redressement de données (des pondérations sont appliquées aux salariés afin de s'approcher d'un échantillon représentatif des salariés de la région) en cohérence avec la méthodologie adoptée au niveau national (18). Les données, quant à elles, ne sont donc pas toutes exploitables à la maille infra régionale, et sont donc dépendantes notamment des SST participants. Un taux de participation plus important permettrait donc, là encore, de consolider les données et de les affiner.

- 4) La compatibilité entre l'état de santé des salariés et leur poste de travail est un autre aspect qui éclaire les liens entre santé et travail. A ce titre, l'enquête régionale inaptitude, qui a été mise en place il y a plus de 10 ans a évolué l'année dernière pour recueillir des données de maintien dans l'emploi afin de pouvoir élaborer des stratégies d'intervention mieux ciblées. L'exploitation infra régionale à la maille des SST est possible selon le taux de participation des médecins.
- 5) Enfin la connaissance de l'exposition des travailleurs aux risques professionnels est ce qui permet d'agir en prévention primaire : la suppression des risques ou leur réduction, idéalement avant même l'apparition d'effets sur la santé, est en effet ce que l'employeur doit rechercher en priorité (article L. 4121-2 du CT). A ce titre l'enquête Sumer, menée tous les 7 ans environ depuis 1994, décrit les expositions aux risques professionnels des travailleurs. L'extrapolation régionale des données nationales traitées par la Dares est

permise en suivant un protocole rigoureux, mais il est inenvisageable, là encore, de traiter les données à un échelon inférieur, faute de représentativité statistique.

« Si on a les moyens de tracer correctement les risques professionnels ça peut devenir quelque chose d'intéressant [...] la superposition conjointe entre sinistralité et la causalité avec les indicateurs là ça serait intéressant ! »

6) De plus, les données sont publiées avec un écart de 2 ans : dans l'Atlas 2018, publié en 2019, les données concernent l'année 2017.

*« Le seul problème on est toujours un peu en retard, photo mais un peu tardive. »
« document qui est obsolète au bout de quelques mois, qui est d'ailleurs obsolète quand il paraît au public. »*

On voit bien ainsi la difficulté d'obtenir de nombreux indicateurs fiables et performants. Or, c'est le regroupement de ces indicateurs qui est à la base de l'élaboration d'un diagnostic territorial de qualité.

« Une des questions globales qui se pose c'est la question des indicateurs, et avoir des indicateurs suffisamment en amont et suffisamment fiables, c'est à dire plus proches des risques [...]. Comment on arrive à avoir des indicateurs précoces ? »

La question de l'exploitation des données des SST

Obtenir des données des SST sous exploitées permettraient de remédier à ces problématiques. En effet, cela faciliterait d'une part l'élaboration d'un diagnostic territorial en interne pour les SST, afin de mieux caractériser leurs propres besoins de prévention mais aussi, d'autre part, l'élaboration d'un diagnostic à l'échelle régionale en regroupant les indicateurs obtenus.

« je pense que les données des services Santé Travail sont sous exploitées et qu'il y a un recueil magnifique qui est mis en place en voyant tous les employés, les salariés, etc.. »

Seulement, cette exploitation est actuellement complexe et limitée de par les systèmes d'informations actuels :

- Manque de saisies de la part des équipes pluridisciplinaires et inhomogénéité des données par manque d'harmonisation de ces dernières. Un travail de recherche, à partir de l'analyse des données issues de l'observatoire Evrest, a d'ailleurs permis de constater qu'il existerait effectivement une différence de recueil entre les infirmières santé travail et les médecins du travail (20).

« il faudrait aussi une harmonisation dans l'information qui est recueillie [...] moi qui voit tel patient et x qui voit le même patient, code exactement la même chose »

- Difficulté d'interopérabilité entre les différents logiciels des SST avec notamment des thésaurus inhomogènes et pas toujours adaptés au recueil d'indicateurs pertinents (trop riches ou trop précis, peu clairs ou manquant de cohérence avec le terrain).

« Ce qu'on pourrait espérer [...] interopérabilité des systèmes d'informations des services de santé, qu'ils soient autonomes ou inter-entreprises [...] »

- Périodicité des visites allongée (parfois jusqu'à 5 ans) ce qui ne permet pas d'avoir des données actualisées et exhaustives, avec le risque d'un décalage dans le temps plus grand encore que celui reproché aux données de sinistralité (2 ans).

Pourtant, d'après la réforme de la médecine du travail de 2016, les SST doivent participer à la traçabilité des expositions professionnelles et contribuer à la veille sanitaire (article L4622-2 du Code du Travail) ce qui leur permet de disposer de données chiffrées pour connaître et suivre la population de salariés. Le rapport Lecocq, donnait également des perspectives en ce sens. Il recommandait de généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information en harmonisant les systèmes d'information des structures régionales (proposé par le rapport : Région Santé Travail), notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail, et les modalités du recueil des données par l'utilisation de thésaurus homogènes définis au

plan national (13). Dernièrement, la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail (19) reprend, tout en écartant l'idée de la création des structures régionales, ces perspectives d'évolutions et prévoit de permettre l'exploitation scientifique des données médicales anonymisées du DMST qui viendraient incrémenter le dossier médical partagé (article 13). Ces données seraient en effet intégrées dans le système national des données de santé (SNDS) et un décret dresserait, par la suite, la liste des catégories de données concernées. Mais le texte relève en outre que les données visées portent uniquement sur les données de santé et non sur l'activité professionnelle ou les données relatives à l'emploi (21). Ainsi, l'intégration de données telles que les expositions professionnelles, ne seraient pas d'actualité et leur exploitation statistiques ne serait donc pas envisageable. De plus, l'utilisation de telles données à des fins statistiques nécessiterait l'adhésion des médecins du travail à un tel dispositif, avec en outre, une procédure simple et reposerait sur le volontariat des personnes qui pourraient refuser l'accès à leur dossier médical partagé.

Des initiatives à différents niveaux émergent pour tenter d'harmoniser et de capitaliser des indicateurs de prévention dans la région, notamment à l'aide de nouveaux outils. Parmi ces derniers, nous pouvons citer le développement d'un logiciel par un SST de la région pour l'élaboration des fiches d'entreprise et permettant le recueil d'expositions professionnelles et de mesures de préventions existantes. Un projet de déploiement de ce logiciel est en cours d'expérimentation dans 9 SST des Hauts-de-France.

Des suggestions pour l'Atlas

En l'absence d'une cellule régionale statistique qui aurait permis l'exploitation de données émanant des SST, suggérée dans le rapport Lecocq, diverses

propositions ont été faites afin de permettre à l'outil d'être directement plus opérationnel :

- La collecte d'indicateurs prospectifs, limités, suivis, recueillis par les équipes pluri disciplinaires des SST, en cohérence avec les priorités régionales.

« l'Atlas [...] ce n'est pas pour constater en soi, c'est pour se baser sur ces constats et rebondir sur des projections, pistes et orientations [...] Or quels autres indicateurs seraient complémentaires des AT/MP, enquête Sumer, etc... qui sont déjà très intéressants ? Ça serait en complément des indicateurs prospectifs ou des indicateurs donnant sur tels ou tels trucs... [...] que tous les SST du Nord, de France, pourraient collecter. »

« pour moi il n'y a ni plus ni moins que la Direccte et la Carsat et les SST avec le Coreoct qui doivent dicter un certain nombre d'indicateurs que tout le monde serait en mesure de collecter, pas s'embarquer dans des trucs hyper spécialisés, en cohérence avec le PRST pour demander aux SST dans l'année de faire remonter 1, 2, 3, 5 indicateurs, indicateurs qui feraient partis de l'Atlas [...] on aurait des indicateurs de terrains qui s'ajouteraient aux indicateurs de sinistralité (ex : sur le maintien en emploi, le nombre d'avis d'aptitude avec réserve) [...] Par branche professionnelle, par risque, par stratégie maintien dans l'emploi ... Donc là, on demanderait uniformément à toute une région de se mobiliser pour sortir des trucs, ça devient intéressant, parce que du coup ça permettrait même une cartographie [...] Si chaque service ou chaque acteur est capable de remonter un certain nombre d'indicateurs, il pourra s'en servir en interne pour faire état des éléments locaux, des différences locales qui n'empêcheront pas de remonter ces données à un niveau régional pour avoir une stratégie régionale plus globale. »

- Un nombre plus important de données Evrest qui permettrait d'affiner le diagnostic.
- En effet, l'Atlas ne comporte que quelques données synthétiques présentées sur 3 pages. Mais, comme pour les autres enquêtes qui ont leurs propres publications, l'intégralité des données est disponible sur le site internet de l'observatoire. Enfin, l'intérêt d'intégrer plus de données se discute en fonction de la puissance et de la représentativité des résultats.

« je trouverai ça intéressant de mettre plus de données Evrest. C'est les seules données pour l'instant sur ce que racontent les salariés de leur travail, de leur santé [...]. Evrest, c'est la seule approche homogène sur l'ensemble du territoire. Après l'utilisation est très

différente selon les services, la représentativité n'est pas parfaite, mais au moins, ça donne quelques informations sur ce qui est issu du terrain. »

- Le maintien des rapports annuels des SST qui donnent une idée des activités de ces derniers. Toutefois, les activités des services ne traduisent pas les besoins de santé de la population suivie.

« le rapport annuel [...] ça reflète un petit peu la façon dont se déroule actuellement la santé au travail : qu'est ce qui est majoritaire dans les consultations [...] quelle est l'activité des médecins, l'activité des infirmières... »

Cependant, du fait de la difficulté d'obtenir des indicateurs exhaustifs, que ce soit à partir des logiciels des SST ou à partir de diverses enquêtes santé travail, une réflexion se dégage de cette étude : est-il préférable de recueillir des indicateurs ST telles que les expositions professionnelles et les pathologies (qui correspondent aux 2 indicateurs les plus attendus d'après l'enquête mais qui sont actualisés à des périodicités différentes et pouvant aller jusqu'à 5 ans) **via les logiciels**, ce qui nécessiterait surtout une saisie rigoureuse et homogène, ou bien, **via des enquêtes santé travail**, par échantillonnage (représentatif ou redressé) ce qui impliquerait, une participation plus importante de la part des équipes pluridisciplinaires ?

2. La question du maillage

Le découpage territorial est un élément important et a une influence directe sur le portrait sanitaire qu'on se fait d'une population, tant au plan géographique qu'au plan statistique (22). Il présente ainsi comme intérêt de rendre visible des configurations territoriales spécifiques et de permettre l'appropriation de données différentes selon les territoires.

Pour ces raisons, il a paru intéressant de cartographier les données dès la création du premier Atlas Nord Pas de Calais en 2008. Le maillage par zone d'emploi a alors été choisi.

D'après l'Insee, celui-ci « permet aujourd'hui de restituer de l'information statistique mais aussi de concevoir des diagnostics territoriaux permettant de bâtir ou mettre en œuvre des politiques territorialisées » (23). Ce découpage est basé sur les données de flux de déplacement domicile-travail (collectées pendant les recensements de la population) et a pour objectif de « définir une partition du territoire en ensembles de communes où la plupart des actifs résident et travaillent » (23).

Historiquement, on comptabilisait plusieurs dizaines de zones d'emploi sur le territoire du Nord-Pas-de-Calais regroupées en bassins d'emploi, bassins qui correspondaient à la maille initiale des SST avant les fusions de 2006. Aujourd'hui, les Hauts-de-France sont découpés en 28 zones d'emploi. Par ailleurs certains SST ont fusionné et couvrent maintenant des territoires englobant plusieurs bassins d'emploi.

Lors de notre enquête, il a été relevé que le maillage actuel par zone d'emploi est jugé globalement pertinent. Cependant, les interlocuteurs ont manifesté la volonté d'un maillage plus proche de leur propre découpage, par exemple celui des SST ou des sections d'inspection du travail. Pour autant, en analysant le périmètre des SST par rapport aux zones d'emploi, on s'aperçoit qu'un SST correspond globalement aux limites d'une ou de plusieurs ZE.

Ainsi, même si les acteurs des SST ne voient pas toujours la signification de ce choix d'échelle dans la mesure où elle ne se réfère pas à des espaces identitaires ni politiques, elle permet toutefois de descendre légèrement en granularité par rapport au découpage départemental (d'ordinaire proposé dans d'autres Atlas comme celui de l'Occitanie), et de rester en cohérence avec les bassins de travail (24). Dès lors, le maillage par zone d'emploi paraît au contraire plus opérationnel.

Pour d'autres acteurs de prévention telles que l'inspection du travail, la Carsat, etc..., l'échelle d'observation et d'analyse ne permet pas une lecture infra-territoriale adaptée. En effet, la maille ZE, si elle a du sens d'un point de vue d'étude statistique, ne constitue pas une référence significative pour les acteurs qui interviennent sur les secteurs géographiques créés par leur institution d'appartenance (par exemple la section d'inspection du travail ne correspond pas à une ZE). Elle peine à intéresser et à mobiliser les acteurs pour réaliser l'exercice d'analyse collective (24).

Malheureusement, l'exploitation des données à des échelles fines n'est pas possible pour le moment pour toutes les sources d'ordinaire exploitées.

3. Dossiers thématiques

Les DT cherchent à affiner les connaissances et permettent une analyse plus complète d'une thématique spécifique (d'un public, d'un secteur d'activité ou d'un territoire particulier) ou encore d'éclairer une priorité du PRST venant enrichir le diagnostic initial.

Pour rappel, 6 publications sont parues pour le moment en Hauts-de-France avec des sujets d'intérêts spécifiques : *la grande distribution, l'entretien et la réparation de véhicules, le bilan des actions régionales sur le risque cancérigène, mutagène et reprotoxique des salariés du régime général ; l'influence du tissu économique sur la fréquence des accidents du travail ; les 50 ans et plus au travail et enfin l'aide à domicile et l'hébergement médicalisé.*

La séparation du diagnostic en deux types de publications permet ainsi de toucher des acteurs différents et à différentes échelles. Il s'agit ainsi d'un autre enjeu par rapport à l'*Atlas Actualisation* : en se focalisant sur une thématique précise, les DT intéressent plus couramment les acteurs de terrain (SST et entreprises) et permettent

d'être directement opérationnel pour la réalisation d'actions de prévention ciblées grâce au partage de connaissance, d'outils.

« Ça permet de lancer une réflexion chez le médecin, tiens il faut que je sois plus attentif sur mes entreprises de tels secteurs avec pourquoi pas des propositions d'outils. »

Les dossiers thématiques permettent aussi de dynamiser la contribution active des partenaires dans la durée, ce qui est également un point clé pour l'élaboration d'un diagnostic territorial d'après le guide méthodologique de l'axe 3.13 du PST.

D'après ce guide, c'est ainsi que la démarche de diagnostic prend de la valeur, que s'étendent les capacités de diagnostic et que montent les compétences en la matière 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 (15).

Dès lors, il semblerait pertinent de réactualiser les DT afin de suivre ces indicateurs dans la durée, ce qui n'est pas le cas actuellement, et de les enrichir selon les thèmes du PRST. Par ailleurs, il serait intéressant d'inclure les CMT dans le choix des DT. Pour ce faire, il serait pertinent que les représentants des SST au sein du comité de rédaction interrogent les différentes CMT puisqu'actuellement, les sujets sont décidés par le comité de pilotage (Carsat, Direccte) sur proposition du comité de rédaction représentants les divers contributeurs, en partant de données déjà existantes.

« Pour moi l'intérêt des focus c'est un, faire travailler ensemble les services, et pourquoi pas les préventeurs et en même temps mettre en place des indicateurs. [...] On avait réussi à l'époque à faire « l'action garage » [...] On se donne les moyens, y compris après validation universitaire s'il le faut pour avoir ce qu'on cherche [...] avoir une méthode, un protocole qui va nous permettre, d'avoir une évaluation du risque précise et donc derrière la possibilité d'avoir des indicateurs [...] On pourrait avoir une démarche

positive pour l'ensemble de la région [...] il faut une mobilisation de l'ensemble des acteurs. »

4. L'opérationnalité de l'outil

De cet argumentaire découle la difficulté d'obtenir des indicateurs pertinents et performants à l'échelle régionale, ce qui est d'ailleurs encore plus problématique à l'échelle infra régionale, ainsi qu'un maillage directement fonctionnel pour les divers partenaires.

Ces raisons entravent l'opérationnalité directe de l'outil. Cependant, les limites sont principalement fixées par la disponibilité actuelle des indicateurs et leur exploitabilité à une maille infra régionale. Mais la connaissance produite, bien que parcellaire, reste pertinente pour guider les prises de décisions et la priorisation, notamment pour des actions coordonnées entre préventeurs d'institutions différentes.

En le comparant aux autres Atlas régionaux, l'Atlas Hauts-de-France est pionnier en la matière et a pu être force de proposition pour une méthodologie développée au niveau national.

L'exercice d'élaboration d'un diagnostic territorial étant un processus long et laborieux, l'Atlas Hauts-de-France nécessite ainsi d'évoluer, et les pistes d'améliorations émises sont à explorer pour gagner en efficacité.

F. Discussion autour des suggestions pour l'avenir

1. Une version dynamique

Les diagnostics territoriaux en santé travail sont le plus souvent des documents papiers, téléchargeables en .pdf. Aucune interactivité n'est possible alors que de nombreux sites proposent désormais une visualisation géographique de données sanitaires. Parmi elles, nous pouvons citer par exemple l'observatoire national des

situations de fragilités (<https://www.observatoires-fragilites-national.fr>), projet porté par la Carsat ; la plateforme score santé (<https://www.scoresante.org/>), porté par l'OR2S ou encore l'outil Thessalie à destination des Direccte permettant de cartographier des données socioéconomiques et de sinistralité.

L'idée d'une cartographie dynamique, concernant l'Atlas, pourrait, pour autant, permettre d'affiner le diagnostic en proposant notamment des maillages modulables en fonction des besoins de l'intéressé et être ainsi directement opérationnel. L'enquête menée est d'ailleurs en faveur d'un tel dispositif.

Il faudrait tenir compte, cependant, du secret statistique qui limiterait la finesse des informations disponibles. Ce dernier est en effet défini par la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée et couvre les données de sinistralité. Il interdit toute diffusion qui permettrait une identification indirecte d'une personne ou d'une entreprise, mais aussi, sans pouvoir les identifier, d'obtenir une information au sujet d'une personne ou d'une entreprise. Les règles de diffusion sont ainsi :

- Pour les particuliers : interdiction de publier des données concernant moins de cinq personnes.
- Pour les entreprises : aucun résultat n'est publié s'il concerne moins de trois établissements, ni aucune donnée pour laquelle une entreprise représente 85% ou plus de la valeur obtenue.

L'idée d'une version dynamique permettrait également un rafraichissement des données en continu avec notamment la possibilité d'obtenir des niveaux d'informations plus fins comme l'affinage du secteur d'activité, etc....

*« Il n'y aurait plus de parution mais rafraichissement de données en continu. »
« Pour certains la classification en neuf éléments pour le secteur de l'activité ne va pas suffire, pour d'autres oui. On est dans un monde où la donnée est de plus en plus utilisée*

*sous différentes formes donc la voir sous une forme fermée sur un document papier c'est quelque chose qui n'est plus forcément complètement adapté. »
« je crois beaucoup à la mise en œuvre d'un outil plus interactif où on pourrait entrer plus finement dans les restitutions. »*

2. L'ouverture des données et le requêtage

Dans l'Atlas actuel, les croisements de données sont figés. Aucune donnée relative à la ST n'est ouverte au format tableur avec possibilité de tri suivant divers critères. L'ouverture des données ainsi que la possibilité de requêter est pour autant une évolution attendue (54% des interrogés y seraient favorables). De plus, cette possibilité d'ouvrir les données et de permettre leur réutilisation par un tiers extérieur est suggérée dans le guide méthodologique du diagnostic territorial partagé en santé au travail (15).

Cependant, certains craignent un mésusage de ces données, le regroupement de données ne devant pas faire perdre la réalité des données locales à la fois des besoins de santé locaux, à la fois des vulnérabilités individuelles.

« il faut être très prudent aussi avec les regroupements : est-ce qu'on regroupera les mêmes données ? Quels croisements sont autorisables compte tenu de l'origine des données ? Si on croise des trucs qui ne viennent pas parfaitement du même endroit ou qui se chevauche parfaitement, on dit n'importe quoi ! »

Ainsi, le guide élaboré dans le cadre du PST 3 donne quelques pistes en adéquation avec 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, pour permettre l'ouverture de ces données. Il suggère en premier lieu des données remplissant des critères : données 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. En deuxième lieu, il rappelle la nécessité d'apposer une licence fixant les conditions dans lesquelles ces données pourront être copiées, diffusées, réutilisées librement.

Pour faciliter la mise en place de l'open data, un appui des services de l'état est souhaitable à l'instar de la région Occitanie, qui dispose d'un laboratoire de valorisation des données publiques et d'un réseau d'experts susceptibles de soutenir ce genre de démarche à travers des accompagnements techniques, juridiques, organisationnels et communicationnels (portail : <http://www.opendatalab.fr/>) (15).

III. **Discussion de la méthode**

Cette étude est inédite dans la mesure où elle a permis d'interroger l'ensemble des acteurs de prévention, avec des sensibilités et enjeux très différents, autour du thème des diagnostics territoriaux en santé travail.

A. Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie pour cette étude car elle était la plus adaptée pour obtenir les avis et opinions des divers membres interrogés sur l'outil qu'est l'Atlas. Cette méthode recherchait plus à explorer, recueillir des idées, en laissant la population choisie s'exprimer. Le recours à des questionnaires, comme c'est le cas dans la méthode quantitative, n'aurait pas permis l'essor d'idées inconnues auparavant (25).

Les entretiens semi-directifs, quant à eux, ont l'intérêt d'accorder suffisamment de liberté à l'interlocuteur, qui peut ainsi donner des explications plus informatives, plus approfondies, tout en permettant de recentrer l'entretien et de relancer la discussion.

L'enregistrement des entretiens a permis d'être plus attentif et de s'assurer que la retranscription du discours soit complète et fiable.

S'agissant de recueillir les idées, la saisie des entretiens n'a pas respecté strictement le mot pour mot mais s'y est attaché, pour autant, la plupart du temps. En effet, à la différence d'une enquête sociologique étudiant les comportements des individus, l'analyse complète des verbatims, avec notamment les hésitations, les apartés, a peu d'intérêt ici.

B. Le public cible

L'objectif étant de recueillir les avis des acteurs régionaux de la prévention, l'idée d'interroger les représentants des institutions en ST qui participent à l'élaboration du diagnostic régional via le Coreoct semblait évidente.

Il était également intéressant d'interroger l'ISTNF, non représenté dans le Coreoct, mais aussi les membres des CMT, puisque ces derniers interviennent dans la programmation d'actions, à un niveau pertinent (en charge de l'élaboration du projet de service).

Dans la mesure où recueillir les avis des diverses CMT lors d'un rassemblement, était trop chronophage, voire complexe, selon le nombre de personnes les composant, il nous a paru plus simple d'interroger une personne référente en entretien, faisant la synthèse des informations obtenues.

C. L'analyse du contenu

L'analyse du contenu a été facilitée par l'utilisation du logiciel NVivo®. Celui-ci est conçu selon une approche très manuelle, celle de « l'analyse papier-crayon » (26). Il s'agit de ranger des données brutes dans des catégories données *a priori* ou constituées au fur et à mesure, selon le principe des outils dictionnaires-registres. Le

codage est réalisé à partir des fonctions « *nodes* » (nœuds), soit un rattachement des données sélectionnées (phrases et/ou paragraphes) à des mots-clés nommés « nœuds » dans la terminologie du logiciel, constituant des codes. Ainsi des catégories à l'intérieur des thèmes et sous thèmes de la grille d'entretien ont pu ressortir.

Le classement des données par institution n'était pas justifié et n'a ainsi pas été réalisé car elle mettait un frein à l'anonymisation des données et n'était de plus pas pertinente pour la finalité de l'enquête.

D. Faiblesses de l'étude

Quatre principaux biais peuvent être retenus pour cette enquête :

- **Le biais de transfert**, qui n'était pas négligeable ; c'est-à-dire que l'enquêtrice étant concernée par la situation qu'elle étudie, il a fallu être vigilant à ce que ses opinions et représentations n'influent pas sur l'analyse des résultats. Mener l'analyse à plusieurs aurait permis d'éviter au maximum les biais de préconception (27).
- **Le biais d'interprétation** d'autant plus que l'analyse a été faite seule. La reformulation des idées par l'enquêtrice a permis néanmoins d'atténuer ce biais. Un biais d'interprétation était également possible lors de la restitution des idées des membres des CMT par leur référent.
- **Le biais d'échantillonnage** sur le choix non aléatoire des interlocuteurs.
- **Le biais de mémorisation** concernant le public interrogé. En effet, pour certaines questions type « *Comment êtes-vous informés de la parution ? Recevez-vous le format papier ?* », quelques interlocuteurs n'étaient pas en mesure de nous répondre ne se souvenant pas de la réponse.

CONCLUSION

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).

Si le diagnostic territorial doit permettre de grandes orientations régionales permettant d'élaborer 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 doit pouvoir participer à la construction de projets locaux, notamment pour les SST mais aussi d'autres acteurs de prévention (Carsat, inspection du travail, autres institutions de prévention...).

L'élaboration d'un diagnostic territorial est ainsi un exercice difficile et constitue un processus d'apprentissage et de conscientisation des enjeux de prévention. Cette étude sur l'Atlas Hauts-de-France a permis de montrer que malgré un manque d'opérationnalité de l'outil actuellement, celui-ci devrait au fur et à mesure des années gagner en performance, avec notamment l'enrichissement des connaissances dans le domaine de la santé travail. Une des pistes pour l'avenir est notamment l'élaboration d'un outil dynamique qui pourrait permettre une restitution des résultats à l'échelle territoriale souhaitée. Cependant, il s'avère nécessaire d'intégrer dans ce diagnostic des indicateurs de prévention tels que les risques professionnels mais aussi les pathologies avec une exploitation possible à la maille infra régionale, ce qui est

soulignée dans les textes réglementaires et les différents rapports sur l'avenir de la médecine du travail. Ainsi, deux possibilités émanent pour ce qui concerne les données issues des SST : soit la possibilité de remonter ces indicateurs via les logiciels des SST en ciblant un nombre limité en cohérence avec le PRST pour plus de faisabilité, soit en améliorant l'exploitation des diverses enquêtes santé travail grâce à une contribution plus importante des équipes santé travail. Une autre piste par la suite serait le développement de l'exploitation statistique des données des DMST via le SNDS dont les modalités seraient à définir.

Il serait ainsi nécessaire de poursuivre la sensibilisation des médecins du travail à la veille sanitaire, notamment aux divers programmes de surveillance actuels puisqu'une forte participation permettrait, d'une part, de surveiller plus largement la population salariée, et d'autre part, de consolider et d'affiner les résultats régionaux présentés.

Plus qu'une photographie figée, le diagnostic de territoire est une explication du passé et une projection dans l'avenir (3)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Delamarre A. La prospective territoriale. La Documentation française, DATAR. France; 2002.
2. Les guides pratiques, D'Qual. Le diagnostic partagé, un outil au service du projet territorial enfance jeunesse. 2017.
3. L'APSN (Association de Prévention Spécialisée du Nord). Diagnostic territoire [Internet]. Disponible sur : www.diagnostic-territoire.org
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux [Internet]. 2002. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf
5. I. Grémy ; F. Beck. Quels indicateurs de santé pour quelles actions ? | Rencontres Santé publique France [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/indicateurs-sante/>
6. Indicateurs de santé : définition, exemple [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.santepublique.eu/indicateurs-sante-definition-exemples/>
7. DGS ; DREES. Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population - Révision 2013 - Rapport final. Doc Trav Sér Sources Méthodes. mai 2014;(44):524.
8. C. Aubin; R. Pelissier; P. De Saintignon ; J. Veyret; F. Conso; P. Frimat. Rapport sur le bilan de la réforme de la médecine du travail. IGAS; 2007.
9. C. Dellacherie. L'avenir de la médecine du travail. Conseil Economique et Social; 2008.
10. Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir [Internet]. Cour des comptes; 2012. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/23794>
11. A-C. Bensadon ; P. Barbezieux; F-O Champs. Interactions entre santé et travail. IGAS; 2013.
12. A-C. Bensadon ; P. Barbezieux. Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires. IGAS; 2014.
13. Lecocq C, Dupuis B. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. 2018;174.
14. P. Frimat. Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux. 2018.

15. M. Delaunay ; V. Mandinaud. Diagnostic territorial partagé en santé au travail. Les 10 points clés [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.anact.fr/diagnostic-territorial-partage-en-sante-au-travail>
16. CARSAT Nord Picardie. La santé au travail dans les Hauts de France, panorama 2016 [Internet]. Disponible sur : <https://entreprendre-ensemble.info/panorama-2016-de-la-sante-au-travail-dans-les-hauts-de-france/>
17. CARSAT Nord Picardie. Synthèse de l'Atlas de la santé au travail dans les Hauts-de-France 2018 [Internet]. Disponible sur : <https://carsat-hdf.fr/index.php/entreprises/actus-documentation-analyses/chiffres-statistiques-et-analyse#atlas-de-la-sante-au-travail>
18. A. Leroyer, M. Murcia, J-F. Chastang, L. Rollin, S. Volkoff, A-F Molinié, et al. Méthodologie de redressement des données nationales de l'enquête Evrest. Vol. 31, p.645-655. 2019.
19. Assemblée nationale. Proposition de loi n° 3718 pour renforcer la prévention en santé au travail [Internet]. 2021. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3718_proposition-loi
20. Justine Chaigneau. Quelle différence dans le recueil des données médicales en santé au travail entre médecins et infirmiers : une exploration à partir de l'observatoire Evrest. 2017.
21. Le Conseil d'État. Avis sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail [Internet]. Conseil d'État. Disponible sur : <https://www.conseil-etat.fr/ressources/avis-aux-pouvoirs-publics/derniers-avis-publies/avis-sur-la-proposition-de-loi-pour-renforcer-la-prevention-en-sante-au-travail>
22. Fleuret S, Thorez J-P. Géographie de la santé-Un panorama, Economica. 2007. 302 p. (Collection Anthropos).
23. Bases de zone d'emploi 1990 et 2010 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2114596>
24. Marie Delaunay, Vincent Mandinaud. Groupement d'Intérêt ScientifiqueÂge, Territoire, Liens et Agencementsen Santé-Travail(GIS ATLAST)Rapport intermédiaire. Septembre2018.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
26. Deschenaux F Bourdon S. Introduction à l'analyse quantitative informatisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 2.0. Trois rivières : asoociation pour la recherche qualitative ; 2005.
27. N. Hennebo. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. 2009. Disponible sur : https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf

ANNEXES

I. Annexe I : Grille d'entretien

CONNAISSANCE	Connaissez-vous l'Atlas ?	Selon vous, à qui et à quoi est-il destiné en priorité ?	L'utilisez-vous ? y a-t-il des gens qui l'utilisent dans votre entourage professionnel ?	Quelles données utilisez-vous (ou utilisent-ils) précisément ? Pourquoi faire ?
MODE DE DIFFUSION	Comment êtes-vous informé de la parution ?	Recevez-vous le format papier ?	Prenez-vous connaissance de la forme PDF sur un site ? Lequel ? La téléchargez-vous ?	Comment aimeriez-vous avoir accès à l'Atlas ?
FORME	Quel format utilisez-vous : papier ou PDF ? Comment (concrètement) et pourquoi ?	Quelle forme (éventuellement autre) vous paraît nécessaire ? Pourrait-on se passer du papier ?	Vous servez-vous des cartes ? Des tableaux ?	Pertinence de la partition entre actualisation de l'Atlas et dossiers thématiques ?
FREQUENCE	La périodicité de parution est-elle adaptée aux besoins ?			
CONTENU	Ce regroupement de données vous paraît-il pertinent pour un diagnostic régional de la santé au travail ?	Quelles données y avez-vous cherché en vain ? Quels thèmes non traités vous intéresseraient-ils ?	Le découpage infrarégional vous est-il utile ? Une autre maille vous paraîtrait-elle plus pertinente ?	Quels regroupements vous sont-ils utiles (par secteur d'activité, territoire ou catégorie socio-professionnelle ? Autre suggestion ?) Quelles sources de données supplémentaires suggèreriez-vous d'intégrer ?
SUGGESTIONS POUR L'AVENIR	Accès à des données brutes	Autres suggestions d'évolution		

II. Annexe 2 : Argumentaire

Le premier Atlas de la Santé au Travail a été élaboré dans le Nord-Pas de Calais en 2008, à l'initiative de la Direccte et de la Carsat, co-pilotes du projet, dans le cadre de l'élaboration du premier plan régional en santé au travail (PRST 2007-2011), pour **fournir un diagnostic territorial aux acteurs de la prévention**.

Il s'agissait de regrouper des données relatives à la santé au travail dans la région afin d'**aider à prioriser les actions qui seraient retenues dans le PRST** : l'objectif était donc dès l'origine opérationnel. D'emblée il a paru intéressant de **cartographier les données** disponibles au niveau infra régional : ce sont les zones d'emploi qui ont été choisies pour ce découpage.

Les partenaires mobilisés par les pilotes : services de santé au travail, MSA (Mutualité Sociale Agricole), Cire (Cellule d'Intervention Régionale en Epidémiologie), OR2S (Observatoire Régional de la Santé et du Social), ISTNF, Université... mettent ainsi à disposition les données qu'ils recueillent dans le cadre de leur activité ou de divers programmes et études et qui s'ajoutent aux données de sinistralité et d'emploi notamment.

Depuis sa première publication, l'Atlas a évolué : son périmètre s'est étendu aux Hauts de France (la Picardie avait commencé à publier également un Atlas à partir de 2009). Mais surtout, la publication est aujourd'hui scindée en deux productions distinctes :

- les données chiffrées globales puis cartographiées par territoires, mises à jour tous les 2 ans et connues sous le nom d'actualisation de l'Atlas régional ;
- les dossiers thématiques, produits entre les actualisations biennales, grâce aux contributions des pilotes et des partenaires concernés et permettant d'explorer les liens entre santé et travail dans un domaine spécifique (la grande distribution, la santé au travail des seniors, l'influence du tissu économique sur la fréquence des accidents du travail...).

Direccte et Carsat ont souhaité élargir la **réflexion menée sur les évolutions possibles de cet outil** en ouvrant un groupe de travail aux acteurs intéressés et volontaires : un comité technique (le « Cotech Atlas ») travaille ainsi dans le cadre du PRST3 depuis environ un an (action 3.13).

Le Cotech estime important de mieux identifier les **besoins des acteurs régionaux de la prévention des risques professionnels** afin que les évolutions à venir de l'Atlas en tiennent compte.

C'est l'objet de cette enquête que de recueillir leur point de vue. Afin que toutes les institutions régionales de prévention en santé travail soient représentées, le public visé est le Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail, instance d'élaboration et de suivi de la politique régionale de santé et sécurité au travail (où sont représentés la Direccte, l'ARS, la DREAL, l'Aract, la Carsat, la MSA, l'OPPBTP, Santé Publique France, l'OR2S, l'Agefiph, les partenaires sociaux et des personnels qualifiés dont des universitaires) et l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France en tant qu'acteur de prévention accompagnant les services de santé au travail.

D'autres acteurs pourront être entendus dans la mesure où ils interviennent dans la programmation d'actions à un niveau pertinent (des commissions médicotecniques de services de santé au travail interentreprises, en charge de l'élaboration du projet de service).

AUTEUR : Nom : BECOURT épouse BOSSUT

Prénom : Marion

Date de soutenance : 27 mai 2021

Titre de la thèse : Eléments prospectifs du diagnostic territorial en santé travail en région Hauts-de-France : étude qualitative par entretiens à partir de l'Atlas Santé Travail

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine du travail

DES + spécialité : DES Médecine du travail

Mots-clés : médecine du travail, diagnostic territorial, Atlas santé travail, indicateurs

RÉSUMÉ :

Contexte :

Un des axes du PST 2016-2020 est de développer une méthodologie de regroupement des données pour constituer des diagnostics territoriaux opérationnels en santé travail dans les régions. En Hauts-de-France, un diagnostic territorial a déjà été établi via l'Atlas Santé Travail depuis 2008. Notre objectif était de mener une réflexion sur l'amélioration potentielle de cet outil en identifiant les besoins des acteurs régionaux de la prévention et en définissant les évolutions souhaitables dans le cadre de l'axe 3.13 du PRST.

Méthode :

Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'un représentant de chaque institution en santé travail, et de quatre CMT, d'octobre 2018 à juin 2019. La grille d'entretien comprenait 6 thèmes : connaissance de l'Atlas, mode de diffusion, forme, fréquence de parution, contenu, suggestions pour l'avenir. L'analyse des verbatims et leurs regroupement a été facilitée par l'utilisation du logiciel QSR N'Vivo12®.

Résultats :

35 interlocuteurs ont été entendus. 85% (n=30) connaissaient l'Atlas et 48% (n=17) les dossiers thématiques. La moitié des CMT l'utilisait pour leur projet de service. Il s'agissait principalement d'un outil d'aide à la décision et de partage de connaissance en santé travail. L'outil était jugé opérationnel pour 71% des personnes (n=25). Il ressortait un manque de données de terrain (n=11), principalement de prévention avec une volonté d'obtenir plus de données sur les risques professionnels (n=9). Une des pistes évoquée était le recueil d'un nombre d'indicateurs limité, pertinent, suivi dans le temps, en cohérence avec le PRST, que tous les SST remonteraient. 57% (n=20) suggéraient une version dématérialisée ce qui permettrait d'obtenir des niveaux d'informations plus fins *via* notamment une carte interactive et ainsi de s'adapter au besoin de chaque public. 68% (n=24) étaient favorable à une ouverture des données et au requêtage. La mobilisation de l'ensemble des acteurs de prévention dans l'élaboration de cet outil était soulignée.

Conclusion :

Cette étude a mis en avant la difficulté d'obtenir des indicateurs pertinents et performants ainsi qu'un maillage directement fonctionnel pour les divers acteurs de prévention ce qui entrave l'opérationnalité directe de l'outil. Des pistes d'amélioration seraient le traitement de données issus des logiciels des SST en ciblant un nombre limité et en cohérence avec le PRST ou l'optimisation de l'exploitation des diverses enquêtes santé travail grâce à une contribution plus importante des équipes santé travail. Une autre piste d'actualité serait le développement de l'exploitation statistique des données des DMST via le SNDS à l'avenir.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs : Monsieur le Professeur Paul FRIMAT
Madame le Docteur Ariane LEROYER

Directrices de thèse : Madame le Docteur Brigitte SOBACZAK
Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON