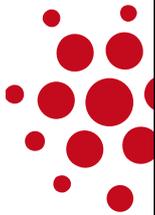


EVALUATION DU 2^{EME} PLAN REGIONAL SANTE TRAVAIL EN RHONE-ALPES 2010-2014

Décembre 2016



Ce travail a été réalisé par
L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes

Lucile MONTESTRUCQ, Chargée d'études
Patricia MEDINA, Responsable des études qualitatives
Martine DRENEAU, Directrice adjointe de l'ORS

Avec le soutien financier de la DIRECCTE Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes :
www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette évaluation :

- les membres du Comité de pilotage, et tout particulièrement Mme Sophie Chermat, Responsable du Département Appui aux services de l'inspection au Pôle Travail et Mr Marc Tincry, Responsable des politiques partenariales au Pôle Travail de la Direccte ;
- les ingénieurs de prévention et médecin inspecteur de la Direccte (Mr Frank Bak, Dr Catherine Charuel, Mme Sandra Dulieu, Mr Bruno Gaigé, Mme Abigail Tran, Mme Cécile Verset) qui ont piloté toutes les actions du PRST2, pour leur transmission d'informations sur les actions du PRST2,
- les nombreux et différents partenaires impliqués dans l'élaboration du PRST2, principalement,
 - CARSAT,
 - MSA,
 - SST,
 - ARAVIS,
 - URIOPSS,
 - ARS,
 - Région Rhône-Alpes,
 - les organisations salariales et patronales qui ont accepté de participer à cette évaluation (CGT, CGPME, FDSEA, Medef)

pour leur disponibilité et la qualité de leurs contributions lors des différents entretiens menés.

SOMMAIRE

Pour une lecture rapide des résultats de l'étude, vous pouvez vous reporter directement au chapitre « Synthèse » puis « Recommandations », page 44.

1. Contexte de l'évaluation	7
2. Le PRST2 dans ses grandes lignes en Rhône-Alpes	8
3. Objectifs de l'évaluation : une évaluation de processus et une évaluation de résultats.....	11
4. Méthode d'évaluation	12
4.1. Une analyse documentaire.....	12
4.2. Une analyse bibliographique sur la santé au travail : sources d'informations et indicateurs existants	12
4.3. Une enquête par questionnaires auto-administrés portant sur les 25 fiches action du PRST2.....	13
4.4. Des entretiens, individuels et collectifs	13
4.4.1. Des entretiens auprès de personnes ressources ayant participé aux COTEC	13
4.4.2. Des entretiens de groupe.....	14
4.4.3. Schéma récapitulatif de la méthode d'évaluation proposée par l'ORS : 4 étapes	15
5. La santé au travail : définitions et indicateurs	16
5.1. La santé au travail : une définition en évolution	16
5.2. La santé au travail : apports et limites des données disponibles.....	18
6. Evaluation finale du PRST2	22
6.1. L'évaluation de processus du PRST2.....	22
6.1.1. L'élaboration du PRST2 et des fiches action	22
6.1.2. La mise en œuvre du PRST2	24
6.1.3. Le suivi du PRST2	26
6.2. L'évaluation de résultats du PRST2.....	30
6.2.1. L'analyse transversale des 25 fiches action	31
6.2.1.1. Les objectifs, généraux et opérationnels.....	31
6.2.1.2. Les opérateurs de terrain pour la mise en œuvre.....	32
6.2.1.3. Les cibles.....	33
6.2.1.4. Les activités mises en œuvre	35
6.2.1.5. Les financements	36
6.2.1.6. Les échéanciers	37
6.2.1.7. Les outils et indicateurs de suivi et d'évaluation	37
6.2.2. L'analyse transversale des 4 axes du PRST2	38
6.2.3. Le PRST et l'articulation des différents plans et programmes entre eux	42
7. Synthèse des principaux enseignements.....	44
7.1. Des points forts salués dans le PRST2.....	44
7.2. Les manques repérés et les attentes.....	44
8. Recommandations	45
8.1. Recommandations organisationnelles	45
8.1.1. L'élaboration du PRST.....	45
8.1.2. La mise en œuvre du PRST.....	47
8.1.3. Le suivi du PRST.....	48
8.1.4. L'évaluation du PRST.....	49
8.2. Recommandations générales.....	49
8.3. Recommandations pour accompagner la fusion des régions.....	50
ANNEXES.....	51
1. Glossaire des sigles et acronymes.....	51
2. Bibliographie Santé au travail : définitions et indicateurs.....	53

3.	Le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (C.R.P.R.P) en Rhône-Alpes	63
4.	Exemple d'une fiche action du PRST2 : Formation / enseignement	64
5.	Calendrier de l'évaluation	66
6.	Fiche action n°1 et exemple de questionnaire <i>ad hoc</i> adressé aux pilotes de COTEC la Direccte.....	67
7.	Guide des entretiens	61
8.	Liste des personnes ayant répondu au questionnaire et des personnes interviewées dans le cadre des entretiens individuels et collectifs	66

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Au niveau national, le **premier Plan Santé au Travail (PST1)** a été établi sur la période **2005-2009**. Il a permis de fixer des objectifs publics en matière de santé et de sécurité au travail en affichant des priorités claires, en renforçant les moyens d'intervention de l'administration du travail et en développant la connaissance et l'évaluation des risques professionnels.

Le **deuxième Plan Santé au Travail (PST2)**, a couvert la période **2010-2014**. Il a renforcé l'élan donné par le PST1 : l'objectif de développement de la santé au travail et l'amélioration des conditions de travail devenaient un enjeu majeur de la politique sociale des années à venir. Ce deuxième plan visait, par la mise en œuvre effective d'actions de prévention des risques professionnels et du mal-être au travail, à réduire les accidents et maladies professionnels, à prévenir la pénibilité, l'usure prématurée due au travail et la dégradation de la santé, et à réduire leurs conséquences négatives en termes de désinsertion professionnelle ou de départs précoces. Dans un contexte économique difficile, le PST2 a rappelé que l'amélioration des conditions de travail contribuait à la compétitivité des entreprises mais aussi au maintien en activité des salariés les plus âgés. Le PST2 a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours¹.

Le **troisième Plan Santé au Travail (PST3)**, établi pour la période **2016-2020**, et adopté le 8 décembre 2015, poursuit et intensifie la politique de prévention. Cette dernière doit anticiper les risques professionnels et garantir la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice. Le plan a aussi pris pleinement en compte la question de la qualité de vie au travail.

Les deux plans nationaux en santé au travail (PST) ont fait l'objet de déclinaisons régionales *via* des **Plans régionaux de santé travail**. En Rhône-Alpes, ces plans ont été le PRST 1, sur la période 2007-2009, et le PRST 2, sur la période 2010-2014. Ces plans régionaux reprenaient les grands axes fixés au niveau national, avec des adaptations selon les configurations locales.

En 2009, l'ORS Rhône-Alpes a réalisé une **évaluation à mi-parcours du PRST1**².

En 2015, la nécessité d'une **évaluation finale du PRST2** s'est posée. Les objectifs étaient de réaliser une évaluation de processus, doublée, à partir des données effectivement disponibles, d'une évaluation de résultats, afin de proposer des recommandations en amont de l'écriture du PRST3. Cette démarche s'inscrivait dans le contexte de la réforme territoriale et donc de la fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes, qui prévoyait l'élaboration du PRST3 vers fin 2016 (au lieu de 2015, comme prévu initialement).

L'ORS Rhône-Alpes a ainsi réalisé l'évaluation finale du PRST2 Rhône-Alpes 2010-2014, entre octobre 2015 et juin 2016. Le bilan et les recommandations devraient nourrir l'élaboration du PRST3, dont la rédaction a débuté en septembre 2016.

Le **troisième Plan Régional de Santé au Travail (PRST3)** devrait débuter en 2017, pour s'achever en 2020. Déclinaison du PST3, lui-même salué par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT), il s'annonce déjà comme prometteur avec pour ambition d'approfondir la politique de santé au travail, partagée entre l'État, les partenaires sociaux, la Sécurité sociale et les organismes et acteurs de la prévention.

¹ *Bilan à mi-parcours du Plan national santé au travail (2005-2009). Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Janvier 2009, CemkaEval, 76p.*

² *Evaluation du plan régional santé-travail en Rhône-Alpes 2007-2009. Rapport 2007-2008. Fontaine D., Dreneau M. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes (ORS Rhône-Alpes), 2009.*

2. LE PRST2 DANS SES GRANDES LIGNES EN RHONE-ALPES

Le PRST2 reprend les quatre mêmes axes que ceux déclinés au niveau national dans le PST2 à savoir :

- Améliorer la connaissance en santé au travail ;
- Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels ;
- Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE ;
- Piloter le plan, communiquer, développer et diversifier des outils pour une effectivité du droit.

Pour l'élaboration des Plans régionaux (PRST2), les Direccte suivent les orientations ministérielles données sur les actions à décliner en région (certaines actions devant obligatoirement être mises en place). Mais les plans régionaux comportent aussi une partie plus souple, pour laquelle chaque région reste libre de structurer sa politique de prévention en un nombre d'actions de son choix, selon les spécificités locales que chacune identifie.

En Rhône-Alpes, le PRST n'a inscrit dans sa programmation que les actions qui pouvaient potentiellement faire l'objet d'un partenariat. Cette démarche multi-partenariale consistait à mobiliser les acteurs, en particulier ceux de la prévention des risques professionnels, les partenaires sociaux, les branches professionnelles et les acteurs de la santé publique.

C'est ainsi que le PRST2 a orienté sa politique de prévention en santé au travail en 25 actions, alors qu'il y en avait 36 dans le PST2. La démarche de diagnostic, initiée dès 2010, entre les différents partenaires régionaux a, par ailleurs, permis de dégager dix thématiques sur lesquelles ils se sont engagés (thématiques parfois non présentes au niveau national).

Vision globale comparée du PST2 et du PRST2 Rhône-Alpes

PST 2	PRST2
France	Rhône-Alpes
2010-2014	2010-2014
4 axes	4 axes
10 thématiques	10 thématiques
14 objectifs	10 objectifs
36 actions	25 actions

On note qu'en région Rhône-Alpes, il y a le même nombre de thématiques que d'objectifs, ce qui a pu conduire à des confusions chez les partenaires (cf. tableau ci-dessous).

Résumé des objectifs et des actions prévues du PRST2

Objectifs du PRST2	Titre de la fiche action du PRST2
1 – Formation	01 - Intégrer la sécurité santé au travail dans la formation initiale des futurs acteurs de l'entreprise
2 – Risques Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques (CMR) <i>2-1 Secteur de la réparation automobile</i> <i>2-2 Exposition aux fumées de soudage</i>	02 - Améliorer la formation des jeunes en apprentissage 03 - Améliorer la substitution des produits CMR 04 - Améliorer la qualité de l'air 05 - Sensibiliser les salariés aux risques chimiques 06 - Relancer la démarche d'évaluation des risques professionnels 07 - Améliorer la prise en compte de ce risque
3 – Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)	08 - Sensibiliser les entreprises aux troubles musculosquelettiques 09 - Impulser des actions pour des collectifs d'entreprises dans plusieurs secteurs
4 – Risques Psychosociaux (RPS)	10 - Mobiliser les grandes entreprises pour améliorer la démarche d'évaluation des RPS 11 - Accompagner les petites structures dans la prévention des RPS 12 - Accompagner deux secteurs parmi les plus concernés par les RPS
5 – Risque routier professionnel	13 - Renforcer la prise en compte du risque routier professionnel
6 – Secteur du Bâtiment et des Travaux Publics (BTP) <i>6-1 BTP amiante</i> <i>6-1 BTP manutentions manuelles</i>	14 - Harmoniser les démarches de prévention du risque amiante dans le BTP 15 - Sensibiliser les maîtres d'ouvrage et les donneurs d'ordre aux repérages amiante 16 - Faire connaître la sous-section 4 (activités et interventions sur des matériaux ou appareils susceptibles de libérer des fibres d'amiante) aux acteurs de la construction 17 - Intervenir auprès des acteurs de la construction pour améliorer la prévention des risques liés à la manutention 18 - Sensibiliser les entreprises du BTP aux atteintes de l'épaule
7 – Services à la personne	19 - Sensibiliser les acteurs du secteur de l'aide à domicile 20 - Sensibiliser dirigeants et salariés des structures d'accueil à la prévention des risques professionnels
8 – Saisonniers	21 - Améliorer les conditions de travail des saisonniers agricoles 22 - Améliorer les conditions de travail des saisonniers du tourisme de montagne
9 – Evaluation des risques professionnels	23 - Favoriser la santé au travail tout au long du parcours professionnel 24 - Relancer la démarche d'évaluation des risques professionnels
10 – Institutions représentatives du personnel	25 - Améliorer le rôle des Institutions Représentatives du Personnel en matière d'hygiène et de sécurité

En Rhône-Alpes, le PRST2 a été élaboré, mis en œuvre et piloté, entre 2010 et 2014, par la Direccte, en association avec les différents acteurs locaux de la prévention.

Différents niveaux d'organisation ont été mis en place :

- Le PRST2 a été validé puis suivi par le **Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP)**, organisme consultatif réunissant des acteurs régionaux de la prévention répartis en 4 collèges (représentants de l'Etat, préventeurs, partenaires sociaux et personnes qualifiées) et dont la composition, est fixée par arrêté préfectoral (cf. annexe 3). En région Rhône-Alpes, c'est l'arrêté n°2014-015 du 15 janvier 2014 qui a désigné nominativement chaque membre de ce comité. Au vu de la diversité des partenaires désignés, on peut affirmer que la démarche d'élaboration du PRST2 a donc été résolument multipartenaire.
- Pour rendre opérationnel chacun des 10 objectifs du PRST2, des groupes de travail appelés **Comités techniques (COTEC)** ont été mis en place. Il y avait 10 COTEC, un par objectif. Ce sont cinq professionnels de la Direccte (ingénieurs de prévention) qui ont piloté ces groupes de travail (5 personnes dites **pilotes de COTEC**). De nombreux autres partenaires (administrations, services de santé au travail (SST), représentant des salariés, des employeurs, préventeurs, ...) participaient à ces COTEC. Une même réunion de COTEC pouvait ainsi compter jusqu'à 20 participants. Au sein de ces COTEC, des **pilotes de fiches action** ont été définis lorsque le sujet était très technique et que des experts intervenaient dans les débats (comme ce fut le cas pour les thèmes suivants : BTP amiante, BTP manutention, Troubles musculosquelettiques, Services à la personne, Evaluation des risques professionnels). Toutefois, dans la majorité des cas, la même la personne fut à la fois pilote de COTEC et pilote de fiche action. Certains partenaires étaient par ailleurs associés pour la définition des ordres du jour et la rédaction des comptes-rendus de réunions.
- Les COTEC ont été en charge de la rédaction des **25 fiches action**. Un exemple de fiche action est disponible en annexe 4 (fiche action 1 « Formation / Enseignement »).

3. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION : UNE ÉVALUATION DE PROCESSUS ET UNE ÉVALUATION DE RÉSULTATS

Les objectifs de l'évaluation du PRST2 portent sur le déploiement du plan. Il s'agissait d'évaluer autant les processus, la mise en œuvre et les actions prévues, que les résultats, selon les données effectivement disponibles en la matière.

Cette évaluation a été menée alors que le PRST2 était terminé depuis un an.

Les objectifs de l'évaluation du PRST2 étaient de :

1/ Réaliser une évaluation de processus / de la mise en œuvre :

- Recenser, décrire et expliquer ce qui avait été mis en œuvre dans le cadre du PRST2 ;
- Identifier les écarts entre les objectifs du PRST2 et sa mise en œuvre ;
- Observer le niveau d'implication des différents acteurs participant à la mise en œuvre du PRST2 ;
- Mettre à jour les principaux freins et leviers qui ont joué dans la mise en œuvre du PRST2.

2/ Réaliser une évaluation des résultats / des effets :

- Recueillir les retours d'expérience des partenaires impliqués afin d'étudier les différents niveaux d'impact du PRST2 en termes de prévention primaire mais aussi de réparation,
- Analyser les articulations et les arbitrages réalisés par les acteurs entre actions de prévention et démarches de réparation ;
- A la lumière des indicateurs, des documents, des retours d'expérience recueillis et analysés, observer l'évolution de la santé des travailleurs et la prise en compte de celle-ci par les partenaires.

3/ Elaborer des recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre du PRST3.

4. MÉTHODE D'ÉVALUATION

L'évaluation du PRST2 a débuté par une phase préparatoire au cours de laquelle s'est constitué un **comité de pilotage** (Copil) avec des membres de la Direccte et de l'ORS Rhône-Alpes.

Ce comité de pilotage s'est réuni trois fois entre octobre 2015 et juin 2016.

Il s'est agi, lors de ces réunions, de bien définir les objectifs de l'évaluation, de valider la méthode, l'organisation et le calendrier de l'évaluation, en réalisant les ajustements nécessaires selon l'avancement de l'évaluation à ses différentes étapes (cf. calendrier de l'évaluation en annexe 5).

Lors du premier Copil, l'ORS a proposé une **méthode d'évaluation organisée en 4 étapes, qui a été validée** :

4.1. Une analyse documentaire

Il s'agissait de recueillir tous les documents ciblés sur le PRST2 en Rhône-Alpes qui permettraient de comprendre le contexte de ce plan, son élaboration, sa mise en œuvre, son suivi. L'ORS Rhône-Alpes s'est ainsi procuré, auprès de la Direccte et des différents partenaires, les comptes-rendus du CRPRP, les comptes-rendus des groupes de travail, le tableau de suivi des actions, les documents produits pour chacune des thématiques et les nombreux autres documents d'importance.

4.2. Une analyse bibliographique sur la santé au travail : sources d'informations et indicateurs existants

L'analyse bibliographique permettait de contextualiser les composantes du PRST2, par rapport aux évolutions de la santé au travail et par rapport aux éléments de connaissance en santé au travail, notamment épidémiologique, qui sont accessibles à différents niveaux territoriaux :

- **Evolution de la définition de la santé au travail** : qui a déterminé, au fil du temps et au fil des plans, le type des actions à mettre en œuvre,
- **Les données disponibles en santé au travail au niveau des territoires concernés** : la connaissance des problèmes et des besoins à des échelles locales, étant un élément-clé de la déclinaison du PST en PRST.

La première partie de l'analyse bibliographique a permis de préciser la notion de « santé au travail », qui a connu ces dernières années une évolution importante, que les auteurs du PST 3 n'hésitent pas à décrire comme un « renversement de perspective ». Cette évolution est retracée à partir des grandes dates qui ont marqué la médecine du travail et le rapprochement récent des préoccupations de la santé au travail avec celles de la santé publique, notamment au travers de la prévention et de la promotion de la santé.

La seconde partie cette analyse s'est attachée à montrer les apports et les limites des données disponibles en santé au travail, au niveau régional ou infrarégional, qu'il s'agisse de données issues de systèmes d'information pérennes ou d'enquêtes menées de façon ponctuelle ou répétée dans le temps. L'annexe 2 décrit succinctement les principales sources d'information existantes dans le champ de la santé au travail.

4.3. Une enquête par questionnaires auto-administrés portant sur les 25 fiches action du PRST2

Les pilotes de COTEC, tous membres de la Direccte, ont été les rédacteurs des fiches action, les animateurs des groupes de travail multipartenariaux et, sur certaines actions, ils ont été jusqu'à la mise en œuvre opérationnelle sur le terrain des actions. Il était donc indispensable de recueillir leur avis et leur retour d'expérience sur la coordination du PRST2 et sur la mise en place des actions. Souhaitant privilégier des entretiens individuels *de visu* avec les partenaires extérieurs à la Direccte, il a été décidé d'opérer par questionnaires pour recueillir l'avis des pilotes de COTEC.

L'ORS a ainsi élaboré des **questionnaires *ad hoc* pour chacune des 25 fiches action, à partir d'une même trame, transversale, basée sur les rubriques des fiches action.**

Le but de ce questionnaire était d'évaluer la mise en œuvre effective de chaque action dans ses différentes modalités : acteurs, partenaires, objectifs opérationnels, réalisation effective des actions telles que prévues, calendrier, budget. Il s'agissait également, au travers de ces questionnaires, de repérer les relations de partenariat, les difficultés rencontrées, les ajustements au long cours.

Les **25 questionnaires** reprenaient donc, mot pour mot, le descriptif de ce qui avait été prévu dans chacune des fiches action, avec des questions sur la réalisation effective de ces actions (et les modalités de réalisation). Le recueil d'information sur chaque item décrit dans la fiche action (« prévu ») était ainsi exhaustif (« réalisé, « oui », « non » et « pourquoi »).

A titre d'exemples, la fiche action 1 (Enseignement) et son questionnaire associé sont présentés en annexe 6.

Ces questionnaires étaient exclusivement destinés aux pilotes de Cotec de la Direccte. En aucun cas ces questionnaires n'avaient pour objectif d'évaluer le résultat des actions menées dans le cadre du PRST2.

Notons toutefois ici que ce recueil d'informations par questionnaires a pu engendrer des difficultés pour les agents de la Direccte : le déploiement s'étant réalisé uniquement par voie dématérialisée en format contraint, les réponses des pilotes n'ont pas forcément été aussi explicites ou exhaustives qu'il aurait été souhaité.

4.4. Des entretiens, individuels et collectifs

Afin de mettre à jour et d'analyser finement les difficultés et leviers de la mise en œuvre du plan, l'ORS a souhaité recueillir les avis et retours d'expérience de différentes personnes ayant participé à l'élaboration ou à la mise en œuvre du PRST2. Il a donc été proposé de réaliser des entretiens qualitatifs semi-directifs, de manière individuelle et collective selon les cas, des personnes ressources. Un guide d'entretien pour les entretiens a été conçu à cet effet (annexe 7).

4.4.1. Des entretiens auprès de personnes ressources ayant participé aux COTEC

Dix entretiens individuels ont été réalisés avec des personnes ressources.

Le but de ces entretiens était d'explorer de manière détaillée la mise en œuvre de chacune des 10 thématiques du PRST2. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face ou par téléphone.

L'objectif était d'avoir un retour sur chacune des thématiques du PRST2, qui a conduit à rencontrer 10 personnes. Certaines de ces personnes avaient travaillé plus particulièrement sur une action, d'autres avaient pu suivre plusieurs actions.

L'identification de la personne ayant la vision la plus large de la thématique a été cependant difficile, du fait que les personnes ayant concrètement participé à la mise en œuvre du PRST 2 et aux 10 COTEC étaient très nombreuses et que, leur niveau d'expertise sur les actions au sein d'une même thématique pouvait être très variable (c'est par exemple le cas de la thématique 6 autour du BTP, décliné en une action « amiante » et action « TMS », qui mobilisent des compétences techniques différentes).

Cette contrainte dans l'identification de 10 personnes différentes sur les 10 thématiques du PRST2 souligne en elle-même le degré de technicité et de spécialisation qu'il est parfois nécessaire de mobiliser sur tel ou tel sujet, et inversement, la difficulté à développer simultanément une vision transversale, malgré les points communs aux actions réalisées autour d'une même thématique. Ainsi, la prévention et la santé au travail relèvent à la fois d'une vision globale, mais aussi de connaissances extrêmement précises.

C'est à l'aune de cette réalité et avec l'aide de la Direccte que l'ORS a identifié les personnes-ressources les plus à même d'avoir, autant que faire se peut, une vision transversale de la thématique à analyser.

La liste des personnes interviewées de manière individuelle est présentée en annexe 8.

Les agents de la Direccte n'ont pas été inclus dans ces entretiens. Ils ont en revanche été sollicités par le biais de questionnaires et ont pu apporter, lorsque cela a été nécessaire, des précisions sur tel ou tel aspect du déroulement de l'action (réalisée ou non), par le biais d'un entretien informel.

La Direccte joue par essence un rôle-clé dans la déclinaison locale du plan santé travail. Il s'agissait donc, lors des entretiens semi-directifs, de laisser la parole aux autres partenaires du PRST2, de manière pleine et entière, afin de bien comprendre la spécificité de leur point de vue et de leur retour d'expérience.

4.4.2. Des entretiens de groupe

Le PRST2, étant élaboré dans une démarche participative, des entretiens collectifs auprès des nombreux participants autre que la Direccte (administrations, agences, organismes de prévention, SST partenaires sociaux,...), notamment ceux des 4 collèges du CRPRP, ont été menés.

Ces partenaires ont été réunis en quatre groupes, selon leur appartenance et rôle par rapport au monde du travail, afin à la fois de comprendre leur position et de susciter des débats entre eux, pouvant enrichir les constats faits individuellement.

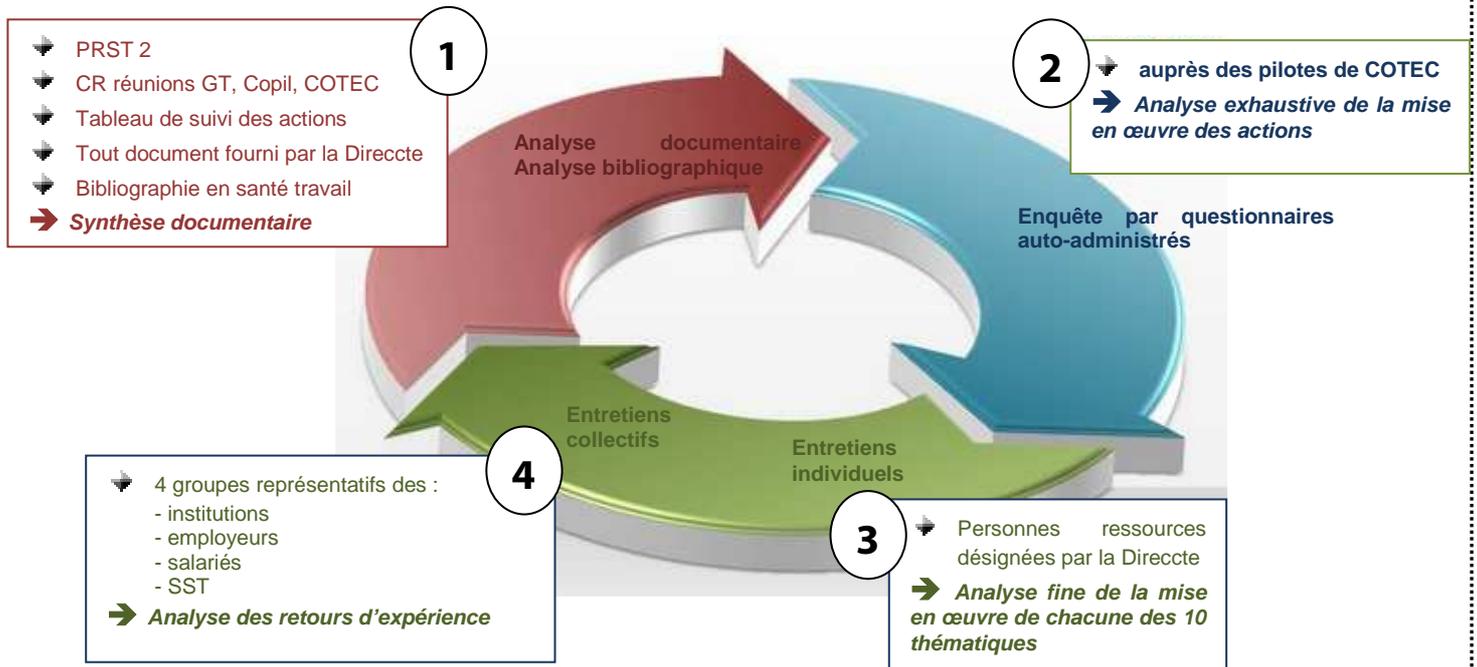
Ces entretiens collectifs ont ainsi permis de mieux comprendre comment a « vécu » le PRST2, selon les visions, contraintes et enjeux portés par chaque type de partenaires.

Ces quatre groupes ont été les suivants :

- *Groupe 1* - partenaires institutionnels.
Ont été invités : Direccte, ARS, DREAL, Carsat, OPPBTP, ARAVIS, Conseil régional, MSA, PARSAT
- *Groupe 2* - représentants des employeurs.
Ont été invités : Medef, CGPME, FRSEA, UPA
- *Groupe 3* - représentants des salariés.
Ont été invités : CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC ;
- *Groupe 4* - représentant la santé au travail.
Ont été invités : les Services de santé au travail (SST)

La liste des personnes ayant effectivement participé aux groupes est présentée en annexe 8

4.4.3. Schéma récapitulatif de la méthode d'évaluation proposée par l'ORS : 4 étapes



5. LA SANTÉ AU TRAVAIL : DÉFINITIONS ET INDICATEURS

Ce chapitre s'appuie sur une analyse bibliographique, dont l'ensemble des références sont communiquées en annexe 2, de façon structurée et commentée pour la partie concernant les indicateurs et sources d'information.

La santé au travail est un domaine immense, tant en termes de recherche et d'études, qu'en termes d'actions et de politiques à mettre en œuvre. Il concerne de plus une très large part de la population : la population active, par essence, mais aussi les retraités, dont l'état de santé apparaît souvent lié aux conditions de travail passées.

L'INSEE montre ainsi que l'écart entre l'espérance de vie des ouvriers et celle des cadres (en moyenne six années chez les hommes et trois années chez les femmes) ne s'est pas réduit sur les 30 dernières années. De même, en ce qui concerne les années de vie en bonne santé (c'est-à-dire sans incapacité) les ouvriers sont encore plus défavorisés par rapport aux cadres : à 35 ans un ouvrier peut espérer vivre encore 24 ans sans incapacité contre 34 ans pour un cadre. Les conditions de travail n'expliquent pas à elles seules ces écarts entre catégories socioprofessionnelles : de nombreux autres facteurs impactant négativement ou positivement la santé des individus doivent être pris en compte, comme les facteurs génétiques, les conditions de vie, les comportements individuels, le réseau social, l'environnement, le recours aux soins... Mais elles sont néanmoins pointées comme jouant un rôle non négligeable et l'impact de certains risques et expositions est maintenant bien documenté (par exemple les effets du travail en « trois-huit » sur le métabolisme, le contact avec l'amiante, ...). Reste que la multiplicité des déterminants de la santé explique en partie la complexité de l'analyse des impacts professionnels sur la santé, tant il peut être difficile de démêler les parts respectives des facteurs « professionnels » et des facteurs « privés » dans l'apparition d'une pathologie.

Hormis la complexité de la tâche, d'autres éléments ont certainement joué dans l'émergence relativement tardive des études et recherches en santé au travail. L'organisation même de la médecine du travail en France en un domaine très cloisonné, longtemps éloigné de la santé publique et ayant une habitude moindre des approches épidémiologiques, est sans doute l'une des raisons de cette situation.

L'évolution de la notion de « santé au travail », et les conséquences de cette évolution en matière de programmation au plan national, seront abordées dans un premier temps. Les données actuellement disponibles pour cerner les effets du travail sur la santé sont présentées dans un second temps.

5.1. La santé au travail : une définition en évolution

Un bref rappel des grandes dates de la santé au travail

Ce n'est qu'à la toute fin du 19^{ème} siècle, siècle de la révolution industrielle en France, et au terme de longues luttes populaires, dans un contexte de grand « délabrement » de l'état physique des travailleurs, qu'une partie de ce l'on appelle alors la « bourgeoisie » considère que l'Etat doit légiférer pour encadrer les rapports entre employeurs et salariés, afin de préserver les intérêts de tous et de réduire les conflits sociaux, néfastes à la production. Est ainsi votée en 1898 la première loi sur les accidents du travail, qui n'oblige plus la victime de l'accident à prouver la faute patronale pour être indemnisée. L'indemnisation de la victime devient alors quasiment automatique, mais son montant est « forfaitaire », on entre dans une logique de réparation, qui va perdurer jusqu'à nos jours.

Le début du 20ème siècle voit la création du Ministère du travail, du Code du travail, des délégués du personnel, le renforcement de l'inspection du travail, et les premiers médecins d'usine. Globalement s'est instaurée, dès cette époque, « une relation tripartite entre un employeur, des travailleurs et leurs institutions représentatives, et l'Etat qui édicte lois, règlements et normes visant, entre autres, à protéger la santé des travailleurs » [Abecassis, 2006].

La médecine du travail voit officiellement le jour en 1946, avec la loi du 11 octobre 1946, qui étend à tout le secteur privé l'obligation de créer des services médicaux du travail, cette obligation incombant aux employeurs.

Ces services fonctionnent sous la responsabilité des employeurs, sous contrôle des représentants des salariés et sous tutelle administrative des Directions régionales du Travail. A côté des services autonomes de médecine du travail intégrés dans les établissements (pour les grandes entreprises), sont ainsi créés les services interentreprises, associations de type loi 1901 auxquels adhèrent les petites et moyennes entreprises. Au sein de ces services, les médecins du travail ont un rôle exclusivement préventif, consistant à surveiller les conditions de travail et l'état de santé des travailleurs. A partir de 1979, ces médecins sont tenus de consacrer un tiers de leur temps à des activités en milieu de travail (études de postes, observation du travail réel pour en évaluer les risques, conseils en prévention...).

Des évolutions relativement récentes

La médecine de travail est restée très longtemps un monde relativement clos, l'affaire des entreprises et de leurs salariés, avec des règles produites, des contrôles assurés par l'Etat et un système assurantiel fondé sur le « compromis de 1898 » (qui indemnise de manière forfaitaire les accidents du travail).

Cette organisation, commence cependant à être remise en question au tournant du 21ème siècle, en lien avec trois grandes causes de mutation identifiées :

1) la montée en puissance des approches individuelles, par rapport aux approches collectives, assez marquée au niveau du travail (évaluation individuelle, procédure « qualité », traçabilité des processus...) amenant à davantage de responsabilisation du travailleur, à de nouvelles organisations du travail, à la reconnaissance de nouveaux risques, notamment psychosociaux ;

2) la réglementation de l'Union européenne, largement inspirée du système de prévention de tradition anglo-saxonne. Ainsi la directive européenne du 12 juin 1989 a notamment conduit à une obligation pour l'employeur d'évaluer les risques liés au travail dans son entreprise (circulaire d'application du Document Unique en 2002). La logique change : désormais l'Etat fixe les critères de dangerosité des produits et le cadre juridique des obligations de l'employeur, ce dernier devant débattre avec les représentants des salariés de l'évaluation des risques dans son entreprise ;

3) les arrêts de 2002 et 2004 de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat au sujet des expositions à l'amiante. Ces arrêts cassent le « compromis » de 1898 en introduisant la notion de réparation intégrale dans le champ des dommages à l'intégrité physique en lien avec le travail. L'employeur n'est plus seulement dans une obligation de moyens (respecter les réglementations) mais bien dans une obligation de résultats, il doit garantir la santé de ses salariés. L'Etat est également tenu responsable de l'absence de protection des salariés de l'amiante, et se voit contraint de réinvestir le champ de la santé au travail par le biais de la santé publique.

Après la loi de modernisation de 2002³, qui instaure une approche pluridisciplinaire de la santé au travail dans les services de médecine du travail, ces services deviennent en 2004, des Services de Santé au Travail (SST), et peu à peu la compétence pluridisciplinaire des SST se précise, avec l'apport des IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels) et leurs missions de diagnostic et de conseils auprès des employeurs et des salariés (loi du 20/07/2012). Dans les missions des SST, la surveillance de l'état de santé des travailleurs intervient désormais après les missions de prévention, de préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et d'amélioration des conditions de travail. Pour les acteurs de la santé au travail, ce changement de paradigme nécessite une modification des attitudes, des façons de procéder et d'organiser leur activité.

³ LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>

Un rapprochement de la santé au travail et de la santé publique

En parallèle de cette modification des services de santé au travail, l'Etat a renforcé la place de la santé au travail au sein des structures de santé publique (département Santé travail de l'InVS, puis de Santé Publique France, ANSES - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail...), et au sein des principaux textes de santé publique. La loi de santé publique de 2004 comporte ainsi des objectifs en matière de réduction des expositions professionnelles, le 1er Plan cancer inclut une mesure sur la prévention des cancers professionnels, le 1er Plan national santé environnement s'intéresse à la toxicité des produits dans le cadre du projet Reach communautaire. Enfin, le 1er Plan national santé au travail (PST 1) voit le jour en 2005.

Du PST 1 (2005-2009) au PST 3 (2016-2020), l'approche de la santé au travail évolue considérablement, le PST 3 évoquant « un renversement de perspective sur la santé au travail ». La prévention primaire et le développement de la culture de prévention constituent désormais le premier axe stratégique du PST 3. Pour l'ensemble des acteurs de la santé au travail, il s'agit de passer d'une approche axée sur la réparation (des accidents, des maladies professionnelles) et sur la mise en conformité avec la réglementation, à une approche axée sur la promotion de la santé et le bien-être des travailleurs. Les employeurs, comme les salariés, doivent faire l'objet d'actions visant à développer cette culture de prévention, *via* les leviers de l'information, la formation, l'évaluation des risques et la conception des environnements de travail.

Un des objectifs opérationnels de l'axe 2 du PST 3 consiste par ailleurs à renforcer la transversalité santé au travail-santé publique. Il s'agit ainsi de mieux articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique, notamment en termes de collaboration entre les acteurs des deux champs (ARS, Direccte, CARSAT, organismes de protection sociale complémentaire...), et sur des risques multifactoriels, tels que les addictions en milieu professionnel ou les maladies cardio-vasculaires en lien avec l'activité professionnelle.

L'articulation des Plans, tant au niveau national que régional, est mise en avant, avec une volonté affichée de mise en œuvre de dynamiques territoriales partenariales autour des PRS, PRSE et PRST, et donc de rapprochement des questions habituellement traitées de manière très cloisonnée, relevant des champs de la santé au travail, de la santé-environnement, de la santé publique.

5.2. La santé au travail : apports et limites des données disponibles

Des données utiles...

Les acteurs en santé au travail soulignent régulièrement le manque de données disponibles dans ce domaine.

Au niveau national, l'amélioration de la connaissance en santé au travail constituait déjà le premier axe du PST 2 (2010-2014), et le PST3 (2016-2020) poursuit cette démarche avec des actions visant à « recenser, rationaliser et harmoniser les données existantes », à « consolider le système d'information sur les données d'activité des services de santé au travail », à « construire un tableau de bord santé sécurité au travail », et enfin « à développer une méthodologie pour un diagnostic territorial ».

Au niveau régional, l'élaboration du PRST3 est actuellement en cours d'écriture. La Direccte Auvergne-Rhône-Alpes a par ailleurs suscité la réalisation d'un « Atlas des risques professionnels », l'un en Auvergne depuis 2014 (2^{ème} édition parue en 2016), et l'autre en Rhône-Alpes (en cours de finalisation) ; ces Atlas présentent un certain nombre de données disponibles en santé et sécurité au travail mais seules les données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pouvaient être déclinées à des niveaux infrarégionaux.

On voit bien l'intérêt, pour l'élaboration de programmes de prévention et de sensibilisation en santé travail, de disposer de tels indicateurs, si possible à des échelles territoriales fines, afin d'adapter les politiques en santé travail aux besoins des populations et aux territoires concernés. En ce qui concerne l'évaluation des programmes mis en œuvre (PST, PRST...), l'utilisation des indicateurs de santé au travail, comme outil d'évaluation d'impact d'une action sur la santé, s'avère plus délicate, du fait de la multiplicité des facteurs pouvant intervenir sur l'évolution de certains indicateurs, et du fait de faiblesse des effectifs de travailleurs réellement touchés par les actions (ce qui est également le cas pour les actions de promotion de la santé menées dans le champ de la santé publique : les indicateurs sont des révélateurs de l'état de santé, pas de l'impact précis de telle ou telle action (à quelques exceptions près, liées à des campagnes massives ou très localisées sur certains thèmes : dépistage collectif du cancer du sein par exemple, ...). Comme en santé publique, l'impact des mesures de prévention ne peut s'évaluer que sur le long terme et dans une approche systémique.

... mais peu disponibles

Les données sur la santé au travail sont en effet peu accessibles, surtout à des niveaux territoriaux fins. Il n'existe pas de recueil d'information systématique tel qu'il peut en exister dans d'autres domaines de la santé (causes médicales de décès, motifs d'hospitalisation, recours aux soins...). Les principales sources d'information sont décrites en annexe 2.

Dans le domaine de la santé au travail, les données peuvent porter sur plusieurs éléments, qu'il convient de distinguer : le danger, l'exposition et le risque.

Le danger est la propriété intrinsèque d'agents, substances ou situations, visant à provoquer des effets délétères voire une maladie. Il peut être issu de substances chimiques ou biologiques (ex : amiante), il peut s'agir de l'astreinte physique (ex : port de charges lourdes) ou encore il peut s'agir des contraintes psychosociales liées à l'organisation du travail (stress, charge mentale, conditions de travail).

L'exposition est le rapprochement entre le danger et une cible (le travailleur, les populations, l'entreprise, l'environnement) ; Interviennent alors les notions de durée et d'intensité de l'exposition du travailleur au danger).

Le risque est la probabilité d'avoir un effet sur la santé du travailleur. Les effets peuvent être immédiats, comme dans le cas des accidents du travail (exposition aiguë) ou retardés, se déclenchant longtemps, voire très longtemps après des expositions (expositions chroniques), comme dans le cas de cancers. Les risques immédiats sont relativement repérables (même si les causes peuvent être multifactorielles et pas toujours faciles à démêler), mais les risques différés sont beaucoup plus complexes à mettre en évidence. Pour recueillir les informations pertinentes, il ne suffit donc pas d'observer une population à un temps « t », mais d'enquêter sur les expositions passées de cette même population.

Les données sur les dangers sont issues de travaux de recherche qui permettent de mettre en lien un danger avec un risque, en fonction d'une exposition. Ces travaux sont menés par des équipes de recherche au niveau national ou international, et de nombreuses bases de données, notamment sur les risques liés aux expositions (amiante, fibres, agents chimiques, solvants...) ont été constituées (par exemple les bases accessibles sur les sites de l'INRS et de l'InVS).

Au niveau régional, ce sont donc essentiellement les données sur les expositions et les risques présents dans la région qu'il est possible de connaître dans le cadre d'une programmation d'actions en santé travail.

Seules les données de sinistralité (accidents du travail – AT- et maladies professionnelles reconnues - MP) des salariés du régime général font l'objet d'une exploitation systématique et d'une diffusion à un niveau infrarégional par les CARSAT (mais seulement sur des données très agrégées).

La MSA diffuse également quelques données sur les AT et MP des salariés et exploitants agricoles (essentiellement au niveau national). Mais l'ensemble des systèmes d'information sur les AT et MP des différents régimes d'assurance maladie ne sont pas coordonnés et l'accessibilité des données reste problématique.

Les données sur les maladies professionnelles ne concernent par ailleurs que les maladies reconnues par l'assurance maladie (celles figurant dans les « tableaux » des maladies professionnelles). Afin de compléter ce système, l'InVS a mis en place, dans plusieurs régions, un réseau de médecins signalant des

maladies à caractère professionnel (MCP) (cf. descriptif en annexe 2). Ce recueil, existant en Auvergne (mais pas en Rhône-Alpes pour l'instant), doit permettre d'alerter sur des pathologies émergentes et de nouveaux risques professionnels. En Rhône-Alpes, une étude ponctuelle a été menée sur les déclarations de maladies professionnelles mais elle n'a pu être renouvelée faute de médecin inspecteur du travail.

L'organisation de la médecine du travail en France fait que la surveillance des travailleurs est très parcellisée, les grandes entreprises possédant leur propre service de santé au travail et les autres entreprises utilisant les services interentreprises de médecine du travail (SSTI). Le recueil des données des services de santé au travail, ainsi que leur exploitation, lorsqu'elle existe, manque d'homogénéité, la consolidation de ce système d'information constituant d'ailleurs une des actions du PST3 (action 3.11).

En Rhône-Alpes, l'association PARSAT, qui regroupe l'ensemble des SSTI implantés dans la région, a réalisé en 2013-2014 un « diagnostic régional » présentant les résultats d'une enquête réalisée en juin 2013 auprès des SSTI. Il s'agit de données sur les bénéficiaires des SSTI (entreprises adhérentes et salariés), sur les actions menées par les SSTI et sur les moyens des SSTI (notamment les personnels). Cependant, pour l'instant, le recueil (en routine) des données sur la surveillance des salariés n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire régional.

Concernant les expositions professionnelles et les risques professionnels, plusieurs enquêtes, au niveau national, apportent des éléments de connaissance.

Certaines enquêtes sont renouvelées dans le temps et permettent ainsi de suivre l'évolution des expositions et des risques par grand secteur d'activité. On peut citer parmi elles **l'enquête Conditions de travail**, renouvelée tous les 7 ans par la DARES, qui porte sur les conditions de travail : horaires et rythmes de travail, organisation du travail, pénibilité, risques et prévention... Cette enquête va alterner tous les 3 ans, à partir de 2016, avec une enquête spécifiquement dédiée aux **Risques psychosociaux**.

D'autres enquêtes (décrites en annexe 2), menées avec l'appui de médecins du travail volontaires (donc à participation non obligatoire et systématique), se répètent tous les ans comme **l'enquête Evrest**, ou à plusieurs années d'intervalle comme **l'enquête SUMER**. Ces deux enquêtes abordent l'ensemble des expositions aux risques professionnels, de façon courte dans l'enquête Evrest, de façon plus détaillée dans l'enquête SUMER.

La plupart des enquêtes nationales ne permettent cependant pas d'exploitation à un niveau régional ou infrarégional, faute d'un échantillon de personnes enquêtées suffisamment important.

En région Rhône-Alpes, les données de l'enquête Evrest font l'objet d'un rapport annuel régional qui porte en 2014-2015 sur 3 773 salariés, sans représentativité des salariés de l'ensemble de la région.

En revanche, la dernière enquête SUMER (2010) a été exploitée par la Direccte au niveau Rhône-Alpes, et des pondérations ont été effectuées sur l'échantillon régional afin que les données présentées soient représentatives de l'ensemble des salariés du régime général de la région.

D'autres enquêtes ou réseaux de surveillance, décrits en annexe 2, abordent plus spécifiquement certaines thématiques ou certaines populations. Ainsi **l'enquête SAMOTRACE**, menée par l'InVs dans plusieurs régions ou départements, dont le Rhône et l'Isère, s'intéresse aux liens entre santé mentale et travail, mais peu de résultats ont été publiés à l'heure actuelle.

Le Réseau RNV3P, coordonné par l'ANSES, est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Il revient aux médecins hospitalo-universitaires, experts du réseau, d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle.

On peut citer également des enquêtes particulièrement intéressantes pour la connaissance, non plus seulement des expositions professionnelles actuelles, mais des expositions professionnelles passées : **les enquêtes SIP (Santé et itinéraires professionnels) et SVP 50 (Santé et vie professionnelle après 50 ans)**. Ces enquêtes permettent de retracer les expositions passées de l'individu et de les mettre en lien avec son état de santé actuel. C'était le cas également d'une enquête plus ancienne, l'enquête ESTEV (Enquête santé, travail et vieillissement), qui s'était déroulée en 1990 et 1995 dans plusieurs régions de

France. Mais interroger sur des expositions passées comporte de nombreux biais, et c'est un problème que l'InVS souhaite résoudre avec la mise en place de cohortes (COSET : Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail), où les mêmes individus seront suivis pendant une longue période, avec des questionnaires réguliers sur leurs expositions et leurs conditions de travail ainsi que sur leur état de santé.

En conclusion, hormis les données sur les arrêts de travail et les maladies professionnelles (régime général), on constate que les données recueillies, soit par un système d'information systématique pérenne qui les rend comparables dans l'espace et le temps, soit par enquêtes, ne sont pas disponibles à des niveaux géographiques fins (certaines enquêtes (Evrest, SUMER) produisant des données à un niveau régional mais pas infrarégional).

L'amélioration du système d'information des SST, s'il comprenait des données comparables sur les expositions et l'état de santé des salariés, constituerait une précieuse source d'information, qui permettrait d'ajuster véritablement les actions de prévention à un niveau plus local. Des enquêtes locales sur des problématiques spécifiques pourraient également apporter des informations indispensables aux acteurs locaux de la santé au travail.

6. EVALUATION FINALE DU PRST2

Le PRST2 s'est achevé en 2014. L'évaluation finale a été menée en 2015, soit à un an de la fin du PRST2. Ses résultats sont présentés sous la forme d'une synthèse de toutes les analyses menées à l'issue de chaque étape de l'évaluation : analyse documentaire, analyse des questionnaires et des entretiens, individuels et collectifs.

Seront ainsi présentés dans ce rapport, successivement, l'évaluation de processus puis, l'évaluation de résultats.

L'impact du PRST2 sur les bénéficiaires finaux (les salariés) demeure très difficile à évaluer, ce qui sera discuté en fin de document.

6.1. L'évaluation de processus du PRST2

6.1.1. L'élaboration du PRST2 et des fiches action

En Rhône-Alpes, l'un des atouts majeurs du PRST2 a été de tirer les enseignements du PRST1, qui avait été évalué à mi-parcours par l'ORS Rhône-Alpes, et pour lequel les principales forces et faiblesses avaient été mises à jour. Les jalons posés par le PRST1 avaient ainsi permis d'impulser une dynamique, tant au niveau de l'identification des besoins et des enjeux généraux de la santé au travail dans la région, que de la mise en place de partenariats institutionnels.

La phase d'élaboration du PRST2 a principalement reposé sur les COTEC. Elle a été l'occasion de partager, à nouveau, les enjeux, les ambitions des différents programmes (COG, CPG, CPOM, ...) et de les mettre en cohérence avec les objectifs propres à chacun des partenaires rencontrés. Elle a aussi consolidé les liens institutionnels, facilitant des échanges entre acteurs qui se croisaient déjà dans leurs missions respectives et y a associé une amélioration de la connaissance mutuelle ainsi qu'un renforcement de la culture commune autour des déterminants de santé. La convergence des analyses et des diagnostics entre partenaires a permis la mise en avant d'objectifs clairs, tant au niveau de la prévention des risques professionnels, que des secteurs d'activités ou des publics cibles prioritaires. L'élaboration du PRST2 en Rhône-Alpes s'est voulue participative et a constitué un bel exemple de création de synergies. On note également la volonté d'associer de nouveaux acteurs à cette élaboration (partenaires sociaux, Conseil Régional, Mutuelle sociale agricole...)

A l'initiative de la Direccte, une charte des partenaires a été rédigée puis signée, lors de la phase d'élaboration (27/09/2011) par la majorité des institutions et organismes sollicités (Aravis, Carsat, OPPBTP, DREAL, MSA, ARS, ORST et Direccte,) et des partenaires sociaux (neuf signataires).

Les instances d'élaboration, telles le CRPRP sollicité pour consultation, ou les COTEC pour l'élaboration, ont aussi été saluées.

Mais certaines difficultés ont cependant été pointées concernant la phase d'élaboration.

On peut citer notamment les niveaux de participation aux temps communs d'élaboration qui différaient notablement entre acteurs, avec, par exemple, des SST principalement représentés aux COTEC, mais finalement pas assez présents (selon leurs dires) aux CRPRP alors même qu'ils étaient prévus dans les textes (« collège des personnalités qualifiées » dans lequel siège la PARSAT) et qu'ils souhaitaient s'impliquer. On note aussi la faible participation des représentants des employeurs qui ont, par ailleurs, des contraintes professionnelles propres et sont confrontés à des freins structurels bien identifiés (difficulté d'impliquer d'autres personnes que les « permanents », limites de disponibilité compte-tenu de

leur charge de travail en entreprise, limites de mobilité -notamment pour ceux basés loin de Lyon-, manque ou faible formation en santé au travail, faible expertise technique sur certains sujets déterminés, faible expérience de « terrain » pour certains, et enfin difficultés à s'adapter à une organisation qui ne prend pas en compte la lourdeur des agendas des uns et des autres, avec par exemple des invitations envoyées trop tardivement ou sans ordre du jour, ce qui ne facilite pas la hiérarchisation des priorités pour les « permanents ».

Par ailleurs, l'élaboration du PRST2 a pu souffrir de l'absence de certains acteurs pourtant invités (DREAL, MSA présente seulement au début), auxquels on peut rajouter les branches professionnelles, les mutuelles, mais aussi les collectivités territoriales (sur les sujets de la formation, l'apprentissage notamment).

Concernant le contenu des fiches action du PRST2, le consensus en région pour leur élaboration a été :

- de mettre en avant les sujets pour lesquels les contributeurs pouvaient être nombreux à porter l'action,
- que les sujets puissent être très ambitieux, l'envergure des tâches à prévoir pouvant être assumée par un travail collectif pluridisciplinaire.

Tous les acteurs ont été unanimes concernant le contenu : les thématiques abordées dans le PRST2 étaient attendues et cohérentes avec les besoins et enjeux identifiés par les partenaires locaux. La structuration du PRST2 en 4 axes, 10 objectifs et 25 actions, permettait une bonne lisibilité du plan et le nombre d'actions a été jugé « *raisonnable* », augurant d'une bonne faisabilité globale, sur le terrain.

Certaines difficultés ont toutefois été évoquées, avec notamment des choix d'actions parfois difficiles car devant prendre en compte des évolutions réglementaires récentes (notamment en matière de pénibilité, d'allongement de la vie professionnelle). De même, certaines actions étaient envisagées avec des approches de risques extrêmement techniques, voire expertes (ainsi les CMR dans les garages) qui ont pu désorienter les partenaires moins ou pas experts dans ces domaines. Enfin, certaines actions ont semblé, d'emblée, difficilement réalisables du fait de difficultés techniques ou juridiques (exemple, les risques routiers avec la demande d'un formulaire annexé au Bulletin d'Analyse d'Accident Corporel (BAAC) produit par les forces de l'ordre en situation d'accident de la route).

Concernant le format des fiches action, si une même trame uniformisée a bien été respectée, des variations ont été notées dans la rédaction et le contenu même de celles-ci, avec notamment des glissements sémantiques entre certains termes, ainsi entre « acteurs » et « publics cibles », entre « objectif général » et « objectifs opérationnels ». En outre, on a noté l'absence très fréquente de précisions à la rubrique « échéancier », peu d'indicateurs présentés à la rubrique « évaluation », ainsi que des méthodologies d'action décrites quelquefois sous forme interrogatives ou encore l'existence de différentes versions pour une même fiche (les fiches action évoluant selon l'avancement de l'action, sans que soit conservée la mémoire de la fiche originelle ; la traçabilité des fiches action ne pouvait alors se faire qu'à travers la lecture des comptes-rendus d'avancement des groupes de travail et sans qu'une nouvelle fiche action ne soit formalisée à l'issue de décisions notoires du groupe de travail) (cf. § 6.1.3). Cette difficulté ayant été signalée dès le 2^{ème} Copil de l'évaluation par l'ORS auprès de la Direccte, une formation à la rédaction de fiches action à l'intention des pilotes de COTEC a été réalisée, afin de préparer la rédaction du PRST3. Cette formation a été menée en juin et juillet 2016, avant la rédaction des fiches action du PRST3 (prévue au dernier quadrimestre 2016).

Enfin, il est important de rappeler que le PRST2 soulignait, dans son introduction, la volonté d'établir un lien avec d'autres plans, afin de s'inscrire dans une cohérence globale d'actions, en citant notamment le Plan régional santé environnement (PRSE). D'autres plans peuvent néanmoins être cités comme le Plan régional de santé (PRS), le plan Cancer,... L'enjeu étant aujourd'hui de mettre en cohérence les différentes programmations des politiques publiques, effort apprécié et mentionné par la majorité des partenaires. Il en est de même au sein des structures, où on repère une demande de plus de transversalité entre les services, ainsi le pôle travail de la Direccte (commanditaire de l'évaluation) vise à renforcer les collaborations avec le pôle 3 E ou le pôle C (pôles entreprise, emploi, économie et concurrence).

6.1.2. La mise en œuvre du PRST2

Les partenaires en présence

La force de la mise en œuvre du PRST2 a reposé, en Rhône-Alpes, sur la mise en place des groupes de travail par thématique, les COTEC, pour lesquels les très nombreux participants, impliqués sur la base du volontariat, ont été les témoins de l'intérêt et la motivation de chacun. L'animation de ces groupes a été assurée par la Direccte.

Ces groupes ont permis des approches pluridisciplinaires dans la co-construction des actions, avec une méthode en mode « gestion de projet » novatrice et fédératrice pour l'ensemble des contributeurs. Un autre point positif, souligné unanimement, porte sur le fait que l'état d'avancement des travaux des COTEC était présenté et validé en CRPRP, au rythme d'une thématique sélectionnée et présentée à chaque rencontre du CRPRP (cf. § 6.1.3, le « comité de suivi » du PRST2).

Des points faibles ou moins satisfaisants ont été relevés concernant la mise en œuvre du PRST2. Ainsi, si la mobilisation initiale des partenaires a été aisée, c'est en revanche le partage des informations par tous sur un mode opératoire commun qui a été plus difficile à matérialiser. Les COTEC ont ainsi pu souffrir d'un manque d'expérience des participants sur certains sujets, notamment sur les sujets innovants (élément déjà pointé en matière d'élaboration des fiches action), et, dans un autre registre plus organisationnel, d'un certain flou au niveau des rôles précis de chacun, notamment entre les pilotes de COTEC et les pilotes de fiches action (dont le poids, quant à l'arbitrage final, n'avait pas été suffisamment défini en amont de l'étape de mise en œuvre des fiches action).

Des incohérences ont par ailleurs, parfois été notées entre l'activité, telle que décrite dans la fiche action, et les objectifs généraux affichés dans la même fiche, le sens de l'activité ne semblant pas en lien avec l'objectif.

Comme pour la phase d'élaboration, l'absence de certains acteurs a été vivement regrettée pour la mise en œuvre opérationnelle des actions. Ainsi, les partenaires sociaux, les branches professionnelles, mais aussi les SST, ont été peu impliqués en tant qu'opérateurs d'actions, alors qu'ils étaient bien sollicités et que leur connaissance et présence dans les entreprises en font des ressources précieuses (difficulté à maintenir l'implication sur la durée).

De même, les collectivités territoriales (et tout particulièrement la Région qui soutient les filières de l'apprentissage, mais aussi le plan Performance Emploi) n'ont pas été parties prenantes pour aider à la mise en œuvre d'actions sur le terrain (alors qu'ils étaient bien parties prenantes de l'élaboration et qu'ils ont intégré la santé, sécurité au travail dans leur référentiel de formation tuteur donnant droit à une aide financière). Les médecins généralistes, mais aussi les assureurs (qui étaient déjà à l'époque en passe de devenir des acteurs-clé avec la mise en place de l'obligation réglementaire faite aux employeurs de proposer une complémentaire-santé à leurs salariés), sont totalement absents dans la mise en œuvre du PRST2, alors même que ce sont les médecins généralistes qui ont la charge des arrêts de travail et qu'ils sont les « pivots » du système de santé en France.

Enfin, on note que la capacité des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) à se mobiliser sur des actions de prévention, alors que les médecins du travail avaient jusqu'alors ces fonctions, a certainement joué sur la faible participation des SST à la mise en œuvre du PRST2.

Les contraintes de moyens, d'organisation

La mise en œuvre du PRST2 a pu quelquefois être rendue ardue par la taille même des groupes de travail, jugée trop importante pour permettre de susciter de véritables échanges et donner la possibilité à chacun de trouver sa place. Le souhait de mieux équilibrer ces groupes en maîtrisant leur taille a été exprimé pour le PRST3.

La mise en œuvre pouvait par ailleurs être contrainte par certaines difficultés logistiques, administratives, de terrain (lourdeurs de conventionnement avec prestataires, courriers d'invitation aux réunions envoyés

tardivement) qui pouvaient monopoliser l'énergie des partenaires, à certains moments, au détriment d'une vision stratégique quant à la réalisation des objectifs fixés.

Comme cela avait déjà été le cas pour le PRST1, la mise en œuvre concrète des axes et fiches action du PRST2 s'est heurtée à la réalité des moyens humains et matériels mobilisables, relativement en décalage avec la réalité des besoins.

En effet, même si le plan ne prévoit pas d'atteindre directement les salariés (bénéficiaires finaux et principaux de la politique de santé au travail), mais plutôt des relais intermédiaires dans les entreprises (chefs d'entreprises, cadres dirigeants, services de ressources humaines,...) ou des établissements de formation, il n'en demeure pas moins qu'il y a environ 270 000 entreprises en Rhône-Alpes.

Parmi ces entreprises, moins de 30% ont plus de 200 salariés et la très grande majorité sont des PME et PMI, disséminées sur toute la région, qui emploient plus de 50% de l'ensemble des salariés. Il est dès lors matériellement impossible aux professionnels de la Direccte de toucher l'ensemble de ces entreprises. Ainsi, même si dans certains secteurs, comme le bâtiment et les travaux publics, on repère de très grandes entreprises, il existe des centaines de PME intervenant dans les différents métiers du bâtiment, qui bien souvent comptent moins de 10 salariés.

Par ailleurs, les entreprises étant majoritairement de petite ou très petite taille, leurs dirigeants occupent souvent de multiples fonctions, qui leur laissent peu de disponibilité pour assister à des formations, se déplacer à des colloques, ...

Il ressort donc que les actions à mettre en œuvre, sur une thématique donnée, dans un corps de métier, ne concernent dans les faits qu'une toute petite part des entreprises. Parmi les différentes personnes interviewées, certaines font le pari de la diffusion du contenu des messages de prévention par « capillarité » et estiment ainsi que les informations données, les « sensibilisations » réalisées auprès de certains, vont se diffuser ensuite plus largement, par le fait des échanges, formels ou informels, entre dirigeants et cadres d'entreprises. D'autres en revanche, considèrent que la probabilité que les messages se diffusent par « capillarité » est très faible et que les actions menées dans le cadre du PRST relèvent en réalité d'une sorte de « saupoudrage », qui est certes utile pour les personnes effectivement atteintes, mais laisse complètement dans l'ombre la majorité des entreprises. Ces personnes s'interrogent ainsi sur le sens qu'il y a à développer des actions, dans le cadre du PRST, qui, *in fine*, atteignent essentiellement quelques dizaines d'entreprises.

Ces deux visions s'opposent, mais on note cependant un consensus sur le constat d'une impossibilité globale à mener des actions pour l'ensemble des entreprises, au sein d'un secteur donné.

Au-delà de ce décalage entre les moyens humains de la Direccte (et de ses partenaires), et le nombre des entreprises à atteindre (sur le principe), les personnes interviewées font état d'un autre frein à la mise en œuvre du PRST, tout aussi complexe : c'est celui de la difficulté à mobiliser les entreprises.

En effet, les questions de santé au travail, de prévention, sont encore souvent considérées, semble-t-il dans les entreprises, sous l'angle des contraintes règlementaires qu'il est obligatoire de respecter, avant tout pour ne pas subir de sanctions. Et ce, même si ces obligations semblent entrer en conflit avec les modes de travail, les impératifs de production. La plupart des personnes interviewées, dans le cadre de cette évaluation, soulignent que les notions de prévention et de promotion de la santé sont encore très mal connues dans les entreprises, voire, ont parfois un effet repoussoir. Si dans les grandes entreprises (plus de 1 000 salariés), certaines pratiques parviennent à se mettre en place, notamment en matière de prévention, avec l'aide des Services de Santé au Travail, et sont appliquées, avec plus ou moins de succès, dans le cadre de l'organisation du travail, cela est beaucoup plus difficile pour les petites et moyennes entreprises. Ainsi, les notions de qualité de vie au travail, d'organisation du travail favorable à la santé, sont encore souvent perçues comme difficiles à concilier avec les notions de performance et la nécessité des gains de productivité, alors même que le PRST2 insiste sur ces articulations dans son préambule. L'idée que des salariés en bonne santé sont plus à même d'effectuer un travail de qualité et d'atteindre un bon niveau de performance (moins d'absentéisme, moins d'arrêt et d'accidents du travail, plus d'implication et de qualité au travail) semble encore peu ancrée dans les esprits. Non pas que les dirigeants d'entreprise considèrent que la santé des salariés n'a pas d'importance en soi (l'intérêt de réduction ou d'évitement des accidents du travail semble globalement compris), mais ils ne font pas, semble-t-il, facilement le rapprochement entre organisation du travail dans l'entreprise et impact de

cette organisation sur la santé des salariés, ni entre état de santé des salariés et compétitivité des entreprises, qui implique une vision à la fois systémique des différents déterminants de santé (et non plus une approche individuelle), au sein de l'entreprise et une vision qui intègre la notion de durée. La question des coûts de production demeure ainsi largement centrale pour les dirigeants d'entreprise, dans les réflexions et revendications autour des gains de productivité. La santé serait donc en quelque sorte une affaire privée, tout au plus du ressort des médecins des SST. L'état du marché et de la concurrence (au niveau national et international) prend facilement le pas sur les concepts de promotion de la santé.

Enfin, certaines obligations sont jugées comme inopérantes par les entreprises, tant au plan de la protection de la santé du salarié que de l'organisation du travail, car trop complexes à mettre en œuvre (équipements de protection individuelle notamment, qui peuvent être longs à enfile, lourds et inconfortables à porter, ...), ce qui peut ralentir les mouvements ou le rythme du salarié et donc diminuer sa productivité.

Du côté des entreprises, la santé au travail apparaît, d'après les personnes interviewées, encore souvent comme un ensemble de contraintes auxquelles il faut se plier, plutôt qu'un levier pour améliorer la performance de l'entreprise. De ce fait, seule une minorité d'entreprises, particulièrement conscientisées, sont aujourd'hui demandeuses d'informations et de formations dans ce domaine. La plupart ne connaissent pas ou ne sont pas encore sensibilisées aux concepts de promotion de la santé par l'amélioration des environnements de travail, de l'organisation du travail.

Les effets de contexte et le poids de l'histoire ne doivent pas être négligés en ce qui concerne la mise en œuvre du PRST2. Ainsi, l'évaluation du PRST2 s'est déroulée en partie au moment des grandes manifestations qui ont eu lieu en France au printemps 2016 pour protester contre la nouvelle loi⁴ dite « loi El Khomri »⁵, du nom de la ministre du travail qui l'a présentée, concernant la « modernisation du dialogue social ». Les manifestations mais aussi le fait que la loi ait été finalement mise en place par application de l'article 49-3, sans vote des députés, reflète un dialogue social pour le moins tendu, où les points de convergence entre organisations syndicales et patronales sont parfois très difficiles à trouver. Plusieurs personnes parmi celles interviewées dans le cadre de cette évaluation ont ainsi fait un lien entre ce contexte, révélateur de tensions profondes et anciennes, déjà présentes lors des PRST 1 et 2, et la difficulté à trouver une articulation entre prévention, promotion de la santé et performance des entreprises.

Ces différents niveaux de contraintes se cumulent et font que la mise en œuvre du PRST2 sur le terrain a parfois été délicate, mais sans surprise, pourrait-on dire.

6.1.3. Le suivi du PRST2

Le suivi du PRST2 a été réalisé par le Pôle Travail de la Direccte, avec la participation des ingénieurs prévention et il a reposé sur la mise en place d'outils tels que :

- La création d'un **groupe de travail** dit **comité de suivi du PRST2**, en tant qu'émanation du CRPRP, qui rendait compte des avancements de chaque COTEC, sous la forme d'un tableau de suivi des actions en format EXCEL, précisant pour chaque étape d'avancement : Axes et

⁴ Projet de loi relatif au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0807.asp>

⁵ Après sa présentation à l'Assemblée nationale le 3 mai, le Premier ministre Manuel Valls a utilisé la *procédure de l'article 49-3* de la Constitution qui a permis de faire adopter le projet de loi par l'Assemblée nationale en 1^{ère} lecture sans vote des députés. La motion de censure déposée par la droite a en effet été rejetée le 12 mai (246 voix alors que 288 voix étaient nécessaires). Le projet de loi El Khomri a ensuite été voté par le Sénat (dans une version très remaniée) le 28 juin. De nouveau examiné par l'Assemblée nationale à compter du 5 juillet, le texte a été adopté le 6 juillet, le gouvernement ayant recouru une deuxième fois à la procédure de l'article 49-3 pour faire passer le projet de loi. Le texte a ensuite été réexaminé par le Sénat le 18 juillet. Puis il est à nouveau revenu devant l'Assemblée qui a procédé à sa lecture définitive le 20 juillet, date à laquelle Manuel Valls a de nouveau annoncé un ultime recours à l'article 49-3. Le texte a été définitivement adopté le jeudi 21 juillet, aucune motion de censure n'ayant été déposée par l'opposition.

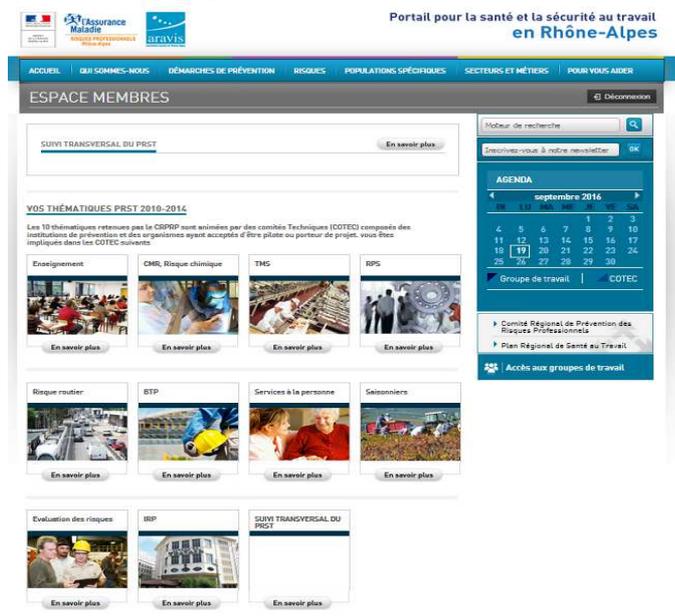
thématiques du PRST2 traitées / Pilote Cotec / fiches action concernées / Pilote des fiches action / Numéro de groupe / Objectif opérationnel / Partenaires positionnés / Planning d'action / Dates des réunions de groupe / Dates d'actions menées ou prévues / Partenaires attendus / Contact / Participants aux groupes de travail.

La présentation d'avancement des actions à mener était faite au **CRPRP**, deux à trois par an (1 en 2011, 3 en 2012 et 2013 et 2 en 2014), sur des thématiques sélectionnées, lesquelles étaient différentes à chaque rencontre.

La raison de la création du Comité de suivi était que le CRPRP ne pouvait, à lui seul et compte-tenu de ses différentes missions, superviser la mise en œuvre du PRST lors des plénières (de nombreux sujets hors PRST étaient aussi à traiter lors des rencontres du CRPRP). Le Comité de suivi a donc permis de sélectionner les thématiques du PRST2 à présenter, selon leur état d'avancement, afin d'échanger dessus et afin d'avoir sur le long terme une vision exhaustive des actions menées sur la période des quatre ans fixée par le plan, tout en assurant le rôle de relais d'information des partenaires. Il a aussi plus implicitement permis d'associer les SST dans le suivi puisque ces derniers entraient nouvellement dans la composition du CRPRP (définie dans la région par l'arrêté n°2014-015 du 15 janvier 2014 et modifiant l'arrêté de 2008 qui n'associait pas les SST).

- Le remaniement du **site internet «www.risques pme.fr»**, déjà existant, afin de partager le suivi dans un outil partenarial clairement identifié. Le site comprenait un espace dédié au PRST2, d'accès réservé aux personnes désignées comme « *membres du PRST2* ». Ce site permettait un suivi en ligne pour tous les membres du CRPRP sur tous les COTEC et pour tous les membres des COTEC pour leur propre COTEC, avec mise à disposition des productions ou des livrables issus des actions réalisées dans le cadre du PRST. Il mettait par ailleurs à disposition des informations fournies et spécifiques, avec notamment la mise en ligne, pour chacun des 10 objectifs du PRST2, des fiches action du plan, des comptes-rendus des COTEC, des bilans d'avancement réalisés lors des journées CRPRP, des résultats obtenus, etc.

Capture d'écran du site Risques-PME, page dédiée au PRST :



Des points faibles dans le suivi du PRST2 ont cependant été soulignés par les personnes interviewées. On peut citer en premier lieu la difficulté qui a pu se poser, comme lors de la mise en œuvre, de manière récurrente, au sein des groupes, à maintenir une vision stratégique par rapport aux actions, en lien avec les objectifs affichés du plan ; Les réflexions partagées étant souvent conditionnées par des questions de faisabilité opérationnelle. En effet, les participants aux échanges collectifs, connaissant les contraintes de terrain, se sont peut-être recentrés, en cours de PRST, sur ce qui leur semblait habituellement faisable,

mais qui pouvait néanmoins s'éloigner des objectifs affichés du PRST2. Le poids des contraintes, connues ou perçues, a pu faire passer au second plan certains choix stratégiques.

Comme c'est le cas pour toute programmation, cette difficulté se pose dès lors qu'il s'agit de trouver un bon équilibre entre des objectifs ambitieux et des moyens réels très contraints.

A cette difficulté s'ajoute le fait que peu ou pas d'indicateurs de suivi avaient été définis (qui auraient pu permettre de vérifier lors de l'avancement l'adéquation entre les activités réalisées et les objectifs affichés, ainsi que le respect des calendriers quand définis).

D'autres difficultés ont été soulignées, liées au manque de « reporting » et au fait de travailler à plusieurs sans avoir d'outils véritablement appropriés, notamment pour le partage de documents. Des attentes ont ainsi émergé des entretiens, concernant la nécessité d'une professionnalisation du travail collaboratif, notamment par la mise en place d'outils de partage des informations (documentation, bibliographie, ...) véritablement bien identifiés et utilisables par tous les participants aux groupes de travail. Le site « risques-pme.fr » (site qui existait depuis 2005 et qui a été mis à jour par la Direccte en 2013 avec un espace « membres PRST2 ») répondait en partie à cette demande et il a été bien apprécié par ceux qui le connaissaient et savaient s'y connecter. Le site regorgeant d'information pour chacune des actions du PRST2. Mais ce site a été, en réalité, partiellement et différemment utilisé par les participants aux groupes de travail, avec une connaissance très variable selon les partenaires, certains ne le connaissant quasiment pas.

En outre, certains manques ont été repérés sur le site avec, en particulier, peu ou pas d'informations sur la finalisation des actions. D'autres manques d'informations partagées ont été déplorés, par exemple lors d'actualisations du site (mise en ligne de comptes-rendus de réunion ou de présentations Powerpoint). Notons par ailleurs que l'accès restreint au site, limité aux « membres du PRST2 » a été questionné, ainsi que les critères de sélection pour être considéré comme « membre ».

Les niveaux d'information des différents partenaires sur le suivi du PRST2 étaient ainsi très variables, selon les thématiques traitées.

Au final, et même si le site « risques-pme.fr » a été salué pour sa qualité par ceux qui l'ont utilisé, le manque d'un outil clairement identifié par tous, permettant l'accès à l'ensemble des informations sur les actions en cours ou les actions terminées, a constitué un écueil à un bon suivi de la mise en œuvre du PRST2.

La temporalité des temps de rencontre et de travail

Les réunions de suivi entre différents partenaires du PRST2 qui avaient pour objectif de faire le point sur l'état d'avancement des actions menées, ont souffert des mêmes contraintes que les rencontres organisées pour élaborer le PRST2 (groupes de travail / invitation CRPRP / Comité de suivi). Les invitations étaient parfois tardives, ou pas toujours envoyées aux bons interlocuteurs. Ainsi, il peut y avoir quelquefois des adresses email « génériques », pour certains partenaires qui s'adressent en fait à l'organisation toute entière, et qui ne parviennent à la personne véritablement concernée qu'après de multiples transferts, voire pas du tout, ce qui ne favorise pas la réception des messages par les personnes réellement en charge du suivi. Chaque organisation et institution présente une complexité propre dans ses circuits de communication interne, faisant que parfois, certaines informations ou messages se « perdent » dans les circuits internes. Cette problématique, classique dans les organisations, doit inciter à redoubler de prudence pour le PRST3 et encourager à vérifier systématiquement à la fois les délais d'envoi des messages et invitations (afin que chaque partenaire ait le temps de s'organiser au mieux), mais aussi les adresses et coordonnées de chacun (afin que les messages parviennent aux bons destinataires). Enfin, les ordres du jour, envoyés avec les invitations, n'étaient pas toujours suffisamment explicites. Ceci a pu, à certains moments, entraver une bonne participation des partenaires et souligner l'importance de communiquer de manière précise et avec une certaine anticipation avec les partenaires, et plus particulièrement, les personnes désignées pour s'impliquer dans l'élaboration ou le suivi du PRST, personnes qui doivent aussi composer avec d'autres obligations (missions de leur organismes, obligations professionnelles dans les entreprises, ...).

Des fiches action qui ont parfois évolué dans le temps, brouillant le suivi

Les fiches action, telles que formulées initialement, en termes d'objectifs et de moyens notamment, ont quelquefois nécessité des réajustements dans la réalité de leur exécution. Pour des raisons de moyens, humains ou financiers, effectivement accessibles ou disponibles, il a parfois fallu modifier certains objectifs opérationnels. Ce type de situation n'a rien d'inédit et il se rencontre bien souvent dans les programmations qui couvrent plusieurs années. La difficulté vient du fait que la fiche action initiale n'a pas été suivie de « fiche action modifiée », ou accompagnée par d'autres outils de reporting, et qu'il était donc difficile de bien repérer les changements réalisés. Certaines fiches action ont ainsi été quelque peu modifiées, de manière plus ou moins formelle, dans leur contenu, sans qu'il y ait nécessairement une trace écrite de cette modification et des raisons de cette modification.

Il serait ainsi pertinent de prévoir cette éventualité pour le PRST3 et de signaler d'emblée que tout réajustement de l'action, dans la réalité et selon les possibilités concrètes, doit systématiquement faire l'objet d'une trace écrite, accessible, voire d'une nouvelle version de fiche action, avec les changements indiqués aux rubriques concernées, et la justification de ces changements. Cette formalisation doit par ailleurs être uniforme pour toutes les fiches action (exemple pour la fiche action 1 sur la formation / apprentissage pour laquelle une annexe sur l'évolution de l'action était adjointe au compte-rendu de réunion mais sans autre formalisation par ailleurs). Systématiser la méthode d'éventuelle mise à jour de fiches action est donc indispensable en tant qu'outil de suivi et de pilotage des actions mais aussi en tant que support à l'évaluation de processus, comme de résultats.

Suivi et calendrier des fiches actions : pas ou peu de temporalité à respecter, hormis la durée du PRST2

Autre écueil repéré, les fiches action étaient globalement pauvres en termes de planification, comme on l'a souligné plus haut. Par défaut, la temporalité des actions à mener s'inscrivait, d'après les personnes interviewées et l'analyse des fiches action, dans la durée même du PRST2. Très peu de précisions ont été portées sur les fiches actions, au moment de leur élaboration, quant à la date butoir de réalisation des actions. Mais il n'y avait pas non plus un découpage des actions en phases distinctes, planifiées en « étapes », dans la durée du PRST. L'idée implicite semblait que l'action devait être réalisée avant la fin du PRST2, sans autre précision (la temporalité apparaissant par ailleurs dans les comptes rendu de réunion). Cette absence de planification, qui explique certaines difficultés dans l'organisation des temps de travail avec les partenaires, en cours de PRST, semble refléter la multiplicité des contraintes et échéances que les acteurs du PRST2 avaient à gérer, dans le cadre de leurs missions habituelles, et fait que les actions du PRST2 venaient en quelque sorte s'intercaler dans ces contraintes, mais n'étaient pas en elles-mêmes structurées par des échéanciers. Les actions du PRST2 n'apparaissaient donc probablement pas avec les mêmes priorités ou les mêmes urgences que les actions à mener dans le cadre des missions accomplies en routine par les partenaires et elles pouvaient donc parfois passer en second plan.

On sait par ailleurs qu'en matière d'évaluation et de méthodologie de projet montre que la mise en œuvre mais aussi le suivi d'actions est largement facilité par un minimum de planification et de « découpage » du temps. Le fait de prévoir différentes phases pour mettre en œuvre les actions permet de mieux organiser la participation des partenaires en prenant mieux en compte leurs contraintes, d'anticiper sur la mobilisation de certains moyens, et de favoriser la réalisation effective de l'action. Une action qui n'a pas de temps prévu, dédié est une action qui risque d'être reléguée au bas de la liste des « choses à faire ».

Des actions invisibles... et donc difficiles à suivre

Le suivi des actions menées dans le cadre du PRST2 semble, *a posteriori*, avoir souffert, dans certains cas, d'un manque de visibilité. Non pas que celles-ci se soient déroulées de manière confidentielle, mais, dans certains cas, ces actions se rattachaient de manière évidente à une programmation en cours, à la Direccte ou chez un autre partenaire du PRST2. De ce fait, l'action a été menée à la fois dans le cadre de

missions habituelles des partenaires, tout en étant plus ou moins formellement incluse dans le PRST2. Dans le cours de déroulement de l'action, celle-ci était néanmoins quelquefois identifiée par ses porteurs comme relevant principalement d'une autre programmation que le PRST2. De ce fait, certaines actions ont perdu (ou non jamais vraiment eu) le « label PRST2 » : elles ont bien été réalisées, mais ont été suivies et parfois peut-être évaluées, dans un autre cadre.

L'ampleur du phénomène de « non-labellisation PRST2 » est difficile à estimer : si certaines actions ont bien été prévues officiellement dans les fiches action du PRST2, elles auraient probablement eu lieu, même sans PRST2, dans un autre cadre, ou même dans le cours des missions habituelles des partenaires (Direccte incluse).

Ceci soulève la question de l'utilité et du sens de la « labellisation » PRST2.

En effet, est-il judicieux d'inclure dans les fiches action du PRST des actions qui allaient être, de toute façon, mises en œuvre ? Si cette labellisation se perd dans le temps, alors que les actions sont bien réalisées, est-elle utile au lancement des actions ? Les personnes interviewées ont globalement répondu par la négative à cette question. Enfin, si des actions « labellisées PRST2 » ne peuvent plus être suivies comme telles, cela risque de fausser leur suivi mais aussi leur évaluation. En effet, le risque est de croire que certaines actions n'ont pas eu lieu, si on les recherche sous l'étiquetage PRST, alors qu'elles ont bien été menées (éventuellement avec les mêmes partenaires) mais sous un autre « label ». Il y a confusion entre les actions labellisées PRST2 et les actions menées en routine, non forcément étiquetées.

In fine, cela peut avoir un effet négatif sur l'image et la dynamique même du PRST : la « migration » des actions sous d'autres « étiquettes » peut annuler la pertinence de mettre en place des groupes de travail *ad hoc*, peut brouiller les informations échangées en comité de suivi, et surtout donner le sentiment que le PRST fait doublon avec d'autres dynamiques, voire risque de se transformer en « coquille vide » sur certains sujets.

Cette difficulté à suivre certaines actions dans le temps, du fait d'un changement de « labellisation » révèle ainsi l'importance, en amont de l'élaboration des fiches action, de distinguer ce qui est fait déjà, en « routine », ou ce qui avait été prévu par ailleurs, en termes d'actions, de ce qui pourrait être spécifiquement développé dans le cadre du PRST. Il ne s'agit pas en effet de « remplir la case PRST », mais plutôt, idéalement, d'utiliser le PRST pour favoriser la mise en place d'actions qui n'auraient pas vu le jour, ou plus difficilement, autrement. Reste par ailleurs que l'intérêt du PRST est aussi de conforter des actions existantes avec des partenariats élargis.

En outre, une labellisation claire des actions propres au PRST faciliterait la communication interne et externe aux partenaires du PRST, sur l'évolution des actions, *a posteriori* sur les réalisations du PRST et permettrait de maintenir une attention des différents partenaires sur les enjeux plus larges et stratégiques du PRST, en cours de route, qui touchent à l'évolution des cultures de travail, au dynamiques inter-partenariales, qui peuvent se nouer de manière plus transversale qu'elles ne le sont peut-être d'habitude.

6.2. L'évaluation de résultats du PRST2

Comparé au PRST1, qui proposait un grand nombre d'actions (65) en santé au travail sur une grande diversité de sujets, le PRST2 a précisé son approche en proposant un nombre d'actions plus restreint (25) sur des sujets plus ciblés, notamment sur la prévention des risques professionnels. Les changements de paradigmes en santé au travail (*prévention versus réparation, qualité de vie au travail versus risques psychosociaux, organisation du travail versus risques individuels*) ont été pris en compte, induisant une véritable progressivité des plans. L'approche de la prévention *via* le PRST2 se précise, d'une part par l'appréhension des sujets qui s'affinent et d'autre part, par l'incitation faite aux acteurs de développer, sur les périodes des plans, une maturité suffisante pour s'investir sur les actions, à la croisée d'une connaissance en santé au travail affinée, d'une culture renforcée dans ce domaine (diagnostics, état des lieux en amont, ...).

Dans sa globalité, le PRST2 prévoyait essentiellement des actions d'information, de sensibilisation et de formation. Les actions qui en ont découlé étaient essentiellement destinées à des professionnels intermédiaires.

Comme c'est le cas dans l'évaluation de la plupart des plans, il est possible de savoir quelles actions prévues ont été réalisées ou non, mais chacune des actions réalisées n'est pas évaluée spécifiquement en termes de résultats, auprès des publics qui étaient ciblés.

6.2.1. L'analyse transversale des 25 fiches action

Le PRST2 était composé de 4 axes.

L'axe 1 ne regroupe en Rhône-Alpes qu'une seule action (fiche-action 1 : enseignement/formation) tandis que l'axe 4 n'est pas décliné en actions ou fiche action (ce qui n'empêchera pas, pour ce dernier axe, que des objectifs opérationnels soient décidés lors des groupes de travail)⁶.

Ce sont donc les axes 2 et 3 qui concentrent l'essentiel des actions du plan (24 actions)⁷. Celles-ci sont par ailleurs totalement orientées sur les politiques ou les démarches de prévention des risques professionnels, concernant certains risques (CMR, TMS, RPS, routier), certains secteurs (BTP, Services à la personne), ou encore certains publics (Saisonniers), ou sont orientées en faveur de l'évaluation des risques professionnels ou des Institutions représentatives du personnel. Bon nombre d'actions restent dictées par le Plan national, PST.

Toutes les fiches action ont été rédigées selon un format standard. Il s'agissait de fiches synthétiques présentant l'intitulé de la thématique, un objectif général, un contexte, le référent de l'action puis, un à quatre objectifs opérationnels étaient détaillés selon les fiches (cf. annexe 4).

Les objectifs opérationnels étaient présentés uniformément, selon sept rubriques : intitulé de l'objectif opérationnel, acteurs pour la mise en œuvre, public cible, méthodologie, financement, échéancier et indicateurs de suivi et d'évaluation. Nous allons détailler ci-après ces rubriques.

6.2.1.1. Les objectifs, généraux et opérationnels

Par définition, l'**objectif général** est celui qui donne le sens de l'action. Il s'exprime en termes de santé et décrit la diminution à atteindre concernant le problème prioritaire. Les **objectifs opérationnels** sont les effets directement attendus de l'action. Ils concernent les publics touchés par l'action et peuvent s'intéresser à leurs connaissances, opinions, compétences, capacités, comportements⁸.

Dans certaines fiches action du PRST2, des imprécisions ont été observées dans la rédaction des objectifs. Ainsi, certains objectifs ont été, par exemple, formulés sous forme interrogative. Dans d'autres cas un objectif a évolué selon l'avancement des travaux des groupes de travail, renseigné dans le tableau de suivi des actions, sans que la fiche action originelle ne soit modifiée (par exemple, fiche-action 3 « Troubles musculosquelettiques » et fiche-action 9 « Evaluation des risques professionnels »). La trace de ce qui était réellement prévu est ainsi perdue et il a été parfois même difficile d'identifier l'objectif

⁶ **Axe 1** : Améliorer la connaissance de la santé au travail ; **Axe 4** : Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit.

⁷ **Axe 2** : Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels ; **Axe 3** : Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et les TPE.

⁸ L'évaluation en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social. Fontaine D, Beyragued L., Miachon C., 2008, 34p.

premier formulé. Enfin, plus l'imprécision a été grande, plus l'analyse des résultats est rendue malaisée et ce d'autant plus que peu d'indicateur de suivi ou d'évaluation étaient prévus en amont.

En parallèle, des glissements sémantiques entre objectifs et activité sont parfois observés dans les fiches action.

Ces imprécisions des éléments de langage peuvent être particulièrement problématiques et ils ont pu nuire à la mise en œuvre ou rendre difficile, voire impossible, le suivi de l'action et l'évaluation des résultats.

Exemple

FICHE-ACTION 9.1 – Evaluation des risques professionnels

Dans la Fiche action

Intitulé de l'objectif général :

Faire en sorte que les employeurs des petites et moyennes entreprises (1 à 49 salariés) de la région Rhône-Alpes se sentent concernés par l'évaluation et la prévention des risques professionnels et mettent en œuvre les moyens nécessaires.

Intitulé de l'objectif opérationnel :

Un volet étude : c'est un questionnaire récurrent et important issu des acteurs de terrain : comment amener les TPE / PME à une démarche globale de prévention des risques professionnels ? Comment lancer la dynamique et faire perdurer l'action ? Quels sont les leviers qui fonctionnent ? Quelles sont les clés d'entrée ?

Dans le Tableau de suivi des actions

Intitulé de l'objectif opérationnel :

Diffuser auprès des TPE PME les bonnes pratiques contribuant à une démarche effective et globale de prévention des risques professionnels

6.2.1.2. Les opérateurs de terrain pour la mise en œuvre

Il s'agit en général de la rubrique « acteurs pour la mise en œuvre » dans la fiche action.

Cette rubrique est toujours majoritairement bien renseignée. Et à chaque fois, on constate une bonne cohérence entre ce qui était prévu dans la rubrique et la réalité : les partenaires sont donc préalablement bien repérés et plutôt bien présents à quelques exceptions près (branches professionnelles de distribution de produits chimiques et Centre de formation des apprentis pour la fiche action 2 « CMR »). Ces éléments reflètent la cohésion de groupe et l'implication des différents partenaires, déjà évoqués dans l'analyse des phases d'élaboration. Les acteurs se sont montrés semble-t-il intéressés, se sont engagés, globalement dans le temps (même si certaines participations ont pu s'amenuiser sur la durée) et ce, même en l'absence de moyens matériels spécifiquement dédiés.

Le rôle de chaque opérateur pourrait cependant être clarifié, certaines baisses de participation pouvant s'expliquer par la difficulté de certains à trouver leur place dans la réalisation de l'action.

Reste que de nombreux liens entre partenaires semblent avoir été consolidés en Rhône-Alpes (CARSAT, DIRECCTE, ARAVIS, SST), tandis que d'autres se sont nouvellement créés (ARS, certaines branches professionnelles, secteurs sanitaire et social, logistique, automobile, BTP, agricole, collectivités territoriales, CNFPT, écoles d'ingénieurs et de managers (regroupées au sein de l'AGERA), lycées professionnels et CFA, divers organismes de formation, ARRA HLM, organisations syndicales de salariés, etc.)

On observe que certains acteurs ne sont pas présents ou n'ont pu participer à toutes les rencontres (DREAL, Conseil Régional, MSA).

Il est à noter que cette rubrique « acteurs » peut aussi comporter des imprécisions de langage avec tout particulièrement des confusions entre « opérateurs de terrain » et « public bénéficiaire" (cf. « acteur/cible » dans certaines fiches action).

6.2.1.3. Les cibles

Il apparaît, d'après l'analyse des fiches action du PRST2, que les principaux publics ciblés sont ce que l'on peut appeler des « bénéficiaires intermédiaires ». Il est impossible, on l'a vu plus haut, de toucher l'ensemble des salariés des 270 000 entreprises de Rhône-Alpes. Dès lors, il s'agissait de trouver des relais pertinents qui pourraient intégrer certaines informations, changements, dans leur pratique professionnelle, qui elle touche des salariés ou futurs salariés. Ces bénéficiaires intermédiaires sont, globalement, des cadres d'entreprise, des chefs d'entreprise, les branches professionnelles mais aussi des responsables dans des organismes de formation initiale (écoles d'ingénieurs, Centres de Formation des Apprentis) qui eux, seront censés relayer auprès du public cible direct, à savoir, les salariés.

Outre l'impossibilité matérielle à rencontrer tous les salariés de la région, les personnes interviewées ont souligné la pertinence et l'importance de sensibiliser et d'informer les personnes pouvant avoir une influence sur les modes d'organisation en entreprise, ou sur les futurs cadres et dirigeants d'entreprise. En effet, alors qu'il est souvent difficile, voire impossible, pour les salariés eux-mêmes de changer « de l'intérieur » leurs conditions de travail (et ce d'autant plus que les organisations syndicales sont moins présentes, par essence, dans les PME-PMI et encore moins dans les TPE-TPI), il semble opportun de faire évoluer les approches de ceux qui peuvent avoir un pouvoir de décision dans les entreprises. Les bénéficiaires « intermédiaires » semblent donc, à toutes les personnes interviewées, une cible réaliste, pertinente et surtout incontournable, pour faire progresser la santé au travail dans les entreprises.

Par ailleurs, plusieurs interviewés ont souligné que la santé au travail était souvent vue comme une affaire « individuelle », notamment du fait que les SST voient souvent les salariés dans le cadre de la visite médicale d'aptitude, qui est un temps de « face-à-face » par excellence (cette perception même si par ailleurs les SST assurent aussi beaucoup d'action de formation ou de sensibilisation). Même si les professionnels des SST se déplacent en entreprise, c'est davantage pour examiner et conseiller autour des installations, postures (ergonomie), organisation des tâches concrète, que pour mener des actions réellement collectives. Le PRST, en mettant en place des actions de sensibilisation qui s'adressent essentiellement à des groupes de dirigeants ou responsables d'entreprises, notamment lorsqu'il s'agit de formations ou de colloques, peut susciter des échanges, des débats, qui sont intrinsèquement favorables aux processus de questionnement et de conscientisation qui sous-tendent la promotion de la santé. C'est d'ailleurs à travers les actions collectives, la diffusion de messages et d'informations à plusieurs personnes, de manière simultanée, que des effets de « changement de culture » peuvent se produire.

Reste que certaines cibles, vues comme pertinentes à atteindre, sont, semble-t-il, difficiles à mobiliser. On peut citer certaines organisations professionnelles (CNPA, distributeurs de produits chimiques, ...) mais aussi les chambres consulaires. Eloignés de la santé au travail ou redoutant la diffusion de conseils dont l'application pourrait impacter la chaîne de production (exemple de la substitution en ce qui concerne certains produits chimiques), ces professionnels ont été difficiles à atteindre dans le cadre du PRST (mais peut être que d'autres formes de mobilisation seraient à envisager).

Autre cible difficile à atteindre, les particuliers employeurs, comme le sont notamment les employeurs d'assistants de vie, d'aides à domicile (*via* les chèques emploi-service notamment), qui constituent une catégorie complexe voire impossible à mobiliser du fait d'une réglementation différente de celle des autres employeurs (et ce bien que la sinistralité dans ce secteur d'emploi, soulignée par la CARSAT, montre l'ampleur des problèmes et des besoins). Ces employeurs qui ne sont pas, en réalité, des chefs d'entreprise, sont complètement en dehors des circuits de la santé au travail.

Les interviewés ont par ailleurs pointé un manque en matière de publics ciblés : alors que le PRST est censé être une déclinaison locale du Plan national Santé au Travail (PST), cette déclinaison n'est en fait, globalement, qu'une mise en œuvre de ce qui a été décidé au plan national, sans autre ciblage particulier. Or, l'intérêt d'une déclinaison devrait être, d'après plusieurs interviewés, de s'adapter aux spécificités du territoire, aux besoins qui s'y rencontrent de manière plus marquée qu'ailleurs. Ainsi, certaines régions et certains départements sont plus ruraux que d'autres, ou concentrent tel ou tel type

d'industrie qui nécessiteraient de mettre particulièrement l'accent sur tel ou tel risque. Si une petite minorité de fiches action témoignent bien de cette nécessité et de cette volonté de travailler sur des spécificités régionales (exemple des travailleurs saisonniers et des services à la personne), elles étaient rares et n'ont donné lieu qu'à peu d'actions, notamment du fait d'une difficile mobilisation de certains partenaires au moment de l'élaboration de la fiche action.

Certes, les fiches action se concentrent clairement sur certains risques (et donc certaines catégories de travailleurs), comme par exemple celles qui traitent des cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR). Mais aucune échelle territoriale n'est jamais définie, ce qui semble dommage à plusieurs des personnes interviewées puisque, *de facto* il y a des concentrations de risques et de publics en certains points de Rhône-Alpes : salariés de la « vallée de la chimie », travailleurs saisonniers du Beaujolais, de la Drôme ou des stations de ski (on sait par ailleurs que ces publics sont particulièrement concernés par certaines conduites à risques et notamment par la consommation de substances psycho-actives, et que celles-ci sont favorisées par l'organisation même du travail). Il semblerait ainsi pertinent que la déclinaison régionale du PST corresponde aussi à des variations locales qui font que tous les problèmes de santé au travail ne se retrouvent pas sur tout le territoire avec la même intensité ; volonté à mettre en relation avec les moyens humains et financiers possibles.

Enfin, au titre des « cibles oubliées », certains ont pointé les employeurs. Si des publics spécifiques de salariés, repérables à des échelles infra-régionales ont bien été repérés par plusieurs interviewés (et notamment les organisations patronales et syndicales), certains représentants des organisations patronales ont souligné que la santé au travail était un concept réservé au salarié, mais que rien n'était prévu pour les employeurs, les chefs d'entreprise. Ce qui pouvait contribuer à amenuiser leur sensibilité à cette thématique. En effet, certains interviewés ont souligné que les chefs d'entreprise de PME-PMI, et plus encore de TPE-TPI, mais qui ne sont pas des salariés, travaillent en réalité dans les mêmes conditions que leurs salariés et sont exposés aux mêmes risques, sans pour autant bénéficier de la médecine du travail, ou même d'actions de prévention. Pour certaines organisations patronales, il est dommage, que ces « employeurs-travailleurs » ne soient pas intégrés dans les publics à cibler, car outre le fait de les aider à mieux protéger leur santé, ce type de prise en compte pourrait améliorer leur sensibilisation aux questions de santé au travail en tant qu'employeurs (et ce, même s'ils n'ont que deux ou trois salariés).

Les interviewés ont également souligné l'existence de publics qui n'avaient pas été ciblés dans le cadre du PRST 2 (ni d'ailleurs dans le cadre du PRST1), mais qui présentent des spécificités ou besoins forts. Ainsi, les salariés des entreprises sous-traitantes, souvent mal lotis en termes d'accès à la médecine du travail du fait de la multiplication des CDD, et aussi souvent plus « exposés » que les salariés en CDI (qui disposent d'autres ressources et recours pour faire valoir leurs droits sans craindre de perdre leur travail), restent de grands absents. Les interviewés soulignent pourtant qu'il faudrait parvenir à mieux protéger ces salariés et leur santé, même si les contrats précaires les rendent difficiles à repérer et à suivre. De même, les salariés en contrats d'intérimaires semblent être une population « sous-suivie » et donc plus exposée, ou moins protégée que les salariés en CDI (divers travaux s'amorceraient actuellement sur ce sujet). Enfin, les personnes travaillant de nuit et exposées de ce fait à des risques spécifiques qui commencent à être bien documentés, mériteraient aussi une attention particulière, selon plusieurs des personnes interviewées, car la protection de leur santé est encore très inégalement assurée, et les aménagements nécessaires à de meilleures conditions de travail pas toujours mis en place.

Un dernier public a été suggéré, qui croise les enjeux de santé publique et de santé au travail : c'est le public scolaire qui n'est certes pas la cible du PRST, mais qui pourrait le devenir si on raisonne en tant que scolaires devenant de futurs salariés. Traditionnellement ciblés par les actions de prévention et de promotion de la santé, notamment soutenues par l'Education Nationale et par l'Agence Régionale de Santé, les scolaires (écoles primaires, collèges et lycées) qui sont de futurs salariés, ou du moins de futurs travailleurs, pourraient faire l'objet de sensibilisations qui concernent la vie au travail. Cela est déjà fait auprès des apprentis (mais peut-être pas suffisamment), et mériterait peut-être d'être développé, au titre de la prévention primaire chez des élèves plus jeunes ou dans les filières générales. La forme et le contenu restent cependant à inventer, les interviewés n'ayant pas connaissance de l'existence de telles actions.

6.2.1.4. Les activités mises en œuvre

Les **25 fiches action** du PRST2 comportent de 1 à 4 objectifs opérationnels. C'est donc un total de **50 objectifs opérationnels ou activités** qui ont été prévues dans le PRST2. Au final, le bilan montre que c'est une vingtaine d'activités qui a été réalisée, et notamment :

- **Des kits de sensibilisation** : aux TMS, aux RPS, à l'amiante, 3 films sur les services à la personne ;
- **Des guides** : guide de bonnes pratiques pour intégrer la SST dans les formations dans les écoles, guide sur les interventions sur matériaux contenant de l'amiante pour les bailleurs sociaux ;
- **La création de groupes de travail ou club d'échanges** : amiante (GRIA), CMR (substitution) pénibilité, club CHSCT ;
- **Des colloques** : IRP, CMR (distributeurs produits chimiques), RPS.

D'autres activités ont par ailleurs été plus difficiles à repérer, soit par manque de communication ou d'information des partenaires (les résultats étant non visibles sur le site risques-pme.fr, la finalité non renseignée dans le tableau de suivi des actions, les acteurs non informés de l'aboutissement), soit par une ambiguïté ou un défaut de labellisation « PRST2 » alors même qu'elles ont été réalisées ou impulsées par le PRST2.

Trois activités n'ont en revanche pas du tout été réalisées ou seulement initiées qui concernaient :

- Les saisonniers
- Le risque routier
- Les fumées de soudage

Pour deux d'entre elles, il s'agissait de thématiques pour lesquelles les fiches action n'avaient pas été complètement rédigées au préalable (fiche action 2 « Risques CMR liés à l'exposition aux fumées de soudage » et fiche action 8 « Saisonniers »). Pour le risque routier, en sus du changement d'affectation du pilote chargé de l'action, l'objectif opérationnel était probablement trop ambitieux⁹, nécessitant par ailleurs une forte sensibilisation et un soutien de la Préfecture et des forces de l'ordre, qui, si elle s'est bien manifesté sur le terrain, restait difficile à instaurer pratiquement (cf. §6.1.1). Le fait que le risque routier ne soit par ailleurs plus inscrit dans la COG de la Carsat a aussi été un frein.

Enfin, la mise en œuvre d'actions sur ces sujets a souffert de la difficulté des pilotes à rassembler et fédérer les acteurs sur le plan régional (par manque de temps, de moyens, de soutien) pour créer un groupe de travail régional (cependant initié sous la forme d'un « club d'échanges » en ce qui concerne les fumées de soudage mais sans pérennisation de l'action sur la durée).

Certaines activités peuvent poser problème: les activités prenant comme référence des « entreprises modèles ».

L'idée de s'appuyer sur des entreprises repérées comme exemplaires, « modèles », pour mettre en place des activités de sensibilisation, d'information, a été exploitée dans quelques fiches action. Il s'agit, ainsi, de prendre exemple sur une entreprise qui a déjà intégré différentes procédures et outils qui favorisent la prévention, afin de montrer à d'autres entreprises que cette démarche est possible, comment elle est possible, et les bénéfiques que l'on peut en tirer.

Plusieurs interviewés ont cependant souligné que cette démarche est délicate.

En premier lieu, il n'est pas toujours aisé de repérer ces « entreprises modèles », les agents de la Direccte, comme les autres partenaires du PRST, ne connaissent pas toutes les entreprises, ni l'actualité de chacune en matière de prévention. Les entreprises « bonnes élèves » sont parfois très discrètes et il est donc

⁹ Fiche action risque routier – Objectif opérationnel : Veiller à l'effectivité de la prise en compte du risque routier par une meilleure transmission par les forces de l'ordre des informations lors d'accidents de la route aux services prévention de sécurité sociale (CARSAT, MSA) et de l'inspection du travail.

malaisé de savoir où les chercher, comment les trouver. Cette difficulté renvoie à un autre enjeu, celui de la valorisation des entreprises qui font des efforts importants pour respecter la réglementation, voire pour être proactives en matière de prévention et de santé au travail. Il y aurait peu de communication sur ces entreprises, ce qui d'après certains interviewés, est dommageable car leur exemple pourrait effectivement encourager d'autres entreprises à s'investir davantage dans ce champ. Cette démarche pourrait par ailleurs contribuer à donner une image positive des entreprises et à rétablir un certain équilibre (alors qu'elles seraient, plus souvent, pointées du doigt pour leurs manques en matière de santé au travail).

Un autre risque à l'inverse, peut être, à travers l'affichage des pratiques « exemplaires » de certaines entreprises, de minimiser certains effets indésirables ou pervers entraînés par ce qui semblait être, de prime abord, une amélioration conséquente. Ainsi, la mise en place dans telle ou telle usine ou atelier, d'une machine bien sécurisée peut fortement en améliorer les conditions d'utilisation et réduire, voire supprimer, les accidents, blessures liés à sa manipulation. Pourtant, la même machine, parce qu'elle améliore les conditions de manipulation et permet de ne plus faire certains gestes de protection, peut aussi permettre d'accélérer les cadences de travail. Or une élévation des cadences de travail peut, à moyen terme, se traduire par une augmentation des troubles musculo-squelettiques (TMS), voire par une augmentation des risques psychosociaux (RPS), du fait par exemple d'un stress accru lié au respect de l'accélération du rythme de travail.

On voit bien que la notion « d'entreprise modèle » est complexe et qu'elle recouvre des enjeux importants. Si elle semble intéressante à tous, elle doit à la fois être élargie pour valoriser davantage d'entreprises, et ciblée pour mieux prendre en compte les entreprises qui ont une approche systémique de la santé au travail et qui intègrent des préoccupations d'effets de l'organisation du travail sur la santé des salariés.

Des actions de prévention qui peuvent être perçues comme des actions de « contrôle » par les entreprises

Dans le registre des activités complexes à mettre en œuvre, on repère également que certaines activités d'information ou de sensibilisation à la prévention qui peuvent être proposées aux entreprises, sont en fait mal perçues par ces dernières. Un historique de relations conflictuelles avec les agents de la Direccte, ou même de désaccords avec certains médecins de SST, le tout assorti quelquefois de sanctions (même si cet outil n'est utilisé qu'en dernier recours), peut créer de fortes suspicions du côté des entreprises. Celles-ci peuvent alors interpréter la proposition de participer ou d'accueillir une action de prévention, comme un prétexte ou une nouvelle opportunité pour être contrôlées et pour être mises au pilori en cas de non-respect de certaines réglementations, pas toujours jugées légitimes ou pertinentes, au demeurant.

Rassurer les entreprises sur les objectifs des actions de prévention, bien clarifier le fait qu'il ne s'agit pas d'un contrôle, semble dès lors indispensable (même si cela n'est peut-être pas suffisant pour susciter l'adhésion des entreprises au projet).

6.2.1.5. Les financements

Il s'agit là probablement, avec les échéanciers (cf. § 6.2.1.6), de l'un des principaux points faibles du PRST2.

Parmi les 50 activités prévues, très peu prévoyaient des budgets dédiés. Les activités prévues par le PRST2 s'ajoutent alors aux tâches des pilotes de COTEC, ainsi que dans celles des différents partenaires, et le financement se fait alors majoritairement sur fonds propres, sans moyens supplémentaires spécifiques. Des lignes budgétaires spécifiques sont ainsi très rarement dégagées en amont de l'action.

Il n'est en revanche pas rare de constater qu'au cours de l'avancement des travaux, des crédits peuvent quelquefois être dégagés spécifiquement (fiche action 1 : Formation/Enseignement avec financement d'un prestataire pour l'élaboration d'un guide, fiche action 3 « TMS » où il y a eu prise en charge de l'élaboration et de la publication de supports de communication tels que DVD, fiche action 4 « RPS » avec financement du colloque de Bilbao qui a rassemblé 550 participants, fiche action 6 « BTP » avec prise en charge de l'élaboration d'une guide méthodologique, fiche action 7 « SAP » avec participation à la réalisation de films, fiche action 9 « Evaluation des risques professionnels (EvRP) » et fiche action 10 « IRP »).

Les actions du PRST2 se font donc majoritairement sur des budgets de fonctionnement. Il n'y a pas de budgets spécifiques dégagés au niveau de la Direccte. Seuls quelques fonds sont parfois dédiés, notamment en fin de calendrier, pour l'élaboration d'outils de communication et de sensibilisation (colloque, guide, rencontres, etc). La Direccte a ainsi souhaité affecter de manière prioritaire son budget dédié aux actions collectives (conventionnement avec un porteur de type branche) aux actions PRST2. Mais le fait de ne pas savoir si des budgets spécifiques seront disponibles en début de programmation, et le fait de devoir, dans la plupart des cas, réaliser les actions à « moyens constants » n'est pas facilitant pour la mise en œuvre des actions.

6.2.1.6. Les échéanciers

Comme on l'a souligné plus haut, parmi les 50 activités prévues par le PRST2, très peu étaient planifiées avec un échéancier.

L'absence d'échéancier implique une temporalité qui n'est ni suffisamment précise, ni suffisamment prescriptive, au point que les actions du PRST2 ne sont pas forcément prioritaires parmi les autres missions à accomplir par les différents partenaires (cf. § 6.1.3).

Si l'absence d'échéancier n'était pas rare dans les fiches action, il est cependant à noter que des échéanciers apparaissaient dans les compte-rendus des groupes de travail, au gré de l'avancement.

6.2.1.7. Les outils et indicateurs de suivi et d'évaluation

C'est l'un des points faibles repérés dans le PRST2 : la faible présence d'indicateurs de suivi et d'évaluation pour chaque objectif opérationnel. Les indicateurs doivent permettre de repérer et d'analyser ce qui a été effectivement mis en œuvre. Ils doivent être sensibles et fiables. Chaque action doit être mesurée par des indicateurs appropriés.

Dans le PRST2, sur les 50 activités prévues, 33 présentaient des indicateurs de suivi ou d'évaluation. Ce sont des outils indispensables, qui ont donc bien été prévus en amont des actions mais qui se révèlent insuffisants pour comprendre ce qui a été réalisé et en quoi les objectifs spécifiques ont été atteints.

Les indicateurs définis ont été majoritairement **quantitatifs**. Ils repéraient essentiellement le nombre d'interventions réalisées (visites, réunions, colloques), le nombre de participants, le nombre de documents distribués, etc.

Quelques indicateurs **qualitatifs**, basés sur des retours d'expériences, ont aussi été utilisés : évolution du DUER dans les TPE, intégration des problématiques de santé et sécurité dans les exigences pour répondre à des marchés publics, intégration des questions de manutentions dans les plans généraux de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé (PGC SPS), etc.

Reste que les indicateurs d'évaluation choisis, qui sont très largement quantitatifs et ne permettent pas vraiment d'avoir une vision compréhensive et critique des actions réalisées.

Au-delà, à moyen terme après la réalisation de l'action, les publics ciblés, bénéficiaires intermédiaires, n'ont pratiquement jamais été questionnés pour savoir s'il y avait eu des changements dans leurs

connaissances, représentations, opinions. En effet, les changements de pratiques sont difficiles à observer en entreprise, hormis la mise en place de certains outils (notamment matériels) qui améliorent de manière évidente la sécurité des salariés, ces changements ne dépendent généralement pas d'une seule personne et nécessitent d'être intégrés, absorbés au sein d'une organisation du travail souvent complexe. Ce type d'évaluation, doit donc être mené sur le terrain, au sein des entreprises, et nécessite une évaluation *ad hoc*, qui intègre des notions de temps : « avant » et « après » l'action.

Il est néanmoins possible de repérer chez les chefs d'entreprises et les cadres dirigeants, ce qui a pu changer dans leur appréciation du problème et dans leur vision des solutions possibles à mettre en place. La mesure de l'écart entre les connaissances, les représentations et les opinions avant la mise en place de l'action de prévention et après celle-ci est ainsi un bon outil, qui révèle la facilité ou la difficulté à modifier, à terme, certains éléments au sein de l'entreprise.

Reste qu'au-delà des « bénéficiaires intermédiaires » ciblés par les fiches action, qui sont effectivement touchés par les actions, il est très difficile et le plus souvent impossible de savoir quelles autres personnes ont pu s'approprier les outils de prévention créés, les idées de promotion de la santé diffusées. Il est difficile de savoir si et comment les bénéficiaires intermédiaires ont re-diffusé les outils et idées autour d'eux, dans les entreprises, auprès des salariés.

In fine, en ce qui concerne les actions du PRST2 (comme c'était déjà le cas pour le PRST1), il est très difficile, voire impossible, de savoir quels sont les effets des actions sur les bénéficiaires finaux que sont les salariés.

6.2.2. L'analyse transversale des 4 axes du PRST2

Les différentes personnes interviewées ont été interrogées sur les quatre grands axes d'action qui structuraient le PRST2, afin de recueillir leur avis sur les points de progression favorisés par le PRST2, ce qui mériterait d'être davantage soutenu ou développé, compte-tenu de ce qu'ils constatent, depuis leurs rôles et statuts divers par rapport au monde du travail.

Axe 1 : Améliorer la connaissance en santé au travail

Les différentes personnes interviewées, qui avaient des métiers, des statuts, et un rôle différent dans la mise en place et le suivi du PRST2, ont convergé sur le fait qu'il est encore difficile d'avoir une connaissance claire de l'état de santé des salariés. Les seules données collectées systématiquement, et comparables à différentes échelles territoriales ou sectorielles, sont celles de la CARSAT, qui concernent les arrêts de travail et les maladies professionnelles. Si les SST connaissent bien la situation des salariés dans les entreprises qu'ils suivent, les différents SST n'ont pas de liens organiques entre eux. Aujourd'hui, les SST doivent faire remonter un certain nombre d'informations à la DIRECCTE, mais il s'agit essentiellement de données sur leur activités et moins sur des statistiques de sinistralité (cf. annexe 2, Panorama Parsat).

La synthèse bibliographique, présentée en amont de ce rapport (cf. §5), montre que s'il y a bien des enquêtes qui sont régulièrement menées, auxquelles participent les SST, la participation à ces enquêtes n'est pas obligatoire. A l'inverse de ce qui existe en santé publique, il y a très peu de données épidémiologiques en santé au travail en France, et si le premier axe du PRST2 se justifiait pleinement pour les personnes interviewées, le fait est que le PRST2 n'a pas amené de progrès dans ce domaine. La connaissance de la santé des salariés, au-delà du périmètre de l'entreprise, reste un domaine à développer et le besoin de recueillir de manière systématique des données épidémiologiques se maintient, mais reste pour le moment sans réponse.

En outre, on sait aujourd'hui qu'il y aurait un véritable intérêt à relier les données de santé publique aux données de santé au travail. En Rhône-Alpes, il est possible d'avoir une bonne connaissance de l'état de santé des populations, et ce même à des échelles fines, grâce à différentes données, notamment *via* le site BALISES¹⁰, co-élaboré par l'Agence Régionale de la Santé Rhône-Alpes et l'Observatoire Régional de la Santé et soutenu par la région Rhône-Alpes. La concentration spatiale de différents publics, selon leurs niveaux de revenus, permet ainsi de rendre très lisibles les inégalités sociales et territoriales de santé, en termes de mortalité, de recours aux soins, de motifs d'hospitalisation, de consommation de médicaments. Si les effets de la précarité sur l'état de santé sont aujourd'hui abondamment documentés en France, et dans le monde, on ne peut pas savoir à des échelles régionales ou infrarégionales quel est l'impact de telle ou telle activité professionnelle sur l'état de santé et les besoins des personnes. Le manque de données épidémiologiques en santé au travail est l'un des principaux écueils forts à l'articulation entre santé publique et santé au travail.

Néanmoins, et au-delà de ces lacunes, des études sectorielles existent qui permettent, depuis plus ou moins longtemps, de bien connaître certains risques mais aussi certaines préventions efficaces. Il est donc d'ores et déjà possible de former les acteurs et décideurs des entreprises à la santé au travail, dans une dimension de prévention (des accidents, des expositions) et plus largement de promotion de la santé.

Les actions réalisées dans le cadre du PRST2 ont ainsi pu sensibiliser ou informer des décideurs, chefs d'entreprises et cadres dirigeants, responsables de formation, qui ont probablement amélioré leurs connaissances, mais ce point précis n'a jamais été spécifiquement évalué pour aucune action.

Reste que, comme on l'a vu plus haut, la santé au travail est une thématique qui mobilise encore peu les décideurs dans les entreprises, au-delà de l'application des obligations réglementaires. Elle peut même susciter résistance et rejet dans un contexte de dialogue social tendu. La culture de « promotion de la santé » semble avoir très peu été assimilée par les entreprises.

Axe 2 : Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels

La prévention des risques professionnels peut commencer très tôt dans un parcours professionnel, dès la formation initiale. C'est pourquoi, les actions qui s'adressent notamment aux jeunes en apprentissage apparaissent toujours comme pertinentes sur le principe. Néanmoins, elles sont peu évaluées, ou les évaluations existantes sont mal connues et de ce fait, il demeure difficile de savoir comment réagissent les jeunes à ces actions, ce qu'ils peuvent en retirer, au moins en termes de connaissances.

Par ailleurs, et concernant les salariés en poste, si certaines formes de prévention très techniques sont indispensables, par exemple en ce qui concerne les expositions aux risques chimiques, plusieurs interviewés ont rappelé qu'il ne faut pas oublier le fait que la prévention se loge également à un niveau plus global, celui de l'organisation du travail, dans ses dimensions systémiques. Les représentants des salariés ont particulièrement insisté sur ce point, une prise en compte globale apparaissant comme indispensable afin d'éviter les effets inattendus ou négatifs qui peuvent être engendrés par une mesure de protection, quelle qu'elle soit, qui peut être pertinente prise isolément, mais qui peut impacter d'autres aspects du travail, ce dernier étant constitué d'une articulation de différents gestes, contraintes, objectifs.

La prévention des risques professionnels requiert enfin une bonne connaissance de ces risques. Ce constat est relativement partagé par tous les interviewés. L'évaluation des risques professionnels (EvRP) relève en effet de la responsabilité de l'employeur et s'inscrit dans le cadre de son obligation générale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés. Elle figure parmi les principes généraux de prévention énoncé dans le Code du travail (articles L.4121-2 et L.4121-3). L'EvRP est une démarche structurée dont les résultats sont formalisés dans un "document unique" (DU). Ce document est mis à la disposition des salariés, des membres du CHSCT, des délégués du personnel, du médecin du travail, de

¹⁰ <http://www.balises-rhone-alpes.org/>

l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ainsi que des inspecteurs de la radioprotection.

La forme et les rubriques du document unique sont règlementées et impliquent un travail de recensement et d'analyse précis qui, outre le fait qu'il peut se révéler très chronophage, est également complexe. Différentes aides existent pour renseigner ce document unique, dont certaines mises en place par les syndicats patronaux eux-mêmes : logiciels, guides, etc.

Mais les syndicats patronaux ont souligné à quel point le Document unique est complexe à renseigner et qu'il constitue une contrainte forte pour les entreprises, avec un bénéfice qui n'apparaît pas toujours clairement pour le fonctionnement de l'entreprise. Certains interviewés notent que dans d'autres pays européens, de telles démarches existent qui sont, semble-t-il, assorties d'un engagement de la responsabilité de l'entrepreneur, qui, globalement, ne serait assuré que pour les risques qu'il déclare.

Aujourd'hui, après le PRST2, il reste difficile pour de nombreux chefs d'entreprise à la fois de mettre en place ce document et de voir ce qu'il peut apporter à l'entreprise, compte-tenu de ses objectifs de compétitivité.

La santé au travail continue de fait à se heurter à la pression du marché. C'est le cas sur toutes les thématiques et celles qui étaient plus particulièrement pointées par le PRST2, comme la substitution de certains produits par d'autres, n'échappe pas à cette règle. Les normes en vigueur en France ne sont pas forcément celles qui sont en vigueur dans d'autres pays et si l'application de la réglementation et des recommandations françaises est pertinente pour la santé des salariés (ce qui en soit ne convainc pas forcément tous les chefs d'entreprise, certains considérant que la France va quelquefois au-delà de ce qui est effectivement nécessaire en matière de sécurité), elle n'est pas toujours jugée pertinente pour l'économie de l'entreprise : la substitution peut coûter cher et donc se traduire par des coûts de production plus élevés. De ce point de vue, le PRST2 ne semble pas avoir modifié les représentations dominantes. Dans ce domaine, différents points de vue s'opposent toujours, l'idée que la performance et la compétitivité des entreprises est améliorée si l'état de santé des salariés est bon ne fait pas l'unanimité.

Autre sujet de discordance ancien, tout particulièrement entre syndicats patronaux et de salariés, celui de « cause essentielle » considérée pour mettre en œuvre une démarche de réparation (indemnisation, ...), en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Cette tension ne favorise pas la mise en œuvre d'une « politique active de prévention des risques », souhaitée dans l'Axe 2 du PRST2. D'un côté, on retrouve l'analyse des syndicats de salariés qui pointent le fait que le poids de l'organisation du travail est la plupart du temps méconnu ou sous-estimé et que protéger les salariés contre tel ou tel risque précisément défini ne suffit pas. Les enchaînements de tâches, les contraintes diverses que doivent gérer les salariés pour atteindre les objectifs qui leur ont été fixés, peuvent impacter leur santé physique mais aussi psychique, or l'ensemble de ces risques et leur articulation sont aujourd'hui insuffisamment pris en compte. Les syndicats patronaux soulignent eux, que l'articulation avec les risques pris par les salariés dans le cadre de leur vie privée sont également insuffisamment pris en compte. Exposition au tabac, gestes répétés et traumatisants pour les articulations ou le dos dans le cadre du « bricolage du week-end », environnement personnel défavorable qui peut affecter la santé psychique des salariés seraient sous-estimés lorsqu'il s'agit de repérer les causes de troubles musculosquelettiques ou d'évaluer le poids des risques psychosociaux. Ainsi, le colloque organisé à Bilbao sur les risques socioprofessionnels est salué par des interviewés, pour qui cela a été une opportunité forte de débattre de ces risques et de mieux les connaître, alors que d'autres se sont interrogés sur le sens de ce colloque. Le fait est que les enjeux financiers autour de la réparation semblent encore empêcher de penser sereinement la prévention : pour les uns la prévention est souvent tronquée, pour les autres elle ne cible pas certains risques qui se situeraient dans la sphère privée.

On note que la notion de « **déterminants de la santé** », aujourd'hui bien connue en santé publique, qui permet une appréhension à la fois globale et systémique des différents facteurs favorables ou défavorables à une bonne santé, est peu ou pas usitée en santé au travail, par les différents partenaires car peu connue par la plupart.

Enfin, il semble que certaines réalisations dans le cadre de l'axe 2 ont été finalement peu diffusées ou demeurent mal connues. Ainsi, plusieurs outils concernant l'aide à la personne ont été créés, qui sont parfois demeurés confidentiels. L'exemple d'un film réalisé dans le cadre d'une action du PRST2 pilotée par l'URIOPSS avec l'appui d'Aravis, la Carsat et la Direccte, sur le thème des risques dans le secteur des services à la personne, a notamment été cité. Ce film réalisé sur la base de témoignages de personnes âgées et de salariés, avait vocation à être largement diffusé pour sensibiliser les salariés et dirigeants de ces services aux risques en présence, mais également aux solutions possibles à mettre en place. Il n'a finalement pas ou très peu été diffusé, selon les interviewés.

En revanche, un guide concernant la pénibilité en logistique, élaboré sous l'impulsion du PRST2 a été salué par plusieurs des personnes interviewées¹¹.

Les interviewés ont cependant signalé que d'autres outils, créés hors PRST, existent. Ainsi SYSTEMERA, Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) informatisé, créé par le Groupe FDSEA 51¹² sont des outils sur lesquels le futur PRST pourrait communiquer, car ils peuvent aider à la mise en place effective du DUER, et pourraient éviter la mise en place d'éventuels « doublons ».

D'autres pistes restent cependant à creuser, d'après les différentes personnes interviewées, notamment avec certains partenaires qui étaient peu ou pas présents lors de l'élaboration du PRST2, ainsi la région Rhône-Alpes. A titre d'exemple, la région qui passe des marchés dans le cadre de ses réalisations, avec des entreprises du BTP, pourrait décider de renforcer certains critères de sélection des candidats, notamment en ce qui concerne le respect de certaines règles de sécurité, la mise en place de certaines procédures ou outils de prévention visant à protéger la santé au travail. La prévention dans le BTP, qui était l'un des secteurs particulièrement visés dans le PRST2, pourrait ainsi s'enrichir de nouveaux partenariats, avec la région, mais aussi peut-être avec d'autres collectivités territoriales.

La question des acteurs de prévention, à même de développer une politique active de prévention des risques professionnels sur le terrain a par ailleurs été posée par les personnes interviewées.

Ainsi, les institutions représentatives du personnel dans les entreprises (délégués du personnel, ...) peinent quelquefois à former leurs membres aux questions de santé au travail. Si des risques peuvent être bien connus par certaines personnes, il peut être difficile, pour une même personne, de maîtriser différents risques, et différentes thématiques : cela demande parfois beaucoup de temps et des compétences (de plus en plus pointues quelquefois). A cette première contrainte, s'ajoute un autre constat qui est celui du turn-over dans les CHST, qui ne favorise pas la continuité dans les réflexions menées, les propositions à mettre en œuvre.

Enfin, même lorsque les délégués du personnel, délégués syndicaux ont une bonne maîtrise technique des sujets, qu'ils ont véritablement la disponibilité pour se former sur certains points et qu'ils peuvent siéger (notamment dans les CHST) sur la longue durée, leur compétence n'est pas toujours reconnue par les autres partenaires sociaux. Leur manque de disponibilité ajoute par ailleurs des difficultés supplémentaires. Ainsi, les instances représentatives du personnel, selon leurs propres dires, ne sont pas toujours reconnues comme de véritables partenaires en capacité de discuter sur les risques et en capacité de proposer des solutions pour faire concrètement progresser la prévention sur le terrain.

¹¹ Guide réalisé avec la participation de la DIRECCTE, CARSAT, AST, ARAVIS, SST Drôme Provençale, SST Sud Loire ainsi qu'avec le soutien de la Préfecture, CPAM :

¹² Progiel SYSTEMERA : http://www.fdsea51.fr/Internet/Applications/FlashInfos/FlashInfo.aspx?ID=1715&q=risques+professionnels#.V_-LAYRXpyo
[http://www.systemera.fr/\(S\(uzak5tuj3rulmotrier0ann\)\)/defiches-actionsult.aspx](http://www.systemera.fr/(S(uzak5tuj3rulmotrier0ann))/defiches-actionsult.aspx)

Axe 3 : Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE

Cet axe qui prolonge globalement l'axe 2 du PRST2, mais en se centrant sur les PME et les TPE demeure, pour les personnes interviewées, extrêmement pertinent, puisque les PME et TPE concentrent une grosse partie de l'activité salariée.

Néanmoins, du fait même de leur nombre, de leur dissémination sur le territoire et enfin de leur taille, les PME et TPE sont difficiles à mobiliser sur la question de la santé au travail. Comme on l'a vu plus haut, on pressent à la fois de très grands besoins dans les PME et TPE mais aussi de nombreuses et fortes limites dans les possibilités d'implication sur des projets de santé au travail. Le respect de la loi, par exemple avec la réalisation du DUER est déjà un objectif difficile à atteindre pour beaucoup...

De ce point de vue, le PRST2 ne semble pas, globalement avoir beaucoup changé la situation, d'après les personnes interviewées.

Axe 4 : Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit

Comme on l'a vu plus haut, le pilotage par la Direccte est à la fois salué par les personnes interviewées et en même temps, certains soulignent que des précisions auraient été nécessaires pour bien distinguer le pilotage du plan, des fiches action et ce que le pilotage impliquait concrètement.

La communication sur des thématiques de santé au travail a progressé (colloque de Bilbao, par exemple, mais aussi guides et autres documents produits). Même s'il reste beaucoup à faire et si des moyens semblent indispensables, on note que du fait même de la progression du partenariat (en nombre et en qualité de relations), l'intérêt et la visibilité de la santé au travail s'élargissent. Si les entreprises, sur le terrain, sont encore peu nombreuses à être atteintes, un renforcement des partenariats institutionnels ne peut être que bénéfique aux bénéficiaires finaux, à terme. Pour les interviewés, une communication spécifique, plus large et systématique qu'elle ne l'est actuellement, auprès de l'ensemble des entreprises (et des salariés) sur le PRST, pourrait être pertinente pour développer une culture commune, un intérêt pour les enjeux de santé au travail.

Enfin, concernant une diversification des outils pour une effectivité du droit, certaines réalisations montrent des marges de progrès. Ainsi, les outils facilitant la mise en place du DUER ou la sensibilisation à la substitution réalisés dans le cadre du PRST2 sont de bons exemples. Mais de telles réalisations restent néanmoins peu nombreuses.

6.2.3. Le PRST et l'articulation des différents plans et programmes entre eux

Nous l'avons déjà évoqué, le PRST2 souligne bien, dans son introduction, un objectif global de santé publique s'inscrivant dans une cohérence d'actions menées par d'autres plans, en citant le Plan régional santé environnement (PRSE).

D'autres plans sont cités par les interviewés aujourd'hui comme le Plan régional de santé (PRS), le plan Cancer, le Plan Performance de la Région Rhône-Alpes et on note un souhait de cohérence entre toutes ces programmations des politiques publiques, par la majorité des partenaires qui devrait être mis en avant dans le PRST3. Il en est de même au sein des structures où les volontés visent à plus de transversalité entre les services, le pôle travail de la Direccte (commanditaire de l'évaluation) souhaitant davantage de partage avec le pôle 3 E ou le pôle C (pôles entreprise, emploi, économie et concurrence).

De nombreux retours ont été émis lors des entretiens ou dans le cadre des réponses aux questionnaires quant à l'articulation et au phasage du PRST avec les programmations des différents partenaires (CPOM des Direccte/SST, COG de la Carsat, CPG d'Aravis, etc).

Si la cohérence de programmation entre les différents acteurs a été soulignée positivement dans les phases d'élaboration du plan, il est à noter que, dans les phases de mise en œuvre du plan, les liens pouvaient être insuffisamment définis avec les missions et la programmation des partenaires et la non-synchronisation des programmes entre eux, décalés d'un ou deux ans, nuisait à la visibilité de certaines actions, voire pouvait créer des antagonismes (Plans performance de la Carsat et de la Région). Les liens entre programmes sont par ailleurs souvent mal documentés ou peu lisibles. Les conséquences de cette articulation en « filigrane » sont une impression de non aboutissement ou de redondance de certaines missions des acteurs avec pour corollaire le risque de prioriser les missions « programmées » hors PRST au détriment des actions, par essence ponctuelles, du PRST (risque majoré lorsqu'aucun budget n'était dédié ou qu'aucun échéancier n'était prévu).

Dans ce contexte complexe, il apparaît important de labelliser les activités « PRST », en soulignant les enjeux et l'importance de les réaliser.

Selon l'avis de beaucoup, le lien avec le niveau national ou les autres régions est aussi insuffisamment fait (exemples de l'enquête « Inaptitude », enquête sur le retour d'expérience du PRST2 de la DGT). Il a ainsi été signalé, avec regrets, qu'aucun accompagnement n'était fait sur les retours d'expérience d'autres régions, et qu'aucun retour n'avait été fait par la DGT sur les « bonnes pratiques » à reproduire.

Les équipes d'animation de la Direccte se sont trouvées dès lors un peu démunies devant le nombre et l'ampleur des actions à mettre en place dans le cadre du PRST2 et le manque de moyens mis en place pour aider l'élaboration et la mise en œuvre des actions.

7. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

7.1. Des points forts salués dans le PRST2

Le PRST2 est apparu en Rhône-Alpes comme un véritable outil de planification, inscrit dans la continuité du PRST1 en tant que cadre structurant d'actions et qui, grâce à des synergies réelles entre partenaires locaux en Rhône-Alpes, a permis la réalisation de nombreuses actions de sensibilisation et d'information auprès de bénéficiaires intermédiaires.

Les points forts cités sont nombreux :

C'est un plan :

- qui est en cohérence avec les programmes de travail des différents partenaires ;
- qui a fédéré de nombreux partenaires, consolidant les collaborations historiques et en initiant de nouvelles ;
- qui a permis d'impulser, d'ancrer des actions ou de pérenniser des actions déjà présentes dans le PRST1, en leur donnant plus de poids, ou plus d'ambition ;
- qui a permis de porter des actions sur le long terme, en les initiant et suivant sur 4 ans ;
- qui a permis l'accompagnement aux changements de paradigmes, de culture (*prévention versus réparation, qualité de vie au travail versus risques psychosociaux, organisation du travail versus risques individuels*),
- qui a permis la montée en compétence et la professionnalisation d'acteurs sur certains sujets innovants (service à la personne) ;
- qui a produit de nombreux « livrables » via des manuels (formation), kist, plaquettes (CMR) colloques, club d'échanges (amiante).

7.2. Les manques repérés et les attentes

Les principales faiblesses repérées sont :

- Un important manque de visibilité (de la santé au travail en général / du PRST en particulier) ;
- Un manque de moyens notable (nécessité d'allouer des budgets spécifiques aux actions) et de calendrier qui peut en quelque sorte « déclasser » les actions du PRST par rapport aux missions et activités habituelles de chacun. Faute de moyens et d'obligation de réalisation dans le temps, l'enjeu des actions du PRST peut se déliter
- Des déficits dans la communication en général en termes d'affichage et de résultats ;
- Des déficits dans la communication externe induisant une relative méconnaissance du PRST2 au sein des entreprises, parmi les salariés (circuits Préventica ou salons professionnels trop ciblés) ;
- Un document de planification jugé parfois « institutionnel » et « descendant », éloigné des réalités du terrain, des enjeux des entreprises, des salariés ;
- Des manques de synergies avec les SST qui sont les principaux leviers pour décupler les actions directement sur le terrain ;
- Des incohérences relatives des programmes entre eux avec redondance d'actions et d'actions labellisées « PRST2 » du fait notamment de la difficulté de s'adapter aux évolutions ayant eu cours pendant la période du PRST2 (réforme de la médecine du travail, rédaction des CPOM) ;
- Des cibles intermédiaires atteintes, mais sans garantie de retombées positives sur les bénéficiaires finaux, les salariés ;
- De réelles difficultés à mesurer l'appropriation des « livrables » ;
- Une impossibilité d'évaluation des effets, impacts, résultats.

8. RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette évaluation, et en croisant les différents points de vue recueillis lors des entretiens ou des questionnaires, quelques recommandations peuvent être formulées ; recommandations qui, rappelons-le, serviront à nourrir, en amont, l'élaboration et la mise en œuvre du PRST3, fin 2016.

8.1. Recommandations organisationnelles

8.1.1. L'élaboration du PRST

Le travail d'élaboration du PRST2, même s'il a été salué par les différentes personnes interviewées pour sa dynamique multidisciplinaire et multipartenariale, a néanmoins montré quelques faiblesses. Ces faiblesses peuvent s'amenuiser en :

- S'appuyant davantage sur les **diagnostics locaux existants** pour décliner le PST en PRST (panorama Parsat, enquêtes diverses,...) pour **mieux adapter les actions et publics ciblés à la réalité des territoires**. On sait ainsi qu'en Rhône-Alpes, le taux de mortalité par suicide est plus important dans certains départements (Drôme et Ardèche), et que cette cause de décès touche plus particulièrement les hommes agriculteurs. Des actions de prévention sont déjà menées de manière territorialement ciblée par des opérateurs de santé publique. Elles pourraient être renforcées sous l'angle de la santé au travail.
- S'appuyant davantage sur **l'expertise de terrain des partenaires** : les SST (médecins et IPRP), les représentants des **employeurs et des employés en activité**, dans les COTEC, au CRPRP, en facilitant leur implication (par exemple : reconnaissance d'un statut spécifique lié à la participation à l'élaboration du PRST, indemnisation pour le temps passé, aide à la prise en charge des déplacements). Les permanents et les retraités, largement mobilisés du fait de leur meilleure disponibilité ne suffisent pourtant pas, de l'avis de tous, à nourrir l'élaboration du PRST. S'ils ont acquis une expertise reconnue sur certains dossiers, au fil du temps, et aussi en termes de travail interpartenarial, leur éloignement relatif des réalités quotidiennes de l'entreprise peut générer des manques dans leur vision des besoins et compréhension des enjeux. Les interviewés considèrent qu'il est essentiel de favoriser la participation de salariés et de chefs d'entreprise pleinement en activité, qui sont les plus à mêmes d'être en cohérence avec l'actualité des besoins et contraintes sur le terrain.
- Réalisant systématiquement un état des lieux sur les **outils de connaissance déjà existants** (tableaux de bord, diagnostics, Panorama PARSAT, ...) dans les différentes thématiques avant de produire les objectifs opérationnels (et éviter les doublons). Ces outils donnent d'ores et déjà accès à un nombre important d'informations, qui peuvent contribuer à définir les cibles à atteindre plus précisément, à mettre en place des actions plus affinées.
- Associant **davantage de partenaires à la rédaction** des fiches action, afin d'enrichir les objectifs opérationnels, de faciliter le développement de certains partenariats sur le terrain (DREAL, Branches professionnelles, MSA, Région Rhône-Alpes...), tout en préservant une dimension opérationnelle des groupes de travail (en créant, par exemple, différents sous-groupes de travail qui aient une taille permettant des échanges efficaces et une prise de décision partagée mais actée par une seule personne). Cet élargissement du partenariat peut également permettre de développer davantage de passerelles concrètes entre santé au travail, santé publique et santé environnement.

- Développant les liens avec **d'autres partenaires de la santé** tels que la médecine de ville (URPS médecins), les assureurs et mutuelles, les réseaux consulaires. Même si ces partenaires ne participent pas à l'élaboration du PRST en tant que tel, leur consultation en accompagnement de la rédaction du PRST pourrait enrichir certains objectifs, contribuer à développer les complémentarités et la cohérence des discours de prévention. Ainsi, les médecins généralistes demeurent les pivots du système de santé en France : ils voient les personnes en consultation dans toute leur globalité, incluant la dimension professionnelle, et peuvent leur faire des recommandations, leur donner des conseils, qui peuvent entrer en résonance avec des discours de prévention tenu par les médecins du travail.
- Affinant les **rôles et les fonctions de chaque partenaire** dans l'animation et le pilotage des groupes de travail, des fiches action. Le fait que la dynamique de travail soit multi et interpartenariale ne doit pas empêcher le repérage d'une personne référente qui garantira un bon accès des informations à tous, la continuité et la cohérence des échanges, la mémoire des décisions prises.
- Définissant mieux la place du PRST par rapport aux CPOM, aux projets de service, aux programmations locales. **Clarifier la place des actions à mener dans le cadre du PRST, par rapport aux actions à mener dans d'autres cadres (définir les enjeux de priorisation, de « labellisation »)** et ceci afin que les actions du PRST ne soient pas « noyées » dans des actions réalisées de manière habituelle dans d'autres cadres, ou de manières ponctuelles dans d'autres projets. Il est important de repérer en quoi les actions du PRST sont originales ou complémentaires par rapport à d'autres actions, et d'éviter les redondances, ou encore les effets d'affichage qui risqueraient de donner du contenu au PRST, avec des actions déjà prévues dans d'autres cadres.
- **Formant et en faisant monter en compétences** les partenaires sur différents sujets (promotion de la santé, données de sinistralité, enquêtes), afin de **favoriser la culture commune en matière de santé au travail et l'expertise technique de tous**. La santé au travail devient un sujet de plus en plus complexe, qui nécessite à la fois des connaissances techniques « pointues » sur certains sujets, mais aussi une certaine connaissance des approches systémiques en promotion de la santé.
- Créant des **liens entre les différentes enquêtes et plans** (enquête « Inaptitude » nationale pas coordonnée avec SST, plans « performance » Région et CARSAT).
- Réalisant un état des lieux de la **jurisprudence** sur certaines thématiques, notamment les RPS, afin de mieux repérer l'étendue et les limites des actions menées dans le cadre du PRST.
- Enfin, après les étapes d'analyse des informations existantes, de consultation, d'échanges et de débats, en **affinant la rédaction des fiches action**, de telle sorte que chaque rubrique soit clairement renseignée, sans glissements sémantiques, en distinguant bien les objectifs généraux des objectifs opérationnels, les acteurs à mobiliser pour réaliser l'action des publics bénéficiaires à cibler. La fiche action étant un outil qui sert de référence tout au long du PRST, elle doit être à la fois très facilement appropriable par les partenaires au moment de la mise en œuvre d'actions, mais aussi au moment de leur évaluation intermédiaire ou finale.

8.1.2. La mise en œuvre du PRST

La mise en œuvre du PRST est également susceptible de certains changements afin de renforcer les points forts soulignés dans l'organisation des actions, et d'éliminer ou de réduire certains obstacles qui ont pu se poser dans la mise en œuvre du PRST2.

Les recommandations concernant la mise en œuvre du PRST sont dès lors les suivantes :

- Développer un **plan de communication sur l'existence et l'objectif global du PRST** qui puisse toucher différents publics (institutions partenaires, entreprises, grand public) et ce afin **d'améliorer le niveau de sensibilisation globale** (salariés et chefs d'entreprise en particulier) : site dédié PRST2, grands médias, conférence régionale de santé, etc. Compte tenu des tensions existantes en matière de dialogue social, du manque de lien actuel entre santé publique et santé au travail, et des difficultés à donner une réelle acceptabilité en entreprise à la santé au travail, il pourrait être pertinent de contribuer à renforcer la visibilité et la légitimité de celle-ci en communiquant plus largement sur le PRST, afin d'ancrer la nécessité de progresser dans ce domaine (comme on l'a fait dans la dernière décennie en matière de santé environnement).
- Aider à développer la visibilité de la santé au travail, **dans la presse professionnelle spécialisée** (aide à la publication d'articles, présentations à des salons professionnels...), afin **d'améliorer la sensibilisation des chefs d'entreprises**. Il serait ainsi pertinent d'aider à valoriser les chefs d'entreprise qui mènent certaines expériences dans ce domaine, afin de créer des opportunités de débat, d'échange et de faire progresser certaines pratiques, au travers des apports que peuvent susciter certaines innovations en entreprise.
- **Dédier des lignes budgétaires et des budgets spécifiques** afin de faciliter la réalisation des activités (exemple des AFS – aides financières simplifiées - de la Carsat). Le fait de ne pas avoir de budget dédié ou spécifique et de réaliser les actions à moyens constants induit le risque de « noyer » les actions du PRST dans les actions déjà réalisées habituellement ou du moins déjà prévues dans d'autres cadres par d'autres partenaires, qui n'ont d'ailleurs pas besoin du label « PRST ». Afin de garantir le sens et la spécificité des actions du PRST, et d'asseoir leur légitimité par rapport à d'autres actions (en les prolongeant ou en les complétant éventuellement), il est indispensable que les partenaires sachent sur quels moyens réels, notamment financiers, ils peuvent s'appuyer pour réaliser des actions dans le cadre du PRST.
- Valoriser davantage les **entreprises modèles**, leurs efforts en matière de prévention, afin de démontrer la faisabilité de telles démarches et d'encourager d'autres chefs d'entreprise à suivre cette voie. Ces entreprises cependant doivent être sélectionnées en fonction, non pas de leur compétence à intégrer une innovation technique de manière isolée, mais de leur compétence à mettre en place des innovations qui améliorent la sécurité et les conditions de vie au travail des salariés, dans une dimension systémique qui prenne en compte l'ensemble de l'organisation du travail.
- Renforcer **l'implication des SST** pour déployer les actions au sein des entreprises. Les SST, avec les médecins du travail et les IPRP demeurent les professionnels qui vont le plus souvent sur le terrain, au cœur des entreprises. Aucune entreprise ne peut fonctionner sans être affiliée à un organisme de santé du travail. Les SST sont par conséquent le premier acteur de prévention, et doivent être des partenaires privilégiés dans la mise en place (et aussi l'élaboration) du PRST.

- Associer **la médecine de ville dans certaines activités** et susciter des réflexions sur l'apport de la promotion de la santé dans un cadre professionnel (colloques,...). Les médecins généralistes demeurent le pivot du système de santé en France : il serait souhaitable, là où ils en ont la possibilité en termes de temps, de les associer à certaines actions, afin d'assurer la meilleure cohérence et continuité possible entre ce qui est dit aux salariés en entreprise, éventuellement par les SST et ce que leur dit leur médecin traitant.
- Poursuivre ou renforcer le travail de mise en œuvre en **mode projet**, indispensable à un véritable travail multipartenarial, qui permet à chacun de partager la responsabilité de la mise en œuvre des actions.
- Documenter les avancements et retours d'expérience d'autres régions. Il serait souhaitable de pouvoir connaître, avant ou pendant la mise en œuvre des actions, ce qui a été validé ou non dans d'autres régions en termes d'action, de repérer ce qui peut bien « marcher » ou ne « pas marcher » et dans quelles conditions, afin de favoriser la faisabilité des actions menées dans le cadre du PRST.

8.1.3. Le suivi du PRST

Le suivi du PRST, et notamment de sa mise en œuvre, permet d'envisager des réajustement d'action ou de publics cibles si nécessaire, et doit permettre de conserver une trace de ces réajustements. Par ailleurs les informations collectées lors du suivi des actions peuvent largement enrichir le travail d'évaluation des actions, et d'évaluation du PRST dans son ensemble.

Dans cette optique, il serait ainsi souhaitable de :

- **Affiner les fiches action**, comme cela à déjà été souligné pour la phase d'élaboration du PRST, il est indispensable que chaque rubrique soit renseignée de manière claire et exacte, en évitant tout glissement sémantique entre intitulés de rubriques. Par ailleurs, et plus spécifiquement pour faciliter le suivi des actions du PRST il est nécessaire d'intégrer une dimension de **planification et d'évolution dans la réalisation des actions** : il faut veiller à avoir, via un document complémentaire à la fiche action originelle, un document qui fasse état des étapes de la réalisation des activités, d'un éventuel bilan à mi-parcours, de la finalisation, des actions, et des réajustements qui ont pu être effectués et pour quelles raisons, afin de conserver la mémoire des évolutions des actions, et d'en comprendre la justification (en évitant aussi les réajustements trop intuitifs, qui relèvent parfois davantage du tâtonnement que de la stratégie).
- Renforcer / favoriser **le recueil et le traitement des données d'évaluations intermédiaires** (processus et résultats), par la mise en place d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs
- S'appuyer sur une ressource spécifique pour **centraliser l'information/ poser un « regard extérieur »** sur les travaux menés. Au-delà du pilotage et de l'animation des groupes de travail, il est important de pouvoir déterminer qui est en charge du suivi (le pilote des groupes de travail semble le plus indiqué), et de définir précisément les outils qui seront mobilisés pour ce suivi.
- **Développer un outil concret et appropriable par tous de suivi des actions** (tableur Excel DIRECCTE) : y intégrer une **temporalité** dans le suivi des actions, affiner par un bilan **quantitatif et qualitatif** les différentes activités réalisées (exemple : prévoir 2 bilans annuels).

8.1.4. L'évaluation du PRST

La qualité de l'évaluation dépend beaucoup des informations qui auront pu être collectées et conservées tout au long du déroulement du PRST. Afin de traiter au mieux ces informations, certaines pistes pourraient utilement être suivies, ainsi :

- Affiner les **critères et indicateurs** d'évaluation dans les fiches action. Ces critères doivent être à la fois quantitatifs (nombre de participants aux colloques, de documents diffusés, par exemple...) mais aussi ils doivent également être qualitatifs afin de savoir comment les actions ont été perçues par les publics bénéficiaires. Ces deux types de critères sont indispensables aussi bien à l'évaluation de processus que de résultat. En termes d'indicateurs qualitatifs, s'il est bien souvent impossible de savoir dans quelle mesure la vie de l'entreprise et de ses salariés ont été impactés par telle ou telle action dans le cadre d'une évaluation de plan (ce qui nécessite des enquêtes *ad hoc*, en entreprise), il est tout à fait possible de savoir comment les perceptions, connaissances et opinions des publics touchés par les actions (souvent des publics intermédiaires) ont évolué, ce qui donne déjà des informations précieuses sur l'évolution de « la culture » sur tel ou tel thème et qui peut donner une idée sur la facilité ou la difficulté à mener des actions plus affinées à l'avenir ou sur la nécessité de rester sur des actions basiques, par exemple.
- Réaliser un **document de synthèse du PRST** qui compile toutes les activités mises en œuvre dans le PRST2 afin de faire état, en fin de période, des réalisations ou non réalisations du Plan. Ne pas cloisonner les activités uniquement par action ou Cotec, mais les recenser de manière plus transversale, rassemblée et exhaustive dans un même document afin de pouvoir avoir une vision à la fois globale et détaillée des réalisations du PRST.
- Développer les **enquêtes sur les évolutions de pratiques** en entreprises en lien avec activités réalisées dans le cadre du PRST. Les changements de pratiques concrètes, en entreprises, suite à des actions menées dans le cadre du PRST ne peuvent être repérés et analysés que par des enquêtes Ad Hoc, qui permettent de voir dans quel système de contraintes ces actions sont parvenues à avoir un écho, et comment les différentes parties prenantes au sein de l'entreprise y ont adhéré et se les sont, ou non appropriées.

8.2. Recommandations générales

- Intégrer davantage la prévention des risques professionnels et la **santé au travail** dans **l'élaboration des marchés publics**, notamment en termes de critères à remplir de manière obligatoire pour pouvoir postuler à tel ou tel appel d'offre (la Région, par exemple, pourrait ainsi, faire la jonction avec les plans Performance pour exiger certaines mises en conformité, ou certaines stratégies proactives en matière de prévention des risques professionnels dans les entreprises postulantes en BTP, ...).
- Amplifier **les effets de la visite d'aptitude en médecine du travail, en termes de promotion de la santé**, en lien avec l'organisation du travail.
- Favoriser le passage d'une culture hygiéniste (comportements individuels de santé) à la promotion de la santé (prise en compte des déterminants de la santé), dans une **dimension systémique, qui explore davantage l'organisation du travail**, chez tous les partenaires du PRST, y compris les SST.

8.3. Recommandations pour accompagner la fusion des régions

- **Mieux territorialiser** et prioriser les actions à des échelles infrarégionales, notamment en prenant en compte les fortes particularités existantes en certains territoires des anciennes régions Auvergne et Rhône-Alpes.
- Affiner la connaissance et les interventions sur les risques / secteurs / publics, dans la grande région
- Dimensionner les groupes de travail, tout au long du déroulement du PRST, à l'échelle nouveaux partenariats, CRPRP, COTEC, etc.

ANNEXES

1. Glossaire des sigles et acronymes

AGERA	Alliance des grandes écoles Rhône-Alpes
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT	Agence régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANR	Agence Nationale de la Recherche
ANSES	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ARAVIS	Agence Rhône-Alpes pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARRA-HLM	Union sociale pour l'habitat Rhône-Alpes
ARS	Agence Régionale de Santé
BTP	Bâtiments Travaux Publics
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CFA	Centre de formation des apprentis
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 du Patronat des Petites et Moyennes Entreprises
CGT	Confédération Générale du Travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMR	Cancérogène, Mutagène, Reprotoxique
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COCT	Conseil d'Orientation des Conditions de Travail
COG	Contrat d'objectifs et de gestion - CARSAT
CPG	Contrat pluriannuel de gestion - ARAVIS
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – DIRECCTE / CARSAT / SST
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRPRP	Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels
CTR	Comités techniques régionaux
DAP	Département de l'Animation de la Politique du travail et du contrôle (Direction Générale du travail)
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche et des Etudes Statistiques
DGS	Direction Générale de la Santé
DGT	Direction Générale du Travail
DPPR	Direction de la Prévention des Pollution et des Risques (Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire)
DREAL	Direction régionale de l'environnement, l'aménagement et le logement
DIRECCTE	Direction Régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'Emploi
DRTT	Direction Régionale du Travail et des Transports
DSCR	Direction de la Sécurité et de la Circulation Routière (Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire)
DUER	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EvRP	Evaluation des risques professionnels
FNATH	Fédération nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés du Rhône
FO	Force ouvrière
FRSEA	Fédération Régionale des Syndicats d'Exploitants Agricoles

GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
GRIA	Groupe Régional inter-institutionnel amiante
IMTMO	Inspection Médicale du Travail et de la Main d'œuvre (Direction Générale du Travail)
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INERIS	Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques
INSEE	Institut National de la statistique et des études économiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IPRP	Intervenants en Prévention des Risques Professionnels
IRP	Institutions représentatives du personnel
MIRTMO	Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MEDEF	Mouvement des entreprises de France
OPPBTP	Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
ORS	Observatoire Régional de la Santé
ORST	Observatoire Régional de la Santé au Travail
PARSAT	Réseau Rhône-Alpes des Services de Santé au Travail Interentreprises
PRSE	Plan Régional de Santé-Environnement
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PRST	Plan Régional de Santé Travail
PME-TPE	Petites et Moyennes Entreprises – Très petites entreprises
Pôle C	Pôle Concurrence, Consommation, Répression des Fraudes et Métrologie – Direccte
Pôle 3E	Pôle Entreprises, Emploi et Economie – Direccte
RPS	Risques psychosociaux
SAP	Services à la personne
SST(I)	Services de santé au travail (interentreprises)
TMS	Troubles musculosquelettiques
UPA	Union Professionnelle Artisanale
URIOPSS	Unir les Associations pour développer les solidarités en Rhône-Alpes

2. Bibliographie Santé au travail : définitions et indicateurs

A) La santé au travail : une définition en évolution

METTE (C.), BARNAY (T.), DE SAINT POL (T.). **Santé et itinéraire professionnel : Etat de la connaissance et perspectives.** Dossiers solidarité et santé, janvier 2016, 73, 40p.

BLANPAIN (N.). **Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers.** Insee première, février 2016, n° 1584, 4p.

JOVER (A.F.). **Les métamorphoses des services de santé au travail.** Lexis Nexis (éditeur), collection Planète social, 2015, 321 p.

LESUFFLEUR (T.), CHASTANG (J.F.), CAVET (M.), NIEDHAMMER (I.). **Facteurs psychosociaux au travail et santé perçue dans l'enquête nationale SUMER.** Santé publique, mars-avril 2015, 27, 2, 177-186

COUTROT (T.), WOLFF (L.). **L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique.** DARES, Document d'études, février 2015, n° 97, 59p.

JANSOU (Pierre), DRULHE (Marcel). **Santé au travail : pour une nouvelle dynamique : Constats et ouvertures.** Octarès Editions, collection Le travail en débats, 2015, 118 p.

BENSADON (A.C.), BARBEZIEUX (P.). **Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires.** Rapport IGAS 2013-127R, avril 2014, 130p.

BENSADON (A.C.), BARBEZIEUX (P.), CHAMPS (F.O.). **Interactions entre santé et travail.** Rapport IGAS 2013-069R, juin 2013, 130p.

CROUZET (C.). **De la médecine du travail au Service de Santé au Travail au service des Entreprises.** 11/02/2012, 2p.

Disponible : http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr/smpmp/images-SMT/Evolution_MT_SST_Directive89.pdf

Cour des Comptes. **Les services de santé interentreprises : une réforme en devenir.** Rapport public thématique, novembre 2012, 156p.

CAMBOIS (E.), LABORDE (C.), ROBINE (J.M.). **La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.** Populations & Sociétés, janvier 2008, 441, 4p.

HENRY (E.), JOUZEL (J.N.). **Les politiques de santé au travail au prisme de la sociologie de l'action publique.** Santé publique, mai-juin 2008, suppl. n° 3, 181-189

KIVITS (J.), MENARD (C.), ALLA (F.), et al. **La santé au travail : quels enjeux pour la santé publique.** Santé publique, mai-juin 2008, suppl. n° 3, 210p.

IMBERNON (Ellen), GOLDBERG (Marcel), et al. **La place de la santé au travail dans la santé publique.** Actualité et dossier en santé publique, 2006, 57, 18-30

ABECASSIS (P.), SANDRET (N.). **Le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels.** Actualité et dossier en santé publique, 2006, 57, 31-39

B) Plans de santé au travail

1. Des plans nationaux

PST 3 :

Ministère du Travail de l'Emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social. **Plan santé au travail 2016-2020**. 2015, 74 p.

Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/exe_pst_2016-2020_ok_v7_web.pdf

Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT). **Les orientations retenues par le groupe permanent d'orientation du COCT pour le troisième Plan Santé au Travail (PST3)**. Version finale, 9/12/2014, 17p.

Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/orientations_pour_le_pst3.pdf

PST 2 :

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique. **Plan Santé au travail 2010-2014**. 2010, 50p. Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst_2010-2014.pdf

PST 1 :

Ministre délégué aux relations du travail. **Plan Santé au travail 2005-2009**. 2005, 90p. Disponible : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst.pdf>

Bilan à mi-parcours du Plan national santé au travail (2005-2009). Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Janvier 2009, CemkaEval, 76p

COG de la CNAMTS :

CNAMTS. Convention d'Objectifs et de Gestion 2014-2017 pour la branche AT/MP. 2014, 67p.

Disponible :

http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/COG%20ATMP%202014-2017.pdf

Plan SST de la MSA :

MSA. **Santé Sécurité au Travail Plan 2011-2015**. 2011, 55p. Disponible : http://ssa.msa.fr/lfr/documents/21447876/0/11233_SANTE+SECURITE+AU+TRAVAIL_PLAN+2011+2015.pdf

MSA. **Plan SST 2016-2020** : <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/sst/plan-2016-2020>

2. Des plans en Rhône-Alpes

PRST 2 :

DIRECCTE Rhône-Alpes. **Le Plan Régional de Santé au Travail 2010-2014. PRST 2 Rhône-Alpes**. 2010, 24p. Disponible : http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Plan-Regional-de-Sante-Travail-2010-2014_1_.pdf

PRST 1 :

DRTEFP Rhône-Alpes. **Plan régional de santé au travail Rhône-Alpes 2007-2009**. 2007, 28p. Disponible : http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Plan-Regional-Sante-Travail-2007-2009-version-integrale_1_.pdf

FONTAINE (D.), DRENEAU (M.). **Evaluation du plan régional santé travail en Rhône-Alpes 2007-2009. Rapport 2007-2008**. ORS Rhône-Alpes, avril 2009, 96p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/PRST.pdf>

3. Elaboration et évaluation des plans

Direction générale de la santé **Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé**. 2009, 216p.

Direction générale de la santé. **Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique. Quelques repères pour les acteurs**. Ministère de la santé et des sports, 2008, 77p.

C) Les sources d'information en santé au travail

Ce chapitre décrit de façon succincte les principales sources d'information en santé au travail. Pour chaque source, sont décrits le mode de recueil des données et l'accès aux principales publications associées (au niveau national ou régional).

Numéro thématique. **Surveillance épidémiologique des risques professionnels, quoi de neuf ?** BEH, 06/05/2012, 22-23, 255-282. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/37747/179851/version/3/file/beh_22_23_2012.pdf

Ministère chargé du Travail. Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. **Guide méthodologique pour les études locales en santé et conditions de travail : sources et ressources**. Collection des études régionales, 2010, 135p.

1. Accidents du travail, accidents du trajet, maladies professionnelles (AT/MP)

Il existe plusieurs systèmes d'information sur les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP). Les deux principaux sont celui des salariés du régime général de l'assurance maladie (CNAMTS) et celui des salariés et exploitants agricoles (MSA).

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle, et si elle figure dans un des tableaux du régime général ou agricole de la Sécurité sociale (liste sur le site de l'INRS : <http://www.inrs-mp.fr/>). Il existe 98 tableaux de MP au régime général, et 59 au régime agricole.

Dans tous les cas, une fois la déclaration faite par le salarié ou ses ayants-droits, c'est l'organisme de sécurité sociale qui reconnaît ou pas le lien entre la maladie et l'activité professionnelle, après enquête et éventuellement avis du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

Données nationales :

Pour le régime général des travailleurs salariés, les données sur les AT et les MP sont disponibles sur le site : <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp.html>

Les statistiques sont présentées par code APE-NAF et par CTN pour les années 2010 à 2014.

CNAMTS. **Rapport de gestion 2014**. 2015, 146p. Disponible : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20de%20Gestion_2014.pdf

SERRES (N.), JACQUETIN (P.). **Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité**. Points de repère, 2010, 32, 14p. Disponible : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Baisse%20des%20accidents%20du%20travail%20-PDR%20n%C2%B032%20publie.pdf

Pour le régime agricole, les données sur les AT et les MP des salariés et des exploitants agricoles font l'objet de publications sur le site : <http://www.msa.fr/lfr/etudes-statistiques>

MSA. Direction des études, des répertoires et des statistiques. **Annuaire statistique 2015. Accidents du travail et maladies professionnelles.** 2016, 41p. Disponible : <http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/42153131/Annuaire+accidents+du+travail+des+non-salari%C3%A9s+agricoles+2015>

MSA. Direction des études, des répertoires et des statistiques. **Salariés agricoles. Suivi des principaux indicateurs d'accidentologie par les comités techniques nationaux de prévention. Données nationales 2009-2014.** 2016, 57p.

Disponible :

<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/42153131/Donn%C3%A9es+chiffre%C3%A9s+salariat+agricole.+Suivi+des+principaux+indicateurs+d%27accidentologie+par+les+CTN+2009-2014>

Exemple de publication commune aux régimes général et agricole :

GAROCHE (B.). **Les accidents du travail et les accidents du trajet. Toujours plus fréquents chez les ouvriers, malgré une tendance globale à la baisse.** DARES Résultats, juillet 2016, n° 39, 9p.

Disponible : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-039-2.pdf>

Données régionales :

Quelques données sur les AT et MP du régime général sont diffusées par la CARSAT Rhône-Alpes, au niveau régional, dans une brochure annuelle :

CARSAT Rhône-Alpes. **Statistiques Rhône-Alpes 2014 - Accidents du travail, Maladies professionnelles, Accidents de trajet.** 2015, 2p. Disponible :

<http://www.carsat-ra.fr/images/pdf/entreprises/sp1137.pdf>

2. Les Maladies à caractère professionnel (MCP)

Les maladies professionnelles (MP) indemnisables, décrites ci-dessus, ne reflètent pas vraiment la réalité de l'impact sanitaire des risques professionnels, notamment en raison d'une sous déclaration importante de ces affections. Le recueil des maladies à caractère professionnel (MCP) vient compléter les connaissances sur les pathologies liées au travail. La MCP est définie comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle qui n'entre pas dans le cadre des tableaux de maladies professionnelles indemnisables. La surveillance des MCP, mise en place par l'InVS et l'IMT, est réalisée par un réseau sentinelle de médecins du travail volontaires, qui signalent deux quinzaines par an toutes les MCP observées au cours de leurs consultations.

Douze régions participent à cette surveillance, dont l'ex région Auvergne (mais pas l'ex région Rhône-Alpes).

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel>

FRADET (M.R.), MAQUINGHEN (S.), et al. **Les maladies à caractère professionnel en Auvergne. Résultats des quinzaines 2014.** ORS Auvergne, Direccte Auvergne, Santé publique France, 2016, 6p. Disponible :

http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/128727/459078/version/1/file/plaquette_MC_P_auvergne_quinzaines_2014.pdf

KHIREDDINE (L.), LEMAITRE (A.), PLAINE (J.), et al. **La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012 à partir du programme MCP.** BEH, 2015, 23, 431-438. Disponible :

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10058

HOMERE (J.), PLAINE (J.), GARRAS (L.), et al. **Maladies à caractère professionnel chez les salariés des entreprises agricoles – Résultats 2008-2012**. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 12 p. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2015/Maladies-a-caractere-professionnel-chez-les-salaries-des-entreprises-agricoles>

3. PARSAT – Données des SSTI

En Rhône-Alpes, l'association PARSAT regroupe l'ensemble des SSTI (Services de santé au travail interentreprises) implantés dans la région. Elle a mené une enquête en juin 2013 auprès de ces SSTI. Les données collectées concernent :

- les bénéficiaires des STTI (entreprises adhérentes et salariés), par secteur d'activité, par taille de l'entreprise, par catégorie de suivi des salariés, par âge et sexe des salariés
- les actions individuelles ou collectives menées par les SSTI
- les ressources des SSTI (moyens humains, immobiliers).

<http://www.parsat-ra.fr/>

PARSAT. **Diagnostic régional santé travail en Rhône-Alpes**. Septembre 2013, 36p. Disponible : http://www.parsat-ra.fr/depot_arkcms_parsat_ra/depot_arko/articles/30/diagnostic-regional-sante-travail_doc.pdf

4. Enquête Conditions de travail de la DARES

L'enquête Conditions de travail, organisée et exploitée par la Dares, est rééditée tous les 7 ans. Ses objectifs sont de permettre des analyses fines par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité et, grâce à sa profondeur temporelle, d'apprécier les évolutions.

L'enquête comprend : - le volet "actifs occupés" qui aborde les horaires et l'organisation du temps de travail, l'organisation et les rythmes de travail, les risques, les pénibilités et leur prévention, les contraintes psychosociales, les relations avec le public, la violence au travail ; - le volet "employeurs" qui aborde le positionnement économique et les relations de l'entreprise avec son environnement, l'organisation du travail, les pratiques de prévention des risques et la gestion des ressources humaines.

Enquêtes en 1984, 1991, 1998, 2005 et 2013

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/conditions-de-travail-edition-2013>

Enquêtes Conditions de travail 1984-2005 – Bibliographie : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Bibliographie_enquete_CT_1984_2005.pdf

Bibliographie des travaux réalisés à partir de l'enquête Conditions de travail 2013 : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/biblio_ct_2013-201608.pdf

Ex. de publication : AMIRA (S.). **La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés**. DARES Analyses, mars 2016, n° 13, 8p. Disponible : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-013.pdf>

5. Risques psycho-sociaux (RPS) : édition 2015-2017

L'enquête Risque psycho-sociaux (RPS) 2016 qui se déroule depuis octobre 2015 jusqu'à juin 2016 concrétise les recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique sur les risques psycho-sociaux au travail, réuni en 2009-2010 à la demande du ministre chargé du travail. Cette enquête s'articule avec l'enquête Conditions de travail (CT) : tous les trois ans, en alternance, aura lieu l'une ou l'autre de ces enquêtes. L'interrogation se fera en panel pendant 9 ans au minimum. Comme l'enquête CT 2013, l'enquête comprend deux volets : un volet « Individus », intitulé Conditions de travail et vécu du travail, et un volet « Employeurs ».

Au total, on peut estimer qu'environ 20 000 établissements seront contactés pour répondre à un questionnaire papier ou par internet.

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/risques-psycho-sociaux-rps-edition-2015-2017>

6. Bilans annuels sur les conditions de travail (COCT)

La Direction générale du travail du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social publie chaque année un Bilan sur les conditions de travail, réalisé par le COCT (Conseil d'orientation sur les conditions de travail). Ce document comporte un chapitre sur les données chiffrées, au niveau national avec quelques cartes régionales, en matière d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de médecine du travail. Il présente également des résultats d'études sur le sujet.

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. **Conditions de travail. Bilan 2014.** Collection Bilans & Rapports, 2015, 655p. Disponible : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ct_2014_dynamique.pdf

7. EVREST – EVolutions et RELations en Santé au Travail

Evrest, dispositif de veille et de recherche en santé au travail, est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs. Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court, qui tient sur un recto-verso, rempli lors des consultations. Le dispositif vise :

- d'une part à constituer une base nationale, à partir d'un échantillon de salariés (ceux nés en octobre d'une année paire) parmi ceux suivis par les médecins du travail. Cette base est exploitée au niveau national et régional ;
- d'autre part à permettre à chaque médecin participant (ou à un groupe de médecins qui décideraient de se coordonner) de produire des données pour enrichir la pratique de prévention et les réflexions sur le travail et la santé au niveau d'une collectivité de travail (entreprise, branche professionnelle, ...). Les données sont alors exploitées au niveau local.

Les questions portent sur les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé lors de l'entretien.

<http://evrest.alamarge.org>

Les résultats nationaux et régionaux sont disponibles, pour les années 2010 à 2016, sur le site Evrest : <http://evrest.alamarge.org/front/Pages/page.php?cat=4&item=43&page=99>

Le rapport national 2016 fournit des données descriptives portant sur l'ensemble des données recueillies en 2014 et 2015 par 1 038 médecins du travail et leurs équipes, auprès des salariés nés en octobre des années paires (soit 25 744 salariés).

Le rapport régional Auvergne-Rhône-Alpes 2016 fournit des données descriptives portant sur l'échantillon régional (soit 3 773 salariés).

8. SUMER – Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels

L'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) est copilotée par la DGT et la DARES. Elle a déjà été réalisée à trois reprises par des médecins du travail volontaires en 1994, en 2002-2003 et en 2009-2010. La prochaine enquête se déroulera de la mi-2016 à la mi-2017.

L'enquête repose sur deux questionnaires : un questionnaire principal rempli par le médecin, et un auto-questionnaire proposé aux salariés/agents. Le questionnaire principal comporte quatre parties : contraintes organisationnelles, ambiances et contraintes physiques, risques chimiques et risques biologiques. L'auto-questionnaire proposé aux salariés permet de décrire de façon détaillée le travail tel

que le salarié le perçoit notamment sur les risques organisationnels et psychosociaux, la reconnaissance au travail, ainsi que des éléments sur la santé perçue, les accidents du travail, la violence au travail.
<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-118967>

Les résultats nationaux de l'enquête 2009-2010 sont diffusés sur le site : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition> .

Bibliographie des travaux réalisés à partir de l'enquête Sumer 2010 : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/biblio_sumer2010_juin2016.pdf

MEMMI (S.), SANDRET (N.) ? et al. **L'organisation du travail à l'épreuve des risques sociaux.** DARES Analyses, janvier 2016, n° 004, 8p. Disponible :

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-004v2.pdf>

CAVET (M.), MEMMI (S.), LEONARD (M.). **Les expositions aux cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques. Un zoom sur huit produits chimiques.** DARES Analyses, octobre 2015, n° 74, 10p. Disponible : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-074.pdf>

Les résultats de l'échantillon régional Rhône-Alpes de l'enquête SUMER ont été analysés par la Direccte Rhône-Alpes :

L'exposition aux risques professionnels en 2010, enquête SUMER : n°1 - Une comparaison Rhône-Alpes/ France. DIRECCTE Rhône-Alpes, 2013, 24p. Disponible : http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/expo_risques.pdf

L'exposition aux risques professionnels en 2010, enquête SUMER : n°2 Les contraintes organisationnelles et leurs liens avec la santé mentale des salariés en Rhône-Alpes. DIRECCTE Rhône-Alpes, 2014, 58p. Disponible :

http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/SUMER_2010_-_analyse_des_contraintes_orga.pdf

L'exposition aux risques professionnels en 2010, enquête SUMER : n°3 - Les contraintes physiques et les risques chimiques et biologiques en Rhône-Alpes. DIRECCTE Rhône-Alpes, 2014, 40p. Disponible : http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_des_risques_physiques_chimiques_biologiques.pdf

Exposition et prévention des risques professionnels. Enquête SUMER, accords et plans. n°4 - La pénibilité dans le travail en Rhône-Alpes. DIRECCTE Rhône-Alpes, 2015, 32p. Disponible : http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/etude_penibilite.pdf

9. SAMOTRACE

Le programme Samotrace (Santé mentale observatoire du travail Rhône-Alpes et Centre), mis en place par le département santé travail de l'InVS, permet de décrire les prévalences de différents troubles de santé mentale et d'analyser les liens entre ces troubles et les expositions professionnelles pour un large ensemble de professions et de secteurs d'activité. Samotrace a été implanté dans deux zones géographiques pilotes : en 2006, en régions Centre, Poitou-Charentes et Pays de la Loire puis, en 2007, en région Rhône-Alpes (départements du Rhône et de l'Isère).

Le dispositif comprend trois volets indépendants :

- un volet de veille épidémiologique en entreprises, qui permet d'obtenir des prévalences de différents problèmes de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, et des descriptions des expositions professionnelles associées. Il s'appuie sur la participation volontaire des médecins du travail ;
- un volet médico-administratif, qui a pour objectif de décrire les mises en invalidité pour troubles psychiatriques selon les catégories socioprofessionnelles et les secteurs d'activité. Les données sont recueillies auprès du salarié par les médecins-conseils de l'assurance maladie (régime général et MSA) lors de la visite concluant à l'attribution de la pension d'invalidité ;
- un volet de recueil monographique, facultatif, qui consiste en une analyse qualitative détaillée de situations de souffrance mentale ou de décompensation psychopathologique par un réseau de médecins du travail expérimentés dans le domaine de la santé mentale et dans la rédaction de monographies basées sur la clinique médicale du travail.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Les-dispositifs-de-surveillance-et-les-sources-de-donnees/Les-projets-specifiques-a-la-sante-mentale-au-travail>

COHIDON (C.), VALENTY (M.), CHUBILLEAU (C.), PLAINE (J.), RABET (G.). **Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace.** BEH, 06/05/2012, 22-23, 278-280. Disponible :

http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/37747/179851/version/3/file/beh_22_23_2012.pdf

COHIDON (C.), IMBERNON (E.), CAILLET (E.), RABET (G.). **Risque suicidaire et activité professionnelle.** BEH, 19/12/2011, 47-48, 501-504. Disponible :

http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf

COHIDON (C.), CAILLET (E.), OGIER PERONNET (D.), POUSSARDIN (J.), SIAU (P.), IMBERNON (E.). **Samotrace – Volet médico-administratif. Départements Rhône et Isère. Résultats intermédiaires à un an.** InVS, 2008, 4p.

Disponible : http://opac.santepubliquefrance.fr/doc_num.php?explnum_id=3096

10. RNV3P - Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies professionnelles

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Il revient aux hospitalo-universitaires experts du réseau d'investiguer les pathologies et de faire le lien, le cas échéant, avec l'origine professionnelle (cette imputabilité « expert » est également enregistrée au sein de la base). Depuis juillet 2010, l'Anses est l'opérateur du réseau.

<https://www.anses.fr/fr/content/rnv3p-le-r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles>

Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). **Rapport d'activité 2013-2014**. ANSES, 2015, 8p.

Disponible : <https://www.anses.fr/fr/system/files/RNV3P-RappDAC20132014.pdf>

11. SIP - Santé et Itinéraire professionnel

La Drees et Dares ont réalisé conjointement une enquête longitudinale en population générale ayant pour objectif premier de faire progresser la connaissance sur les interactions entre le travail, l'emploi et la construction ou l'altération de la santé : c'est l'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip), dont la première vague a eu lieu fin 2006-début 2007 et la seconde fin 2010.

L'enquête a été effectuée auprès d'individus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Les individus étaient âgés de 20 à 74 ans en 2006 et ont été interrogés quelle que soit leur situation vis-à-vis du marché du travail (actifs occupés, chômeurs ou inactifs, retraités, etc). Près de 14 000 entretiens ont été réalisés en 2006. La vague 2010 visait à réinterroger l'ensemble des personnes interrogées en 2006. Dans les faits, 11 000 personnes ont pu être réinterrogées.

La vague 2006 de l'enquête Sip s'appuyait sur un questionnaire informatisé (Capi), une grille biographique et un auto-questionnaire papier. La grille biographique permettait de reconstituer l'itinéraire professionnel de l'individu et de situer dans le temps certains événements marquants de sa vie familiale et privée (déménagements, naissance d'enfants, etc.). L'entretien se poursuivait par la description et la saisie dans le questionnaire informatisé de chaque phase : emplois longs, courts, chômage ou inactivité. À chaque étape décrite, un lien était fait avec l'état de santé. Si l'enquête déclarait une maladie, un handicap ou un accident, un ensemble de questions relatives à ces problèmes de santé étaient posées à l'enquête à la suite de l'itinéraire professionnel. Au terme de l'entretien mené par l'enquêteur, l'enquête se voyait proposer un auto-questionnaire portant notamment sur ses pratiques en matière de consommation d'alcool et de tabac, qu'il devait remplir et renvoyer ultérieurement.

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/sante-et-itineraire-professionnel-sip>

Bibliographie des travaux réalisés à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip) : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/biblio_sip_201608.pdf

Ex. de publication : DARES. **Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ?** METTE (C.). Analyses, juillet 2016, n° 41, 7p. Disponible : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-041-2.pdf>

12. SVP 50 – Santé et vie professionnelle après 50 ans

En 2003, le groupe « épidémiologie » du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise), en collaboration avec des chercheurs du CRÉAPT (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail), a pris l'initiative d'une enquête ponctuelle baptisée SVP 50 (Santé et Vie professionnelle après 50 ans). Cette enquête s'est déroulée sur plusieurs mois, en 2003. 650 médecins du travail, de toutes les régions françaises, ont réalisé l'enquête. Chacun d'eux a interrogé tous les salariés de 50 ans et plus qu'il a reçus en visite annuelle, ou un échantillon aléatoire de ceux-ci, sur une période de quelques semaines. Au total, 11 223 questionnaires ont été recueillis et 11 213 questionnaires ont pu être exploités.

Le questionnaire comporte des informations sur : l'itinéraire professionnel du salarié ; les principales contraintes auxquelles il est exposé et celles auxquelles il a été exposé dans le passé ; des appréciations sur l'intérêt et le sens de son travail ; sa perception de la retraite et ses intentions en termes d'âge de départ ; et divers aspects de son état de santé, avec leur évolution récente et les gênes éventuelles occasionnées dans le travail. En fin de questionnaire, le médecin mentionne (s'il y a lieu) l'existence de pathologies, d'invalidité, de restriction d'aptitude, etc., et indique si, à son avis, il serait souhaitable que ce salarié cesse de travailler.

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/sante-et-vie-professionnelle-apres-50-ans-svp-50>

MOLINIE (A.F). **Enquête Santé et Vie Professionnelle après 50 ans. Résultats par secteur d'activité.** Centre d'Études de l'Emploi, Rapport de recherche, 2006, 94p. Disponible : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/074000638.pdf

3. Le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (C.R.P.R.P) en Rhône-Alpes

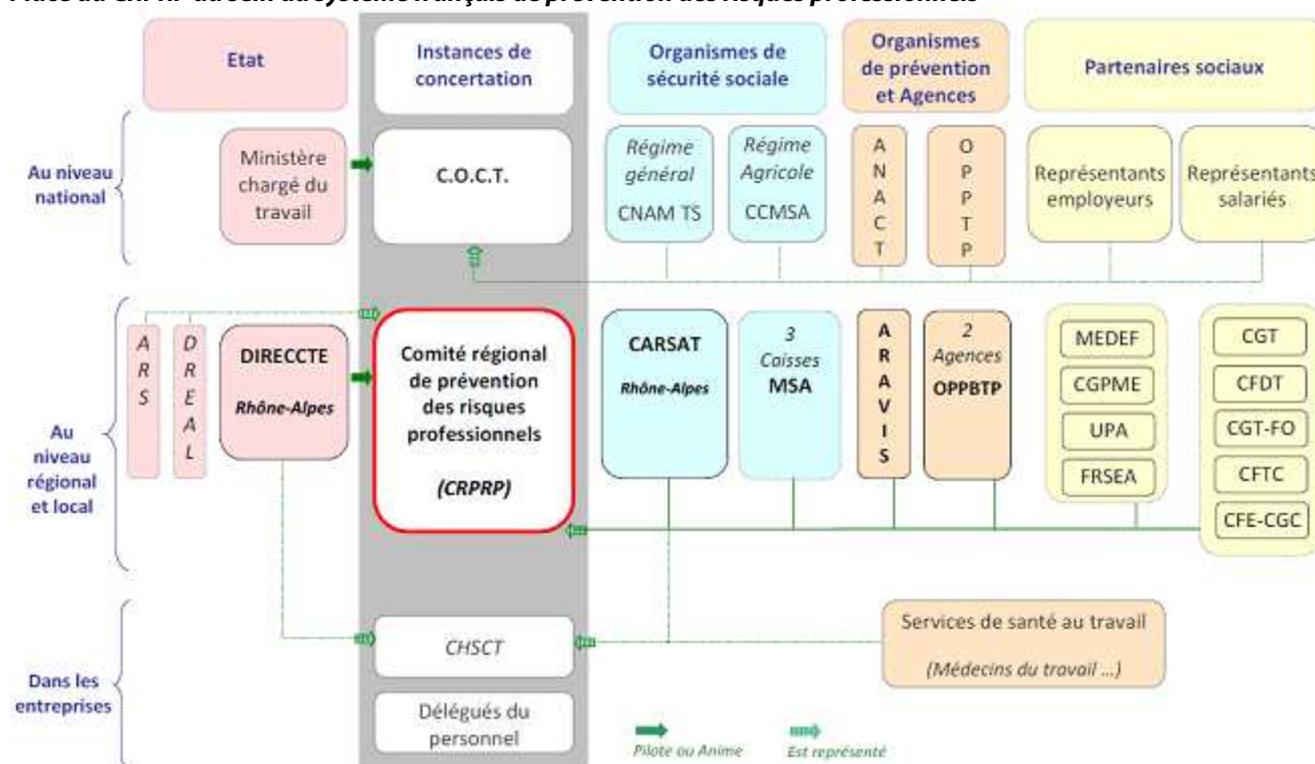
Le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (C.R.P.R.P.) est un organisme consultatif réunissant des acteurs régionaux de la prévention (représentants de l'Etat, préventeurs, partenaires sociaux et personnes qualifiées). Il s'inscrit dans le système français de prévention des risques professionnels et fédère au niveau régional les différents acteurs.

Lieu d'échanges, de réflexion stratégique et d'expertise, il participe à la définition de la politique régionale de prévention des risques professionnels et de la santé au travail.

A cette fin :

- il est associé à l'élaboration de diagnostics territoriaux,
- il fait des recommandations en vue de sensibiliser les salariés et les entreprises à l'amélioration des conditions de travail,
- il émet des avis sur les politiques régionales en matière de prévention des risques professionnels,
- il travaille en particulier sur le Plan Régional de Santé au Travail auxquels sont associés, dans le comité de suivi, des représentants de Services de santé au travail (SST).

Place du CRPRP au sein du système français de prévention des risques professionnels



Source : <http://www.risques-pme.fr/>

Les membres du CRPRP sont répartis en 4 collèges :

- 1^{er} collège : 8 représentants d'administrations régionales de l'Etat (DIRECCTE, DREAL, ARS)
- 2^{ème} collège : les partenaires sociaux avec 8 représentants d'employeurs (MEDEF, CGPME, UPA, FNSEA) et 8 représentants de salariés (CGT, CFDT, CGT FO, CFTC, CFE CGC)
- 3^{ème} collège : 4 organismes régionaux d'expertise et de prévention (CARSAT Rhône-Alpes, MSA, OPPBTP, Aravis)
- 4^{ème} collège : 10 personnes physiques et morales qualifiées (experts scientifiques ou techniques, représentants d'associations de victimes..) nommées pour une durée de trois ans renouvelable

Cette composition est fixée par arrêté préfectoral : pour la région Rhône-Alpes, c'est l'arrêté n° 2014-015 du 15 janvier 2014 publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Rhône-Alpes du 24 janvier 2014 qui désigne nominativement les membres.

4. Exemple d'une fiche action du PRST2 : Formation / enseignement

Fiche action 1-1 : ENSEIGNEMENT

THEMATIQUE	Enseignement (lycées professionnels, lycées techniques, CFA, écoles d'ingénieur)
OBJECTIF GENERAL	Intégrer la santé sécurité au travail dans la formation initiale des futurs acteurs de l'entreprise
CONTEXTE	Convention nationale CARSAT du Convention CARSAT-BTP-CFA sur l'outil Synergie (2000-2001) Convention nationale dans le BTP 2006 Convention CARSAT RA - 6 CFA Convention nationale MSA-DRAF-Inspection agricole (23/6/2008 au 31/12/2010) Campagne OPPBTP "100 mins pour la vie" Partenariat DIRECCTE RA- académie de Lyon sur le serious game "fais-gaffe.com" Référentiel CNAM "base essentielles en SST" Séminaire INRS à destination des enseignants
REFERENT DE L'ACTION	Institutionnels
Obj. général 1 - Opérationnel 1	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel</u> : Identifier les acteurs, moyens et relais de l'enseignement en région
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre</u> CARSAT, DIRECCTE, OPPBTP?
	<u>Public cible</u> : Lycées professionnels, lycées techniques, CFA, écoles d'ingénieur...
	<u>Méthodologie</u> : Identifier les structures et formations proposées Identifier les différents acteurs Identifier leurs moyens (dont financiers) Faire un état des lieux des actions engagées (passées et en cours) Identifier les leviers d'actions futures
	<u>Financement</u> :
	<u>Echéancier</u> : 2011-2012
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> : (en cours de réflexion)
Obj. général 1 - Opérationnel 2	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel</u> : Inciter les écoles d'ingénieurs à intégrer la santé sécurité au travail dans le programme de formation des futurs cadres et managers d'entreprise.
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre</u> : CARSAT, DIRECCTE
	<u>Public cible</u> : Ecoles d'ingénieurs
	<u>Méthodologie</u> : 1- Organiser une réunion "d'information et de motivation" 2- Etudier les attentes des écoles et perspectives communes envisagées
	<u>Financement</u> :
	<u>Echéancier</u> : 2012-2014
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> :

Obj. général 1 - Opérationnel 3	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel :</u> Agir en direction des tuteurs (CFA et lycées professionnels proposant des "stages longs") pour une meilleure prise en compte de la prévention des risques en entreprise afin d'améliorer les conditions d'accueil du jeune.
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre :</u> CARSAT, CFA, Conseil Général, DIRECCTE, OPPBTP?
	<u>Public cible :</u> - Tuteurs en entreprise - CFA et lycées professionnels proposant des "stages longs"
	<u>Méthodologie :</u> Faire un état des lieux, notamment sur : Pourquoi les outils actuellement disponibles (type synergie) sont peu utilisés ? Quelles entreprises prennent des apprentis? Quels leviers pour toucher les tuteurs en entreprises ? Notamment, étude sur la possibilité d'intégrer un volet Santé Sécurité dans les formations tuteurs subventionnées par le Conseil Régional. Que peut apporter l'apprenti à l'entreprise, dans le domaine de la SST ? Identifier et mettre en œuvre les actions les plus pertinentes
	<u>Financement :</u>
	<u>Echéancier :</u> 2012-2014
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u>

6. Fiche action n°1 et exemple de questionnaire *ad hoc* adressé aux pilotes de COTEC la Direccte

FICHE ACTION 1-1 : Enseignement

THEMATIQUE	Enseignement (lycées professionnels, lycées techniques, CFA, écoles d'ingénieur)
OBJECTIF GENERAL	Intégrer la santé sécurité au travail dans la formation initiale des futurs acteurs de l'entreprise
CONTEXTE	Convention nationale CARSAT du Convention CARSAT-BTP-CFA sur l'outil Synergie (2000-2001) Convention nationale dans le BTP 2006 Convention CARSAT RA - 6 CFA Convention nationale MSA-DRAF-Inspection agricole (23/6/2008 au 31/12/2010) Campagne OPPBTP "100 mins pour la vie" Partenariat DIRECCTE RA- académie de Lyon sur le serious game "fais-gaffe.com" Référentiel CNAM "base essentielles en SST" Séminaire INRS à destination des enseignants
REFERENT DE L'ACTION	Institutionnels
Obj. général 1 - Opérationnel 1	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel</u> : Identifier les acteurs, moyens et relais de l'enseignement en région
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre</u> CARSAT, DIRECCTE, OPPBTP?
	<u>Public cible</u> : Lycées professionnels, lycées techniques, CFA, écoles d'ingénieur...
	<u>Méthodologie</u> : Identifier les structures et formations proposées Identifier les différents acteurs Identifier leurs moyens (dont financiers) Faire un état des lieux des actions engagées (passées et en cours) Identifier les leviers d'actions futures
	<u>Financement</u> :
	<u>Echéancier</u> : 2011-2012
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> : <i>(en cours de réflexion)</i>
Obj. général 1 - Opérationnel 2	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel</u> : Inciter les écoles d'ingénieurs à intégrer la santé sécurité au travail dans le programme de formation des futurs cadres et managers d'entreprise.
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre</u> : CARSAT, DIRECCTE
	<u>Public cible</u> : Ecoles d'ingénieurs
	<u>Méthodologie</u> : 1- Organiser une réunion "d'information et de motivation" 2- Etudier les attentes des écoles et perspectives communes envisagées
	<u>Financement</u> :
	<u>Echéancier</u> : 2012-2014
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation</u> :

Obj. général 1 - Opérationnel 3	<u>Intitulé de l'objectif opérationnel :</u> Agir en direction des tuteurs (CFA et lycées professionnels proposant des "stages longs") pour une meilleure prise en compte de la prévention des risques en entreprise afin d'améliorer les conditions d'accueil du jeune.
	<u>Acteurs pour la mise en œuvre :</u> CARSAT, CFA, Conseil Général, DIRECCTE, OPPBTP?
	<u>Public cible :</u> - Tuteurs en entreprise - CFA et lycées professionnels proposant des "stages longs"
	<u>Méthodologie :</u> Faire un état des lieux, notamment sur : Pourquoi les outils actuellement disponibles (type synergie) sont peu utilisés ? Quelles entreprises prennent des apprentis? Quels leviers pour toucher les tuteurs en entreprises ? Notamment, étude sur la possibilité d'intégrer un volet Santé Sécurité dans les formations tuteurs subventionnées par le Conseil Régional. Que peut apporter l'apprenti à l'entreprise, dans le domaine de la SST ? Identifier et mettre en œuvre les actions les plus pertinentes
	<u>Financement :</u>
	<u>Echéancier :</u> 2012-2014
	<u>Indicateurs de suivi et d'évaluation :</u>



Evaluation du 2^{ème} Plan Régional Santé au Travail en Rhône-Alpes

(PRST2 – 2010/2014)

Cette enquête est réalisée au premier trimestre de l'année 2016, par questionnaires auto-administrés, adressés par voie électronique, auprès de 10 Cotec ayant coordonné le PRST2.

L'objectif est que les pilotes des Cotec analysent la mise en œuvre des 25 fiches action du PRST2, éventuellement avec les membres des Cotec.

Le questionnaire est spécifique à chacune des 25 actions du PRST2 ; 25 questionnaires doivent être remplis.

Attention le questionnaire ne cherche à évaluer que le déploiement du PRST2 et ses résultats, en aucun cas son élaboration.

Les questionnaires sont à renvoyer à l'adresse suivante **avant le 4 mars** : lucile.montestrucq@ors-rhone-alpes.org
Merci.

Fiches-actions 1-1 : Enseignement

Objectif général : Intégrer la santé sécurité au travail dans la formation initiale des futurs acteurs de l'entreprise

Objectif opérationnel 1 : Identifier les acteurs, moyens et relais de l'enseignement en région

1. Acteurs pour la mise en œuvre : ont-ils collaboré ?

- CARSAT oui non
- DIRECCTE oui non
- OPPBTP oui non
- Si non, pourquoi ?
- Autres acteurs

2. Public cible : a-t-il été atteint ?

- Lycées professionnels oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- Lycées techniques oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- CFA oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- Ecoles d'ingénieurs oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- Autres

3. Méthodologie

- a. Identifier les structures et formations proposées : est ce réalisé ?
 - Structures identifiées oui non partiellement
Si non ou partiellement, pourquoi ?
 - Formations identifiées oui non partiellement
Si non ou partiellement, pourquoi ?

- b. Identifier les différents acteurs : est ce réalisé ?
 - Acteurs identifiés oui non partiellement
Si non ou partiellement, pourquoi ?
 - Autres
 -

- c. Identifier leurs moyens, dont financiers : est ce réalisé ?
 - Moyens financiers identifiés oui non partiellement
 - Moyens humains identifiés oui non partiellement
Si non ou partiellement, pourquoi ?
 - Autres

- d. Faire un état des lieux des actions engagées, passées et en cours: est ce réalisé ?
 - Actions passées oui non partiellement
 - Actions en cours oui non partiellement
Si non ou partiellement, pourquoi ?
 - Autres

- e. Identifier les leviers d'actions futurs : est ce réalisé ?
 - Levier d'action futurs identifiés oui non partiellement
Si oui, lesquelles ?
Si non ou partiellement, pourquoi ?
 - Autres

4. Des financements ont-ils été mobilisés ? oui non
 Si oui, lesquels

5. Echéancier 2011-2012
 Respecté
 Non respecté
Si non respecté, pourquoi ?
Quel échéancier réel ?

6. Indicateurs de suivi et d'évaluation
 Aucun indicateur mis en place
Pourquoi ?
 Des indicateurs mis en place
Lesquels ?

7. Avez-vous des remarques d'ordre général à nous faire connaître ?

8. Acteurs pour la mise en œuvre : ont-ils collaboré ?
- CARSAT oui non
 - DIRECCTE oui non
 - Si non, pourquoi ?
 - Autres
9. Public cible : a-t-il été atteint ?
- Ecoles d'ingénieurs oui non
 - Si oui, combien ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Autres
10. Méthodologie
- a. Organiser une réunion d'information et de motivation
- Réunion organisée oui non
 - Si non, pourquoi ?
 - Autres
- b. Etudier les attentes des écoles et perspectives communes envisagées
- Attentes étudiées oui non
 - Perspectives communes identifiées oui non
 - Si non, pourquoi ?
 - Autres
11. Des financements ont-ils été mobilisés ? oui non
- Si oui, lesquels
12. Echéancier 2012-2014
- Respecté
 - Non respecté
 - Si non respecté, pourquoi ?
 - Quel échéancier réel ?
13. Indicateurs de suivi et d'évaluation
- Aucun indicateur mis en place
 - Pourquoi ?
 - Des indicateurs mis en place
 - Lesquels ?
14. Avez-vous des remarques d'ordre général à nous faire connaître ?

Objectif opérationnel 3 : Agir en direction des tuteurs (CFA et lycées professionnels proposant des « stages longs ») pour une meilleure prise en compte de la prévention des risques en entreprise afin d'améliorer les conditions d'accueil du jeune

15. Acteurs pour la mise en œuvre : ont-ils collaboré ?

- CARSAT oui non
- CFA oui non
- Conseil général oui non
- DIRECCTE oui non
- OPPBTP oui non
- Si non, pourquoi ?
- Autres

16. Public cible : a-t-il été atteint ?

- Tuteurs en entreprise oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- CFA oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- Lycées professionnels oui non
Si oui, combien ?
Si non, pourquoi ?
- Autres

17. Méthodologie

a. Faire un état des lieux : est ce réalisé ?

- Sur les outils disponibles
 oui non partiellement
Si non, pourquoi ?
- Sur les entreprises prenant des apprentis : est ce réalisé ?
 oui non partiellement
Si non, pourquoi ?
- Sur les leviers pour toucher des tuteurs en entreprise : est ce réalisé ?
 oui non partiellement
Si non, pourquoi ?
- Sur les apports des apprentis en entreprise : est ce réalisé ?
 oui non partiellement
Si non, pourquoi ?
- Autres

b. Mise en œuvre d'actions pertinentes oui non partiellement

- Pourquoi ?
- Autres

18. Des financements ont-ils été mobilisés ? oui non partiellement

Si oui, lesquels

19. Echancier 2012-2014

Respecté

Non respecté

Si non respecté, pourquoi ?

Quel échancier réel ?

20. Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Aucun indicateur mis en place

- Pourquoi ?

- Des indicateurs mis en place

- Lesquels ?

21. Avez-vous des remarques d'ordre général à nous faire connaître ?

7. Guide des entretiens



Guide d'entretien

Evaluation PRST 2

Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle de discussion, adapté à la verbalisation des individus (rythme et forme de verbalisation des individus, ...).

1/ PRESENTATION DE L'ORS ET DES OBJECTIFS DE LA DEMARCHE

L'Observatoire Régional de la Santé est une association de loi 1901 qui a pour mission de réaliser des études en santé publique. L'ORS Rhône-Alpes fait partie de la fédération des ORS de France.

L'ORS Rhône-Alpes a été mandaté par la DIRECCTE pour réaliser l'évaluation du PRST 2. Les enseignements qui émergeront de cette évaluation serviront à nourrir l'élaboration du PRST 3

Les résultats de cette évaluation seront finalisés à l'automne 2016 et diffusés aux partenaires, sous des formes qui restent à définir.

Présentation de la démarche en trois étapes.

2/ PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Présentation par chacun des participants de ses fonctions au sein de son institution, et description de son rôle dans l'élaboration ou la mise en œuvre du PRST 2

3/DISCUSSION DE GROUPE

3.1 L'élaboration et le suivi du PRST 2

3.1.1 Quels ont été les éléments facilitants ou complexes/contrainants en ce qui concerne l'élaboration du PRST 2 et pourquoi ?

- organisation, répartition des tâches, pilotage ?
 - Quelles articulations avec le COTEC ?
 - Quelles articulations avec le CRPRP ?
- liens entre lancement du PRST2 et missions/travaux déjà en cours ?
- liens avec le PST 2 ?
- définition, priorisation des actions à développer ?
- liens entre lancement du PRST2 et missions/travaux déjà en cours ?
- ... ?
- *AU BILAN : Quels éléments d'amélioration nécessaires/possibles en ce qui concerne la phase d'élaboration ?*

3.1.2 Quels ont été les éléments facilitants ou contraignants en ce qui concerne le suivi des actions du PRST 2 et pourquoi ?

- organisation, répartition des tâches, pilotage ?
 - Quelles articulations le Comité de suivi ?
 - Quelles articulations avec le CRPRP ?
 - Quelles articulations avec la charte des partenaires du PRST 2 ?

- Quelles articulations avec le suivi de vos programmes de travaux ?
- outils et moyens du suivi ?
- liens entre suivi des actions du PRST2 et autres actions menées en parallèle ?
- ... ?
- *AU BILAN : Quels éléments d'amélioration nécessaires/possibles en ce qui concerne le suivi du PRST ?*

3.1.3 Articulation entre PRST1 et PRST2 ?

- Apports de l'évaluation régionale à mi-parcours du PRST1 ?
- Quels sont les liens entre PRST2 et PRST1 ? Quelles en sont les conséquences ?

3.1.4 Articulation avec d'autres politiques de santé en cours (PRSE, PRSP, Plan cancer, etc) ?

- En quoi cette articulation ou non-articulation est-elle :
 - Positive ?
 - Négative ?
 - Sans conséquences ?

3.2 Les fiches action du PRST 2 : vision transversale

3.2.1 Les objectifs opérationnels sont-ils pertinents et pourquoi ?

- Ils sont souvent en lien avec de la sensibilisation, de la formation d'acteurs relais... Pourquoi ?
 - Peu de création d'outils, de plateformes,... Pourquoi ?
 - Peu d'actions en lien direct avec les salariés.... Pourquoi ?

3.2.2 Les acteurs repérés pour mener ces actions sont-ils pertinents et pourquoi ?

- Y a-t-il des acteurs qui manquent, qui sont trop ou insuffisamment sollicités et pourquoi ?

3.2.3 Les publics cibles sont-ils pertinents et pourquoi ?

- Ce sont souvent des acteurs-relais, presque jamais les salariés en direct : pourquoi ?
- Qu'est-ce qui détermine le choix des entreprises concernées et est-ce pertinent ?
 - Selon la branche, la taille, le territoire ? Quels sont les bons critères de choix ?
 - Selon les problématiques (urgence, volume de personnes concernées) ?
 - Selon les moyens mobilisables ?
 - Selon les actions menées par ailleurs, hors PRST ?
 - ... ?

3.2.4 Les budgets : quels sont les éléments facilitants ou contraignants ?

- Lorsqu'il s'agit de budgets spécifiques (rares) ?
- Lorsqu'il s'agit de budgets de fonctionnement « normaux » ?

3.2.5 Les échéanciers sont-ils pertinents et pourquoi ?

- Les échéanciers sont souvent inexistantes ou flous, pourquoi ?
- Éléments facilitants ou contraignants en termes d'échéanciers ?
- Quels seraient les échéanciers pertinents à utiliser et pourquoi ?

3.2.6 Globalement, les activités mises en place sont-elles pertinentes et pourquoi ?

- Quels sont les points forts, les points faibles que l'on peut repérer d'une manière transversale sur les activités et pourquoi ?

3.2.7 L'évaluation de chaque action a-t-elle été menée de manière pertinente, pourquoi ?

- L'évaluation est une rubrique peu remplie, pourquoi ?
- Quels sont les freins et les leviers à l'évaluation des actions ?

- Comment et pourquoi l'évaluation d'action peut-elle être pertinente ?

3.2.8 Au bilan, quelles pistes explorer pour affiner /améliorer l'élaboration et le suivi des actions ainsi que leur évaluation ?

3.3 Les thématiques du PRST 2 :

Balayage sur le contenu des 10 thématiques du PRST 2 : points forts/points faibles

Pour chaque thématique :

- Quelles sont les éléments facilitants ou contraignants, spécifiques à ces thématiques, importants à prendre en compte et pourquoi ?
- Quelles sont les éventuelles spécificités Rhône-alpines ?
- Quelles sont les évolutions constatées ces dernières années, à prendre en compte pour le PRST3 ?

Axe 1 Améliorer la connaissance en santé au travail

1. Formation

Axe 2 Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels

en direction de certains risques

- 2. Risques chimiques Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR)
- 3. Troubles Musculo Squelettiques (TMS)
- 4. Risques psychosociaux (RPS)
- 5. Risque routier

en direction de certains secteurs

- 6. BTP
- 7. Services à la personne

en direction de certains publics

- 8. Saisonniers

Axe 3 Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE

- 9. Evaluation des risques professionnels
- 10. Institutions représentatives du personnel

Axe 4 Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit

3.4 Bilan du PRST 2

Quels sont les principaux enseignements que vous tirez du PRST2 ?

- En termes d'élaboration
- En termes de suivi
- En termes de contenus : thématiques, de types de publics cibles, d'activités ?
- En termes de résultats ?

3.5 Vos attentes pour le PRST 3 ?

Quels sont les points de vigilance pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation du PRST 3, d'après vous ?

Fin de l'entretien collectif

Remerciements aux participants

8. Liste des personnes ayant répondu au questionnaire et des personnes interviewées dans le cadre des entretiens individuels et collectifs

Personnes de la Direccte ayant répondu au questionnaire ORS

Fiches action (FA)	Questionnaires <i>ad hoc</i> d'évaluation des FA
	Pilotes de COTEC / tous Direccte
FA1	Sandra DULIEU
FA2	Frank BAK
FA3	Sandra DULIEU
FA4	Abigail TRAN
FA5	Abigail TRAN
FA6	Cécile VERSET
FA7	Abigail TRAN
FA8	Bruno GAIGE & Catherine CHARUEL
FA9	Cécile VERSET
FA10	Sandra DULIEU

Personnes non Direccte ayant participé aux entretiens individuels

Fiches action (FA)	Entretiens individuels
	Personnes rencontrées / Structure
FA1	Pascal VOVELLE / CARSAT
FA2	François-Xavier THOMAS / CARSAT
FA3	Catherine BROSSAT / CARSAT
FA4	Claude VADEBOIN / CARSAT
FA5	Eric BILLIARD / CARSAT
FA6	Amélie PLANEL / ARS
FA7	Catherine DAMON / URIOPSS
FA8	Action avortée - pas de contact - entretien téléphonique spécifique Direccte
FA9	Loes MERCIER / ARAVIS
FA10	Béatrice BAUDO/ ARAVIS

Personnes ayant participé aux groupes de travail animés par l'ORS

4 groupes	Courriers d'invitation Direccte	Dates d'entretiens	Appartenance	Inscrits	Inscrits		
Groupe 1 : partenaires institutionnels	DREAL / ARS / CARSAT / AROMSARA / ARAVIS / OPPBTP / Conseil Régional	23 mai - 14h - salle 1905	ARS	Anne BOUCHARLAT (Médecin conseiller technique) / Christine MARTIN / Séverine BATHI	8	DREAL	OPPBTP Catherine DEVIDAL (Chef d'agence Auvergne-Rhône-Alpes)
			ARAVIS	Loes MERCIER (Responsable équipe âge santé travail) +			
			Région RA	Guilhem BERTRAND (Directeur adjoint immobilier des lycées)			Mr LENNOZ (Directeur immobilier des lycées)
			CARSAT	Jérôme CHARDEYRON (Directeur de la Prévention des Risques Professionnels et de la Santé au Travail)			
			MSA	Dr Philippe LAURENT			
			DIRECCTE	Abigail TRAN (ingénieur prévention pilote)			
Groupe 2 : représentants de la santé au travail : Services de santé au travail	SST Drôme Provençale-Ardèche / SST Sud Loire Santé au Travail / SST BTP Loire / AST Grand Lyon / Agemetra / BTP Santé au Travail / AST 74	26 mai - 14h - salle 1631	BTP Santé au travail 69	Béatrice PINGAULT (Directeur)	11	SST Drôme Provençale Ardèche	CISTT Pierrelatte
			Agemetra	Annick BALDI (Chargée mission actions coordonnées et communication externe)		SST BTP Loire	SST Sud Loire Santé au Travail
			PARSAT / SST Ain	Michel OFFNER (Président)		AST 74	
			SMIEVE (Vienne)	Marie-Carmen MARTIN NALLET (Directrice)			
			API Santé Travail Tournon Tain et Région	Roland DOREE (Président) + Sandrine ROUSSET (Directrice)			
			AST Grand Lyon	Jean-Robert STEINMANN et Jean-Charles BEYSSIER			
			STHV Annonay	Vincent de GAUDEMAR			
			STHV SST Haut Vivarais	Patricia FAURE			
			SST Valence AIPVR	Odile ROCHETTE (Directrice)			
Groupe 3 : représentants des employeurs	MEDEF Rhône-Alpes / CGPME Rhône-Alpes / UPA Rhône-Alpes / FRSEA Rhône-Alpes	31 mai - 9h30 - salle 1719	FRSEA Rhône-Alpes	Claire MERLAND (Présidente de la Commission régionale emploi) + Valérie POCCARD (Chargée emploi)	4	CGPME	STDV
			MEDEF	André COUYRAS (Medef ?) + Jérôme DECHELETTE (Chef de file du Médef Rhône-Alpes Auvergne)			AST BTP Ain
							UPA Rhône-Alpes
Groupe 4 : représentants des salariés	CGT Rhône-Alpes / CFDT Rhône-Alpes / Force ouvrière / CFTC Rhône-Alpes / CFE-CGC Rhône-Alpes	02 juin - 9h30 - salle 760			2	CFDT RA	FO Savoie
							CFE-CGC
			CGT Rhône-Alpes	Jean BUSSENEAU (Membre du CRPRP) + Julien DESPIERRES			CFTC RA

