

**BILAN A MI-PARCOURS DU  
PLAN NATIONAL SANTE AU  
TRAVAIL (2005-2009)**

**Ministère du Travail, des  
Relations Sociales, de la Famille,  
de la Solidarité et de la Ville**

Référence : 2008-059

*Janvier 2009*

<b>Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille de la solidarité et de la ville</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Direction générale du travail</li><li>- Service des relations et des conditions de travail - Sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail</li><li>- Bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention</li></ul> 39-43 quai André Citroën 75 902 Paris Cedex 15	<b>CEMKA-EVAL</b> 43, bld du Maréchal Joffre 92340 BOURG LA REINE  Tel : 01 40 91 30 30
<b>Contacts :</b> Mme Mireille JARRY Mr Yvan DENION Mme Nathalie VAYSSE	<b>Responsables de l'étude :</b> Mme Anne DUBURCQ Mme Valérie DONIO Melle Laurène COUROUVE

# **SOMMAIRE**

---

<b>1</b>	<b>Présentation du PST</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>La commande</b> .....	<b>4</b>
2.1	Finalités et objectifs de la mission d'évaluation.....	4
2.2	Méthodologie attendue.....	5
<b>3</b>	<b>Méthode d'évaluation</b> .....	<b>6</b>
3.1	Méthode de travail .....	6
3.2	Phase préparatoire .....	6
3.3	Auditions d'administrations, partenaires sociaux, agences et organismes de prévention .....	9
3.4	Enquête auprès des DRTEFP.....	9
3.5	Analyse spécifique de 3 plans régionaux de santé au travail.....	10
3.6	Limites de la mission .....	10
<b>4</b>	<b>Evaluation à mi-parcours du PST au niveau national</b> .....	<b>11</b>
4.1	Elaboration du PST .....	11
4.2	Structuration et articulations avec les autres plans nationaux.....	14
4.3	Mise en œuvre, acteurs impliqués, avancement des actions.....	15
4.4	Pilotage, animation, retour d'information vers les acteurs impliqués .....	21
4.5	Suivi, évaluation du PST.....	22
<b>5</b>	<b>Modalités de déclinaison du PST au niveau régional</b> .....	<b>24</b>
5.1	Elaboration et animation des PRST.....	24
5.2	Contribution aux actions du PST .....	26
5.3	Analyse de 3 PRST .....	31
<b>6</b>	<b>Premiers éléments sur l'impact du PST</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Synthèse et recommandations</b> .....	<b>47</b>
7.1	Points forts du PST.....	47
7.2	Points faibles du PST .....	49
7.3	Recommandations .....	53
<b>8</b>	<b>Références</b> .....	<b>57</b>

<b>9</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>58</b>
9.1	Annexe 1. Grille d’entretien pour les entretiens nationaux (administrations nationales, organismes de prévention et organisations syndicales .....	58
9.2	Annexe 2 : Grille d’entretien pour les porteurs des PRST des 3 régions retenues .....	61
9.3	Annexe 3 : Questionnaire de l’enquête auprès des DRTEFP.....	62
9.4	Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés .....	70
9.5	Annexe 5 : Monographie des 3 PRST.....	72

**Comité de pilotage :**

Présidé par Mme Mireille Jarry et composé de représentants des Bureaux CT 1, CT 2 et CT 3, de l'Inspection Médicale du Travail et de la Main d'Œuvre, du Département de l'animation, de la politique du travail et du contrôle, et des Directions Régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle d'Aquitaine, de Poitou Charente et du Nord Pas de Calais..

**Remerciements :**

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier pour leur accueil, toutes les personnes rencontrées ou interrogées par téléphone dans le cadre de cette évaluation et le Haut Comité de Santé Publique (HCSP).

## ***Principales abréviations utilisées***

<b>AFSSET</b>	Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
<b>ANACT</b>	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>ANR</b>	Agence Nationale de la Recherche
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CMR</b>	Cancérogène, Mutagène, Reprotoxique
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>CRPRP</b>	Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels
<b>DAP</b>	Département de l'Animation de la Politique du travail et du contrôle (Direction Générale du Travail)
<b>DARES</b>	Direction de l'Animation de la Recherche et des Etudes Statistiques
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DGT</b>	Direction Générale du Travail
<b>DPPR</b>	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)
<b>DRIRE</b>	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
<b>DRTEFP</b>	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
<b>DRTT</b>	Direction Régionale du Travail et des Transports
<b>DSCR</b>	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)
<b>GRSP</b>	Groupement Régional de Santé Publique
<b>IMTMO</b>	Inspection Médicale du Travail et de la Main d'œuvre (Direction Générale du Travail)
<b>INRS</b>	Institut National de Recherche et de Sécurité
<b>InVS</b>	Institut de Veille Sanitaire
<b>IPRP</b>	Intervenants en Prévention des Risques Professionnels
<b>MIRTMO</b>	Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>OPPBTP</b>	Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>ORST</b>	Observatoire Régional de la Santé au Travail
<b>PRSE</b>	Plan Régional de Santé-Environnement
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>PRST</b>	Plan Régional de Santé Travail
<b>PME-TPE</b>	Petites et Moyennes Entreprises – Très petites entreprises

# **1 PRESENTATION DU PST**

---

En France, depuis les années 1970, l'action conjuguée des entreprises, des partenaires sociaux et des pouvoirs publics, sous l'impulsion décisive de l'Union Européenne, a permis d'améliorer la santé, la sécurité et les conditions de travail des salariés. Cette action s'est traduite par une baisse importante des accidents du travail et par une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles.

Mais les progrès réalisés au cours des 30 dernières années dans tous les secteurs d'activité restent insuffisants. Des marges de progrès existent, en développant la prévention et un effort coordonné de l'ensemble des acteurs, afin de faire face à deux séries de tendances préoccupantes :

- d'une part, la tendance générale à la réduction des risques professionnels n'est pas homogène : la situation s'aggrave dans certains secteurs ou certaines populations (les jeunes, les salariés précaires, les nouveaux embauchés...), certaines maladies professionnelles sont en forte croissance (troubles musculo-squelettiques, cancers professionnels...), tout comme le nombre d'accidents du travail avec arrêt ;
- d'autre part, la nature des risques professionnels tend sans cesse à évoluer : cette caractéristique nécessite un système de prévention qui soit adapté à la fois aux transformations du monde du travail (parcours professionnels plus hachés notamment), au développement de pathologies à effet différé (amiante...) et à l'apparition de nouveaux facteurs de risques (stress au travail...).

Par ailleurs, certaines études épidémiologiques, dont l'enquête SUMER, montraient une dégradation des conditions de travail (accroissement de la pénibilité au travail, des contraintes, des expositions...). Un déficit de connaissances sur les dangers et les risques, avec un très faible nombre de substances évaluées, et l'insuffisance du contrôle et des moyens donnés à l'Inspection du Travail étaient également soulignés.

Tous ces éléments militaient en faveur d'une approche globale de la santé au travail, supposant une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la prévention. Il est alors apparu que seul un plan concerté et pluriannuel permettrait d'améliorer la situation et c'est ainsi qu'a été conçu le Plan Santé au Travail (PST), qui a été adopté en conseil des ministres le 23 février 2005.

Le PST constitue, pour les cinq années de sa durée (2005-2009), une nouvelle dynamique pour la mise en œuvre d'actions contribuant de manière effective à l'amélioration des conditions de travail et à une meilleure prévention des risques professionnels. Il marque la volonté des pouvoirs publics de rendre plus effective la politique de prévention, en structurant mieux le dispositif de prévention.

Le PST comprend 23 actions, de portée et de nature diverses, organisées autour des quatre objectifs suivants qui permettent la mise en place d'une approche transversale de la prévention :

- développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ;
- renforcer l'effectivité du contrôle ;
- refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail ;
- encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail.

## Résumé des objectifs et actions du PST :

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>
<b>Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel</b>	<b>01</b> - Introduire la santé au travail dans le dispositif de sécurité sanitaire <b>02</b> - Structurer et développer la recherche publique en santé et sécurité au travail <b>03</b> - Organiser l'accès à la connaissance <b>04</b> – Développer et coordonner les appels à projet de recherche en santé au travail <b>05</b> - Développer la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail
<b>Renforcer l'effectivité du contrôle</b>	<b>06</b> - Créer des cellules régionales pluridisciplinaires <b>07</b> - Adapter les ressources de contrôle aux dominantes territoriales <b>08</b> – Développer la connaissance des territoires et renforcer le système de contrôle <b>09</b> - Renforcer la formation des corps de contrôle en santé et sécurité au travail
<b>Refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail</b>	<b>10</b> - Structurer la coopération interministérielle sur la prévention des risques professionnels <b>11</b> - Réformer le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels <b>12</b> – Créer des instances régionales de concertation <b>13</b> - Améliorer et harmoniser la réglementation technique
<b>Encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail</b>	<b>14</b> - Moderniser et conforter l'action de prévention des services de santé au travail <b>15</b> – Mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux <b>16</b> - Repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi <b>17</b> - Refaire de la tarification des cotisations AT/MP une incitation à la prévention <b>18</b> - Encourager le développement de la recherche appliquée en entreprise <b>19</b> – Aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation a priori des risques <b>20</b> – Promouvoir le rôle des CHSCT dans tous les établissements <b>21</b> - Développer la prévention des accidents routiers au travail <b>22</b> - Promouvoir le principe de substitution des substances chimiques les plus dangereuses (CMR) <b>23</b> – Développer, dans les écoles et par la formation continue, la sensibilisation des ingénieurs et des techniciens aux questions de santé au travail

Chaque action est présentée sous forme d'une fiche organisée en 4 parties : justification, objectif, actions proprement dites (concrètes, devant permettre d'atteindre l'objectif fixé) et calendrier de mise en œuvre. Ces actions peuvent être conduites au niveau national ou régional, via les Directions Régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP).

Ce Plan impulse une dynamique interministérielle entre les six Ministères pilotes (Travail, Santé, Ecologie, Agriculture, Transports et Recherche) et se traduit par le partage de priorités d'actions communes. Il se caractérise donc aussi par de nombreuses articulations et complémentarités avec d'autres politiques publiques, aux niveaux sanitaire, environnemental et économique notamment. En particulier, ce Plan s'inscrit dans le sillage du Plan National Santé Environnement dont il décline un certain nombre d'actions.

Trois ans après la mise en œuvre du PST, le Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité a souhaité faire procéder à un bilan à mi parcours du Plan, de façon à avoir une vision globale de l'avancement du PST, à permettre d'éventuels ajustements sur la fin de la période et des recommandations pour l'avenir.

## **2 LA COMMANDE**

---

### **2.1 Finalités et objectifs de la mission d'évaluation**

Cette évaluation à mi parcours est **davantage centrée sur les processus et la mise en œuvre du PST et des actions prévues que sur les résultats** compte tenu de la durée d'application du plan. Elle avait pour finalités de :

- Faire valoir le **point de vue des différentes parties prenantes du PST** : acteurs nationaux et locaux pilotant ou mettant en œuvre le PST, administrations, agences et organismes de prévention, partenaires sociaux ;
- Etablir un **état d'avancement général des mesures prévues par le PST et les résultats significatifs obtenus**, du point de vue des acteurs ;
- Produire des **recommandations d'ajustement du PST** pour la fin de la période et pour l'avenir.

Le PST couvrant la période 2005-2009, la DGT tient un état d'avancement action par action du PST, qu'elle met à jour chaque année (le dernier figure dans le Bilan 2007 des Conditions de Travail). La commande n'incluait pas de réaliser ou mettre à jour cet état d'avancement des actions.

La mission s'est particulièrement attachée à évaluer :

- Les modalités de mise en œuvre du PST tant au niveau national que régional (élaboration, pilotage, moyens humains et financiers, priorités, rôle des cellules pluridisciplinaires, relations entre les différents acteurs...);
- La cohérence entre les objectifs initiaux et les actions réalisées, et l'appréciation des articulations avec les autres plans ministériels ;
- L'impact du PST sur le niveau régional.

Le champ de l'évaluation recouvre le PST dans son ensemble.

## **2.2 Méthodologie attendue**

La méthodologie précisée dans le cahier des charges de cette évaluation, permettait de prendre en compte et de croiser les points de vue des principaux acteurs et partenaires du PST. Elle retenait 3 axes méthodologiques complémentaires :

- Faire valoir le point de vue des différentes parties prenantes du PST : acteurs nationaux et locaux pilotant ou mettant en œuvre le PST, administrations, agences et organismes de prévention, partenaires sociaux ;
- Analyser l'avancement général des actions mises en œuvre, au niveau national et au niveau des régions ;
- Analyser la déclinaison régionale des PST au niveau de 3 régions, en termes d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'impact des PRST.

## **3 METHODE D'EVALUATION**

---

### **3.1 Méthode de travail**

Les questions évaluatives concernent les dimensions suivantes :

- La mise en œuvre du PST au niveau national et régional :
  - Au niveau des procédures et de la mise en œuvre des actions : modalités, partenariats, pilotage et animation, relations entre les acteurs, outils de suivi... ;
  - Au niveau de l'état d'avancement des actions : actions mises en œuvre, respect du calendrier, difficultés rencontrées...
- L'impact du Plan, l'efficacité des actions mises en œuvre (résultats significatifs à 2 ou 3 ans) ;
- La cohérence entre les actions mises en œuvre et les objectifs initiaux ;
- Les articulations avec les autres politiques nationales.

L'évaluation a combiné différentes approches :

- **La réalisation d'entretiens en face à face ou par téléphone** (entretiens qualitatifs ouverts et semi-directifs) avec les différents acteurs du PST au niveau national ou local ;
- **La réalisation d'une enquête par auto-questionnaire** auprès de toutes les DRTEFP ;
- **L'analyse de la déclinaison locale** du PST dans 3 régions via des entretiens auprès des responsables des PRST et de leurs principaux partenaires ;
- **L'analyse croisée** des informations recueillies (points de vue des différents acteurs).

### **3.2 Phase préparatoire**

Après une première réunion de cadrage avec la DGT, la phase préparatoire a permis une prise de connaissance du Plan Santé au Travail et la préparation des questionnaires et grilles d'entretien adaptés aux différents acteurs et partenaires pilotant ou mettant en œuvre le Plan. Ces questionnaires servent à recueillir les informations nécessaires aux différents volets d'évaluation prévus dans le cahier des charges.

#### ***Prise de connaissance du Plan Santé au Travail***

La description du PST et de ses différentes actions a reposé sur une première analyse des documents disponibles et sur les premiers échanges avec le commanditaire. Cette phase a permis également de faire le point sur les informations disponibles au niveau de la DGT ou des acteurs régionaux (état d'avancement ou rapport annuel de suivi par action...), éventuellement de façon standardisée (base de données de suivi des actions...).

## ***Elaboration des grilles d'entretien et du questionnaire***

Des grilles d'entretien ont été élaborées pour guider les différents entretiens auprès des acteurs nationaux pilotant ou mettant en œuvre le PST (ministères, agences, organismes de prévention et partenaires sociaux) et les responsables de 3 PRST.

Ces grilles sont globales en fonction des différents volets de l'évaluation. Elles ont été déclinées, lors de l'entretien, en fonction des personnes rencontrées et de leur rôle ou implication dans le PST. Elles exploraient les axes suivants :

Entretiens auprès des acteurs nationaux (grille complète en **Annexe 1**) : Recueil d'opinion sur les éléments suivants :

- élaboration du PST ;
- structuration du PST ;
- implication dans le PST, type d'actions auxquelles ils participent, état d'avancement et difficultés rencontrées ;
- pilotage et animation du PST au niveau national et régional ;
- suivi, évaluation du PST ;
- implication des acteurs et partenaires ;
- retour d'information vers les acteurs et partenaires du PST et autres communications ;
- opinion générale sur le PST : points forts, points faibles, impact, axes à améliorer, besoins non couverts.

Entretiens auprès des responsables des PRST (grille en **Annexe 2**) :

- modalités d'élaboration du PRST ;
- acteurs régionaux impliqués dans l'élaboration du PRST et à quel niveau ;
- existence de conventions partenariales ou de chartes d'engagement pour formaliser les partenariats ;
- modalités de choix des actions prioritaires, équilibre entre les priorités nationales et les priorités régionales ;
- mode de présentation du PRST aux partenaires sociaux ;
- manifestation régionale ayant ponctué le processus d'élaboration du PRST ;
- modalités de mise en œuvre des actions du PRST ;
- opérationnalité du CRPRP ;
- modalités d'animation en interne et en externe ; contribution de la cellule régionale pluridisciplinaire au PRST ;
- modalités de mise à jour du PRST ;
- articulation entre les programmes et actions du PRST et les autres politiques régionales (PRSP et PRSE notamment) ;
- appropriation des indicateurs du PST et données et mesures disponibles pour renseigner les indicateurs du PST.

Un questionnaire a été élaboré pour l'interrogation des DRTEFP (présenté en **Annexe 3**). Il abordait les axes suivants :

- Modalités d'élaboration et d'animation du PRST :
  - impact du PRST sur les partenariats ;
  - lien avec le dispositif sanitaire ;
  - choix d'actions prioritaires ;
  - apport de la cellule pluridisciplinaire mises en place dans les DRTEFP ;
  - difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des actions du PRST ;
  - informations et échanges concernant les autres PRST.
  
- Contribution de chaque région aux actions du PST (axe 4) :
  - implication dans l'élaboration du PST ;
  - développement de l'offre de service pluridisciplinaire des SST en direction des entreprises (action 4.1 du PST) ;
  - organisation d'actions de communication sur les risques psychosociaux (action 4.2) ;
  - conduite d'autres types d'actions sur les risques psychosociaux, en dehors de ces actions ;
  - développement de réseaux d'aide au maintien dans l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé (action 4.3) ;
  - développement des méthodes d'accompagnement permettant d'adapter les bonnes pratiques d'évaluation des risques professionnels aux moyennes, petites ou très petites entreprises (action 4.6) : détail des actions, public visé... ;
  - mise en place de lieux d'échange pour favoriser les échanges d'expérience entre les CHSCT (action 4.7) ;
  - types d'actions développées en matière de prévention des accidents routiers du travail et acteurs impliqués (action 4.8) ;
  - actions conduites en matière de substances chimiques les plus dangereuses (CMR) (action 4.9).
  
- Opinion des DRTEFP sur le PST :
  - information sur l'état d'avancement du PST,
  - principaux apports/points forts du PST,
  - points faibles et manques du PST,
  - éléments qui mériteraient d'être améliorés dans le PST,
  - nouvelles thématiques qui mériteraient d'entrer dans le PST,
  - impact perçu du PST.

### **3.3 Auditions d'administrations, partenaires sociaux, agences et organismes de prévention**

Cette phase avait pour objectif de connaître la position des différents partenaires et acteurs du PST vis-à-vis de la mise en œuvre du Plan et des actions qu'ils mettent en œuvre (seuls ou en partenariat) dans le cadre de ce Plan. Ces entretiens ont aussi été l'occasion de recueillir des informations plus qualitatives sur des points spécifiques (freins à la réalisation de certaines actions, explications de retards éventuels, interprétation des résultats obtenus...).

Ont été interrogés les acteurs suivants :

- Des représentants des administrations impliquées dans le PST (Santé, Travail, Transports, Recherche et Agriculture) : DGS, Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, DGT (CT, CT1, DAP et IMTMO), Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire (DPPR et DSCR) ;
- Les agences et organismes de prévention : AFSSET, ANACT, ANR, CNAMTS, DARES, INRS, InVS, OPPBTP... ;
- Les partenaires sociaux : représentants des salariés (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC et CFE-CGC) et représentants des employeurs (MEDEF, CGPME et UPA).

Les coordonnées des différents acteurs ont été fournies par la Direction Générale du Travail. La liste figure en **Annexe 4**.

### **3.4 Enquête auprès des DRTEFP**

Une enquête postale a été réalisée auprès de l'ensemble des DRTEFP, à partir du questionnaire établi en phase préparatoire. Cette enquête avait pour objectifs de connaître les modalités retenues pour l'élaboration et l'animation du PRST, la contribution de chaque région aux actions du PST et l'opinion des DRTEFP sur le PST.

Le questionnaire a été envoyé par courrier et par mail fin août 2008, accompagné d'un courrier du Ministère présentant la mission d'évaluation et d'une enveloppe préaffranchie pour un retour direct sans frais, à Cemka-Eval. Plusieurs relances ont été réalisées. Fin octobre 2008, à l'exception de la Corse, toutes les DRTEFP avaient répondu à l'enquête (soit 21 sur 22).

Les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie et d'une analyse sous le logiciel SAS®. Les questions en clair ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

### **3.5 Analyse spécifique de 3 plans régionaux de santé au travail**

Trois plans régionaux, dont la mise en œuvre est effective, ont été retenus par le commanditaire. Il s'agit des régions Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes.

L'analyse de ces PRST avait pour but d'apporter un éclairage sur la déclinaison régionale du PST en région, en décrivant ces plans sur l'ensemble de la procédure mise en place et en dégagant les points communs et les spécificités des trois expériences étudiées.

Des entretiens ont été réalisés en face à face avec les responsables des PRST (DRTEFP et partenaires en cas de co-animation). Des entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès des principaux partenaires dans chaque région (liste en [Annexe 4](#)).

### **3.6 Limites de la mission**

La mission n'incluait pas de réaliser un état d'avancement action par action du PST. L'analyse est basée sur les données transmises par la DGT (tableau de bord) et le recoupement des informations recueillies auprès des acteurs concernés.

L'enquête auprès des DRTEFP est déclarative et recueille l'opinion des acteurs régionaux. Confrontés aux éléments colligés dans les entretiens (au niveau national et au niveau des 3 régions concernées par les PRST retenus), les résultats de cette enquête paraissent plus positifs. Ils traduisent souvent un niveau d'avancement inégal (actions en cours de réflexion parfois considérées comme réalisées, dispositif mis en place dans certaines zones de la région...). Nous avons considéré que les entretiens et auditions apportaient un éclairage à certains résultats et permettaient de préciser certains points (entretiens ouverts ou semi-ouverts).

Le focus sur 3 PRST devait constituer une illustration de la mise en place sur le terrain des PRST, de la phase d'élaboration à la mise en place sur le terrain des actions inscrites dans ces plans. Il ne s'agissait pas de réaliser l'évaluation de ces plans. A noter que les 3 régions retenues apparaissent relativement dynamiques par rapport à l'ensemble des régions françaises.

L'évaluation a été réalisée sur un délai relativement court (5 mois). Elle est centrée sur les aspects organisationnels du PST (« structures, procédures ») et non sur les résultats/impact à proprement parler, l'impact à court terme étant par ailleurs difficile à appréhender en matière de prévention.

## **4 EVALUATION A MI-PARCOURS DU PST AU NIVEAU NATIONAL**

---

Cette partie présente la synthèse des entretiens réalisés auprès des administrations nationales, organismes de prévention et organisations syndicales et des DRTEFP (sur certains éléments seulement pour ces dernières) sur le PST du point de vue de différents critères, correspondants aux parties suivantes.

Les verbatim les plus significatifs sont repris entre guillemets, dans l'analyse. Ils n'engagent que leurs auteurs.

### **4.1 Elaboration du PST**

Le PST représente d'un commun accord, un signal politique fort de la part du Ministère chargé du Travail qui communique ainsi ses priorités en matière de Santé au Travail. Il constitue une initiative importante basée sur une bonne « philosophie » présentée dans le préambule du PST :

- « Le PST s'intègre dans la loi de Santé Publique 2004. Il est reconnu comme un plan d'organisation et d'actions gouvernemental qui répondait à une directive et aux exigences de la problématique de l'amiante (via les arrêts de la cours de Cassation (février 2002) reconnaissant le caractère inexcusable de la faute commise par les employeurs dont les salariés avaient été exposés à l'amiante sans que des mesures suffisantes de prévention et de protection n'aient été prises – et précisant l'obligation de sécurité comme une obligation contractuelle des employeurs, trouvant son fondement dans le contrat de travail lui-même). Le PST représente la version française de la stratégie européenne en matière de santé au travail et a le mérite de mettre pour la première fois à plat toute la problématique de la santé au travail. Il constitue un premier pas ».
- Une bonne communication a été menée dans les médias au moment de l'émergence du Plan (via le Ministre chargé du Travail, Monsieur Gérard Larcher) avec communication sur des « indicateurs forts ». Mais au total sur l'ensemble de la période, on note un manque de communication et de lisibilité du Plan, notamment par rapport au PNSE.
- Du point de vue du diagnostic / bilan initial, dans l'ensemble, les acteurs interrogés estiment avoir participé à l'état des lieux statistiques. Mais certains ont précisé que ce bilan aurait pu être un objectif du PST visant à établir une centralisation des données statistiques de tous les régimes.

D'un autre côté, différents éléments méritent d'être soulignés :

- *Un manque de concertation et de collaboration en amont :*
  - Plusieurs acteurs (organismes ou agences de prévention notamment) regrettent d'avoir été très peu sollicités ou trop tardivement : notamment l'ANACT et l'InVS.
  - Cette implication tardive explique le sentiment que le PST a été construit en parallèle des programmes des autres organisations ou acteurs.
  - Certaines administrations regrettent d'avoir été consultées pour donner leur avis en même temps que les partenaires sociaux, en fin de procédure. Les acteurs auraient souhaité une meilleure collaboration en amont.

- *Une relative rapidité d'élaboration, « impression de précipitation » :*
  - Lorsque les administrations ou organismes de prévention ont été sollicités pour relire un premier document, la collaboration s'est faite dans l'urgence, donc de façon plus ou moins efficace (« Besoin d'aller vite pour rester crédible dans l'actualité du PNSE ») et avec le sentiment que leurs remarques ont été prises en compte assez modérément.
  - « 10 jours pour donner son avis et valider le PST ».
- *Des insuffisances notées dans différents domaines :*
  - Il a été souligné un manque d'ouverture notamment par rapport aux sujets émergents insuffisamment pris en compte (risques psycho-sociaux, nanotechnologies...). Mais d'autres rappellent que le PST a identifié les priorités qui s'imposaient en 2004, lors de son élaboration, et qu'en matière de recherche, le Plan a permis le développement de la recherche notamment sur des thèmes tels que les nanoparticules.
  - Certains champs complets échappent au PST (travailleurs indépendants, artisans, fonction publique) ou sont insuffisamment pris en compte (volet agricole). « L'agriculture a des particularités (essentiellement des très petites entreprises, saisonnalité, phénomènes climatiques...) qui doivent être traitées et prises en compte dans le PST » selon le Ministère de l'Agriculture. Toutefois, ces domaines sont hors champ du Ministère du Travail et de la DGT.
  - Il n'y a pas de vraie partie sur le lien entre conditions de travail et santé (vision plus macroéconomique) dans la construction du PST, toutefois ce sont des éléments qui sont repris dans la conférence relative aux conditions de travail.
  - La méthode d'élaboration du PST est remise en cause par certains partenaires : pas de réelle définition de priorités, pas de réflexion assez aboutie sur le système d'information ou sur l'évaluation.
  - L'ANACT trouve positif que le PST soutienne le dispositif français de médecine du travail (spécifique), mais regrette qu'il n'y ait pas eu d'action forte du Ministère du Travail sur le Ministère de la Santé et de l'Education Nationale pour augmenter le numerus clausus des médecins du travail dès 2004-05.

➔ Au total, la pertinence du PST est reconnue par l'ensemble des partenaires mais certains acteurs nationaux (administrations) font le constat d'une élaboration précipitée, non suffisamment concertée en amont, et d'une prise en compte assez modérée des remarques ou propositions. La collaboration est qualifiée d'insuffisante en amont. Le manque d'intégration dans le PST des programmes nationaux de l'ensemble des acteurs (administration), ne favorise pas le décloisonnement, et la coordination tant nationale que régionale.

### ***Champs pris en compte***

Dans le choix des priorités, quelques champs importants n'ont pas été pris en compte ou l'ont été insuffisamment selon certains acteurs :

- Le bruit, qui constitue la 4<sup>ème</sup> cause de maladie professionnelle déclarée et reconnue chez les salariés du régime général en 2006 (en ré-augmentation depuis 2003 selon les statistiques de la CNAMTS), qui a été retenu par 3 PRST.

- Les TMS, qui n'ont été intégrés que très partiellement dans le PST et mériteraient d'être davantage pris en compte.
- Les risques liés aux formes d'emploi atypiques (intérim, contrats précaires, sous-traitance), d'autant plus que certains risques sont actuellement transférés sur les sous-traitants dans certaines entreprises. A noter toutefois que cette thématique est prise en compte par ailleurs, via la charte nationale sur les intérimaires mise en place avec la DGT et dans le plan d'action national de l'inspection du travail.
- Les interférences entre les différentes expositions et le cumul d'expositions (stress et TMS par exemple), d'autant que les travailleurs sont le plus souvent exposés conjointement à plusieurs risques.
- Le PST n'aborde pas suffisamment la sécurité routière (seulement dans la fiche 4.8, qui renvoie au plan de lutte contre l'insécurité routière) alors que l'accidentologie est la première cause des accidents du travail.
- Le PST n'aborde pas la médecine du travail (réformée en 2004).
- Le PST est jugé trop timide par rapport aux petites entreprises. Il est souhaitable que les branches professionnelles soient actrices. Il existe par ailleurs des risques communs pour les salariés de différentes petites entreprises (d'un même centre commercial par exemple), et donc des réflexions et actions à encourager dans ce domaine.
- Le Ministère de l'Agriculture a des idées à développer, des axes prioritaires d'intervention. Certaines actions du PST sont cohérentes avec celles du Ministère de l'Agriculture (risques CMR, TMS). Il existe cependant des spécificités pour les risques liés aux produits phytosanitaires en agriculture, plus larges que les CMR, et plus de risques spécifiques liés par exemple au machinisme.

A noter que ces éléments recourent en grande partie les recommandations faites par le HCSP dans le cadre de l'évaluation de l'atteinte des objectifs de la loi de santé publique de 2004 qu'il a réalisé en 2008 (Rapport publié début 2009).

D'autres thématiques ont été citées de façon plus ponctuelle par des DRTEFP (10 sur 21 en ont cité au moins une dans l'enquête) ou d'autres acteurs nationaux : les effets de l'organisation du travail (même s'il s'agit d'un vaste sujet), les risques sur les chantiers du BTP (notamment les risques liés aux nouvelles organisations de travail), le problème de l'amiante dans les bâtiments (distinct de celui des CMR), les nouveaux risques (nanotechnologies et matériaux composites), la gestion de l'âge des salariés, et les pathologies professionnelles émergentes.

## 4.2 Structuration et articulations avec les autres plans nationaux

Le préambule du PST précise clairement la volonté d'articulation et de cohérence avec les autres plans et politiques : Politiques de Santé Publique, loi de financement de la Sécurité Sociale (2003) avec la COG Etat / Branche AT/MP de la CNAMTS (2005), PNSE, Cohésion Sociale, Plans Cancer, Sécurité Routière notamment.

Les acteurs interrogés ont observé ces *articulations dans les faits notamment avec le PNSE, la Loi de Santé Publique et le Plan Cancer* :

- Il existe une articulation et des passerelles avec le Plan Cancer. La nécessité d'améliorer les connaissances sur les risques cancérigènes professionnels et environnementaux et sur l'importance des cancers liés à ces expositions est inscrite dans le Plan Cancer. Cet objectif est également repris dans le Plan National Santé-Environnement (PNSE), qui prévoit de renforcer l'évaluation des risques sanitaires liés aux substances chimiques (y compris en milieu professionnel) et de renforcer les connaissances scientifiques des effets de l'environnement sur la santé humaine.
- Certains éléments du PST figuraient déjà dans le PNSE (cf. Construction du PST en reprenant les actions santé-travail prioritaires qui avaient été incluses dans le PNSE) ou dans loi Santé Publique de 2004 (ex : fiche 1.3 : partenariat avec CNAMTS).
- Le PST a repositionné la problématique santé au travail par rapport à la santé Environnement (fortement médiatisée par le PNSE). Il s'agit de deux problèmes qui ont des points de convergences mais dont les particularités et les divergences doivent être prises en compte.
- Le volet Recherche du PST est également le volet recherche du PNSE (sous-ensemble). Le diagnostic en matière de recherche / axes de recherche avait déjà été défini dans le cadre du PNSE. Il y a eu un état des lieux assez large auprès des organismes de recherche (une fiche thématique par problème). L'AFSSET coordonne des appels à projets de recherche dans le champ Santé/Environnement/Travail. Par ailleurs, des articulations/partenariats sont établis entre l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), l'AFSSET et l'INCa. Il existe un programme de recherche santé environnement travail (PREST) coordonné par l'AFSSET.
- Les acteurs nationaux ayant des échelons régionaux (assurance maladie, agriculture notamment), relèvent qu'au niveau régional, l'articulation des différents plans apparaît complexe (PRSP, PRSE et PRST). Dans certaines régions, les "outils santé" (GRSP et PRSP) semblent avoir compliqué l'exercice alors que d'autres régions se sont appuyées sur ces dispositifs pour mettre en œuvre leur PRST.

Malgré cette volonté d'articulation, les acteurs interrogés ont précisé :

- Le *problème de temporalité des Plans* entre eux (Plan Cancer, Plan Sécurité Routière...) pouvant entraîner des problèmes de coordination entre ces Plans : échéances différentes...
- *La cohérence avec les autres Plans devra se poursuivre avec les nouveaux plans* (prolongation de plans existants) (Plan Cancer 2...).

→ Au total, les acteurs ne se prononcent pas vraiment sur la structuration générale stricto sensu du PST. Cette structuration choisie par la DGT est jugée plutôt claire, correcte mais certains acteurs précisent le manque de

cohérence entre les objectifs et les actions et avec les indicateurs choisis (indicateurs « médiatiques »). Certains ont précisé que sur la période du Plan, il aurait été opportun d'établir une veille ou un observatoire, afin de faire évoluer le Plan (dimension prospective). L'articulation avec les autres Plans Nationaux est sous-jacente, mais pas toujours clairement exprimée et difficile à mettre en place dans certaines régions. La problématique de la temporalité des différents Plans est également soulevée. Enfin certains champs ne sont pas abordés dans le PST.

### **4.3 Mise en œuvre, acteurs impliqués, avancement des actions**

Il reste difficile aujourd'hui pour les différents acteurs interrogés de réellement juger la mise en œuvre du PST. Ils constatent que l'organisation se met en place petit à petit, mais précisent tous qu'ils « ne savent pas vraiment ce que font les autres acteurs ou partenaires ».

Le tableau suivant présente une synthèse des actions réalisées dans le cadre du PST. Il présente l'avancement général en décembre 2008, par grand type d'action, sans reprendre l'ensemble des « actions élémentaires » comme peut le faire la DGT en interne. Il ne présente pas de résultats d'impact.

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>	<i>Bilan global de la mise en œuvre en novembre-décembre 2008</i>
<b>Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel</b>	<b>01</b> - Introduire la santé au travail dans le dispositif de sécurité sanitaire	- Création de l’AFFSET – Ordonnance du 1er Septembre 2005 - 2007 : budget recherche du ministère du travail (1 million d’euros= budget AFSSET)
	<b>02</b> - Structurer et développer la recherche publique en santé et sécurité au travail	La recherche publique est financée par plusieurs acteurs dont l’ANR, l’AFSSET et l’INCA/ARC qui ont fait des appels à projets de recherches sur la Santé au Travail. Au total en 2007 :
	<b>03</b> - Organiser l’accès à la connaissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 22 projets en santé travail financés à l’AFSSET</li> </ul>
	<b>04</b> – Développer et coordonner les appels à projet de recherche en santé au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 7 projets en santé travail financés à l’ANR</li> <li>■ 7 projets financés par l’INCA / ARC</li> </ul> <p>L’AFSSET assure le secrétariat scientifique du programme de recherche santé environnement travail (PREST).</p> <p>Convention cadre triennale 2007-2009 entre l’AFSSET et l’INVS.</p> <p>Convention triennale entre Ministère du Travail, Ministère délégué à l’enseignement supérieur et à la recherche et l’ANR : renforcement du potentiel de recherche dans le domaine Santé au travail.</p> <p>Création de pôles scientifiques pluridisciplinaires dans le domaine Santé et Travail (5 régions)</p>
	<b>05</b> - Développer la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail	Réflexions en cours entre les professionnels, la DGT et la DGS.
<b>Renforcer l’effectivité du contrôle</b>	<b>06 - Créer des cellules régionales pluridisciplinaires</b>	Les cellules sont créées dans les régions : 15 en 2005 et 2006 ; 23 cellules en 2008 : 100% des régions ont une cellule pluridisciplinaire. Création d’un groupe national de suivi des cellules : Accompagnement et Animation par la DGT (SAT)
	<b>07 - Adapter les ressources de contrôle aux dominantes territoriales</b>	Un accompagnement en formation est assuré par l’Institut national du travail, de l’emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) afin d’offrir des formations pluridisciplinaires sur les outils d’intervention et des méthodes de travail adaptés.
	<b>08 – Développer la connaissance des territoires et renforcer le système de contrôle</b>	Un plan de Modernisation et de Développement de l’Inspection du travail (PMDIT) a été créé en 2007 pour renforcer les effectifs et développer une offre pluridisciplinaire.
	<b>09 - Renforcer la formation des corps de contrôle en santé et sécurité au travail</b>	

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>	<i>Bilan global de la mise en œuvre en novembre-décembre 2008</i>
<b>Refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail</b>	<b>10 - Structurer la coopération interministérielle sur la prévention des risques professionnels</b>	Objectif en attente
	<b>11 - Réformer le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels</b>	<p>Le CSPRP a été transformé en Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT) (décret du 25 novembre 2008). Son installation est prévue au début de l'année 2009. Les deux lignes directrices de la réforme sont l'actualisation des missions et la rationalisation de la concertation sociale dans le domaine de la protection des risques professionnels. Il en résulte une série de novations : Les missions et structures du Conseil supérieur sont réaménagées dans une perspective plus transversale, intégrant l'ensemble des instruments de la « politique du travail » et, en particulier, la connaissance et les plans d'action, à côté de la réglementation. La Commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail en agriculture, instance propre au secteur agricole et fonctionnant jusqu'à présent en parallèle du COCT, est intégrée à ce conseil dont elle devient une formation spécialisée d'un comité unique, moyennant des règles de compétence et de composition appropriées.</p> <p>Le COCT demeure un comité consultatif. Toutefois, à côté de sa consultation classique, par l'Etat, sur ses projets de réglementation et d'action, est créée une procédure lui permettant de formuler des avis, de sa propre initiative. Le Conseil est également assisté d'un observatoire de la pénibilité chargé d'apprécier la nature des activités pénibles dans le secteur privé et public et de proposer toute mesure de nature à améliorer les conditions de travail de ces salariés.</p> <p>Le COCT a une dimension interministérielle accentuée, il poursuit le décloisonnement (Santé, Environnement, Industrie... mais aussi, secteur public), le vivier des organismes experts est élargi (en particulier avec l'AFSSET et l'InVS). Enfin, une représentation associative y est introduite.</p>
	<b>12 – Créer des instances régionales de concertation</b>	<p>Les CRPRP ont été créés (décret du 10 mai 2007) et la quasi totalité des régions ont mis en place cette instance qui est notamment chargée de rendre un avis sur les PRST.</p> <p>La totalité des régions ont mis en place un PRST.</p>
	<b>13 - Améliorer et harmoniser la réglementation technique</b>	Réflexions en cours sur l'harmonisation des différents codes, la simplification et la lisibilité de la réglementation technique.

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>	<i>Bilan global de la mise en œuvre en novembre-décembre 2008</i>
<b>Encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail</b>	<b>14 - Moderniser et conforter l'action de prévention des services de santé au travail</b>	<p>En cours : Suite au rapport de la mission Pluraliste IGAS-IGAEN des professeurs Frimat et Conso (bilan sur la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail, remis en octobre 2007), le ministre a adressé en juillet 2008, à l'issue de la deuxième conférence sur les conditions de travail, un document d'orientation aux partenaires sociaux qui ont jusqu'en février 2009 pour engager d'éventuelles négociations. Ces résultats seront pris en compte dans le cadre de la réforme législative.</p> <p>La totalité des régions déclarent développer une offre de services pluridisciplinaire aux entreprises (action 4.1 du PST) dans le cadre de l'exploitation du questionnaire adressé par CEMKA aux DRTEFP.</p>
	<b>15 – Mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux</b>	<p>Réflexion en cours avec les services de Santé au travail.</p> <p>Remise en mars 2008 du rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron sur « la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux » : réalisation d'un état des lieux et réflexions sur les indicateurs avant la définition d'actions.</p> <p>71% des régions déclarent organiser des actions de communication sur les risques psychosociaux (action 4.2) dans le cadre du questionnaire adressé par CEMKA aux DRTEFP.</p>
	<b>16 - Repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi</b>	<p>Réflexions incluses dans le cadre de la réforme de la médecine du travail et prenant en compte les préconisations du rapport de Hervé Gosselin (rapport relatif à l'aptitude et l'inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives, janvier 2007) (Cf. action 14).</p> <p>L'exploitation du questionnaire adressé aux DRTEFP montre que 85% des régions déclarent développer un réseau d'aide au maintien de l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé (action 4.3).</p>
	<b>17 - Refaire de la tarification des cotisations AT/MP une incitation à la prévention</b>	<p>Un groupe de travail (IGAS, DGT, DSS, CNAMTS) a expertisé l'impact sur les entreprises en la branche AT/MP de différents scénarii. Le 12 mars 2007, les partenaires sociaux ont signé un protocole d'accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels. Cet accord a été transposé dans la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2009 pour inciter les entreprises à une meilleure prévention, notamment les PME-TPE.</p>
	<b>18 - Encourager le développement de la recherche appliquée en entreprise</b>	<p>Pas d'avancée particulière sur cet axe.</p>

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>	<i>Bilan global de la mise en œuvre en novembre-décembre 2008</i>
	<b>19 – Aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation a priori des risques</b>	<p>Actions continues des services du Ministère du Travail. Mise en œuvre de mesures visant à mieux soutenir les TPE-PME dans leur démarche d'évaluation des risques : création d'un site Internet dédié aux conditions de travail (« travailler-mieux.gouv.fr »), développement des contrats de prévention simplifiés entre CRAM et entreprises, réforme du FACT orienté vers les PME-TPE et dont la mise en œuvre est confiée à l'ANACT et son réseau, pour répondre aux besoins les plus près du terrain.</p> <p>Dans le cadre de l'exploitation du questionnaire adressé aux DRTEFP, 95% des régions déclarent développer des méthodes d'accompagnement des entreprises (action 4.6)</p>
	<b>20 – Promouvoir le rôle des CHSCT dans tous les établissements</b>	<p>A l'issue de la conférence sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, un document d'orientation a été transmis aux partenaires sociaux le 22/11/2007 (mise en place d'un cadre pour le dialogue social sur les conditions de travail dans les PME-TPE, le rôle et les missions des CHSCT, la durée des mandats et la formation des représentants du personnel à cette instance, les modalités d'alerte sur les conditions de travail par les salariés).</p> <p>Les partenaires sociaux ont conditionné l'avancée des négociations à la transposition des accords sur la tarification et la prévention des risques professionnels (cf. loi de financement de la sécurité sociale 2009). Résultats de négociations avec les partenaires sociaux en attente.</p> <p>Dans le cadre du questionnaire adressé à CEMKA, 50% des régions déclarent avoir mis en place de lieux d'échange pour favoriser les échanges d'expériences entre les CHSCT (action 4.7)</p> <p>Le site internet « travailler-mieux.gouv.fr » disposera d'un forum national d'échanges avec les CHSCT.</p>
	<b>21 - Développer la prévention des accidents routiers au travail</b>	<p>Un comité de pilotage national pour la prévention du risque routier professionnel a été créé par arrêté du 27 mars 2006 (cf. <a href="http://www.risqueroutierprofessionnel.fr/-Les-institutions-s-engagent-.html">http://www.risqueroutierprofessionnel.fr/-Les-institutions-s-engagent-.html</a>). Il rassemble DGT, Sécurité Routière, CNAMTS, CNRACL et CCMSA. Il propose des plans pluriannuels (2006-2009) et en assure le suivi (élaboration de codes de bonnes pratiques, actions sur le véhicule utilitaire léger...).</p> <p>Inscription du risque routier dans de nombreux PRST (90,5% des régions déclarent avoir mis en place des actions de prévention des accidents routiers du travail (action 4.8 du PST).</p> <p>Initiatives de l'INRS de coordonner des recherches dans ce domaine.</p> <p>Diminution relative des accidents routiers (cf. étude DREES).</p>

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>	<i>Bilan global de la mise en œuvre en novembre-décembre 2008</i>
	<p><b>22 - Promouvoir le principe de substitution des substances chimiques les plus dangereuses (CMR)</b></p>	<p>Signature de 3 conventions (chimie, métallurgie, peinture cf. <a href="http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/discours/signature-accords-prevention-risques-cmr-avec-trois-federations-professionnelles-uimm-uic-fipec-discours-xavier-bertrand-21-04-2008-.html">http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/discours/signature-accords-prevention-risques-cmr-avec-trois-federations-professionnelles-uimm-uic-fipec-discours-xavier-bertrand-21-04-2008-.html</a>). Elaboration d'une campagne de contrôle commune entre les CRAM et les services de l'inspection du travail afin de sensibiliser les entreprises.</p> <p>100% des régions déclarent avoir mis en place des actions de prévention des accidents chimiques (action 4.9 du PST)</p>
	<p><b>23 – Développer, dans les écoles et par la formation continue, la sensibilisation des ingénieurs et des techniciens aux questions de santé au travail</b></p>	<p>A l'issue de la conférence sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, M. William Dab a été chargé par le Ministre du Travail (soutien technique DGT) et le Ministre de l'Enseignement Supérieur de réfléchir sur l'élaboration d'un ou de plusieurs référentiels de formation sur la santé sécurité au travail dans les programmes des écoles formant les futurs ingénieurs et managers (formation initiale des grandes écoles, formation continue). Ce rapport a été remis en juillet 2008.</p> <p>Les conclusions de ce rapport font actuellement l'objet d'une expertise par l'administration en lien avec les partenaires sociaux.</p>

## **4.4 Pilotage, animation, retour d'information vers les acteurs impliqués**

### **Pilotage National, Animation**

D'un avis général :

- Il n'y a pas de réelle visibilité sur le pilotage (modalités de suivi surtout) du PST, assuré par la DGT.
- Le CSPRP n'est pas le Comité de pilotage du PST, mais permet de se tenir informé sur le PST.

Les acteurs déplorent un manque de visibilité sur l'avancement et le pilotage du PST. Ils reçoivent le Bilan des Conditions de Travail de la DGT. Le pilotage est « certainement effectué par la DGT, mais il faudrait un pilotage interministériel ».

Le CSPRP qui existait avant le PST, est perçu comme « un lieu qui permet de se tenir informé », endroit où est présenté un bilan des conditions de travail», qui comprend des parties du PST mais présentées de manière non structurée par action du PST. Ce conseil est présidé par le ministre du travail, il y est fait un point sur la politique de la santé au travail, le PST est évoqué mais n'est pas piloté par cette instance. Il est également et surtout destiné à l'expression des partenaires sociaux. Il n'y a pas d'état d'avancement du PST, « pas d'automatisme en ce sens ».

Certains acteurs interrogés précisent qu'il est possible de s'informer via le site Internet du Ministère du Travail ou directement auprès des services de la DGT.

Les constats suivants ont été formulés :

- L'idéal serait de disposer d'une entité ad hoc : le pilotage du plan devrait être assuré par le COCT qui comprend l'ensemble des acteurs. Jusqu'à présent, la conférence des conditions de travail a joué le rôle d'animation du PST, qui n'était pas prévu dans le PST ;
- Il n'y a pas de groupe de suivi interministériel ;
- Les acteurs notent un manque de retour sur ce qui se fait au niveau régional, malgré les journées nationales des PRST, jugées très intéressantes ;
- Il y a eu quelques réunions au niveau national, mais pas de suivi ni de retour d'information sur la mise en œuvre du PST et l'avancement des actions ;
- Il n'y a pas de comité d'évaluation (comme pour l'évaluation PNSE).

### **Pilotage régional**

- L'intégration des PRST dans les PRSP dépend de chaque région. Les niveaux d'implication peuvent être différents d'une région à l'autre, même s'il est prévu que le PRST soit englobé dans le PRSP (une « brique » du PRSP).
- Le manque de coordination CNAMTS – MSA – RSI - DGT au niveau national, entraîne un manque de coordination de leurs échelons régionaux respectifs.
- Il peut être difficile pour les partenaires régionaux de s'approprier le Plan compte tenu du nombre de plans régionaux préexistants (PRSP, PRSE, Cancer...) mis en œuvre sur le territoire régional. Cette situation peut impacter la mise en œuvre des PRST, du fait notamment des modalités de gouvernances spécifiques au PRST (CRPRP – Conférence Régionale de Santé).

NB : La loi de santé publique du 9 août 2004 a retenu 100 priorités nationales dans le domaine de la santé publique et confié au Préfet de Région la responsabilité de l'élaboration d'un Plan Régional de Santé Publique (PRSP) arrêté après avis de la Conférence Régionale de Santé. Le niveau régional est considéré comme le niveau pertinent pour coordonner et mettre en œuvre des actions de santé publique.

#### **Articulation National – Régional**

- Les acteurs nationaux ont une vision « parcellaire » de ce qui se fait au niveau régional, via leurs échelons respectifs. Pour beaucoup, les PRST ne sont pas assez cadrés (« régionalisation sans coordination »).
- Le besoin d'avoir une remontée d'information et d'une communication a minima sur ce qui se fait au niveau régional est clairement exprimé.
- Certains évoquent le manque d'un « échelon / lien » entre le niveau national et le niveau régional. Les PRST « pourraient/ devraient être soumis à commentaire/Validation /Avis d'un niveau national ».

→ Au total, les acteurs expriment un manque de visibilité sur l'avancement et la mise en œuvre du PST. Ils souhaiteraient une restitution structurée de l'avancement du PST par action et un point d'avancement par rapport au calendrier de mise en œuvre prévu. Ces éléments sont indispensables pour pouvoir piloter en temps réel et recadrer, réorienter en cas de besoins repérés. Il n'y a pas de visibilité non plus sur ce qui se passe au niveau régional. Chaque institution a ses propres retours (« échos »). Les conditions de la réussite de la déclinaison régionale dépendent de l'affichage des priorités nationales

## **4.5 Suivi, évaluation du PST**

Directement reliés au pilotage du PST, le suivi et surtout l'évaluation font, du point de vue des partenaires interrogés, défaut. Cependant en la matière, il reste difficile d'évaluer l'impact à court terme. Du point de vue général, des indicateurs de moyens et d'organisation (indicateurs intermédiaires) doivent être mis en place : il n'y a pas de tableaux de bord de suivi ni de pilotage communiqués à l'ensemble des acteurs. « Quels sont les outils mis en place par la DGT pour l'évaluation ? », « Comment recadrer, mesurer l'effort ?... ».

Pour la plupart des acteurs interrogés, les objectifs quantifiés retenus ne sont, pas réalistes et les indicateurs correspondants sont jugés « non travaillés » ou non pertinents (en particulier « baisse des TMS »). De nombreux acteurs interrogés ont signalé l'importance de cet axe pour l'avenir. Les indicateurs d'évaluation devront prendre en compte les doubles comptes et les chiffres non consolidés (entre les différents secteurs, branches...). Concernant l'évaluation, plusieurs acteurs mettent l'accent sur les limites des statistiques d'AT/MP qui ne prennent pas en compte les statistiques agricoles, ni de la fonction publique, de la pêche, de la SNCF, des indépendants... Certains ont relevé :

- Manque de suivi et d'animation (réunion ou document) ;
- Besoin d'une visibilité au minimum de l'action de chacun.
- Tant au niveau national qu'au niveau régional, le choix d'indicateurs pertinents reste un chantier majeur et prioritaire. Les acteurs relèvent la difficulté de la tâche. Il faut un travail préalable sur le diagnostic pour construire des indicateurs pertinents, et donc investir en amont sur les moyens d'organisation de la connaissance (statistiques, état des lieux..).

- L'insuffisance du système de veille et du système d'information est également pointée.

Le point de vue des acteurs régionaux rejoint celui des acteurs nationaux : les résultats de l'enquête par questionnaire, montrent que seules 2 DRTEFP se sentent suffisamment informées de l'état d'avancement du PST dans son ensemble. Les autres s'estiment peu informées (14/21), voire pas du tout informées (5/21). La majorité des DRTEFP souhaitent donc être plus informées (95%) : via des bilans plus réguliers de l'avancement des actions (cité par 5 DRTEFP), une lettre électronique ou mails (3 DRTEFP), le développement d'un site internet-intranet pour l'ensemble des PRST (3 DRTEFP) ou la diffusion de synthèses des réunions/journées PRST (1 DRTEFP).

→ Au total, les acteurs interrogés constatent un défaut d'information sur le suivi et un défaut d'évaluation du Plan, tous étant conscients du manque de données disponibles dans le domaine et de la difficulté à définir des indicateurs pertinents. Un partage de réflexions est demandé sur l'évaluation : mise en place d'outils, tableaux de bord, définition d'indicateurs pertinents... L'impact du PST reste difficile à démontrer. Une évaluation aurait été souhaitable et souhaitée dès 2007. Les acteurs mettent en évidence le besoin de mesurer l'effort fait par tous, tant au niveau national que régional, pour poursuivre la mobilisation. De nombreux acteurs souhaitent a minima un tableau de bord pour chaque action, avec quelques indicateurs et des informations par rapport au respect du calendrier.

Chaque année, un bilan annuel de l'état d'avancement du PST est inclus dans le bilan des conditions de travail qui est présenté en séance plénière aux membres du CSPRP. Il serait intéressant de le compléter par une présentation action par action du PST, afin de disposer d'une vision globale de son avancement et de ses résultats.

## 5 MODALITES DE DECLINAISON DU PST AU NIVEAU REGIONAL

Les deux premières parties de ce chapitre présentent les résultats de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des DRTEFP. La troisième partie correspond à l'analyse spécifique de 3 PRST.

### 5.1 Elaboration et animation des PRST

#### *Elaboration du PRST et impact du PRST sur les partenariats régionaux*

**Tableau 1 : Mode d'élaboration du PRST**

	Cité en mode d'élaboration principal		Cité comme mode d'élaboration	
	N	%	N	%
Comme une déclinaison du PST	13	65%	16	76,2%
Comme une déclinaison du PRSE de votre région	1	5%	7	33,3%
Comme une « brique » du PRSP de votre région	4	20%	10	47,6%
Déclenchement d'une dynamique de planification à part	2	10%	8	38,1%

Au sein des DRTEFP, le PRST a été élaboré principalement comme une déclinaison du PST (13 DRTEFP ont cité ce critère en premier). Mais il est souvent également conçu comme une déclinaison du PRSE et une composante du PRSP. A noter que 8 régions estiment qu'il a déclenché une dynamique de planification à part.

En termes d'impact sur les partenariats régionaux, l'élaboration du PRST a surtout permis de renforcer des partenariats existants : avec des organismes de prévention (16 DRTEFP), certaines administrations (10 DRTEFP), des organismes professionnels (10 DRTEFP), des communautés universitaires d'études et de recherche (9 DRTEFP), ou encore des structures de veille sanitaire (6 DRTEFP). Elle a également permis de créer de nouveaux partenariats avec certaines administrations (DRASS, DRIRE, DRTT...) dans 5 régions, avec des structures de veille sanitaire (5 régions) ou avec des communautés universitaires d'études et de recherche (3 régions). Par exemple, dans la région Nord-Pas-de-Calais, un partenariat nouveau va s'engager avec l'InVS via la mise en place de l'enquête sur les maladies à caractère professionnel.

**Tableau 2 : Impact du PRST sur les partenariats régionaux**

	NP	Pas d'impact	Partenariat renforcé	Nouveau partenariat
Administrations (DRASS, DRIRE, DRTT...)	4	2 (11,8%)	10 (58,8%)	5 (29,4%)
Organismes de prévention (CRAM, ARACT, MSA...)	3	2 (11,1%)	16 (88,9%)	-
Structures de veille sanitaire (InVS, ORS)	2	8 (42,1%)	6 (31,6%)	5 (26,3%)
Communautés universitaires d'études et de recherche	-	9 (42,9%)	9 (42,9%)	3 (14,3%)
Organismes professionnels	1	9 (45%)	10 (50%)	1 (5%)

Parmi ceux qui déclarent que le PRST a peu ou pas d'impact sur les partenariats régionaux, certains signalent tout de même une « *meilleure connaissance des programmes d'actions de chacun* », « *une recherche de cohérence et d'articulation entre les différents programmes* ».

### ***Animation du PRST et mise en œuvre des actions***

**Tableau 3 : Animation du PRST**

	NP	N	%
Existence d'un lien avec le dispositif sanitaire régional	2	17	89,5%
Définition d'actions prioritaires dans le cadre du PRST	-	18	85,7%
Apport de la cellule régionale pluridisciplinaire dans la mise en œuvre des actions du PRST	1	19	95%
Difficultés dans la mise en œuvre du PRST	-	16	76,2%
Conduite d'actions du PRST en l'absence du PST	1	19	95%
Information sur l'état d'avancement des autres PRST :	1		
- Pas du tout informé		5	25%
- Pas suffisamment informé		13	65%
- Suffisamment informé		2	10%
Occasion d'échanger avec autres porteurs de PRST	-	18	85,7%

17 directions régionales attestent d'un lien, au niveau régional, entre le PRST et le dispositif sanitaire, selon différentes formes :

- Dans 10 régions, le PRST a été élaboré en partie comme une brique du PRSP (avec intégration de la santé au travail dans l'appel d'offre du PRSP) ;
- Le lien se fait souvent sur certaines thématiques, essentiellement l'alerte et la veille sanitaires, l'alerte et la gestion des situations d'urgence, les risques liés à la pandémie grippale et les addictions ;
- Dans certaines régions, la DRTEFP participe au GRSP et/ou a des liens privilégiés avec la DRASS (via les MIRTMO), ou mène des actions en commun avec la DRASS.

Quasiment toutes les DRTEFP (18) ont défini des actions prioritaires dans le cadre du PRST selon différentes modalités : généralement sur la base des priorités nationales, du PRSP, et du PRSE et sur la base d'un diagnostic régional, avec discussions dans le cadre de groupes de travail ou de journées de travail avec les partenaires régionaux ; à noter l'utilisation de la méthode P2BS (programmation basée sur les besoins de santé) pour une région.

19 DRTEFP estiment que la cellule régionale pluridisciplinaire a contribué à la mise en œuvre des actions du PRST. Elles dégagent différents types d'appuis :

- contribution à l'élaboration et à la rédaction du PRST (9 DRTEFP) : « cheville ouvrière » du PRST, « force de propositions » ;
- animation de groupes de travail dans le cadre du PRST, suivi d'actions, animation (travail de partenariat au niveau régional) et pilotage du PRST (7 DRTEFP) ;
- coopération à des actions spécifiques sur les poussières de bois, CMR, BTP (4 DRTEFP) ;
- appuis individuels (aux agents de contrôle) ou collectifs (3 DRTEFP).

16 DRTEFP ont rencontré des difficultés dans la mise en œuvre des actions du PRST, essentiellement pour mettre en place, mobiliser et maintenir les partenariats (9 DRTEFP) : « *Les partenariats sont parfois lourds à mener* », « *Les partenaires n'ont pas affiché de réelles motivations à être porteurs de certaines thématiques retenues dans le PRST* », « *Selon les thèmes et participants, le partenariat ne fonctionne pas toujours de manière optimum* », ou encore « *la difficulté, sur les actions pluriannuelles, de maintenir la mobilisation des partenaires institutionnels de la prévention sur plusieurs années* ». Le trop grand nombre d'actions dans le PRST, la lourdeur de certaines actions et le manque de temps ont également constitué des difficultés dans la mise en œuvre du PRST. Ce résultat ne doit pas être considéré comme contradictoire avec le choix d'actions prioritaires compte tenu du large champ exploré par les PRST, de la difficulté à réaliser des actions concertées et de la phase de montée en puissance que connaissent les PRST (investissement et temps nécessaires pour consolider les partenariats notamment).

Seules 2 DRTEFP estiment qu'elles auraient conduit toutes les actions qu'elles réalisent dans le cadre du PRST, en l'absence de PST : « *mais pas forcément avec les exigences méthodologiques du PRST* » pour l'une, et « *parce que le PRST rend compte des actions définies dans les plans d'actions propres à chaque institution* » pour l'autre région. La majorité des DRTEFP (17) déclarent qu'elles auraient conduit seulement certaines actions : celles programmées dans les plans d'action des services (BOP 111) ou inscrites dans les programmes des CRAM, DRIRE... Le PRST a surtout donné un cadre structurant et des orientations. Il a permis de développer des actions de renforcement des partenariats et de la pluridisciplinarité, de formaliser certaines démarches et d'organiser une méthode d'action sur des thématiques nouvelles et complexes (risques psychosociaux par exemple).

Globalement, les DRTEFP s'estiment peu informées sur l'état d'avancement des autres PRST (13 pas suffisamment et 5 pas du tout informées). 18 DRTEFP ont déclaré avoir l'occasion d'échanger avec les autres porteurs de PRST (86%), principalement lors de la rencontre annuelle nationale des PRST et plus marginalement lors de réunions interrégionales ou lors d'échanges téléphoniques informels. Pour la majorité des DRTEFP, ces échanges sont suffisants (15/18). Certaines souhaiteraient cependant recevoir un point d'étape écrit.

Les 3 DRTEFP qui n'ont à l'heure actuelle aucun échange avec les autres porteurs des PRST déclarent en ressentir le besoin.

## **5.2 Contribution aux actions du PST**

Une minorité de DRTEFP déclarent avoir été impliquées dans l'élaboration du PST (6/21). Parmi les 15 DRTEFP qui n'ont pas été impliquées, 6 pensent qu'elles auraient dû l'être et 2 ne se prononcent pas.

Toutes les DRTEFP estiment que les services de santé au travail de leur région ont développé, au cours des 3 dernières années, une offre de services pluridisciplinaire aux entreprises. Elles ont toutes mis en place des actions de prévention des accidents chimiques. Quasiment toutes ont développé des méthodes d'accompagnement aux entreprises (20/21) et mis en place des actions de prévention des accidents routiers du travail (19/21). La plupart ont organisé des actions de communications sur les risques psychosociaux (15/21) et des réseaux d'aide au maintien de l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé ont

été développés dans 17 régions. Une moindre proportion de DRTEFP a mis en place des lieux d'échanges d'expérience entre les CHSCT (10/21).

**Tableau 4 : Contribution aux actions du PST**

	NP	N	%
Implication dans l'élaboration du PST	-	6	28,6%
<u>Au cours des 3 dernières années, dans votre région :</u>			
Développement d'une offre de services pluridisciplinaire aux entreprises (action 4.1 du PST)	-	21	100%
Organisation d'actions de communication sur les risques psychosociaux (action 4.2)	-	15	71,4%
Développement d'un réseau d'aide au maintien de l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé (action 4.3)	1	17	85%
Développement de méthodes d'accompagnement des entreprises (action 4.6)	-	20	95,2%
Mise en place de lieux d'échange pour favoriser les échanges d'expériences entre les CHSCT (action 4.7)	1	10	50%
Mise en place d'actions de prévention des accidents routiers du travail (action 4.8)	-	19	90,5%
Mise en place d'actions de prévention des accidents chimiques (action 4.9)	-	21	100%

On note une certaine hétérogénéité dans le développement d'une offre de services pluridisciplinaire aux entreprises, avec une offre inégale selon les services et les territoires. Il s'agit d'une démarche progressive et certaines régions évoquent la « *montée en charge de cet objectif récente et difficile* », « *les résultats encore insatisfaisants* », « *les ressources internes souvent insuffisantes* ». A l'inverse, d'autres régions semblent plus avancées dans la mise en place de cet objectif : « *Certains services ont développé des équipes pluridisciplinaires avec des compétences spécifiques en toxicologie, épidémiologie, ergonomie, métrologie* ». Par ailleurs, quatre régions indiquent l'augmentation significative du nombre d'IPRP au sein des services de santé au travail.

Ce point s'améliore avec la mise en place de démarches et de contractualisations avec les services de santé au travail ou via les restructurations ou renouvellements d'agrément.

Un réseau d'aide au maintien de l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé a été développé dans 17 régions, mais là aussi avec des degrés d'avancement différents selon les régions et dans des cadres différents (objectif prioritaire du PRST dans certains cas, sans lien direct avec le PRST dans d'autres...). En pays de Loire, le « *rôle du médecin inspecteur du travail a été déterminant dans cette action et s'est traduit par la conclusion d'une charte de maintien dans l'emploi proposée aux acteurs intervenant dans ce domaine* ».

Les lieux d'échanges d'expérience entre CHSCT mis en place dans quelques régions correspondent à des expériences de natures très diverses, en termes de contenu et de public ciblé. Il peut s'agir d'une formation des élus des CHSCT par des préventeurs, d'un forum avec échanges de pratiques et intervention d'experts, de réunions animées par la DRTEFP, de la mise en place d'un réseau régional, d'une enquête ou de la diffusion de plaquettes. Selon la région, cette expérience ou manifestation est mise en place sur la région, sur un secteur territorial limité ou pour des entreprises de mêmes caractéristiques (entreprises Seveso seulement dans une région). Elles sont le plus souvent ciblées sur des thématiques spécifiques (notamment TMS, souffrance au travail et risques CMR).

**Tableau 5 : Prévention des risques psychosociaux** Action 4.2

	N	%
<u>Hormis les actions de communication</u> , conduite d'autres types d'actions relatives à la prévention des risques psychosociaux	20	95,2%
<u>Si oui, lesquelles :</u>		
- Organisation de colloques, forums d'information	4	20%
- Mise en place de structures d'accueil pour les salariés	1	5%
- Enquête/observatoire	3	15%
- Groupes de travail/échanges de pratiques	5	25%
<u>Partenaires :</u>		
- Service de santé au travail	18	90%
- ARACT	17	85%
- CRAM	15	75%
- Consultants	7	35%
- INRS	2	10%
- InVS	2	10%
- Autres	11	55%

15 DRTEFP ont organisé des actions de communication sur les risques psychosociaux. D'autres actions très diversifiées ont également été menées sur ce thème (20 DRTEFP), telles que l'organisation de forums, colloques et autres journées d'information, l'élaboration d'outils à destination des médecins du travail, la mise en place d'enquêtes et/ou observatoires, l'organisation de groupes de travail, de groupes d'échange de pratiques, des actions de prévention avec des entreprises...

Les partenaires les plus souvent impliqués dans ces actions en faveur de la lutte contre les risques psychosociaux sont les services de santé au travail en premier lieu (18 régions), l'ARACT (17) et la CRAM (15). D'autres partenaires sont susceptibles d'intervenir tels que des consultants, des partenaires sociaux des entreprises, les CHSCT, l'OPPBTP ou la MSA, mais dans une moindre proportion.

Quelques exemples peuvent illustrer l'action des DRTEFP sur le thème des risques psychosociaux :

- En région Centre, mise en place de l'enquête Samotrace (observatoire sur la santé mentale des travailleurs) en partenariat avec l'INVS.
- En Bourgogne, un aide mémoire à destination des médecins du travail a été réalisé en partenariat avec les services de la santé au travail et l'ARACT.
- En Champagne-Ardenne, un groupe de travail interinstitutionnel réunissant les services de santé au travail, la CRAM, l'ARACT, l'IRSN, la DRTT, la MSA et le SRITEPSA a été mis en place afin de créer des outils de terrain sur le stress.

**Tableau 6 : Accompagnement des entreprises dans l'évaluation des risques professionnels** Action 4.6

<u>Au cours des 3 dernières années, dans votre région :</u>	<b>N</b>	<b>%</b>
Développement de méthodes d'accompagnement des entreprises ?	20	95,2%
<u>Si oui, public visé :</u>	NP=1	
- Entreprises	18	94,7%
- Secteurs d'activité	14	73,7%
- Organisations professionnelles	11	57,9%
- Salariés	5	26,3%
- Organisations syndicales de salariés	7	36,8%
<u>Si oui, Type d'appui fourni :</u>	NP=2	
- Construction d'actions communes avec autres <u>partenaires</u>	16	88,9%
▪ Organismes de prévention (12/16)		
▪ Branches professionnelles (11/16)		
- Information des employeurs	13	72,2%
- Communication (colloque, plaquettes...)	12	66,7%
- Formation	8	44,4%
- Appui financier (conventions FACT)	8	44,4%

Toutes les régions sauf une ont développé des méthodes d'accompagnement permettant d'adapter les bonnes pratiques d'évaluation des risques professionnels aux entreprises. Les publics visés sont principalement les entreprises (18 régions), suivis par les secteurs d'activité (principalement l'artisanat et le BTP) et les organisations professionnelles (11 régions). Les appuis fournis sont variés : construction d'actions communes avec des partenaires tels que les organismes de prévention ou les branches professionnelles (citée par 16 DRTEFP), information des employeurs (13), actions de communication (12), mais aussi formation ou appui financier dans le cadre de conventions FACT. Les actions communes sont également de natures diverses : action de sensibilisation, protocole d'évaluation ou note technique sur les risques chimiques...

Des réunions pour favoriser les échanges d'expérience entre les CHSCT n'ont été mises en place que dans 10 régions, dont certains en cours de formalisation. Cependant, des réflexions ou projets de ce type sont initiées dans certaines régions.

**Tableau 7 : Prévention des accidents routiers du travail** Action 4.8

<u>Au cours des 3 dernières années, dans votre région :</u>	<b>N</b>	<b>%</b>
Types d'actions développées dans le domaine de la prévention des accidents routiers :	NP = 2	
- Information des employeurs	12	63,2%
- Construction d'actions communes avec autres <u>partenaires</u>	12	63,2%
▪ Organismes de prévention (11/12)		
▪ Branches professionnelles (3/12)		
- Communication (colloque, plaquettes...)	11	57,9%
- Formation	6	31,6%
- Appui financier	3	15,8%
<u>Avec quels acteurs :</u>	NP = 4	
- Organisme de prévention	14	82,4%
- Services de santé au travail	13	76,5%
- Administration	8	47,1%
- Organisations professionnelles	6	35,3%
- Secteurs d'activité	5	29,4%
- Entreprises	4	23,5%
- Salariés	-	-
- Organisations syndicales de salariés	2	11,8%

19 DRTEFP sur 21 ont développé des actions en matière de prévention des accidents routiers du travail. La construction d'actions communes entre partenaires ainsi que l'information des employeurs sont les deux modes privilégiés de prévention (12 DRTEFP). L'organisation de colloques et/ou la diffusion de plaquettes d'information sont également des outils exploités par 11 DRTEFP, ainsi que dans une moindre mesure, l'organisation de formations ou des appuis financiers.

Les principaux acteurs de la prévention des accidents routiers du travail sont par ordre d'importance les services de santé au travail (CRAM dans la totalité des cas et ARACT pour 3 DRTEFP), les administrations (DRTT principalement ainsi que les services de police et de gendarmerie) et les organisations professionnelles (respectivement 82%, 47% et 35%).

### **Tableau 8 : Prévention des risques relatifs aux substances chimiques les plus dangereuses (CMR)**

#### Action 4.9

	N	%
<u>Au cours des 3 dernières années, dans votre région :</u>		
Types d'actions conduites en matière de substances chimiques les plus dangereuses (CMR) :		
- Communication (colloque, plaquettes...)	21	100%
- Information des employeurs	21	100%
- Contrôles	20	95,2%
- Formation	18	85,7%
- Appui financier	12	57,1%
- Construction d'actions communes avec autres <u>partenaires</u>	18	85,7%
▪ Organismes de prévention (17/18)		
▪ Branches professionnelles (10/18)		
▪ Services de santé au travail (5/18)		
<u>Avec quels acteurs :</u>		
- Services de santé au travail	NP = 1 18	90%
- Organismes de prévention	18	90%
- Organisations professionnelles	13	65%
- Entreprises	12	60%
- Administration	11	55%
- Secteurs d'activité	9	45%
- Organisations syndicales de salariés	7	35%
- Salariés	4	20%

Toutes les DRTEFP ont conduit des actions relatives aux substances chimiques les plus dangereuses (CMR) : toutes ont mené des actions de communication et ont participé à l'information des employeurs, 20 ont réalisé des actions de contrôle et 18 ont mis en place des formations. Une moindre proportion a fourni un appui financier (12 DRTEFP). Par ailleurs, sur les 18 directions qui ont participé à la construction d'actions communes, 17 avaient comme partenaires des organismes de prévention et 10 des branches professionnelles.

Dans la grande majorité des cas, ces actions relatives aux CMR ont été conduites avec les organismes de prévention (la CRAM pour toutes, l'ARACT dans 3 régions et l'INRS dans une) et les services de santé au travail (18 DRTEFP). D'autres acteurs ont été impliqués de façon moins systématique : les entreprises, les organisations professionnelles et les administrations (DRIRE et SRITEPSA principalement), ainsi que certains secteurs d'activité (bois, BTP, métallurgie, garages et pressings), les organisations syndicales de salariés, voire des salariés dans quelques régions (4).

### 5.3 Analyse de 3 PRST

L'analyse de 3 PRST a permis d'apporter un éclairage de la déclinaison du PST au niveau des régions et de dégager les points communs et les divergences entre ces plans régionaux. Les PRST d'Aquitaine, de Nord-Pas-de-Calais et de Poitou-Charentes ont été retenus. Ces 3 PRST ont été choisis par la DGT pour leur dynamisme et leur niveau d'avancement, et dans des régions où les problématiques de santé au travail peuvent être différentes en raison du tissu économique et social du territoire.

Le descriptif des 3 PRST sur les différents axes étudiés est présenté en **Annexe 5**. L'analyse de ces 3 dispositifs permet de dégager les points suivants :

#### ***Spécificités***

Chaque région a mis en place un PRST en fonction de ses spécificités régionales relevant des partenariats préexistants sur le domaine de la santé au travail, des habitudes de travail en commun entre préventeurs et de l'implication des différents acteurs régionaux.

#### ***Portage et élaboration du PRST***

Selon la région, *la DRTEFP porte seule le PRST, ou en association avec la CRAM*. En Poitou-Charentes, la DRTEFP pilote chaque groupe de travail, ainsi une logique commune est adoptée pour chaque thématique. En Aquitaine, la DRTEFP et les différents partenaires se sont réparti le pilotage des groupes de travail. Enfin, en Nord-Pas-de-Calais, la DRTEFP pilote en partenariat avec la CRAM, du fait d'une collaboration préexistante.

Les PRST se sont mis en place à partir des éléments préexistants dans la région. Deux régions l'ont conçu comme une déclinaison du PST (thématiques nationales retenues), la troisième a proposé une mise en cohérence des actions en cours, mais 2 l'ont élaboré comme une « brique » de leur PRSP. L'Aquitaine a fait appel à un prestataire extérieur pour accompagner l'élaboration du PRST (aspect méthodologie).

L'élaboration des PRST a impliqué tous les acteurs régionaux de la santé au travail (en Aquitaine, deux directeurs de SST pilotent chacun un groupe de travail : stress et TMS et le PRST associe les collectivités territoriales et la fonction publique d'Etat), l'un des objectifs de ces plans étant que tous les acteurs se connaissent et apprennent à travailler ensemble. Les partenaires sociaux ont été associés secondairement dans 2 régions, en Aquitaine, ils ont été associés dès le début par les représentants de l'ORST.

En matière d'élaboration, un état des lieux initial a été réalisé soit par la DRTEFP (dans le cadre du groupe de travail études-recherches du PRST en Aquitaine) soit en comité de coordination avec les principaux acteurs afin d'établir un diagnostic régional en la matière (Poitou-Charentes et Nord-Pas-de-Calais). Concrètement :

- En Aquitaine, le PRST ne part pas d'actions collectives partenariales à réaliser mais a été construit à partir d'un recensement de toutes les actions et initiatives déjà mises en œuvre dans la région par l'ensemble des acteurs régionaux, qui sont de fait impliqués dans le PRST. Ils sont partis sur le modèle du PRSE (en s'appuyant sur son expérience) c'est-à-dire sur des groupes de travail

interinstitutionnels. Le PRST été présenté par le DRTEFP à tous les directeurs de structures de prévention, il a été validé par eux et le PRST s'est construit dans le cadre d'une vraie méthodologie dans des groupes de travail animés soit par des directeurs soit par leurs représentants dans le cadre du suivi du COPIL des directeurs. Le taux de présence à chaque COPIL a toujours été très élevé. Après l'état des lieux de toutes les actions de la région, 15 thématiques se sont dégagées. Il n'y a pas eu de convention particulière entre la DRTEFP et ses différents partenaires. Les partenaires sociaux ont validé le PRST dans le cadre du CRPRP et sont présents via l'ORST. L'objectif poursuivi dans l'écriture du PRST a été de faire une présentation des thématiques de façon pédagogique ce qui s'est révélé utile par exemple pour la présentation en CRS.

- En Poitou-Charentes, le PRST a été créé en prenant en compte la circulaire de 2006 avec la volonté de ne pas rajouter de « nouvelles couches » et de rester "concret". Un diagnostic travail existe depuis 2002 et comprend des données de santé, les rapports de la médecine du travail, et autres enquêtes (CDD, INSEE) ainsi que des données d'enregistrement d'accords collectifs, de suivi d'élections des DP, conflits... des analyses par département sont établies. Comme le PRSE, le PRST comporte 11 fiches-actions concrètes. Il part du diagnostic, du PST et de la situation locale (créativité locale prise en compte) et intègre des axes relevant de données objectives. Un manque d'apport méthodologique est ressenti pour l'élaboration. Le PRST a été conçu par un comité de coordination (instance de concertation).
- En Nord-Pas-de-Calais, le PRST a été élaboré comme le volet santé-travail du PRSP, à partir du groupe projet santé-travail-sécurité du PRSP qui regroupait tous les préventeurs et était déjà animé par la DRTEFP et la CRAM (à noter qu'un comité santé-travail existait déjà depuis 2002 dans le cadre des PRS et qu'il a été ensuite élargi). Le souci était surtout de proposer des actions à partir de l'état des lieux local et de faire converger les deux approches santé au travail et santé publique. Le PRST a été conçu par un groupe de travail, mais a été finalisé par la DRTEFP et la CRAM, qui le portent et l'animent.

### ***Articulation avec les autres plans régionaux***

Le lien avec le PRSP est fort dans les 3 régions (« brique » du PRSP dans 2 et déclinaison du PST avec reprise des thématiques nationales dans l'autre). Les liens avec le PRSE sont variables, en fonction des modalités de construction de ce dernier, mais il existe des liens plus ponctuels sur certaines thématiques (sur l'amiante par exemple en Nord Pas de Calais). Généralement, la participation à l'élaboration du PRSE et du PRSP a servi d'expérience pour la construction des PRST.

- En Aquitaine, le PRST a pris en compte l'expérience du PRSE : 3 des 15 groupes de travail du PRST sont des groupes de travail communs avec le PRSE (CMR, amiante et reprotoxiques). Ils traitent des problématiques de santé au sens large, santé publique et santé au travail. 3 services de la DRASS sont impliqués dans le PRST et la DRASS est pilote (animateur) de la thématique Addictions.
- En Poitou-Charentes, les actions Santé au Travail du PRSP sont toutes reprises dans le PRST. Le PRST reprend les objectifs du PRSP dans leur totalité. La santé au travail est un objectif prioritaire de la région, reconnu par tous les partenaires. Les actions de la CRAM s'intègrent dans les priorités du PRST.

- En Nord-Pas-de-Calais, le PRST constitue le volet santé-travail du PRSP. Il est donc complètement intégré au PRSP et a été élaboré comme les autres volets du PRSP (méthodologie commune...). Le lien avec le PRSE est renforcé depuis que le PRSE a également été intégré dans le PRST (ce n'était pas le cas dans sa version initiale), avec des liens sur certaines thématiques (amiante, bruit et cancers).

### ***Choix des thématiques et actions prioritaires***

Les régions ont utilisé des méthodes différentes pour déterminer leurs thématiques et / ou leurs priorités :

- L'Aquitaine est partie d'un *recensement des actions* déjà mises en œuvre dans la région : il n'y a pas eu de réel diagnostic ni de choix des actions (mais s'avère équivalent). Le PRST constitue donc une coordination globale de toutes les actions (regroupées en 15 thématiques elles-mêmes regroupées en 6 grandes dimensions) avec une proposition de mise en cohérence de tous les acteurs et de leurs actions. Le choix des thématiques prioritaires s'est effectué sur les occurrences des thèmes, dans les autres plans, sur le nombre d'actions recensées chez les partenaires, sur la prédominance du risque et les secteurs d'activités de la région. La priorisation est actuellement importante en termes de stratégie, de communication). Le PRST part des actions en cours et il faudra du temps pour que collectivement dans le cadre du CRPRP il y ait une réelle priorisation avec affectation de moyens en conséquence. Les sujets non abordés dans le PRST, sont déjà abordés par les entreprises (exemple du bruit : non affiché mais traité par les entreprises avec l'appui des services de prévention et de l'inspection du travail).
- Le Nord Pas de Calais a utilisé la méthode P2BS (Programmation Basée sur les Besoins de Santé) comme pour son PRSP : quotation des priorités selon 4 critères (impact du problème de santé dans la population concernée, possibilité d'agir efficacement par des actions de prévention, acceptabilité de ces actions par la population, et disponibilité des moyens nécessaires), puis analyse des priorités (en fonction des priorités portées par chaque institution et des documents d'orientation comme le PST), en justifiant le choix final de retenir ou non certaines priorités (par exemple : bruit affiché comme une priorité, à l'inverse travail sur écran non retenu mais actions spécifiques sur ce thème hors PRST). Les priorités finalement retenues ont été validées ensuite dans le cadre de concertations élargies. Au final, 17 actions ont été retenues, regroupées en 6 grands objectifs et 2 niveaux de priorité, en choisissant de formuler les objectifs du point de vue du public.
- En Poitou-Charentes, le choix des actions s'est effectué via *le Diagnostic Travail élaboré en amont du PRST et en lien avec le PRSP*. Les actions ont donc été choisies dans le cadre du Comité régional de Coordination qui existait avant le PRST. 10 thématiques ont été retenues : 5 objectifs spécifiques et 5 objectifs transversaux, donnant lieu chacun à une fiche action.

➔ Les 3 régions ont eu le souci de proposer des actions en adéquation avec l'état des lieux ou les besoins régionaux, même si les données (statistiques) disponibles sont parfois jugées insuffisantes. L'actualité (« sujets à la mode ») reste également un impératif de choix de thématiques (adaptabilité / veille). Au final, les thématiques retenues couvrent à la fois les priorités nationales et des spécificités locales : par exemple

problème de l'amiante dans les bâtiments et bruit en Nord-Pas-de-Calais ; BTP, et âge/précarité pour le Poitou-Charentes, l'amiante et les poussières de bois en Aquitaine.

### ***Fiches action et suivi***

Des fiches action ont été établies dans les 3 régions selon un modèle plus ou moins identique, avec pour chaque action les éléments suivants : justification, objectif, rôle des préventeurs, actions à engager et acteurs concernés.

En Aquitaine, ces fiches action, validées par chaque directeur en COPIL constituent le PRST. Les fiches actions initiales sont très complètes (jusqu'à 20 ou 30 pages état des lieux, diagnostic, actions), elles sont synthétisées dans un document public. La présentation des compétences données par les textes à chacun des acteurs complète le PRST. Les documents du NPDC et de Poitou-Charentes comportent un état des lieux, une présentation des préventeurs...

Le suivi des actions est réalisé par les pilotes (DRTEFP ou DRTEFP-CRAM). Ils ont une bonne vision d'ensemble, mais pas forcément d'outils formalisés (type tableau de bord).

En Aquitaine, l'animation passe par les groupes de travail. Ces groupes se réunissent aujourd'hui à des rythmes différents et des actions concrètes ont vu le jour. Certains groupes peuvent être inactivés pendant quelques temps, tout en restant référent sur le sujet... Le diagnostic finalisé début 2008 permettra de faire évoluer le PRST.

Les CRPRP ont été mis en place tardivement dans ces régions par rapport au PRST. A l'heure actuelle, ils se sont généralement réunis une seule fois et sont plutôt perçus comme une instance « lourde ». La place des CRAM dans ces comités doit être reconnue (elle dispose actuellement d'une voix non délibérative), ainsi que celles des SST. Ces derniers regroupent un grand nombre de préventeurs, et sont dans toutes les entreprises et ont des IPRP. Si l'on souhaite une participation active des partenaires sociaux aux commissions ou groupes de travail du CRPRP, il sera nécessaire d'indemniser leur rémunération.

### ***Difficultés et Points Faibles***

Les acteurs interrogés ont noté différents types de difficultés dans la mise en place de ces PRST ou de faiblesses générales du dispositif. On note en particulier :

#### *Le temps d'élaboration et de mise en œuvre du PRST*

Toutes les DRTEFP mettent en avant le temps nécessaire pour structurer et élaborer le PRST (y compris pour le rapprochement avec la santé publique), ainsi que pour assurer la mise en œuvre des actions retenues dans le PRST. Le temps de mobilisation des services et des partenaires a été important, du fait qu'il s'agit d'actions concertées et d'actions couvrant un vaste domaine.

En Poitou-Charentes, le PRST a été présenté pour validation en février 2008. Il s'est heurté à l'absence prolongée de MIRTMO.

L'implication de chaque acteur : chaque acteur reste avant tout dans le « cadre de ses missions »

Le temps de participation de chaque acteur au PRST n'est pas intégré dans les budgets des organismes partenaires. Les partenariats sont en cours de structuration et ne donnent pas toujours lieu à des contractualisations avec la DRTEFP. Cette situation peut entraîner des désengagements de partenaires, chaque acteur devant concilier ses propres missions et objectifs avec ceux du PRST : les arbitrages ne se font pas forcément en faveur du PRST. C'est pourquoi à terme, un nombre important de groupes de travail peut s'avérer un problème. A noter que dans certains cas, la contractualisation n'apparaît pas justifiée.

De plus, la multiplicité des plans régionaux rend difficile leur articulation. La CRAM répond aux objectifs de la COG, la MSA dispose d'un Plan Pluriannuel de Santé et Sécurité au Travail (PPSST) qui décline 8 priorités parmi les priorités nationales de la CCMSA. Le problème des territoires a également été évoqué (la MSA couvre un département, le PRST la région).

Par ailleurs, pour pouvoir structurer davantage les relations avec les services de santé au travail sur des objectifs retenus prioritaires dans le cadre des PRST, des conventions étaient prévues avec les SST. Mais les négociations sont difficiles sur le terrain.

En Aquitaine, le PRST a été construit pour éviter cet écueil de l'implication de nombreux acteurs. Il n'y a pas eu de problèmes d'arbitrage en faveur ou non du PRST puisque le PRST s'est calé sur la programmation de chacun et a essayé de mettre de la cohérence entre les actions de chaque acteur ciblant le même risque. Chacun a trouvé une réelle plus-value à connaître les actions des autres et à échanger sur les pratiques. Le groupe sur l'amiante a été un exemple de construction de travail en réseau.

Le pilotage du PRST

Selon les régions, la DRTEFP porte plus ou moins le pilotage du PRST.

- En Poitou-Charentes, le pilotage est assuré par la DRTEFP : en interne, 3 personnes de la DRETFP suivent la mise en œuvre du PRST. Chaque action est suivie par une personne en interne. Il n'y a pas de pilotage délégué aux partenaires (car cultures de gestion différentes).
- En NPDC, un comité de suivi restreint (DRTEFP, CRAM et un professeur de médecine du travail en tant que personnalité qualifiée) a été mis en place et se réunit régulièrement pour suivre l'avancement du PRST.
- En Aquitaine, un comité de pilotage des directeurs des différents partenaires avait été mis en place pour l'élaboration du PRST. S'il n'a pas été possible de poursuivre un accompagnement fort du PRST en 2008, les groupes de travail ont pour la plupart continué à se réunir et à conduire des actions prévues dans le PRST. Au moins 5 groupes ont rempli leurs objectifs.
- On note un besoin d'outil de suivi pour les partenaires associés, du type tableau de bord (via internet éventuellement).

La lourdeur du CRPRP : Trop élargi, peu opérationnel mais assurant un lien avec les partenaires

- En Aquitaine, le CRPRP a été créé en décembre 2007 et a validé le PRST en janvier 2008. Il a rendu un avis favorable émanant de tous les membres (excepté la CGT), y compris tous les représentants

du MEDEF, très réticents au démarrage du projet. Tous les membres ont apprécié la mise en place de cette instance et espéré que le PRST contribue à une meilleure synergie des préventeurs.

- En Poitou-Charentes, le CRPRP a été créé en novembre 2007 et a validé le PRST en février 2008. Il est informé de l'avancement du PRST mais n'en assure pas le pilotage.
- En NPDC, le CRPRP s'est réuni en mars 2008 et en janvier 2009. Un état d'avancement des actions du PRST a été présenté aux membres du CRPRP.

#### L'évaluation et la définition d'indicateurs pertinents

- En Aquitaine, un chapitre du PRST est consacré à l'évaluation, principalement l'évaluation des processus et du pilotage. En matière d'impact, le PRST reprend les 8 indicateurs proposés par le PST. Mais l'impact de la prévention reste difficile à évaluer à court terme. De plus la DRTEFP s'interroge comme d'autres DRTEFP sur cette question. Un travail a été entrepris avec un professeur de médecine du travail afin de faire une présentation en CRPRP de ce que pourrait être l'évaluation d'une politique de prévention.
- En Poitou-Charentes, des indicateurs chiffrés spécifiques ont été définis : nombre d'accidents routiers mortels par branche; nombre de personnes exposées et non exposées par branche professionnelle et par type de substances, taux de fréquence des arrêts de travail avec incapacités permanentes (partielle ou totale), nombre annuel de TMS déclarés, nombre de visites d'évaluation des risques professionnels (711 en 2007) et le nombre de visites/contre visites (14,7% en 2007). Cependant, les acteurs estiment qu'il reste difficile de mesurer l'impact et de définir des indicateurs d'impact. Il existe une sous-déclaration et des manières différentes de comptabiliser. Les indicateurs du PST sont vus comme des indicateurs "d'annonce", jugés non réalistes.
- La région Nord-Pas-de-Calais n'a pas retenu d'indicateurs d'évaluation pour son PRST, estimant que les données disponibles étaient insuffisantes. Cet axe constitue une des actions prioritaires de son PRST avec notamment l'élaboration d'un atlas d'état des lieux régional (action réalisée avec la diffusion de cet atlas fin 2008).

#### L'implication de l'inspection du travail relativement faible

L'implication de la DRTEFP n'implique pas systématiquement l'implication de l'inspection du travail. En Aquitaine et en Poitou-Charentes, l'inspection du travail s'implique peu dans les groupes de travail du PRST contrairement à la région NPDC.

#### Le financement des actions (via le GRSP notamment)

Des difficultés ont été relevées dans les 3 régions pour identifier les moyens d'accompagnement du PRST (appel d'offre du GRSP, autres opportunités).

En Aquitaine, la DRTEFP se pose la question de la place et de l'articulation de la santé au travail dans la santé publique. La DRTEFP est très impliquée dans le GRSP et la CRS et a des relations très suivies et étroites avec les chefs de projets du PRSP et du PRSE. La nécessité d'articuler les actions de chacun est partagée.

### Difficultés diverses :

- *Contexte en évolution*

La dynamique est freinée par la réorganisation future des services de l'état et la création des ARS. Au niveau des DRTEFP et DDTEFP, le PRST peut passer au second plan dans ce contexte. Au niveau des DRASS, la situation est similaire avec l'arrivée des ARS (« il ne faudrait pas que leur arrivée remette en cause les partenariats instaurés ni la santé au travail »).

L'implication et la réussite est très personne-dépendante.

- *Le nombre de groupes de travail ou de thématiques retenues*

Certains partenaires estiment que le PRST Poitou-Charentes ou celui d'Aquitaine ont trop d'axes de travail (plus de 10 thématiques), trop d'indicateurs, qui ne permettent plus d'identifier des priorités.

- *Le PST n'apporte pas les solutions pour agir en amont*

- Comment faire de la prévention intégrée ? (conception des machines, des produits, action sur les fabricants de produits...).
- Comment faire que la prévention des risques soit prise en compte par les entreprises plus systématiquement ? Actuellement, la prévention n'est pas intégrée dans le quotidien des entreprises.

- *La visibilité, la communication sur le PRST (à moyen et long terme)*

Le PRST est jugé peu visible auprès des entreprises.

- *Les productions concrètes encore peu nombreuses / Opérationnalité des groupes de travail*

- Certains groupes de travail se sont contentés de se réunir et de produire des comptes-rendus. Ils n'ont pas réellement fait d'actions.
- Les DRETF ne sont pas en mesure de « responsabiliser » les animateurs de groupe sur l'implication et les résultats (« pas possible d'imposer à des acteurs volontaires »).

### ***Impact, points forts et plus-value du PRST***

#### *Une visibilité accrue de la Santé au Travail*

Les 3 régions estiment que le PRST a donné de la visibilité à la thématique de la santé au travail, y compris en interne, avec une meilleure lisibilité et l'affichage d'objectifs partagés.

Certains projets ou actions auraient été réalisés même en l'absence du PRST mais ce dernier a permis de donner plus d'ampleur aux actions de terrain de chacun notamment par la mutualisation et une communication plus performante sur certaines thématiques. Il permet une sensibilisation des acteurs à la santé au travail.

### Renforcement des partenariats et collaborations / travail en réseau

Pour toutes les régions, le PRST a renforcé les liens existants entre les partenaires, le dialogue et le travail en commun, et il a permis plus rarement de créer de nouveaux partenariats. Il constitue également un cadre et un lieu de rencontre des différents acteurs et permet des échanges entre régimes.

- Partenariats DRTEFP-InVS se met en pace en Nord-Pas de Calais via l'enquête MCP par exemple ;
- Le PRST a démultiplié les possibilités de collaborations et de travail partenarial. Il a permis d'élargir les partenariats (agriculture, collectivités territoriales...) et de construire des synergies avec les acteurs de la santé publique. Il existe, le plus souvent une bonne collaboration et coordination entre les responsables des PRSE, PRST, et PRSP. En Aquitaine, le MISP de la DRASS est animateur d'un groupe de travail du PRST. Il a également structuré les partenariats (avec le Centre de Recherche Universitaire par exemple...).
- Réalisation de manifestations régionales (ponctuelles ou annuelles) qui permettent une diffusion large des thèmes du PRST et une certaine harmonisation des messages.
- Meilleure vision de « qui fait quoi ».
- Le PRST a fait avancer le travail avec les services de santé au travail interentreprises (contractualisation en cours notamment).
- Le PRST a permis de créer des Pôles Recherche (un des objectifs spécifiques du PST), comme en Aquitaine, où un rapprochement des équipes de recherche bordelaises et toulousaines s'est construit dans le cadre d'un colloque en 2007.

### Les cellules pluridisciplinaires : jugées pertinentes mais plus ou moins actives

Les cellules pluridisciplinaires mises en place au sein des DRTEFP sont effectives dans 2 des 3 régions et vécues comme des ressources précieuses en interne et vis-à-vis des relations avec les autres partenaires.

- Le NPDC considère que ces cellules constituent une des plus-values du PST, en appui à l'inspection du travail. La cellule a participé à l'élaboration du PRST et contribue à sa mise en oeuvre.
- En Poitou-Charentes, la cellule fonctionne bien (avec 2 médecins et 3 ingénieurs de prévention).
- En Aquitaine, la cellule a été créée. Ses membres participent voire animent, les groupes de travail du PRST mais ils n'ont pas encore organisé de passerelles avec l'inspection du travail.

### Adaptabilités de structurations / souplesse

Tous les PRST peuvent intégrer de nouvelles actions ou thématiques si le besoin s'en fait sentir. Cette adaptabilité est due à la possibilité de créer de nouveaux groupes de travail sur des thématiques émergentes, et/ou de mettre en stand by d'autres groupes...

➔ D'un point de vue général, le PST a laissé beaucoup de liberté aux régions pour mettre en place leur PRST. Ceci constitue une force du point de vue de l'expérimentation pour tirer parti des points forts et des faiblesses de chaque expérience. Ce mode de « management » a permis une meilleure acceptation du PST parce qu'il n'imposait pas un cadre ni un mode de fonctionnement des grandes régions (aux plus petites...).

L'indépendance des DRTEFP et de l'inspection du travail ayant été respectée, le PST a été d'autant mieux accepté. Malgré cela, un manque d'aide, de soutien méthodologique (du niveau national) est ressenti par les DRTEFP (fiches d'évaluation nationales types...). Les DRETFP ont un véritable rôle de management des ressources existantes, à exercer, mais pas toujours la légitimité ou la reconnaissance nécessaire pour ce faire.

## **6 PREMIERS ELEMENTS SUR L'IMPACT DU PST**

---

### ***Selon les interlocuteurs du niveau national***

L'impact d'actions et de programmes de prévention ne se mesure pas à court terme. On peut néanmoins analyser le processus de mise en œuvre du plan et des actions et disposer d'indicateurs « intermédiaires » sur ce processus (nombre de PRST élaborés, de CRPRP effectifs...) pour suivre l'état d'avancement des projets.

Au niveau national comme au niveau régional, le PST semble avoir impulsé une nouvelle dynamique concernant les risques liés au travail. En termes d'impact et de premiers résultats, on peut retenir les éléments suivants :

- Le PST a eu un impact très important sur la recherche, en particulier sur certaines thématiques comme les nanoparticules. La santé au travail est devenue un sujet de recherche à part entière. Le PST a également influencé le programme de recherches de plusieurs institutions ou organismes de prévention (notamment Ministère de l'Agriculture, ANR, ANACT...).
- La mise en place de l'AFSSET est jugée très positive : elle permet d'assurer une indépendance de l'expertise et a déjà réalisé de nombreux travaux en 2 ans.
- Quelques actions « fortes » peuvent être mises à l'actif du PST (cf. chapitre 4.3) : cellules pluridisciplinaires en DRTEFP, réseaux de surveillance InVS....
- Au niveau du contrôle (axe 2 du PST) et des instances de concertation du pilotage de la santé au travail (axe 3), on observe plutôt une structuration en amont que la mise en place d'actions opérationnelles, avec la création de nouvelles instances. Cette phase correspond à un processus logique dans le cadre d'un premier plan dans un domaine peu structuré/étudié. Il est important de veiller à ce que les productions de ces différentes institutions et toutes les actions développées débouchent ou contribuent à des actions concrètes dans les entreprises.
- Concernant l'axe 4 « Encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail », il ressort que les PRST permettent d'avancer dans la bonne voie sur le terrain : amélioration des connaissances, forte mobilisation des acteurs et meilleure connaissance des différents partenaires (prérogatives, compétences...), définition et mise en œuvre d'actions communes...comme le montre l'enquête auprès des DRTEFP notamment. Cette phase prend nécessairement du temps, mais constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre d'actions partenariales.
- Mais seules les entreprises peuvent réellement agir sur leurs risques. Il demeure la difficulté de fond de savoir comment les encourager à être actrices de la prévention des risques professionnels. Concernant l'impact sur les entreprises elles-mêmes et les conditions de travail, certains acteurs estiment que le PST reste « théorique » à ce stade : il cherche à agir sur les comportements et la mobilisation des acteurs (échanges...) et se positionne peu dans une dimension opérationnelle réelle, entraînant peu d'impact mesurable.

### ***Au niveau des 3 PRST étudiés***

Les PRST se mettent en place. La phase de recherche et de mise en route des partenariats est essentielle et constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre d'actions communes. Les premières actions concernent essentiellement la communication, la formation, et la sensibilisation. Les actions concrètes en direction des entreprises sont souvent prévues dans un second temps. Très peu ont donc été réalisées à ce jour, ce qui apparaît logique à certains acteurs compte tenu de la nature de la démarche engagée, mais en impatiente d'autres.

### ***Selon les DRTEFP (enquête exhaustive)***

Selon l'enquête réalisée auprès des DRTEFP, 14 sur 21 estiment que le PST a contribué significativement à une meilleure visibilité de la thématique santé au travail. Le PST a également amélioré la coordination régionale des organismes de prévention (significativement pour 35% des DRTEFP et un peu pour 55% d'entre elles). Quant à l'articulation entre le niveau national et le niveau régional, 7 DRTEFP sur 21 pensent que le PST n'a pas contribué à son amélioration et 10 qu'il y a contribué faiblement (50%).

**Tableau 9 : Résultats attribuables au PST (% en ligne)**

	NP	Significativement	Un peu	Non	Ne se prononce pas
<u>Diriez-vous que le PST a :</u>					
Contribué à une meilleure visibilité de la thématique santé au travail ?	-	14 (66,7%)	6 (28,6%)	-	1 (4,8%)
Contribué à une meilleure diffusion de la culture de prévention dans le domaine des risques professionnels ?	1	6 (30%)	8 (40%)	2 (10%)	4 (20%)
Amélioré la coordination régionale des organismes de prévention des risques professionnels ?	1	7 (35%)	11 (55%)	2 (10%)	-
Amélioré la concertation régionale des organismes de la prévention des risques professionnels avec les partenaires sociaux ?	1	6 (30%)	9 (45%)	2 (10%)	3 (15%)
Amélioré l'articulation entre le niveau national et le niveau régional ?	1	3 (15%)	10 (50%)	7 (35%)	-

Au niveau régional, les DRTEFP précisent que le PRST a permis :

- « De nouveaux partenariats, de travailler en réseau, de clarifier et d'impulser la politique de santé au travail pour lui donner une meilleure lisibilité, faciliter la réalisation de certaines actions et notamment par le financement de celles-ci par les cofinancements DRTEFP-GRSP ».
- « D'engager un changement de culture. Il conduit à des modifications dans le fonctionnement du système de prévention d'un nombre significatif d'entreprises. Un nombre significatif d'entreprises ont été touchées par l'impact du PST, mais les moyens engagés sont encore insuffisants au regard des besoins de la multitude de PME et TPE concernées. Par ailleurs, il serait utile de s'interroger sur les moyens de toucher les bénéficiaires finaux, c'est-à-dire les salariés ».

**Tableau 10 : Amélioration des conditions de travail et de la santé au travail (% en ligne)**

	NP	Avancées importantes	Petites avancées	Aucunes avancées
<u>Les actions menées dans le cadre du PST ont-elles permis des avancées significatives dans :</u>				
L'amélioration des conditions de travail	4	1 (5,9%)	14 (82,4%)	2 (11,8%)
L'amélioration de la santé au travail	4	1 (5,9%)	11 (64,7%)	5 (29,4%)

Qu'il s'agisse de l'amélioration des conditions de travail ou encore de l'amélioration de la santé au travail, la majorité des DRTEFP considèrent que le PST a permis de « petites » avancées. Plusieurs soulignent le manque de recul. Dans les deux cas, les améliorations sont attribuées à différents éléments :

- une meilleure connaissance des risques sur la santé se traduisant par une meilleure prise en charge du risque dans certaines entreprises et sur certains risques (CMR notamment) et une meilleure information des salariés ;
- l'amélioration de la communication ;
- une meilleure articulation et mobilisation des services de santé au travail (dans le cadre des PRST) ;
- le maintien de certaines actions prioritaires dans le temps, qui doit conduire à une meilleure efficacité.

Au final, l'impact du plan sur les conditions de travail et sur la santé des salariés restent aujourd'hui difficiles à appréhender. D'une part, nous ne disposons pas d'un recul suffisant, et d'autre part, peu d'éléments quantifiables sont disponibles du fait de la faible cohésion/cohérence des systèmes d'information existants (manque d'homogénéité des données concernant les différentes branches), de la disparité des données disponibles dans le domaine et du manque d'indicateurs de suivi et d'évaluation (en partie lié au constat précédent)..

### ***Les indicateurs d'évaluation retenus par le PST***

Le tableau suivant présente les 8 objectifs retenus par le PST, l'objectif préalable identifié et le (ou les) indicateur(s) identifié(s) pour chaque objectif. On note que deux de ces objectifs sont chiffrés (contraintes articulaires et TMS). Les quatre premiers objectifs correspondent à ceux qui avaient été retenus par la loi relative à la politique de santé publique de 2004, concernant le champ de la santé au travail.

**Tableau 11 : Objectifs quantifiés retenus par le PST**

OBJECTIF	OBJECTIF PREALABLE	INDICATEURS
1. Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail	Améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail Encourager les négociations de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels	Nombre d'accidents routiers mortels par branche (accidents de trajet et accidents liés directement à l'activité professionnelle)
2. Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003		Nombre de travailleurs exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine
3. Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB(a) plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003		Nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB(a) plus de 20 heures par semaine.
4. Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.	Evaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer. Systématiser la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur le lieu de travail (renforcement du rôle de l'InVS) Développer la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.	Nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés à partir des registres généraux du cancer. Nombre de personnes exposées/nombre de personnes non exposées par branche professionnelle et par type de substance. Nombre de dossiers d'évaluation des risques associés aux substances chimiques déposées par les fabricants auprès des autorités compétentes des Etats membres de l'Union européenne (futur système REACH)
5. Diminuer les accidents du travail avec incapacité permanente (partielle ou totale)	Etat des lieux des données existantes en matière d'AT/MP	Taux de fréquence des accidents du travail avec incapacité permanente (partielle ou totale)
6. Améliorer l'effectivité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises	Evaluer l'efficacité des contrôles de l'inspection du travail portant sur la démarche d'évaluation des risques dans les entreprises	Impact des visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises (évolutions des observations et sanctions).
7. Renforcer la coordination des différents acteurs de la prévention en matière d'information dans les entreprises.		Part des actions coordonnées dans l'ensemble des actions d'information sur la santé et la sécurité au travail menées par l'inspection du travail auprès des entreprises.
8. Réduire de 20 % à horizon 2009 le nombre de TMS déclarés	Améliorer la surveillance des TMS d'origine professionnelle.	Nombre annuel de TMS déclarés

(11) Sources : 1-2-3-4 : Loi relative à la politique de santé publique; 5-6-7 : Projet annuel de performance (Mission travail ; programme 4) Ministère du travail

Pour chaque indicateur retenu, les sources de données exploitables et les évolutions observées sont présentées dans le tableau suivant.

**Tableau 12 : Source de données et évolution observée pour chaque indicateur retenu par le PST**

	<i>Indicateurs retenus par le PST</i>	<i>Source</i>	<i>Evolution observée (situation initiale si non disponible)</i>
1	Accidents routiers mortels par branche directement liés à l'activité professionnelle	Données CNAMTS (statistiques technologiques des accidents du travail) et CCMSA (enquête accidents mortels)	Baisse observée entre 2002 et 2005 ; plus importante que celle de l'ensemble des décès routiers (observatoire national interministériel de sécurité routière) (source DREES <sup>†</sup> , sept 09 : synthèse de l'objectif pour loi de santé publique).
2	Contraintes articulaires (plus de 20h par semaine)	Enquête SUMER Réseau expérimental de surveillance des maladies professionnelles (InVS)	Pas de nouvelle donnée depuis 2003 via SUMER 2003 : 6,6% des salariés soumis à un travail répétitif plus de 20h/semaine <sup>†</sup> (variations selon les secteurs et les emplois).
3	Nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit >85 dB plus de 20h/semaine	Enquête SUMER	Pas de nouvelles données depuis 2003 (SUMER 2003) : 6,8% des salariés soumis à bruit >85 dB plus de 20h/semaine <sup>†,§</sup> . Compléments via l'enquête Conditions de travail de 2005 <sup>†</sup> (mais définition différente : bruits intenses)
4	Nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés via les registres généraux du cancer Nombre de personnes exposées/personnes non exposées par branche professionnelle et par type de substance Nombre de dossiers d'évaluation des risques associés aux substances chimiques déposées par les fabricants	Registres du cancer Enquête SUMER	Pas de données sur le premier indicateur (pas d'information sur l'origine du cancer dans les registres). Pas de nouvelles données depuis 2003 (SUMER 2003) : 1,1 million de salariés exposés à des produits cancérigènes de catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne <sup>†,**</sup> .
5	Taux de fréquence des accidents du travail avec incapacité permanente (partielle ou totale)	Statistiques AT-MP de la CNAMTS <sup>††,‡‡</sup>	Régime général : 46596 AT avec IP (soit 0,26%) en 2006, 51 771 en 2004. BTP : 9498 AT avec IP en 2006 pour 1487269 salariés (0,63%) contre 0,75% en 2003 <sup>**</sup> . Agriculture : proportion d'accidents graves en 2006 = 12,7%, stable depuis 2004 <sup>**</sup> . Quelques données complémentaires via SUMER 2003 <sup>§§</sup> et enquête sur les conditions de travail de 1998 et 2005

\* DREES : L'état de santé de la population en France-Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, rapport 2007 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-14.pdf>

† DREES : L'état de santé de la population en France : Données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Etudes et résultats n°23, février 2008 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er623.pdf>

‡ [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/sous-dossiers.php3?id\\_rubrique=156&id\\_mot=372](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/sous-dossiers.php3?id_rubrique=156&id_mot=372)

§ DARES : Le bruit au travail en 2003. Synthèses/Premières informations n°25-3, juin 2005. [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Publications\\_PIPS\\_25.3\\_juin\\_2003\\_bruit\\_au\\_travail.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Publications_PIPS_25.3_juin_2003_bruit_au_travail.pdf)

\*\* Bilan des conditions de travail 2007 : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/documentation-publications-videotheque/rapports/rapports-concernant-champ-du-travail-conseil-superieur-prevention-risques-professionnels-bilan-conditions-travail-2007-.html>

†† Statistiques CNAMTS AT : [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents\\_du\\_travail\\_2/accidents\\_du\\_travail\\_2\\_consequences\\_1.php](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents_du_travail_2/accidents_du_travail_2_consequences_1.php)

‡‡ CNAMTS : [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents\\_du\\_travail\\_2/accidents\\_du\\_travail\\_2\\_stats\\_secteurs\\_1.php](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents_du_travail_2/accidents_du_travail_2_stats_secteurs_1.php)

	<i>Indicateurs retenus par le PST</i>	<i>Source</i>	<i>Evolution observée (situation initiale si non disponible)</i>
6 et 7	Impact des visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises (évolution des observations et sanctions)  Part des actions coordonnées dans l'ensemble des actions d'information menées par l'inspection du travail auprès des entreprises	Données Inspection du travail <sup>***</sup>	Part des visites d'inspection suivie de remise en conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises : 94,5% en 2006 (via Cap Siteer, pas d'historique sur l'indicateur).
8	Nombre annuel de TMS déclarés	Statistiques AT-MP de la CNAMTS <sup>†††</sup>	Maladies professionnelles TMS déclarées (codes MP 57, 69, 79, 97 et 98) : 42936 en 2007, 41257 en 2005, 36520 en 2004.  Maladies professionnelles indemnisées (mêmes codes) : 34280 en 2007, 31440 en 2005, 28 048 en 2004.

Du fait de l'absence de données disponibles via des systèmes d'information existants et centralisés, plusieurs indicateurs sont calculés à partir des résultats de l'enquête SUMER (Ministère du travail/DARES). La dernière enquête date de 2003 et une nouvelle enquête est en cours de lancement (réalisation en 2009, résultats disponibles en 2010), d'où la difficulté à mesurer les évolutions des indicateurs sur la période du PST (2005-2009). Toutefois, l'exploitation de la prochaine enquête permettra de disposer d'un comparatif 2003-2009, particulièrement intéressant par rapport à la période couverte par le PST.

Rappelons par ailleurs que l'enquête SUMER couvre les salariés du régime général et de la MSA surveillés par la médecine du travail, ainsi que, depuis 2003, les salariés des hôpitaux publics, EDF-GDF, la Poste, la SNCF et Air France. Elle n'intègre pas certains travailleurs : fonctions publiques d'Etat et territoriale, une partie des transports, mines, pêche, France Télécom, artisans, travailleurs indépendants...

A noter qu'une partie des données disponibles à ce jour figure dans le bilan des conditions de travail 2007<sup>\*\*</sup>, qui présente l'activité des principaux acteurs et producteurs de données dans le domaine de la santé au travail. Toutefois, la non-homogénéité des systèmes d'informations existants (entre les différentes branches professionnelles notamment) rend la synthèse des différentes données disponibles difficile et partielle.

L'analyse de ces indicateurs amène plusieurs remarques :

- *Réduction des accidents routiers mortels du travail (objectif 1)* : objectif pertinent et données disponibles. Il pourrait être pertinent de travailler sur un indicateur plus large ou de prévoir un indicateur complémentaire, en étendant la cible aux accidents « graves » (en définissant un niveau de gravité) ou à l'ensemble des victimes (personnes tuées et blessées). Cette dernière proposition est faite par le HCSP lors de son analyse des objectifs de la loi de santé publique.

<sup>§§</sup> DARES : Accidents et conditions de travail. Synthèses/Premières informations n°31-2, août 2007 : [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=sous-dossiers&id\\_mot=341](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=sous-dossiers&id_mot=341)

<sup>\*\*</sup> « L'inspection du travail en 2006 : bilans et rapports », juin 2008 : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/web.pdf>

<sup>†††</sup> CNAMTS : statistiques AT-MP, troubles musculo-squelettiques (TMS) : [www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr)

- *Réduction des contraintes articulaires (plus de 20h par semaine) et réduction du nombre de travailleurs exposés au bruit (> 85 dB plus de 20h/semaine) (objectifs 2 et 3) : objectifs et indicateurs pertinents. On peut regretter que les données actuellement disponibles proviennent seulement de l'étude SUMER, ne permettant pas de disposer de données récentes et ne couvrant pas l'ensemble des travailleurs. A noter que le réseau expérimental de surveillance des maladies professionnelles de l'InVS peut fournir des données complémentaires sur l'incidence de certaines pathologies (canal carpien, pathologies de l'épaule...) par branche professionnelle et par secteur.*
- *Exposition aux agents cancérigènes (objectif 4) : le nombre de cancers d'origine professionnelle identifiés à partir des registres généraux du cancer n'est pas disponible, les registres ne collectant actuellement pas l'origine du cancer. Le suivi du nombre de personnes exposées à des agents cancérigènes par secteur est pertinent et les données sont disponibles. A noter sur ce point que le HCSP souligne la nécessité de mettre en place un mécanisme de prise en compte et d'examen des agents classés cancérigènes par le CIRC mais n'apparaissant pas en tant que tels dans la réglementation européenne. Par ailleurs, à noter que les matrices emploi-exposition de l'InVS permettent d'estimer l'évolution des expositions cumulées vie entière dans la population.*
- *Diminution du nombre d'accidents de travail avec incapacité permanente (objectif 5) : pertinent et disponible (au global et par secteur d'activité), mais pour les salariés du régime général seulement dans les données de la CNAMTS. A noter que la loi de santé publique de 2004 a chargé l'InVS de faire des propositions pour centraliser les données des différents régimes sur ce point. Un travail est donc en cours, avec des propositions d'indicateurs sur les accidents du travail élargis à tous les régimes, à visée de veille sanitaire et de prévention.*
- *Impact des visites d'inspection sur la conformité des démarches d'évaluation des risques dans les entreprises et part des actions coordonnées dans l'ensemble des actions d'information (objectifs 6 et 7) : pas de données sur le second indicateur dans le rapport de l'Inspection du Travail.*
- *Diminution du nombre de TMS déclarés (objectif 8) : objectif (tendance et surtout chiffrage) non pertinent du fait de la situation spécifique de cette problématique émergente et du biais des non déclarations antérieures. Toutefois, il semble essentiel de conserver un indicateur sur cette problématique, voire d'ajouter des indicateurs organisationnels intermédiaires (nombre d'actions de prévention mises en œuvre sur ce thème...). Le réseau expérimental de surveillance des maladies professionnelles et le réseau spécifique de surveillance des TMS (Pays de Loire, élargi récemment à la région PACA) de l'InVS fournissent des taux d'incidence des TMS (différentes localisations) par secteur et par profession, avec la part attribuable au travail.*

Par ailleurs, il faut souligner le manque de données de ce type au niveau régional, les enquêtes nationales (SUMER notamment) ne permettant généralement pas de produire des analyses régionales.

A noter les travaux en cours dans plusieurs régions autour d'un diagnostic régional de la santé au travail et d'un travail spécifique sur les indicateurs (Nord-Pas de Calais notamment). Ces travaux sont essentiels et complémentaires des travaux réalisés à l'échelle nationale. Ils s'inscrivent le plus souvent dans le cadre des PRST et visent une meilleure connaissance de la situation locale, mais également une identification d'indicateurs d'évaluation pertinents pour mesurer l'impact des actions mises en œuvre.

## **7 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS**

---

Les auditions réalisées au niveau national (administrations, organismes de prévention et partenaires sociaux), l'enquête auprès des DRTEFP et le focus sur 3 PRST ont permis de dégager les points forts et les faiblesses du PST. Ces éléments présentés ci-après, permettent de formuler des recommandations afin de recadrer le PST sur la fin de sa période et utiliser l'expérience ainsi acquise pour les années à venir.

### **7.1 Points forts du PST**

#### ***Le PST dans son ensemble***

##### *Affichage de la santé au travail comme une priorité et positionnement par rapport à la problématique santé-environnement*

- Le PST a permis une meilleure visibilité et lisibilité de la santé au travail et a permis une prise de conscience collective et une mobilisation des acteurs.
- Politiquement, le PST a fortement contribué à ce que la santé au travail soit reconnue comme une vraie politique publique, intégrée à la santé publique, et sortie de la seule négociation entre partenaires sociaux.
- Le PST a également permis de positionner le champ de la santé au travail par rapport à la santé-environnement. Il structure et organise la santé au travail.
- C'est un plan d'organisation qui aborde les différents champs : gouvernance, recherche, développement des connaissances, et terrain (entreprises), ce qui paraît légitime pour un premier plan dans le domaine

##### *Impulsion d'une dynamique et début d'une transversalité*

- Il a impulsé une dynamique nationale sur un enjeu majeur : obtenir des progrès significatifs en matière de prévention.
- Le PST est le premier plan national dans le domaine, il comporte une ébauche de pilotage par une transversalité (différent des « tuyaux d'orgues habituels »). Il a clarifié le champ des acteurs et a fortement contribué à la prise de conscience collective et à la mise en œuvre d'actions collectives de l'ensemble des acteurs liés à la santé au travail.

##### *Des effets positifs relevés*

- Le PST a donné des moyens. Trois éléments sont cités par tous comme les principaux apports du PST : la création de cellules pluridisciplinaires en DRTEFP introduisant la pluridisciplinarité dans les équipes de ces directions, le plan de renforcement de l'inspection du travail, et l'amélioration des connaissances en santé au travail (via la création de l'AFSSET notamment) et qui a permis de faire avancer certains sujets importants.

- Un impact important sur la recherche et l'amélioration des connaissances peut être souligné :
  - La santé au travail est devenue un sujet de recherche à part entière. Le PST a fait apparaître le besoin d'études et de recherches. L'ANR a été créée en même temps que le PST, ce qui lui a permis d'intégrer la santé au travail dans ses programmes de recherche triennaux et de disposer d'une marge d'actions plus importante. L'ANR est coordonnée avec l'AFSSET pour la recherche et pour le lancement des appels d'offres.
  - L'amélioration des connaissances dans le domaine de la santé au travail est reconnue par tous : création de l'AFSSET qui a assuré l'indépendance de l'expertise et a donné de la lisibilité, effets positifs notables par rapport au développement de la recherche sur certaines thématiques comme les nanoparticules.
  - Quelques actions significatives peuvent être mises au crédit du PST, notamment (non exhaustif) : qualité des expertises de l'AFSSET, portail sur la substitution des CMR à destination des entreprises, inventaire des CMR par l'INRS, réseaux de surveillance mis en place par l'InVS (réalisés dans le cadre de conventions avec la DGT)....
- La création de l'AFSSET donne de la lisibilité à la fois au PNSE et au PST. Parallèlement, le rapprochement des thématiques travail-environnement via l'AFSSET apparaît très positif : nombreux sujets communs et apports réciproques des deux secteurs, meilleur "rendement" collectif via la mutualisation de moyens.
- Le PST a permis un rapprochement en matière de santé au travail des entreprises de droit public (état et collectivités territoriales) et de droit privé.
- Dans une certaine mesure, le PST a influencé le programme d'actions de différentes administrations et agences nationales (Ministère de l'agriculture, ANACT par exemple), certains aspects ayant servi d'axes de développement ou de modèles.

### ***La déclinaison régionale du PST***

- L'enquête réalisée auprès des DRTEFP montre que le principal apport du PST au niveau régional est sans conteste la formalisation et la structuration de la politique de santé au travail auprès de tous les interlocuteurs de la santé publique (« *cibles et des objectifs précis et structurants* », « *enjeux bien identifiés* », « *orientations claires* »).
- En affichant des priorités au niveau national, le PST a donné une légitimité (nationale) aux actions locales, donc a légitimé l'action, et a donné une visibilité à la politique suivie, y compris en interne aux DRTEFP.
- L'affichage de priorités nationales a permis de mobiliser, fédérer des partenariats régionaux, renforcer des partenariats existants ou dynamiser des partenariats entre préventeurs autour d'actions communes, à la fois avec les autres administrations, les organismes de prévention, les structures de veille sanitaire, les communautés universitaires d'études et de recherche et les organismes professionnels. En fonction de la situation régionale préexistante, il peut s'agir de renforcement de partenariat comme de la mobilisation de nouveaux partenaires.

- La création des cellules pluridisciplinaires dans les DRTEFP est vécue comme un apport très positif de compétences techniques pluridisciplinaires (médecin et ingénieur) : pour les compétences en interne mais aussi vis-à-vis des partenaires (positionnant les DRTEFP sur un pied d'égalité avec les autres partenaires). Le PRST a ainsi permis l'amélioration d'une approche globale/pluridisciplinaire de la santé au travail, à la fois par le décloisonnement et par la création de ces cellules.
- Le renforcement des moyens de l'inspection du travail est également vécu comme un élément très positif.
- Certains acteurs estiment que les CRPRP sont très importants au niveau local car ils permettent aux acteurs de se connaître, mais les opinions divergent à ce sujet, certains les trouvant peu opérationnels et trop institutionnels.
- Des actions ont été mises en place dans les régions : il s'agit pour le moment essentiellement d'actions de communication, formation, sensibilisation, qui constituent un premier pas vers une culture commune et une meilleure connaissance des différents partenaires. On note également quelques actions de nature différente (ex : actions de contrôle sur les CMR, différents types d'actions impliquant des SST ou d'autres partenaires...).

## **7.2 Points faibles du PST**

### ***Le PST dans son ensemble***

La structure d'ensemble du PST est jugée plutôt bonne par les différents acteurs. Il n'y a pas de remise en cause du PST, mais l'avancement des 4 grands axes du PST est inégal et plusieurs points faibles sont soulignés :

#### *Non implication en amont de certains partenaires pertinents*

Le PST a été conçu en interne à la direction des relations du travail du Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, sans implication assez forte des autres institutions nationales ou des principaux organismes de prévention qui auraient sans doute pu être plus impliqués en amont (ANACT notamment). Cet historique a des conséquences en termes d'implication dans le plan, aux niveaux des administrations nationales et de leurs services déconcentrés.

#### *Objectifs pas suffisamment opérationnels*

- Selon certains, le PST manque d'objectifs opérationnels, avec une définition du rôle précis de chacun et de la répartition des tâches, ceci entraînant en particulier un manque de visibilité de l'action de chacun et une perte d'efficacité (doublons, champs de responsabilités trop larges...).
- Lors de la création de l'AFSSET, ses territoires et missions n'ont pas été assez précisés par rapport aux autres agences, en particulier vis-à-vis de l'InVS.
- L'approche interprofessionnelle semble trop générale à certains, avec comme conséquence une perte d'application pratique. Une approche par branche professionnelle sur certains aspects serait pertinente au niveau national (qui implique souvent un conventionnement de la part de l'Etat).

- Le PST ne prévoit pas de mesures concrètes nouvelles dans les entreprises, et en ce sens n'entraîne pas une réelle impulsion, avec des effets significatifs attendus. Certains acteurs considèrent que le PST cherche essentiellement à agir sur les comportements et la mobilisation des acteurs, mais n'incluant que très peu de mesures concrètes nouvelles dans les entreprises, d'où un effet attendu peu mesurable.

Ces constats sont à nuancer par le fait que les plans régionaux ont précisément pour objet de décliner le PST en région et sur le terrain, dans les entreprises. La loi de santé publique du 9 août 2004 considère que le niveau régional est le niveau pertinent pour la mise en œuvre des plans d'action dans le domaine de la santé.

#### Animation jugée insuffisante

- L'animation du PST est jugée insuffisante. La Conférence relative aux conditions de travail, qui s'est tenue à deux reprises, a relancé la dynamique du PST, notamment sur le volet acteurs de la prévention et a permis d'associer davantage les partenaires sociaux.
- Le pilotage national et la communication autour du PST sont jugés insuffisants, aussi bien au niveau national que régional, avec un manque de retour d'information ressenti par les acteurs.
- Dans quelques cas, le changement de personnes à des postes stratégiques a pu avoir un impact sur la continuité de l'action ou de l'engagement (perte d'historique, problème de relais...).

#### Des champs ou priorités non pris en compte ou insuffisamment pris en compte

Dans le choix des priorités, certains estiment que quelques champs pertinents n'ont pas été pris en compte ou pas suffisamment. Ont été cités plus précisément : le bruit (alors qu'il s'agit de la 4<sup>ème</sup> cause de maladie professionnelle déclarée dans le régime général), les TMS (pris en compte tardivement dans le PST, les risques péri-articulaires devraient être considérés comme une priorité nationale selon le HCSP), les risques liés aux formes d'emploi atypiques, et les interférences/cumuls entre les différentes expositions.

#### Lacunes, difficultés, limites

- Il apparaîtrait souhaitable pour les acteurs interrogés que la recherche soit mieux structurée et plus opérationnelle, avec une meilleure articulation avec les besoins de la prévention (mise en place d'actions). Actuellement les travaux de type recherche-actions sont très limités et non capitalisés.
- Du fait de la démographie médicale actuelle (pénurie de médecins), seuls 6 postes de médecins inspecteurs régionaux (MIRTMO) créés dans le cadre des cellules pluridisciplinaires ont été initialement pourvus, sur 22 créés. Ces postes ont finalement été pourvus en prenant sur les postes existants au sein des DRTEFP, au détriment des missions initiales et/ou en ne consacrant pas autant de temps que prévu aux cellules compte tenu de la surcharge de travail engendrée par les postes vacants.
- La contradiction entre l'évolution des missions des services de santé au travail et l'évolution de la démographie médicale pose le problème de la faisabilité des missions de prévention (actions pluridisciplinaires...) par ces services. Pour certains acteurs, le changement de pratiques ne peut se faire tant que la santé au travail reste dans le dispositif réglementaire des visites médicales. D'autres insistent sur l'importance de conserver les visites médicales et d'une approche individualisée médecin-travailleur, en notant une complémentarité entre les deux approches.

### Données descriptives insuffisantes et indicateurs d'évaluation non pertinents

- Le diagnostic de la santé au travail reste insuffisamment précis au niveau national et a fortiori au niveau régional, avec relativement peu de données disponibles en dehors de quelques enquêtes (enquête SUMER, dispositif EVREST notamment), des données AT-MP de la CNAMTS (avec la limite du champ couvert), et de quelques apports notables récents (développement de matrices emploi-exposition et mise en place de réseaux de surveillance épidémiologique par l'InVS, campagnes de contrôle mises en place sur certains thèmes par l'inspection du travail (CMR et TMS notamment)...). Au final, il demeure une insuffisance de données réellement exploitables (qualité méthodologique) et un manque de systèmes d'information dans le domaine, notamment pour une remontée des informations de terrain. Il manque par exemple des données agrégeant toutes les CSP (non prévu par le PST, mission confiée à l'InVS par la conférence relative aux conditions de travail). On peut regretter que le PST n'ait pas « boosté » le système statistique français sur la santé au travail.
- Les indicateurs d'évaluation retenus par le PST ne sont pas tous pertinents. Il manque un vrai travail sur les indicateurs, travail difficile et en partie dépendant du diagnostic disponible à la base (état des lieux plus précis à construire). L'évaluation n'avait pas réellement été prévue en amont.

### **La déclinaison régionale du PST**

- Comme pour tout dispositif de ce type, un temps d'adaptation et de compréhension est nécessaire en amont.
- Différents acteurs estiment que le PST n'a pas été suffisamment conçu en amont (niveau national) (manque de concertation et de décloisonnement des objectifs des différents partenaires nationaux se répercutant dans les objectifs, missions propres de chaque acteurs régional) pour être décliné au niveau régional.
- Au niveau régional, l'articulation des différents plans nationaux (certains étant transversaux, d'autres plus ciblés comme le plan cancer), qui se traduit par l'articulation du PRST avec d'autres plans régionaux (PRSP, PRSE essentiellement), est difficile. Certains estiment que le message est « brouillé » par la multiplication des plans nationaux et des déclinaisons régionales, avec des confusions chez certains partenaires. A cela s'ajoutent les difficultés liées aux temporalités décalées des différents plans.
- Dans certaines régions, les acteurs ressentent un manque de cadrage et d'outils méthodologiques pour élaborer et mettre en place le PRST. Certains organismes de prévention estiment que le PST a laissé trop d'autonomie aux régions, sans cadrage suffisant, et entraînant une trop grande hétérogénéité des PRST et un manque de productivité. A noter que le cadrage a été important pour les PRSE et les PRSP.
- Certains points doivent être précisés et/ou clarifiés : la place des CRAM, la contribution demandée aux services de santé au travail, et le rôle de l'inspection du travail.
- L'implication des MIRTMO dans la démarche, préalable indispensable à une adhésion des médecins du travail, est inégale selon les régions : certains ont été impliqués dès l'élaboration du PRST et/ou

sont des acteurs essentiels de sa mise en œuvre (animation, implication sur des axes spécifiques), alors que d'autres sont très peu impliqués.

- Le positionnement des médecins inspecteurs (MIRTMO) dans les cellules pluridisciplinaires peut être difficile.
- Compte tenu de la nature des actions retenues par les PRST, les DRTEFP rencontrent des difficultés pour mettre en place et maintenir les partenariats, avec un risque d'essoufflement. Il semble que les moyens techniques et humains ne soient pas en adéquation avec les objectifs et ne permettent pas que les PRST soient réellement des plans d'action : manque de moyens pour faire vivre le PRST en région, pour finaliser certaines contractualisations prévues entre les DRTEFP et les services de santé au travail sur des objectifs retenus prioritaires dans le cadre des PRST...
- Certaines DRTEFP soulignent un manque d'information et de communication autour du PST et la difficulté à identifier des modalités de financement au niveau régional.
- Les avis sont partagés concernant les CRPRP, mais les régions manquent de recul (une seule réunion en général), avec la crainte d'une perte d'efficacité par rapport à ce qui existait précédemment. Dans certains régions, la création tardive de ce comité n'a pas permis au PRST d'être réellement effectif sur la période théoriquement couverte (2005-2009).
- Enfin, comme au niveau national, les acteurs régionaux regrettent que le diagnostic de la santé au travail reste insuffisamment précis ainsi que les difficultés à disposer d'indicateurs d'évaluation pertinents.

➔ Au final, le PST n'est pas remis en cause. Une suite est attendue, mais avec davantage de réflexion en amont sur le pilotage, sur l'articulation avec les autres Plans et entre les différents Ministères et acteurs nationaux, et sur l'évaluation des actions mises en œuvre. L'évaluation constitue également un élément incontournable pour l'avenir, avec un besoin ressenti par tous de mesurer l'effort fait.

## 7.3 Recommandations

Les principales recommandations pour l'avenir découlent des points faibles qui ont pu être identifiés :

### ***Par rapport au plan actuel***

#### Animation, suivi, retour d'information

- Les attentes sont fortes, tant au niveau national que régional, par rapport à une animation et une communication autour du Plan et à un retour d'information vers les acteurs impliqués (y compris plus de communication autour du PST via/dans les médias). Les acteurs expriment un manque de visibilité sur l'avancement et la mise en œuvre du PST. Ils souhaiteraient une restitution structurée de l'avancement du PST par action et un bilan par rapport au calendrier de mise en œuvre prévu. Cette communication est d'autant plus importante sur l'axe 4 pour lequel les initiatives en cours au niveau des régions semblent peu connues.
- Il est souhaitable de prévoir au niveau du COCT une restitution de l'état d'avancement du plan plus détaillée, action par action, en plus de la synthèse incluse dans le bilan des conditions de travail.
- Il semble que le souhait d'enrichir le travail du CSPRP en ouvrant le processus aux nouveautés (état des connaissances, expériences étrangères, via un système d'auditions d'experts) ait été pris en compte via le COCT.
- Pour les institutions ou organismes concernés, faire en sorte que le PST soit porté par les institutions et non seulement par des personnes, afin d'assurer une continuité de l'action en toutes circonstances. Au niveau national, un comité de pilotage pourrait permettre d'assurer cette continuité, le maintien d'une dynamique et l'instauration d'une manière de travailler en commun.

#### Améliorations ou clarifications à apporter dans certains domaines

- Il convient de veiller à ce que, dans le cadre des PRST, les DRTEFP deviennent des pôles d'animation de la prévention et ne s'essouffent pas. En particulier, il faut être conscient des temps d'adaptation et de compréhension nécessaires pour ce type de mission et du fait que les ingénieurs de prévention doivent avoir des compétences d'animateurs pour être à même de participer à la création d'actions collectives et être réellement des chevilles ouvrières du PST.
- De façon plus générale, il est souhaitable de clarifier la place et les responsabilités de chaque acteur dans les démarches communes : un meilleur affichage des partenariats et du rôle de chacun (CRAM, services de santé au travail) et des précisions sur la place de l'inspection du travail sont également nécessaires.
- Il faudra suivre le dynamisme et les moyens d'actions des CRPRP car les avis sont actuellement divergents sur cette instance. Le bilan des actions conduites par les CRPRP qui sera présenté au COCT apportera sans doute une visibilité permettant à cette instance d'acquiescer une légitimité.

### Systèmes d'information et amélioration des connaissances dans le domaine de la santé au travail

- Il est souhaitable de structurer davantage la recherche au niveau national : animation, incitation, moyens pour structurer les approches sur des domaines intéressants et assurer une interface avec les besoins de la prévention (peut-être avec la DGT). La recherche apparaît trop déconnectée des besoins du terrain alors que les besoins identifiés dans les PRST devraient la nourrir. Il convient de capitaliser les travaux en cours (recherches de terrain par des médecins du travail par exemple) et favoriser des recherches opérationnelles, notamment sous la forme de recherche-action. Ces travaux permettent de transmettre des messages concrets sur des situations spécifiques à risque et ont un aspect pédagogique essentiel.
- Il convient également d'encourager le développement et la structuration des systèmes d'information sur les risques, notamment à partir des données de terrain disponibles aux niveaux des services de santé au travail et des médecins du travail notamment et en développant les études épidémiologiques sur les expositions, les conditions de travail, les pathologies professionnelles.
- Encourager la réalisation de diagnostics régionaux sur la santé au travail apparaît également essentiel, en donnant les moyens aux régions de le réaliser (rapprochement, mise en perspective des différentes sources de données existantes, concertation, travail sur les données...). Cet état des lieux est indispensable pour définir les actions les plus pertinentes au niveau de chaque région, pour les défendre auprès des différents partenaires et enfin pour mesurer l'impact des mesures prises.

### Outils de suivi et d'évaluation, tableau de bord

- En termes de suivi, au niveau national comme au niveau régional, il est important de formaliser les outils de pilotage, de prévoir un recueil d'information standardisé et facilement exploitable. L'idéal serait de constituer un tableau de bord de suivi des actions avec prise en compte de toutes les sous-actions et codage de l'état d'avancement de chacune, avec des indicateurs intermédiaires de mise en place des différentes sous-actions (nombres de contractualisations entre SST et DRTEFP par exemple...). Ces outils permettent de faciliter le pilotage, le suivi, la communication et le retour d'information vers les acteurs engagés. Ils sont d'autant plus nécessaires que les difficultés de pilotage s'accroissent avec l'avancement du plan et la multiplicité des actions entreprises.
- Une meilleure lisibilité des actions réalisées dans chaque région et de l'implication de chaque partenaire dans les différentes thématiques, est souhaitable, en permettant par exemple d'accéder aux différents PRST via le site du ministère du travail, avec une rubrique accessible à tous les acteurs ou partenaires.

L'étape suivante est de **permettre une meilleure efficacité opérationnelle** : meilleure organisation, gouvernance (management des ressources), objectifs plus concrets et rôles bien définis. Un futur Plan devra être plus opérationnel : plus rythmé, financé (actions, acteurs définis, échéance...).

## ***Par rapport à un nouveau Plan***

Les recommandations faites pour l'élaboration d'un nouveau Plan se regroupent autour de plusieurs thématiques :

### Mode d'élaboration et pilotage

- Il est souhaitable de prévoir davantage de concertation en amont avec les autres institutions et les agences concernées, en les impliquant dès la phase d'élaboration du Plan.
- Les partenaires sociaux souhaitent également être impliqués plus en amont. Compte tenu de la complexité du sujet, une réflexion doit être menée sur la façon de les impliquer.
- Il est important de maintenir les articulations avec les autres plans nationaux et leurs nouvelles versions, et de prendre en compte les modifications à venir (notamment avec la DGS pour la création des ARS...).
- Une meilleure coordination nationale est souhaitée pour faciliter la mise en place au niveau régional : nécessaire coordination interministérielle au niveau national (notamment en ce qui concerne le Régime Agricole, Ministère du travail et Ministère de l'Agriculture) d'une part et d'autre part avec les 3 caisses nationales CNAMTS, CCMSA et RSI, afin de déterminer dès le niveau national les structures pilotes ou chefferies de projets sur les thématiques prioritaires à décliner ensuite au niveau de la région (avec marge de manœuvre laissée à la région pour développer des thématiques spécifiques). Cela permettrait d'éviter des redondances au niveau local, sur les thématiques à développer et vis à vis des commissions de prévention propres à chaque structure.
- Certains souhaiteraient mettre davantage l'accent sur la notion de « sécurité » en intégrant cette notion dans l'intitulé du plan. Il semble préférable de mettre l'accent sur les aspects « santé » et de ne pas affaiblir le message en intégrant cette dimension, déjà implicitement incluse dans la problématique de la santé au travail.
- En termes de méthode d'élaboration et de choix des axes prioritaires, il est sans doute intéressant de davantage prendre en compte l'expérience de la santé publique (programmation, PRS et PRSP), même si les données sont moins nombreuses dans le champ de la santé au travail : avec par exemple des méthodologies de type P2BS (Programmation Basée sur les Besoins de Santé) qui permettent de s'appuyer sur une analyse des besoins pour mieux ancrer la santé comme composante des besoins de la population.

### Contenu

En termes d'actions à soutenir, deux axes forts sont à privilégier : un effort spécifique en direction des entreprises, en particulier des PME et TPE, et l'amélioration du système statistique dans le domaine.

- Ce nouveau plan doit être plus directement axé sur les entreprises (« passer au niveau micro-économique (pour faire un vadémécum de l'entreprise) », notamment les PME et TPE, et sur la santé des travailleurs.

- La réflexion doit plutôt être menée par risque, en axant les actions sur certains risques. Pour cela, une approche par branche professionnelle apparaît pertinente sur certains aspects au niveau national. Il est souhaitable que les branches professionnelles soient actrices pour créer une dynamique et réellement toucher les entreprises, tout en sachant que cette démarche nécessite généralement des conventions de la part de l'Etat (donc des moyens).
- De même, les liens avec les Services de Santé au Travail semblent essentiels pour les petites entreprises (en dehors de l'accompagnement individuel) pour assurer le relais le plus tôt possible.
- Une réflexion doit être menée concernant les champs à mettre en avant au niveau national, en particulier parmi les thématiques jugées importantes qui n'ont pas été prises en compte dans le plan actuel : bruit, davantage d'actions autour des TMS et actions spécifiques concernant la sous-traitance et le travail précaire (réalité des entreprises d'aujourd'hui). Les choix faits doivent être expliqués, notamment si des travaux sont soutenus par un autre biais (cas des intérimaires actuellement).
- Il faut revoir et surtout améliorer le système de statistiques en centralisant l'ensemble des données des différents régimes, et en permettant d'obtenir de nouvelles données (cf. Recommandations faites dans le cadre du Plan actuel).
- Il est important de continuer à se situer par rapport au contexte international, a minima européen, en participant à des instances européennes et en favorisant les échanges et séminaires de ce type.

Les recommandations en termes de pilotage, de suivi et d'évaluation recoupent celles faites pour le recadrage du plan actuel. Quelques éléments méritent cependant d'être précisés :

#### Pilotage, animation, suivi

- Un Comité de Pilotage du Plan permettrait d'assurer la continuité de l'information (en cas de changement de personnes à des postes stratégiques), et d'impulser/maintenir une dynamique et une méthode de travail. La pertinence de constituer un comité de pilotage interministériel devra être discutée.
- L'animation et la communication doivent être particulièrement travaillées, afin de redynamiser les acteurs, maintenir une nouvelle dynamique, assurer une visibilité des actions mises en place et un retour d'information régulier vers les différents acteurs et partenaires. Elles sont en partie liées à l'évaluation.

#### Evaluation

Il apparaît indispensable de se donner les moyens d'évaluer l'impact des actions engagées sur la santé des travailleurs. L'évaluation doit être prévue en amont, dès l'élaboration du nouveau Plan, avec une réflexion spécifique sur les indicateurs à retenir et la nécessité de chiffrer certains objectifs. Un partage de réflexions est demandé sur l'évaluation, afin de prévoir la remontée d'informations et le système/circuit d'information, mettre en place les outils et tableaux de bord adéquats et définir des indicateurs de suivi et d'évaluation pertinents. Elle doit permettre de mieux piloter (tableau de bord), de proposer un « feed-back » aux acteurs engagés, et de mesurer l'impact par des indicateurs intermédiaires et de résultats. Elle participera également au maintien de l'implication des acteurs (nationaux et locaux) par un retour sur leurs efforts et l'atteinte d'objectifs communs. ❖

## **8**      **REFERENCES**

---

- Plan Santé au travail 2005-2009 – Direction Générale du Travail
- Bilans et Rapports – Conditions de Travail – Bilan 2007 – Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité ;
- La Santé au Travail : Enjeux pour la Santé Publique – Revue SFSP – Numéro Spécial Mai-Juin 2008 ;
- Evaluation à Mi-parcours du PNSE – Rapport du Comité d’Evaluation - Juillet 2007 ;
- La santé au travail dans les régions de France, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) – Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associatives, Septembre 2008 (Etudes du réseau des ORS) ;
- Circulaire DRT 2005/07 du 23 juin 2005 relative à la mise en place des cellules régionales pluridisciplinaires d'appui en matière de santé au travail.
- Circulaire DGT 2007/09 du 8 août 2007 relative aux comités régionaux de prévention des risques professionnels
- Travaux du HCSP dans le cadre de l'évaluation de la loi de santé publique de 2004 (préconisations pour les objectifs santé-travail), 2008 (rapport publié début 2009)
- Evaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement. Rapport du comité d'évaluation, juillet 2007.
- Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail : douze propositions pour la développer. W Dab, mai 2008.

## **9 ANNEXES**

---

### **9.1 Annexe 1. Grille d'entretien pour les entretiens nationaux (administrations nationales, organismes de prévention et organisations syndicales)**

## GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DU PST

<b>A - Organisme et personne interrogée</b>	1	Organisme + département ou service
	2	Personne interrogée
	3	Fonction
<b>B - Contexte</b>	4	Contexte qui a conduit à la mise en place du PST. Enjeux du PST
	5	Evolution du contexte depuis la mise en place du PST ?
<b>C - Elaboration du PST</b>	6	Elaboration du diagnostic sur les besoins en amont du PST (éléments sur lesquels se sont appuyés) : modalités, implication des structures/acteurs ad hoc ? Non implication de certains champs ou acteurs ?
	7	Avez-vous été impliqué dans l'élaboration du PST ? Auriez-vous souhaité être plus impliqué dans l'élaboration (en amont)?
	8	Pertinence des priorités et pertinence des objectifs retenus par le PST par rapport aux besoins ? Oubli de certains objectifs ?
	9	Quelles ont été les modalités de communication autour du PST ? Vous estimez-vous suffisamment informé ? Vous êtes-vous "approprié" le PST ? Lisibilité des objectifs ?
<b>D - Structuration du PST</b>	10	Cohérence des actions par rapport aux objectifs (utilisation des ressources...) ?
	11	Modalités de coordination
	12	Articulation entre le PST et les autres politiques de santé, au niveau national et au niveau régional (PNSE, PRSP, Plan Cancer...) ?
<b>E - Implication dans le PST, avancement et difficultés rencontrées</b>	13	Actions dans lesquelles l'organisme est impliqué au niveau du PST (décliner les actions) : action, implication prévue, implication réelle, financement, partenariats...
	14	Etat d'avancement et situation par rapport au calendrier prévisionnel
	15	Coordination autour l'action (modalités, résultats, difficultés...)
	16	Le PST a-t-il influencé le programme d'actions ? Quels sont les résultats?
	17	<i>Questions spécifiques à certaines actions</i>
	18	Difficultés rencontrées (à quel niveau, conséquences, solution envisagée, réorientation de certaines actions ?....)
<b>F- Pilotage et animation (niveau national et régional)</b>	19	Pilotage du dispositif au niveau national (instances, modalités de pilotage....)
	20	Pilotage du dispositif au niveau régional
	21	Qualité et modalité de coordination entre niveau national et niveau régional?
	22	Animation (en interne et en externe) : prévue initialement ou mise en place plus tard ? Temps d'échange entre les acteurs du PST ?
	23	Rôle de la Conférence relative aux conditions de travail ?
	24	Capacité du plan à s'être approprié par les acteurs et à entraîner une dynamique de projet ?

<b>G - Suivi, évaluation du PST</b>	25	Quelles sont les modalités de suivi du PST au niveau national et régional ?
	26	Existence d'un tableau de bord par action ? Si oui, nature et fréquence de mise à jour des informations recueillies, procédures...? Suivi par qui?
	27	Existe-t-il déjà des résultats (impact) sur certaines de vos actions ? Lesquels et quel type de résultats (mesures/indicateurs ou opinion/observation) ?
	28	Le PST a-t-il influencé vos programmes d'actions ? Le PST a-t-il été un levier pour de nouveaux programmes d'actions ? Si oui, en quoi ?
	29	Pertinence des indicateurs retenus par le PST (objectifs "quantifiés" attendus) ? Disponibilité de ces indicateurs ? Objectifs chiffrés "réalisables" ou non pertinents?
	30	Y a-t-il des effets indirects (non prévus) que vous avez pu observer ? (nouvelles collaborations...).
<b>H - Implication des acteurs et partenaires</b>	31	Implication des différents acteurs conforme à ce qui était attendu ou lacunes à certains niveaux ?
	32	Nécessité de motivation régulière des acteurs et partenaires ("usure" ?)
<b>I - Retour d'information vers les acteurs et partenaires du PST et autres communications</b>	33	Informations transmises sur l'avancement des différentes actions du PST ? Si oui, sous quelle forme, à qui, à quelle fréquence... avis sur les informations transmises (suffisantes, claires...).
	34	Autres communications réalisées sur le PST (à destination du grand public, des entreprises...) ?
<b>J - Opinion générale sur le PST</b>	35	Avis général sur le PST
	36	Le PST a-t-il eu un impact sur les conditions de travail? Des effets sur la santé? Sur la prévention?
	37	Points forts (principaux apports) du PST
	38	Points faibles du PST
	39	Impact actuel du PST (au niveau global) ? En quoi les actions menées dans le cadre du PST renforcent-elles l'amélioration des conditions de travail ? En quoi améliorent-elles la santé au travail ?
	40	Le PST a-t-il permis une meilleure diffusion de la prévention, de la problématique de la santé au travail ?
	41	Le PST a-t-il permis une meilleure coordination des acteurs de la prévention des risques professionnels : au niveau national ? Au niveau régional ?
	42	Y a-t-il des besoins non couverts par le plan ? Des besoins insuffisamment pris en compte ? Que manque-t-il dans le PST ?
	43	Capacité du PST à intégrer en continu de nouveaux besoins/problématiques ou des évolutions ?
	44	Axes à améliorer (pilotage, animation, synergie entre les acteurs, articulation avec les autres plans...?). Evolution souhaitée du PST

## 9.2 Annexe 2 : Grille d'entretien pour les porteurs des PRST des 3 régions retenues

### Monographie des PRST

*voir / cadre fixé par la circulaire PRST et note de synthèse des PRST d'avril 08 (bien relire avant entretiens)*

Modalités d'élaboration du PRST (conçu comme une brique du PRSP, déclinaison d'un PRSE existant ?...)

PRST conçu en associant OU en consultant les partenaires institutionnels de la santé publique ou de la santé au travail (ie co-construction partenariale OU en interne puis échanges avec partenaires ensuite) ?

Quels acteurs régionaux impliqués dans l'élaboration du PRST et à quel niveau (conforme à annexe 3 circulaire ou spécificités) ?

Des conventions partenariales ou des chartes d'engagement ont-elles été signées pour formaliser ce partenariat et les engagements réciproques ?

Modalités de choix des actions prioritaires

Quel équilibre y a-t-il entre les priorités nationales et les priorités régionales ? Quel est l'impact des priorités nationales sur la définition des priorités régionales ?

Le PRST a-t-il été présenté aux partenaires sociaux ? A quelle étape et avec quel objectif (avis sur le PRST, implication dans la mise en œuvre...) ?

Y a-t-il eu une manifestation régionale ayant ponctué le processus d'élaboration du PRST ? Laquelle (Conférence Régionale de Santé, réunissant quels acteurs si autre) ?

Modalités de mise en œuvre des actions du PRST : GRSP ou DRTEFP en partenariat avec les acteurs régionaux via structure de suivi et coordination (cf. circulaire) ?

Outils de pilotage mis en place

Le CRPRP (comité régional) est-il créé (date) ? Prévu (à quelle échéance) ?

Modalités d'animation en interne et en externe

La cellule régionale pluridisciplinaire a-t-elle contribué au PRST (à l'élaboration, à la mise en œuvre) ? Sous quelle forme ?

Le PRST peut-il être mis à jour régulièrement et de quelle façon (réunion du CRPRP) ? Comment le PRST intègre-t-il en continu l'expression de nouveaux besoins ?

Quelle est l'articulation entre les programmes et actions du PRST et les autres politiques régionales (PRSP et PRSE notamment) ?

Appropriation des indicateurs du PST ? Disposez-vous de données et mesures pour renseigner les indicateurs du PST ?

*Récupérer coordonnées des partenaires (surtout autres DR et partenaires sociaux) pour entretiens*

### **9.3 Annexe 3 : Questionnaire de l'enquête auprès des DRTEFP**

## EVALUATION A MI-PARCOURS DU PLAN SANTE AU TRAVAIL

❖ Merci de remplir et/ou de cocher les cases qui correspondent à vos réponses et de renvoyer le questionnaire complété :

par mail à [anne.dubureq@cemka.fr](mailto:anne.dubureq@cemka.fr) et [valerie.donio@cemka.fr](mailto:valerie.donio@cemka.fr)

OU par courrier à Mme Donio – CEMKA-EVAL – 43, bd Maréchal Joffre – 92 340 BOURG LA REINE ❖

Région : .....

Nom et coordonnées de la personne qui a répondu au questionnaire : .....

.....

### ELABORATION ET ANIMATION DU PRST

1. Votre PRST a plutôt été élaboré (*si vous retenez plusieurs modalités, classez-les par ordre d'importance (en 1, la principale)*) :

- Comme une déclinaison du PST (reprise des actions prioritaires au niveau national)
- Comme une déclinaison du PRSE de votre région
- Comme une « brique » du PRSP de votre région
- Il a déclenché une dynamique de planification à part au niveau de la région

2. Quel est l'impact du PRST sur les partenariats au niveau de la région ?

	Impact du PRST sur le partenariat		
	Pas d'impact	Partenariat renforcé	Nouveau partenariat
Administrations (DRASS, DIRE, DRTT, SRITEPSA...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Organismes de prévention (CRAM, OPPBTP, ARACT, MSA, SST...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Structures de veille sanitaire (InVS, ORS...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Communautés universitaires d'études et de recherche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Organismes professionnels	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Commentaire éventuel : .....

.....

.....

.....

3. Au niveau régional, existe-t-il un lien avec le dispositif sanitaire ?

1  Oui                      2  Non

Préciser votre réponse : .....

4. Avez-vous défini des actions prioritaires dans le cadre du PRST ?

1  Oui                      2  Non

↳ Si oui, selon quelles modalités ? .....

5. Y a-t-il un apport de la cellule régionale pluridisciplinaire dans la mise en œuvre des actions du PRST ?

1  Oui                      2  Non

Préciser votre réponse : .....

6. Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en œuvre des actions du PRST ?

1  Oui                      2  Non

↳ Si oui, lesquelles ? .....

7. Auriez-vous conduit les actions que vous réalisez dans le cadre du PRST, en l'absence d'un PST ?

1  Oui, toutes    2  Oui, seulement certaines    3  Non

Préciser votre réponse : .....

8. Etes-vous informé de l'état d'avancement des autres PRST ?

1  Pas du tout informé                      2  Pas suffisamment informé                      3  Suffisamment Informé

9. Avez-vous des occasions d'échanger avec les autres porteurs de PRST ?

1  Oui                      2  Non

↳ Si oui : \* à quelles occasions ? .....

\* est-ce suffisant ?    1  Oui                      2  Non

Préciser votre réponse : .....

↳ Si non, est-ce que vous en ressentez le besoin ?    1  Oui                      2  Non

CONTRIBUTION AUX ACTIONS DU PST

10. Avez-vous été impliqué dans l'élaboration du PST ?

1  Oui      2  Non

↳ Si non, estimez-vous que vous auriez dû l'être ?      1  Oui      2  Non

Les questions 11 à 18 concernent les 3 dernières années.

11. Action 4.1 du PST : Dans votre région, les services de santé au travail ont-ils développé leur offre de service pluridisciplinaire aux entreprises ?

1  Oui      2  Non

Commentaire éventuel : .....

12. Action 4.2 : Avez vous organisé dans votre région des actions de communication (colloque, plaquette...) sur les risques psychosociaux ?

1  Oui      2  Non

13. Hormis ces actions de communication sur les risques psychosociaux, avez vous conduit d'autres types d'actions ?

1  Oui      2  Non

↳ Si oui : \* Lesquelles : .....

\* Avec quels partenaires (plusieurs réponses possibles) ?

- 1  Services de santé au travail
- 1  CRAM
- 1  ARACT
- 1  INRS
- 1  InVS
- 1  Consultants
- 1  Autres, préciser : .....

14. Action 4.3 : Des réseaux d'aide au maintien dans l'emploi pour les salariés victimes d'un problème de santé se sont-ils développés dans votre région ?

1  Oui      2  Non

Commentaire éventuel : .....

15. Action 4.6 : Dans votre région, les acteurs de la santé au travail ont-ils développé des méthodes d'accompagnement permettant d'adapter les bonnes pratiques d'évaluation des risques professionnels aux moyennes, petites ou très petites entreprises ?

1  Oui      2  Non

☛ Si oui :

\* A destination de quel public (*plusieurs réponses possibles*) ?

- 1  Entreprises → préciser : 1  TPE      1  PME      1  autres, préciser : .....
- 1  Salariés
- 1  Organisations syndicales de salariés
- 1  Organisations professionnelles
- 1  Secteurs d'activité → préciser quel(s) secteur(s) : .....

\* Quel type d'appui avez vous fourni (*plusieurs réponses possibles*) ?

- 1  Communication (colloque, plaquettes d'information...)
- 1  Information des employeurs à l'occasion de contrôle dans l'entreprise
- 1  Formation
- 1  Appui financier dans le cadre de conventions FACT
- 1  Construction d'actions communes avec d'autres partenaires
  - préciser les partenaires : 1  organismes de prévention
  - 1  branches professionnelles
  - 1  autre, préciser : .....
- préciser la nature des actions : .....

16. Action 4.7 : Dans votre région, s'est-il mis en place des lieux d'échange pour favoriser les échanges d'expérience entre les CHSCT ?

1  Oui      2  Non

Commentaire éventuel : .....

.....

.....

17. Action 4.8 : En matière de prévention des accidents routiers du travail, quel type d'action avez-vous développé (*plusieurs réponses possibles*) ?

- 1  Communication (colloque, plaquettes d'information...)
- 1  Information des employeurs à l'occasion de contrôle dans l'entreprise
- 1  Formation
- 1  Appui financier
- 1  Construction d'actions communes avec d'autres partenaires
  - préciser les partenaires : 1  organismes de prévention
  - 1  branches professionnelles
  - 1  autre, préciser : .....

Avec quels acteurs (*plusieurs réponses possibles*) ?

- 1  Administration → préciser : .....
- 1  Organismes de prévention → préciser : 1  CRAM    1  ARACT      1  INRS      1  InVS
- 1  Services de santé au travail
- 1  Entreprises → préciser : 1  TPE      1  PME      1  autres, préciser : .....
- 1  Salariés
- 1  Organisations syndicales de salariés
- 1  Organisations professionnelles
- 1  Secteurs d'activité → préciser le(s)quel(s) : .....

18. Action 4.9 : Quelles actions avez vous conduit en matière de substances chimiques les plus dangereuses (CMR) (plusieurs réponses possibles) ?

- Communication (colloque, plaquettes d'information...)
- Information des employeurs à l'occasion de contrôle dans l'entreprise
- Formation
- Appui financier
- Construction d'actions communes avec d'autres partenaires
  - préciser les partenaires :  organismes de prévention
  - branches professionnelles
  - autre, préciser : .....
- Contrôles

Avec quels acteurs (plusieurs réponses possibles) ?

- Administration → préciser : .....
- Organismes de prévention → préciser :  CRAM  ARACT  INRS  InVS
- Services de santé au travail
- Entreprises → préciser :  TPE  PME  autres, préciser : .....
- Salariés
- Organisations syndicales de salariés
- Organisations professionnelles
- Secteurs d'activité → préciser le(s)quel(s) : .....

#### OPINION GENERALE SUR LE PST

19. Etes-vous informé de l'état d'avancement du PST dans son ensemble (toutes actions) ?

- 1 Pas du tout informé       2 Peu informé       3 Informé

20. Souhaitez-vous être plus informé ?

- 1 Oui       2 Non

↳ Si oui : selon quelles modalités ? .....

21. Selon vous, quels sont les principaux apports/points forts du PST ?

- .....
- .....
- .....
- .....

22. Selon vous, quels sont les points faibles et manques du PST ?

- .....
- .....
- .....
- .....

23. Quels sont les éléments qui mériteraient d'être améliorés dans le PST ?

- .....
- .....
- .....

24. Y a-t-il de nouvelles thématiques qui mériteraient d'entrer dans le PST ?

- 1  Oui                      2  Non

↳ Si oui, lesquelles : .....

.....

25. Diriez-vous que le PST a :

- Contribué à une meilleure visibilité de la thématique de la santé au travail ?  
1  Significativement      2  Un peu      3  Non      4  Ne se prononce pas
- Contribué à une meilleure diffusion de la culture de prévention dans le domaine des risques professionnels ?  
1  Significativement      2  Un peu      3  Non      4  Ne se prononce pas
- Amélioré la coordination régionale des organismes de la prévention des risques professionnels ?  
1  Significativement      2  Un peu      3  Non      4  Ne se prononce pas
- Amélioré la concertation régionale des organismes de la prévention des risques professionnels avec les partenaires sociaux ?  
1  Significativement      2  Un peu      3  Non      4  Ne se prononce pas
- Amélioré l'articulation entre le niveau national et le niveau régional ?  
1  Significativement      2  Un peu      3  Non      4  Ne se prononce pas

26. Selon vous, les actions menées dans le cadre du PST depuis 2005 ont-elles permis des avancées significatives dans :

- l'amélioration des conditions de travail ?  
1  Oui, des avancées importantes      2  Oui, de petites avancées      3  Non

Préciser votre réponse : .....

.....

- l'amélioration de la santé au travail ?  
1  Oui, des avancées importantes      2  Oui, de petites avancées      3  Non

Préciser votre réponse : .....

.....

27. Si vous avez d'autres commentaires à formuler, n'hésitez pas à le faire ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

**Merci de votre participation**

**Rappel :**

<i>Les objectifs du PST</i>	<i>Les actions du PST</i>
Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel	<ul style="list-style-type: none"><li>1.1 - Introduire la santé au travail dans le dispositif de sécurité sanitaire</li><li>1.2 - Structurer et développer la recherche publique en santé et sécurité au travail</li><li>1.3 - Organiser l'accès à la connaissance</li><li>1.4 - Développer et coordonner les appels à projet de recherche en santé au travail</li><li>1.5 - Développer la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail</li></ul>
Renforcer l'effectivité du contrôle	<ul style="list-style-type: none"><li>2.1 - Créer des cellules régionales pluridisciplinaires</li><li>2.2 - Adapter les ressources de contrôle aux dominantes territoriales</li><li>2.3 - Développer la connaissance des territoires et renforcer le système de contrôle</li><li>2.4 - Renforcer la formation des corps de contrôle en santé et sécurité au travail</li></ul>
Refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail	<ul style="list-style-type: none"><li>3.1 - Structurer la coopération interministérielle sur la prévention des risques professionnels</li><li>3.2 - Réformer le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels</li><li>3.3 - Créer des instances régionales de concertation</li><li>3.4 - Améliorer et harmoniser la réglementation technique</li></ul>
Encourager les entreprises à être actrices de la santé au travail	<ul style="list-style-type: none"><li>4.1 - Moderniser et conforter l'action de prévention des services de santé au travail</li><li>4.2 - Mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux</li><li>4.3 - Repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi</li><li>4.4 - Refaire de la tarification des cotisations AT/MP une incitation à la prévention</li><li>4.5 - Encourager le développement de la recherche appliquée en entreprise</li><li>4.6 - Aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation a priori des risques</li><li>4.7 - Promouvoir le rôle des CHSCT ans tous les établissements</li><li>4.8 - Développer la prévention des accidents routiers au travail</li><li>4.9 - Promouvoir le principe de substitution des substances chimiques les plus dangereuses (CMR)</li><li>4.10 - Développer, dans les écoles et par la formation continue, la sensibilisation des ingénieurs et des techniciens aux questions de santé au travail</li></ul>

## 9.4 Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés

### Point Entretiens PST

Organisme	Référent	Fonction	Date de l'entretien
Direction générale du travail (DGT)	Mireille JARRY	Sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail (CT)	14/11/2008
	Mme Jessy PRETTO	Chargée de mission au département de l'animation de la politique du travail et du contrôle (DAP)	01/07/2008
	Yvan DENION	Chef du bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention des risques professionnels (CT1)	plusieurs entretiens
	Nathalie VAYSSE	Adjointe au chef du bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention des risques professionnels (CT1)	plusieurs entretiens
	Monique LARCHE MOCHEL	Chef de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre (IMTMO),	15/10/2008
Direction générale de la santé (DGS)	Mme Jocelyne BOUDOT	Sous directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation (EA),	11/07/2008
	Dr Mireille FONTAINE	MISP	11/07/2008
Ministère de l'agriculture et de la pêche	M. Dominique DUFUMIER	Chef du bureau réglementation et sécurité au travail	04/08/2008
Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire - Direction de la prévention des pollutions et des risques (DPPR)	Mme Odile GAUTHIER	Directrice adjointe	07/10/2008
Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire - Direction de la sécurité et de la circulation routière (DSCR)	M. Claude ROUY	Conseiller Technique Santé	02/10/2008
	M. Robert PICCOLI	Conseiller Technique Travail	02/10/2008
AFSSET	Henri PONSIGNON	Directeur général par intérim	15/09/2008
	Gérard LASFARGUES	Chef du département expertise en santé environnement et travail	15/09/2008
INRS	M. JANDROT	Directeur délégué aux Applications	26/09/2008
InVS	Françoise WEBER	Directrice	
	Ellen IMBERNON	Responsable du département santé-travail	20/08/2008
ANACT	Jean-Baptiste OBENICHE	Directeur	
	Jacques BERNON	Responsable du département santé-travail	04/09/2008
OPPBTP	M. Paul DUPHIL	Secrétaire général	10/10/2008
	François LIET	Directeur ingénierie et prospective	10/10/2008
ANR (Agence nationale de la recherche)	Catherine COURTET	Chargée de mission	31/07/2008
Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques (DARES)	Vincent TIANO	Chargé de mission auprès du sous-directeur des salaires, du travail et des relations professionnelles	14/10/2008
	Thomas COUTROT	Chef du département conditions de travail et santé	14/10/2008

Organisme	Référent	Fonction	Date de l'entretien
<b>CNAMTS</b>	M. GARY,	Direction de la prévention et des risques professionnels (DRP)	22/10/2008
	Mme BARANSKI		22/10/2008
	M. JACQUETIN pour M. Stéphane SEILLER		22/10/2008
<b>PARTENAIRES SOCIAUX</b>			
<b>Représentants des salariés</b>			
<b>CGT</b>	Jean-François NATON		13/11/2008
<b>CFDT</b>	Henri FOREST		14/11/2008
<b>CGT-FO</b>	M. REBOULET		12/11/2008
<b>CFTC</b>	M. MONTELEON		13/11/2008
<b>CFE-CGC</b>	Dr Bernard SALENGRO	Plusieurs contacts - Pas de réponse	
<b>Représentants des employeurs</b>			
<b>MEDEF</b>	Mme Nathalie BUET et Dr PELET		24/11/2008
<b>CGPME</b>	Dr Pierre THILLAUD		07/11/2008
<b>UPA</b>	M Gabriel BAJEUX	Demande d'autorisation...	

## 9.5 Annexe 5 : Monographie des 3 PRST

### Contacts au niveau des 3 régions :

Organisme	Référent	Fonction	Date de l'entretien
<b>DRTEFP</b>			
<b>DRTEFP Aquitaine</b>	Mme QUILES	Chargée de Mission PRST	
	Dr BESSIERES	MIRTMO	06/08/2008
<b>DRTEFP Nord Pas de Calais</b>	Mme Marie Laure BALMES	Directrice régionale	13/10/2008
	Mr Philippe LEMAIRE	Responsable du département "Relations avec les entreprises", chargé du PRST	19/08/2008
	Mr André-Marie LOOCK	CRAM-sous-directeur de la direction des risques professionnels	19/08/2008
<b>DRTEFP Poitou Charente</b>	Mr Hartmann TAHRI	Directeur	11/09/2008
	Mr POUZET	Conseiller	11/09/2008
	Mr G. VAUDOU	Conseiller	11/09/2008
	Mr MANSART	Ingénieur Prévention	11/09/2008
<b><u>PARTENAIRES DES DRTEFP</u></b>			
<b><i>Aquitaine</i></b>			
<b>CRAMA</b>	Mr D. SAITTA	Responsable	27/10/2008
<b>DRASS</b>	Mme TAMARIT	Médecin inspecteur de santé publique	27/10/2008
<b>ARACT</b>	Mr THIBAUT		31/10/2008
<b>ARAMSA</b>	Mme Claude CHAUSSEE		12/11/2008
<b>OPPBTP</b>	Mr Michel DEJEAN		28/10/2008
<b><i>Nord Pas de Calais</i></b>			
<b>DRASS</b>	Mme Martine DUMONT	Médecin inspecteur de santé publique	21/11/2008
<b>ISTNF</b>	Pr Paul FRIMAT	Professeur de médecine du travail	14/11/2008
<b>ORST</b>	Mr Bruno DECHERF	Président de l'ORST. Responsable MEDEF de l'organisation santé-travail	27/11/2008
<b><i>Poitou Charente</i></b>			
<b>DRASS</b>	Mme ANDRE	Responsable	17/10/2008
<b>CRAMCO</b>	Mr BARDET, Mr FOUGEROUZE	Chef du Service Prévention de la CRAMCO	22/10/2008
<b>MSA</b>	Mr Dominique JOUBERT	Chef de SST - MSA	23/10/2008
<b>ARACT</b>	Mr SAGORY		Pas de réponse
<b>CFDT URI</b>	Mr Philippe BODET		Pas de réponse

## Présentation comparée des 3 PRST

	Aquitaine	Nord Pas de Calais	Poitou-Charentes
Elaboration	<p>A partir d'un recensement des toutes les actions et initiatives déjà mises en œuvre dans la région et avec l'ensemble des acteurs régionaux engagés dans ces actions.</p> <p>PRST = Ensemble de fiches actions élaborées conjointement.</p> <p>Brique du PRSP qui a déclenché une dynamique de planification à part au niveau de la région.</p> <p>PRST porté par la DRETFP avec le soutien méthodologique d'une société extérieure.</p> <p>15 thématiques retenues, correspondants à 15 groupes de travail.</p>	<p>Conçu comme une brique du PRSP. Volet du PRSP, démarches en parallèle.</p> <p>Choix des priorités : analyse des besoins basée sur la méthodologie P2BS (Programmation Basée sur les Besoins de Santé) comme pour le PRSP. Souci de proposer des actions en adéquation avec l'état des lieux régional. Travail de 25 personnes (2 groupes) : quotation des priorités selon 4 critères et analyse des priorités. Ont expliqué leur choix de retenir ou non...</p> <p>Choix de ne pas poser d'indicateurs à ce stade (à terme, indicateurs pertinents via l'action 17 du PRST actuel : observatoire).</p> <p>Participation des membres de la cellule pluridisciplinaire à l'élaboration du PRST.</p> <p>17 actions regroupées en 6 grands objectifs (ordre des actions inverse de celui du PST : entreprises d'abord, éléments structurants ensuite).</p>	<p>Validé en Juillet 2007 - Présenté officiellement en février 2008.</p> <p>Comme le PRSE, le PRST comporte 11 fiches-actions concrètes. Il part du diagnostic santé-Travail, du PST et de la situation locale (créativité locale prise en compte). Et prise en compte des axes relevant de données objectives.</p> <p>10 Thématiques retenues (11 fiches-action).</p> <p>Méthodologie inspirée de celle utilisée pour l'élaboration du PRSP.</p> <p>Déclinaison du PST.</p>
Liens avec les autres plans régionaux	<p>Le PRST parti sur le modèle du PRSE (en a tiré parti) : sur des groupes de travail interinstitutionnels (existence fiches actions). Actions communes PRST-PRSE.</p> <p>Lien avec PRSP par co-pilotage de groupes/thématiques DRT-DRASS (thématiques communes).</p>	<p>Appel à projets commun avec le PRSP via le GRSP.</p> <p>Lien avec le PRSE plus compliqué du fait de l'historique du PRSE (2 versions) : version précipitée pour PNSE1, puis PRSE construit comme un volet du PRSP, ce qui a ensuite facilité les passerelles avec PRST: Lien surtout sur la problématique amiante.</p>	<p>PRST prend en compte le PRSP et le PRSE.</p>
Portage, pilotage, animation	<p>Logique de groupe par thématique avec co-pilotage par responsables.</p> <p>Existence d'un comité de pilotage avec tous les directeurs d'instances d'impliquées dans le PRST, pendant toute la durée de l'élaboration.</p>	<p>Co-animation DRTEFP-CRAM.</p>	<p>Par la DRTEFP.</p> <p>Chaque action est suivie par une personne en interne.</p> <p>Pas de pilotage délégué aux partenaires car différences de culture de gestion.</p>
Suivi	<p>Suivi via le suivi des fiches actions.</p>	<p>Comité stratégique (DRTEFP, CRAM et Pr Frimat en tant que personnalité qualifiée). Se réunit tous les trimestres.</p> <p>Suivi et animation des 17 actions par les 2 pilotes opérationnels : bonne vision d'ensemble, pas de tableau de suivi par action</p> <p>1 seule réunion du CRPRP (mars 2008), démarrage.</p>	<p>Suivi assuré par des Fiches PRST et fiches bilans</p>

	Aquitaine	Nord Pas de Calais	Poitou-Charentes
Intervenants impliqués	Les acteurs impliqués dans le PRST : la DRTEFP/DDTEFP, l'inspection du travail Agriculture, l'inspection du travail Transport, l'AHI (association d'hygiène industrielle (Médecins du travail), l'ARACT, l'ARAMSA, l'ASSTRA (services de santé au travail), la CRAMA, la DRASS, la DRIRE, l'OPPBTP, l'ORST, des Universitaires et d'autres acteurs (RSI, Associations AGIR33, l'ORSA, la CGT, la CFDT, la DRE) principalement. Ils avaient tous déjà entrepris des actions dans le champ de la santé au travail. Il inclut également la fonction publique et les collectivités territoriales. Un des objectifs du PRST était que les préventeurs se connaissent et s'entendent.	Existence d'un comité régional de coordination des organismes de prévention, qui associe la DRTEFP, les DDTEFP, la CRAM, l'OPPBTP, l'ARACT, l'ISTNF, le SRITEPSA, et l'ITT.  Concertation avec les partenaires sociaux via la commission régionale de médecine du travail jusqu'en 2007 ; elle se poursuivra via le CRPRP qui réunit tous les acteurs de la santé au travail.	Existence d'un comité de coordination, c'est-à-dire une instance de concertation pour l'élaboration du PRST. Les partenaires associés sont : le SRITEPSA, l'ITT, la CRAMCO, l'OPPBTP, l'ARACT et la MSA. Les autres partenaires, notamment les partenaires sociaux et l'inspection du travail, ont été associés secondairement (volonté).
Difficultés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changements de directions et de personnes régulièrement (turn over de la fonction publique) : très bloquant .... Vrai pour les directeurs mais également pour les animateurs de groupe.</li> <li>- Manque d'appui du ministère : besoin d'aide à définir leur positionnement Problème du morcellement des statistiques des différents régimes. Ils essaient de travailler sur la population "travail" mais il est difficile de disposer des statistiques fiables (tous régimes....).</li> <li>- Difficultés de positionnement de la Santé au travail dans le PRSP.</li> <li>- Difficile d'évaluer à court terme et de piloter le PRST.</li> </ul>	<p>Temps nécessaire en amont pour la compréhension et le rapprochement avec la santé publique, afin de construire le cadre de travail.</p> <p>Temps nécessaire pour assurer la mise en œuvre des actions retenues dans le PRST et pour mobiliser les services et les partenaires.</p> <p>Compréhension et repérage du cadre de programmation et des moyens d'accompagnement du PRST.</p>	<p>Pas de moyens de suivi par fiche.</p> <p>Difficulté d'évaluation : problèmes statistiques : définition d'indicateurs d'impact, sous déclaration, manières de compter différentes... : Impact difficile à mesurer.</p> <p>Choix d'une organisation d'un copil par action (mêmes acteurs...)</p> <p>Trop d'objectifs fixés</p> <p>Absence de MIRTMO Pendant 18 Mois : retard de mise en place du PRST et de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Contractualisation.</p> <p>Besoin d'aide méthodologique.</p>
Spécificités	PRST = outil de décloisonnement, de mise en cohérence (+++) des actions en matière de prévention. A permis de faire un état de lieux précis de ce qui était fait et par qui. Le PRST fait parti d'un tout. C'est l'opportunité de travailler ensemble, et de légitimation du rôle de l'état.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historique de partenariat entre préventeurs ancien et exemplaire dans la région.</li> <li>- Pôle recherche (CEREST : GIP avec 5 partenaires : CHU, Université, ISTN, CRAM et région).</li> <li>- Rôle important de l'ISTN (financement GRSP, convention DRTEFP).</li> <li>- Partenaires sociaux très structurés.</li> <li>- Dialogue entre la DRTEFP et les partenaires sociaux renforcé via l'ORST.</li> </ul>	La DRTEFP pilote toutes les thématiques du PRST.

	Aquitaine	Nord Pas de Calais	Poitou-Charentes
Points forts	<p>Le PRST = Mise en place de nouvelles collaborations, permettre à chacun de savoir qui fait quoi. Il permet aussi d'être collectivement cohérent au sein d'une entreprise. Il rappelle ainsi les responsabilités de chaque acteur.</p> <p>Le PRST démultiplie les possibilités de collaborations et de travail partenarial. Tous les partenaires préventeurs étaient autour de la table.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réel apport = équipe multidisciplinaire en DRTEFP : ressources en interne et vis-à-vis de l'extérieur, appui très important à l'inspection du travail, crédibilisation.</li> <li>- Autres plus-values : impulsion politique, renforcement de l'inspection du travail (PMDIT), renforcement des partenariats, développement de la recherche en santé-travail...</li> <li>- A été très mobilisateur et structurant. Rapprochement avec la santé publique, cohérence de l'approche.</li> <li>- Travail commun avec la CRAM avec des résultats en termes de réflexions et d'actions</li> <li>- Les partenariats donnent de la lisibilité par rapport aux différents acteurs et entreprises (crédibilité, renforcement du discours..), notamment : allier les moyens de l'inspection du travail et de la CRAM, partenariat avec les SST.</li> <li>- Adhésion des partenaires sociaux : volonté d'avancer, certains engagements à s'impliquer...</li> <li>- A donné de la visibilité, y compris en interne à la DRTEFP (priorités claires) et a été un levier d'action pour faire évoluer les SST en interne et le partenariat avec les préventeurs.</li> </ul>	<p>Volonté de ne pas créer de nouvelles « couches » de rester concret.</p> <p>Création de nouveaux partenariats</p> <p>Travail en réseau encouragé</p> <p>Clarification et impulsion de la politique de ST avec meilleure lisibilité</p> <p>Facilite la réalisation de certaines actions et notamment le financement de celles-ci par cofinancement DRTEFP-GRSP.</p>
Points faibles	<p>Pas de volonté/soutien politique de la direction : Préoccupations/DIRECT</p> <p>Manque de moyens financiers</p> <p>Statistiques peu précises (par régimes, pas globalisées, non centralisées...).</p> <p>Problème de territoires pour certains partenaires (MSA de la Vienne ne couvre que le département et le PRST la région).</p> <p>Le partenariat se fait sur les recoupements (PSST de la MSA et PRST)</p>	<p>Manque de moyens financiers pour animer, mettre en réseau et mettre en œuvre le plan.</p> <p>Vraie politique vis-à-vis des SST pas simple (conventions en cours, en parallèle du regroupement des 17 SST en 4 pôles) : à clarifier et manque de moyens, mais avance bien.</p> <p>Nécessité d'investir sur des moyens d'organisation de la connaissance (état des lieux, statistiques pour suivi et identifier mieux les besoins).</p> <p>Pôle Recherche pas assez « à disposition » de la politique régionale de santé au travail et des besoins (souhait de données plus utiles pour la prévention).</p>	<p>Besoin de réfléchir à comment agir mieux en amont : prévention à intégrer (dans la conception des machines, les produits...).</p> <p>Faiblesse de ciblage du PST (oubli du BTP).</p>

	Aquitaine	Nord Pas de Calais	Poitou-Charentes
Opinion des partenaires interrogés (sur des points spécifiques)	<p>Besoin de se centrer plus sur les entreprises : les amener à prendre en compte les problèmes de santé au travail, à évaluer les risques, à prendre en compte le PRST.</p> <p>Quid de l'implication de l'inspection du travail.</p> <p>Problématique du pilotage du PRST : besoin d'un pilotage régional plus resserré avec une réelle légitimité de décision.</p> <p>Ouverture de nouveaux partenariats (avec université).</p> <p>Besoin d'intégrer les partenaires sociaux dans les groupes de travail opérationnels. Besoin de traiter plus collectivement les problèmes. Besoin d'une coordination entre les services de prévention.</p> <p>ARS et DIRECT déstabilisent beaucoup de personnes.</p>	<p>Le PRST a accéléré le regroupement des SST en 4 pôles (en cours), ce qui doit permettre une plus grande efficacité. Le dialogue dans le cadre des contractualisations avec la DRTEFP a permis une cohésion des 17 SST et un travail en commun.</p> <p>Implication des SST en partie limitée du fait du dispositif réglementaire national de visite médicale (difficultés à changer les pratiques dans ce contexte).</p>	<p>Problème de territoire (PRST régional, Territoire MSA départemental)</p> <p>Chaque partenaire garde des propres missions : CRAM (COG), MSA (PPSST)..., l'implication est donc relative.</p> <p>PRST permet de savoir qui fait quoi – Vision d'ensemble de la santé au travail</p> <p>Le CRPRP n'est pas assez opérationnel (trop de monde et pas toujours les décideurs mais plutôt leurs représentants).</p> <p>L'implication de la DRTEFP n'implique pas l'implication de l'inspection du travail.</p> <p>Problème des statistiques et de l'évaluation.</p>