

Evrest et ses usages



Quand le dispositif Evrest s'est créé il y a une douzaine d'années, beaucoup des transformations qu'allaient connaître les services de santé au travail (l'espace des consultations, l'intervention de multiples disciplines pour la prévention, les départs en retraite massifs de médecins avec un recrutement trop faible pour maintenir les effectifs...) étaient juste amorcées, ou encore à venir. Aujourd'hui ces évolutions, parfois ces bouleversements, ont pris de l'ampleur. Dans ce nouveau contexte, le besoin d'outils de suivi de la santé au travail à l'échelle collective continue de s'affirmer, et même s'accroître.

Evrest n'est pas seul à y répondre. Il trouve sa place aux côtés de l'enquête Sumer, des recueils de données sur les maladies à caractère professionnel (MCP), du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), et de toutes les enquêtes locales dans lesquelles peuvent se lancer des équipes médicales. Il n'est pas seul, mais il a ses particularités, précieuses aux yeux de celles et ceux qui y participent.

D'abord il est « à leur main » : élaboré et géré par un groupe de médecins du travail avec le concours de quelques chercheurs, il s'est donné le double but de constituer une base nationale de

données, et d'alimenter des analyses locales, lesquelles disposent ainsi de points de comparaison. Cette souplesse d'usage a été accrue, pour les « Evrest en entreprises », par l'aménagement de zones libres et de questions supplémentaires, dont chaque médecin peut choisir les contenus.

Son deuxième trait marquant est de concilier l'anonymat des questionnaires et les possibilités d'analyses longitudinales, en faisant un lien entre les fiches d'un même salarié complétées à des moments différents. Avec à présent dix ans d'ancienneté, et ses quelque 13000 questionnaires saisis chaque année dans la base nationale, il rassemble un matériau prometteur, pour des recherches scientifiques comme pour des contributions au débat social, ou pour le pilotage de plans d'action.

Enfin, et c'est peut-être le plus important, Evrest est non seulement un outil de quantification, mais un outil d'échange, le point de rencontre d'un réseau vivace de médecins, d'infirmières, de secrétaires médicales, de statisticiens... qui animent le dispositif, mènent les études, en présentent les résultats. La place d'Evrest est à ce carrefour.

L'équipe Projet Nationale Evrest

Histoire d'Evrest IEG

■ Quels indicateurs Santé Travail dans une grande entreprise ?

Depuis septembre 2009, les médecins du travail des IEG (Industries Electriques et Gazières) participent à l'observatoire Evrest. Cette implication a fait suite aux réflexions induites dans les entreprises pour la prise en compte des risques psycho-sociaux et la recherche des éléments de compréhension qui ont conduit à une recommandation de l'Observatoire Qualité de vie au travail d'une des entreprises (composé de représentants des directions, des salariés et de médecins du travail). Les objectifs visés étaient de disposer d'indicateurs santé-travail chiffrés complétant, du point de vue de la santé, d'autres dispositifs internes déjà en place, de pouvoir effectuer des comparaisons à l'externe et de contribuer au débat avec les directions et les représentants des salariés sur les conditions de travail et la santé des salariés à l'échelle du secteur d'activité, des différentes entreprises et, plus localement, dans les différents établissements ou unités.

Un groupe de travail composé de médecins du travail issus de différentes entreprises du secteur anime le réseau qui s'est créé autour du dispositif ; il a en charge sa promotion auprès des médecins du secteur pour tendre à une participation la plus large possible, l'animation des médecins participants et la réponse à leurs interrogations éventuelles, et l'exploitation des données du secteur d'activité. Le groupe de travail assure la communication de ces résultats auprès des différents acteurs de l'entreprise pour inciter à la mise en débat des sujets de Santé au travail. En 2011, le groupe de travail a également défini 6 questions complémentaires au questionnaire Evrest afin d'approfondir d'autres caractéristiques des RPS : le sentiment d'avoir des perspectives dans son emploi, le sens et l'intérêt du travail, le fait d'avoir des objectifs clairement définis, le fait de pouvoir agir sur son organisation de travail, la cotation de l'ambiance de travail et la question de l'équilibre vie professionnelle vie privée (question intégrée ultérieurement dans le questionnaire national).

Afin d'accompagner au mieux les équipes de Santé au Travail dans l'analyse et la présentation de leurs résultats, des outils ont été développés. Un rapport est édité périodiquement permettant de mettre à disposition des différents acteurs les résultats globaux et par secteur ou grandes directions. Au fil des années, Evrest s'est ainsi inscrit dans le paysage des indicateurs utiles dans l'entreprise pouvant être mobilisés pour échanger autour des sujets de Santé au Travail. Au-delà des baromètres sociaux dont les grandes entreprises sont friandes et des données d'absentéisme, Evrest permet d'y ajouter des données de santé

qui ne peuvent être fournies que par les Services de Santé au Travail. Les responsables en charge des questions de santé au travail au sein des entreprises concernées ont compris les enjeux, certaines directions opérationnelles ayant même manifesté leur attente de résultats de cet observatoire. Afin d'être le plus réactif possible, la forme de ces rapports a évolué en 2018 vers des modèles plus « légers » et plus spécifiques permettant d'être plus rapidement portés vers les différentes directions et édités de façon synchrone à celle des rapports annuels des médecins du travail ou des rapports de synthèse rédigés par les médecins délégués représentant leurs confrères dans les différentes instances. Une certaine prudence étant nécessaire face à une demande pressante d'indicateurs déconnectés de leur contexte, le groupe de travail incite les médecins « producteurs » et les différents acteurs à mettre ces données quantitatives en perspectives avec les données qualitatives issues de la clinique médicale qui doivent aider à l'interprétation des résultats. Les résultats de l'observatoire Evrest sont ainsi régulièrement présentés au sein de différentes instances, qu'il s'agisse de l'Observatoire Qualité de vie au travail d'une des entreprises, des comités centraux d'entreprise (CCE) et des commissions Santé Sécurité des CCE, des comités santé travail divers, des CE et CHSCT locaux, des Journées Santé Travail des différentes entreprises et des autres réunions où ces données peuvent aider à mettre en lumière des sujets de Santé au Travail.

La participation à Evrest s'est amplifiée progressivement depuis 2009. Parmi les 206 médecins du travail des IEG en activité sur tout ou partie de la période 2014-2015, 114 (55%) ont saisi au moins un questionnaire. Le nombre de salariés inclus dans Evrest par médecin est très variable : depuis l'inscription des IEG dans l'observatoire, les recommandations faites aux médecins concernés étaient d'inclure au moins tous les salariés nés en octobre indépendamment de leur année de naissance (et non octobre des années paires comme dans le dispositif national jusqu'en 2016) voire d'augmenter l'échantillonnage en incluant des salariés nés en avril, juillet et/ou janvier, certains médecins faisant même le choix d'inclure l'ensemble des salariés suivis (à l'échelle de leur effectif ou d'une unité) afin d'avoir une meilleure visibilité.

Plus de 56000 fiches ont été saisies depuis 2009, représentant plus de 25000 salariés. Pour les analyses du rapport Evrest IEG, ces fiches sont réparties en différentes périodes de deux années, 1 seule fiche par salarié étant retenue par période. Les analyses portent sur chacune des périodes et permettent ainsi de suivre l'évolution de certaines problématiques Santé Travail dans le secteur des IEG ou plus spécifiquement dans certaines entreprises ou entités entre ces différentes périodes.

En termes de représentativité de cet échantillon de salariés, il apparaît que les distributions par sexe, par âge et par PCS dans l'échantillon sont proches de celles de la population des IEG. En revanche, l'échantillon n'est pas strictement représentatif des IEG en termes d'entreprises et de structures organisationnelles, certaines entités étant sur-représentées et d'autres sous-représentées, en fonction de la participation variable des médecins des différentes entreprises du secteur. Pour chaque rapport, une analyse descriptive est faite par sexe, PCS, entreprise et structure organisationnelle ou unité comptant 200 salariés ou plus. Des comparaisons sont faites en interne entre les différentes entités représentées, et en externe avec les données Evrest de l'échantillon national. Des analyses complémentaires sont également réalisées notamment sur les expositions psychosociales et les troubles neuropsychiques.

De très nombreux résultats peuvent ainsi être utilisés selon la thématique Santé Travail que l'on souhaite aborder au sein du secteur. Pour exemple, certaines analyses ont été faites sur les variations des expositions psycho-sociales selon l'âge. Ainsi, la plupart de ces expositions augmentent entre 20 et 40 ans, mais certaines présentent une variation différente chez les hommes et les femmes au fil de l'âge. Ainsi le travail bousculé (dépassements d'horaires, sauts de repas et pauses, interruptions de tâches [figure 1], difficultés liées à la pression temporelle, difficultés à concilier vie professionnelle et vie hors travail) augmente entre 20 et 40 ans et concerne préférentiellement les cadres. Ces contraintes temporelles diminuent majoritairement chez les plus de 40 ans, avec parfois des différences hommes-femmes : chez les cadres, les dépassements d'horaires, les sauts de repas et de pauses diminuent chez les hommes en deuxième partie de carrière mais continuent à augmenter chez les femmes après 40 ans [figure 2].

La pression psychologique, qui concerne globalement une plus grande proportion d'hommes, va également varier différemment chez les hommes et chez les femmes en fonction de l'âge : si elle augmente jusque 50 ans chez les hommes pour décroître ensuite, elle augmente par contre chez les femmes au fil de l'âge même chez les plus de 50 ans [figure 3].

Figure 1
Proportion de salariés répondant subir « des interruptions d'activité perturbantes » en fonction du sexe, de l'âge (en classes de 5 ans) et de la catégorie socioprofessionnelle

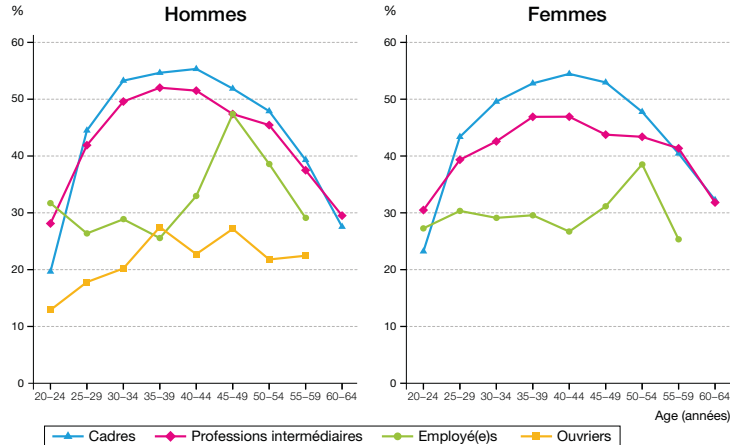


Figure 2
Proportion de salariés répondant « dépasser assez souvent ou très souvent les horaires normaux » en fonction du sexe, de l'âge (en classes de 5 ans) et de la catégorie socioprofessionnelle

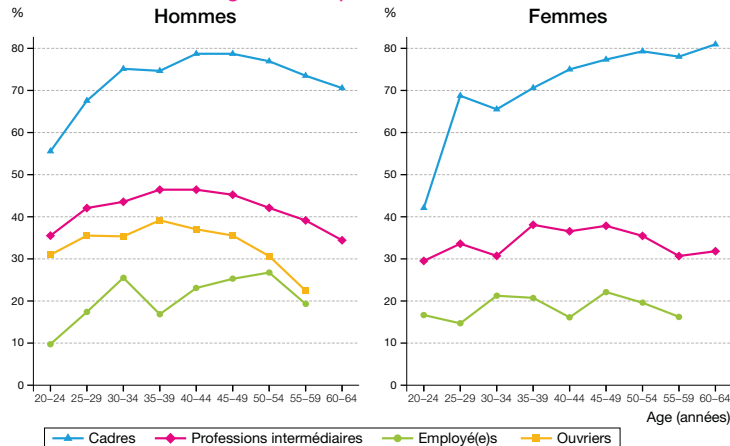
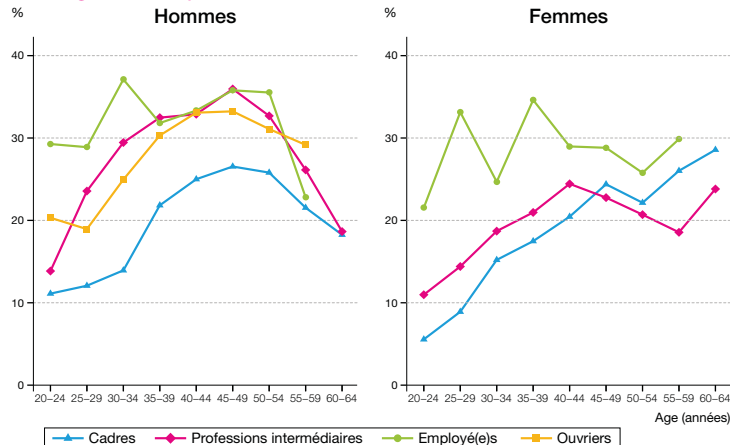


Figure 3
Proportion de salariés répondant « être exposés à une pression psychologique » en fonction du sexe, de l'âge (en classes de 5 ans) et de la catégorie socioprofessionnelle

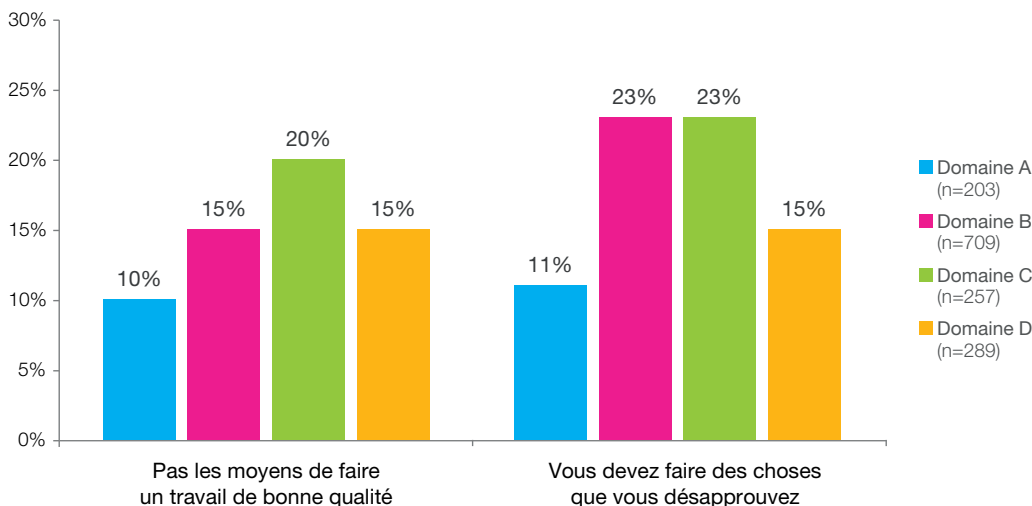


En raison de leur faible effectif, les ouvrières ne sont pas représentées sur ces graphiques

Au-delà de ces résultats nationaux, à l'échelle du secteur, les résultats par entreprise peuvent être utilisés par les médecins délégués pour alimenter leurs rapports annuels et notamment les rapports de synthèse présentés en CE et CCE. En plus des données chiffrées d'activité, l'observatoire permet d'apporter aux partenaires sociaux des données sur la santé des salariés et le vécu de leur activité de travail. Dans une des entreprises du secteur, l'analyse des résultats mettait en évidence des conflits de valeur (devoir faire des choses qu'on désapprouve) un peu plus fréquents dans certains métiers que dans d'autres, et plus fréquents que dans l'échantillon Evrest IEG et l'échantillon national Evrest [figure 4].

Figure 4

Proportion de salariés répondant « ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité » et « devoir faire des choses qu'ils désapprouvent » selon le service



La présentation des résultats a mis en débat cette question et ses causes possibles telles que l'évolution des métiers et des organisations qui n'est pas toujours bien vécue et comprise par les équipes. Ces débats ont notamment conclu à la nécessité de partager plus avec le terrain sur les changements. Les partenaires sociaux ont exprimé le souhait de suivre ce vécu du changement au sein du collectif et deux questions complémentaires ont été ajoutées au questionnaire spécifique de cette entreprise pour avoir des indicateurs sur le vécu du changement et sur l'association ou pas des équipes de terrain à la mise en place des changements organisationnels.

En pratique, c'est surtout l'utilisation qui peut être faite de ces résultats par l'ensemble des acteurs en Santé au Travail des IEG, dans un objectif de prévention des RPS, qu'il faut souligner. C'est la présentation de résultats de ce type dans différentes instances et leur mise en débat qui peut inciter des directions et des représentants des salariés à mener des actions spécifiques de prévention. Par la pérennisation de l'observatoire dans le temps, et son utilisation par de nombreuses équipes de Santé au Travail du secteur, Evrest peut aider ces équipes à jouer leur rôle de conseiller de l'employeur et des représentants des salariés dans la prévention des atteintes à la santé au cours de l'activité de travail.

Groupe de Travail Evrest IEG : Dr Amélie Adam, Dr Jean Phan-Van, Dr Michel Dessery, Dr Thierry Calvez, Dr Marie-Françoise Boursier, Dr Jean-Pierre Buzin, Dr Philippe Demeaux, Dr Isabelle Lambert, Dr France Monredon, Dr Patricia Regagnon Essig



■ Evrest, un outil commun ■ entre plusieurs équipes ■ pluridisciplinaires

Exemple d'une entreprise multi-sites

Le CHSCT d'une entreprise de type associatif du secteur médico-social sollicite le Service de Santé au Travail Nord Franche Comté (SSTNFC) pour une aide à la réalisation de l'évaluation des RPS¹.

Le défi est de taille et l'organisation complexe de par la structuration de l'entreprise : trois équipes pluridisciplinaires du SSTNFC suivent quatre établissements, avec des activités différentes. Un cinquième établissement ne sera pas intégré au projet car il relève d'un autre régime et son suivi en santé travail n'est pas assuré par le SSTNFC.

La mise en place du projet et son suivi sont confiés à deux psychologues-ergonomes membres des équipes pluridisciplinaires. Le projet se déroule selon un protocole établi au niveau du SSTNFC, avec pour objectif de mener une démarche mutualisée et participative [figure 1].

La mise en œuvre se passe selon une succession d'actions :

- Réunion entre le SSTNFC et l'association avec pour objectif l'analyse du contexte et de la demande
- Signature d'une convention dans le cadre du CPOM²
- Présentation de la démarche aux membres du CHSCT et sensibilisation aux RPS

- Création d'un comité de pilotage et sensibilisation des membres du comité de pilotage aux RPS
- Validation du choix d'un outil de diagnostic partagé
- Étude sur le terrain et exploitation des données
- Élaboration de pistes d'actions sur un mode participatif.

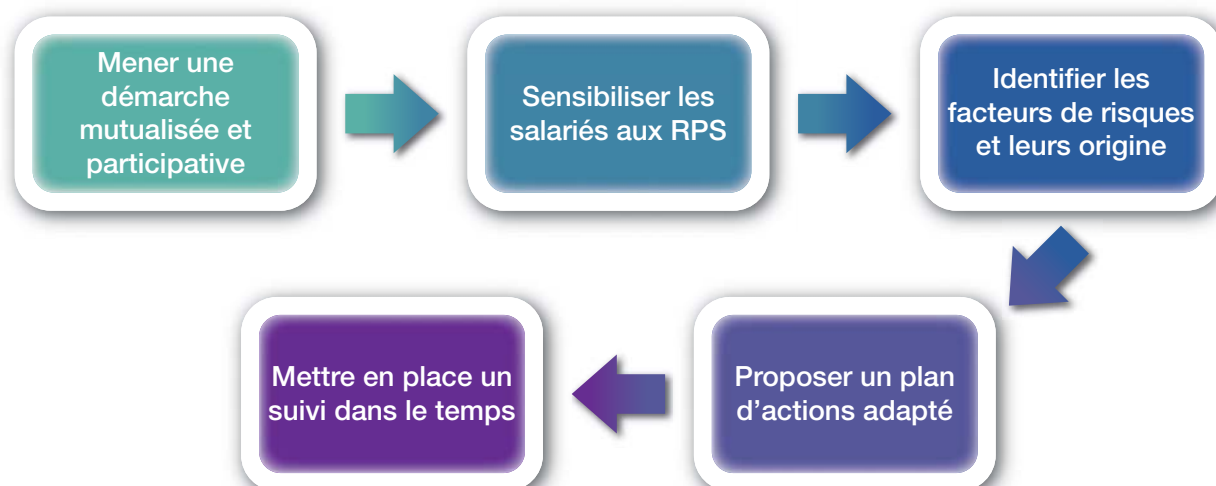
Le choix de l'outil de diagnostic partagé utilisé dans ce projet a porté sur le dispositif EVREST. **Pourquoi ce choix ?**

La première raison a résidé dans le fait que les équipes souhaitaient un questionnaire simple, facile d'utilisation, proche du terrain, permettant des comparaisons avec des données nationales et des données sectorielles dans le secteur médico-social.

Les équipes étaient conscientes que :

- 1) Evrest n'est pas un questionnaire de diagnostic RPS spécifique mais elles étaient intéressées par son abord « généraliste » ;
- 2) bien que non spécifique des RPS, le questionnaire Evrest comporte une ou quelques questions dans chacun des six axes proposés par le « Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail »³.

Figure 1
Protocole établi au niveau du SSTNF



¹ RPS : risques psycho-sociaux

² CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

³ « Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail ». www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/ Présidence Michel Gollac

Il s'agit d'une approche basée sur la parole des salariés, avec l'apport de données qualitatives, indispensables du fait de la diversité des activités dans les quatre établissements. C'était d'autant plus important qu'au moment de la mise en place du projet, une des équipes pluridisciplinaires avait été alertée par des difficultés importantes au sein d'un des établissements.

Une dernière raison, d'ordre pratique, était liée au fait que les trois médecins sollicités étaient tous inscrits au dispositif Evrest.

La démarche mutualisée et participative a conduit à un travail avec le comité de pilotage et à la création de questions complémentaires basées sur le quotidien des salariés et des difficultés « ressenties » que les équipes ont pu explorer. Les questions complémentaires ont abordé les difficultés occasionnées lors des transports de personnes, les nouvelles technologies et la communication, pour laquelle la perception de la qualité a été évaluée par une échelle analogique cotée de 0 à 10.

Le recueil des questionnaires s'est organisé sur trois mois, nécessitant une synchronisation et une motivation des équipes dans le contexte chargé de l'exercice actuel de la santé au travail. Les médecins et infirmières de chaque équipe ont réalisé leurs entretiens et un recueil de verbatim, indispensables pour l'ajout de données qualitatives aux résultats chiffrés, pour une meilleure compréhension du terrain. L'analyse des résultats a été réalisée par l'Observatoire régional de santé dans le cadre d'une coopération.

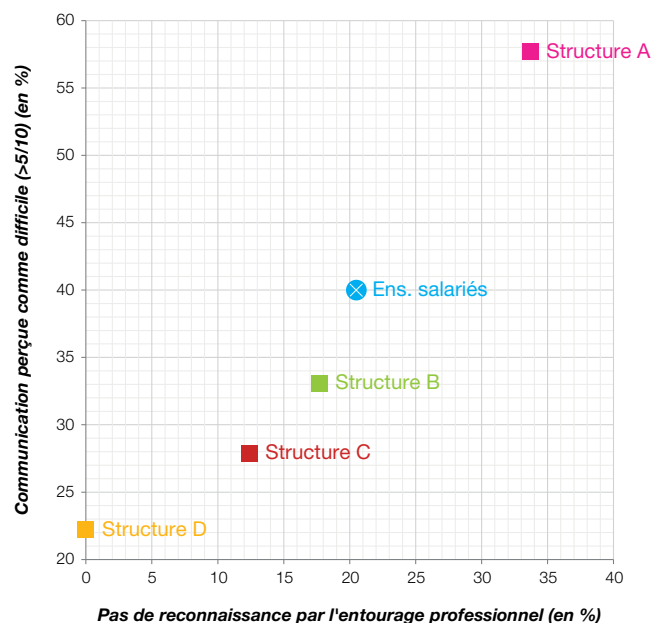
92 % des 132 salariés ont été interrogés. Des résultats ont été produits pour l'ensemble des salariés, par structure, par catégories professionnelles et ont été comparés à l'échantillon national des entreprises de code NAF 87 « Hébergement médico-social et social ».

Certains résultats, concernant l'ensemble des salariés, apportaient des renseignements positifs : les contraintes temporelles étaient par exemple très inférieures aux résultats de l'échantillon national (la pression temporelle >5/10 pour 25% des salariés interrogés, versus 40% ; 19% des salariés interrogés avaient répondu traiter trop vite une opération qui demanderait plus de soins, versus 33%).

L'analyse par secteur d'activité et les verbatim ont permis de mettre en avant certains types d'activités plus exposés en terme de contraintes temporelles (les secteurs administratif et médico-social). Ce résultat n'était pas attendu de façon aussi marquée dans l'entreprise.

L'équipe qui suivait la structure A avait reçu plusieurs plaintes de salariés concernant leurs conditions de travail et l'organisation au sein de leur structure. Des résultats ont permis d'étayer les difficultés pressenties dans la structure A et montré des disparités importantes de vécu au travail entre les différentes structures. La figure 2 montre que la communication perçue comme difficile (>5/10) – question complémentaire ajoutée suite au travail avec le comité de pilotage – est liée au manque de reconnaissance (réponse plutôt non ou non pas du tout). Les résultats confirment les différences entre les structures, ce que les équipes pluridisciplinaires avaient perçu.

Figure 2
Communication perçue comme difficile et non reconnaissance par l'entourage professionnel



Les résultats ont été présentés aux membres du comité de pilotage et du CHSCT dans un premier temps et travaillés en comité de pilotage dans un deuxième temps pour élaborer un plan d'actions. Au décours de la présentation, des mesures immédiates ont été prises par la direction de la structure A. Quatre groupes de travail ont parallèlement été créés concernant des thèmes qui étaient apparus prioritaires. Il s'agissait de la communication générale professionnelle, la communication des cadres, l'avenir de l'entreprise, les contraintes temporelles, la charge de travail et enfin les difficultés occasionnées lors des transports. Ces groupes de travail ont été intégrés dans les négociations annuelles obligatoires et sont toujours en cours.

Pour conclure, ces paroles de membres de l'équipe pluridisciplinaire montrent qu'Evrest est un outil de coopération :

« Evrest est un outil commun aux membres des équipes pluridisciplinaires. Il participe ainsi à des actions plus faciles à engager en milieu de travail pour les entreprises multi-sites. »

« Evrest permet de croiser les regards de l'équipe pluridisciplinaire sur un même socle. Il favorise le travail d'équipe et surtout, permet de suivre l'évolution de la situation tout en tenant compte de la santé physique et mentale des salariés. »

« L'expérience de chacun, la vision différente d'une même problématique, permettent une vision plus large. »

« C'est une démarche équilibrée où chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire trouve sa place. »

Dr Bénilde Feuvrier

Membres des équipes pluridisciplinaires :
Dr Jean-Michel Lamant, Dr Marie-Ange Lafosse,
Émeline Canovas, Danielle Seelig, Patricia Moine,
Virginie Bottemer, Séverine Jacques

une vision plus large
un outil commun
une démarche équilibrée
le travail d'équipe
des actions facilitées
en entreprises multi-sites

Combien vous en faut-il ?

Une caractéristique d'Evrest, comme pour bien des dispositifs de ce type, c'est que le nombre de questionnaires que l'on va recueillir – ou que l'on a déjà recueillis – est souvent petit, et qu'il faut décider s'il suffit pour permettre des conclusions probantes. C'est parfois la première question que poseront l'employeur, le DRH, les membres de CHS-CT à qui l'on montrera les résultats : « Avec juste 63 personnes, vous pouvez garantir la représentativité de votre échantillon ? ». Une question que l'équipe médicale peut poser également au statisticien qui l'épaule dans cette opération – quand elle dispose de cet appui. Et la première réponse de celui-ci va la surprendre : « La représentativité n'est pas une affaire de nombre ».

Cette réponse renvoie à une distinction essentielle entre les adjectifs « représentatif » et « significatif ». Cela semble relever du jargon technique, mais il y a là des enjeux très concrets, parce que les deux critères, en réalité, importent. Commençons par le premier.

Pour dire les choses simplement : un échantillon est représentatif quand les individus sont tirés vraiment au hasard. Chaque individu de la population de départ a les mêmes chances que les autres d'être retenu, et donc les mêmes chances de ne pas l'être. Ou en tout cas, la méthode de tirage ne modifie en rien les caractéristiques qui vont justement être étudiées : dans le cas d'Evrest, les conditions de travail et la santé. Si je décide de faire passer le questionnaire à tous les salariés nés en octobre – comme c'est le cas maintenant pour la base nationale Evrest – j'ai bien un échantillon représentatif, car on peut admettre que ces natifs d'octobre n'ont pas de raison d'avoir des particularités de travail ou de santé qui les distinguent des natifs des autres mois.

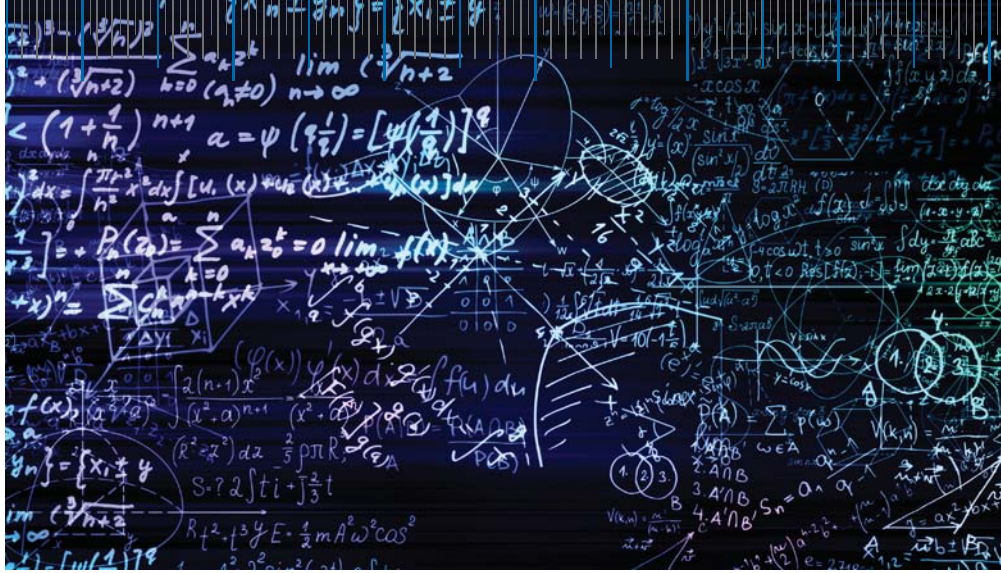
Un obstacle encore est à franchir, mais pour Evrest ce n'est pas très difficile en général : celui des non-réponses, voire des refus. Dans Evrest, ils sont rares. Dans d'autres opérations statistiques, ils peuvent être beaucoup plus fréquents. C'est notamment le cas

dans des entreprises qui lancent une vaste consultation internet, sur les RPS par exemple : si l'entreprise compte 3 000 salariés et qu'un sur trois répond, on peut s'imaginer qu'avec ces 1 000 réponses on a déjà une taille d'échantillon conséquente – or les répondants sont peut-être ceux qui souhaitent le plus se plaindre ; ou au contraire : les plus concernés auront refusé de répondre, pour marquer leur distance vis-à-vis du management. On n'en sait rien, et dans ces conditions, comment interpréter des résultats ? Il aurait mieux valu distribuer des questionnaires à, mettons, 500 salariés, en s'organisant pour qu'ils répondent (presque) tous. L'échantillon serait plus petit, mais beaucoup plus digne de confiance.

Revenons à Evrest, et à la manière d'assurer la représentativité pour un « Evrest entreprise ». La méthode la plus solide, on s'en doute, est l'exhaustivité : en quelques mois, on reçoit tous les salariés, et chacun se voit proposer le questionnaire. Ce n'est pas une lourde opération si l'entreprise est petite, ou si l'on se centre sur un site, un atelier, un service, une catégorie de personnel, de taille modeste. La seule précaution à prendre sera de ne pas abuser des résultats en pourcentages, qui masqueraient le fait qu'on a de petits nombres. Le plus simple est de restituer des résultats locaux en effectifs, en se référant à des pourcentages nationaux : « telle contrainte de travail a été mentionnée par 27 salariés sur les 35 de cet établissement, alors qu'elle concerne seulement 40% des salariés de la base nationale Evrest à la même période ». Cela suffit pour attirer l'attention.

Si l'entreprise est plus grande et qu'on juge trop exigeant, trop compliqué dans la vie du service, d'interroger tout le monde, on peut procéder par tirage au sort, par sondage - représentatif, bien entendu. C'est là que la question du nombre va se poser, et qu'avec elle apparaît le deuxième adjectif : « significatif ». Précisons tout de suite ceci : la représentativité caractérise un échantillon ; la significativité, elle, caractérise un résultat, et plus précisément une comparaison de résultats.





Gis Evrest les partenaires du Gis Evrest sont l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), le Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam) dans le cadre des activités du Gis Creapt (Groupement d'intérêt scientifique - Centre de recherche sur l'expérience, l'âge et les populations au travail), l'association Prévention et Santé au Travail (Présanse), l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF), l'Université de Lille - Droit et Santé, le Centre hospitalier universitaire de Rouen, l'Université de Rouen Normandie, l'entreprise Airbus, l'entreprise Électricité de France (EDF).

Présidente : Corinne Archambault
Directrice : Laëtitia Rollin

Supposons que j'aie recueilli des questionnaires Evrest auprès de 200 salariés, sur les 800 que compte l'entreprise, en retenant par exemple les natifs du dernier trimestre. J'examine le pourcentage de ceux qui, parmi ces 200, disent qu'ils jugent que leur travail est « varié ». Je souhaite comparer ce pourcentage à celui fourni par la base nationale. Je les trouve différents. Cette différence est-elle suffisante pour mériter l'attention ? Le fait que j'ignore tout des 600 autres salariés m'incite à la prudence. Mais le fait que j'aie un tirage représentatif m'autorise à faire un peu confiance à la loi des grands nombres : ces 200 ne sont « probablement » pas trop différents des 600 autres, et il existe des procédés de calcul statistique qui évaluent avec précision cette probabilité. Ils me permettront de savoir si l'écart est assez grand pour n'avoir que très peu de chances d'être dû au hasard.

Ce « très peu de chances » est, dans beaucoup de publications statistiques ou épidémiologiques, fixé au niveau de 5%, de façon un peu arbitraire, il faut bien le dire. En tout cas cela vaut la peine de disposer de ces résultats de tests, d'établir ce qu'on nomme « intervalles de confiance », pour ne pas accorder trop de poids à des différences qui pourraient vraiment être fortuites. On a donné ici un exemple où sont comparés des résultats portant sur un petit échantillon en entreprise et sur le gros échantillon de la base nationale. Cela vaut aussi pour une comparaison entre deux entreprises, ou pour la même à deux dates différentes.

Alors, quel nombre d'individus choisir ? La réponse n'est pas dans la théorie statistique, mais dans les enjeux concrets de ce choix pour la réalisation de l'étude. Si je considère qu'interroger les 800 salariés, dans l'exemple qui précède, est vraiment trop lourd à gérer, je peux par exemple faire un recueil exhaustif pour un atelier ou un service qui m'intéresse particulièrement – on est alors ramené à un cas de figure dont on a déjà parlé – et en même temps, constituer un échantillon au 1/4 pour l'entreprise dans son ensemble. C'est au moment de l'examen des résultats que je me demanderai – et que le statisticien, s'il y en a un, m'indiquera – quelles particularités peuvent être affirmées comme les plus « significatives ». Les autres, je les commenterai avec davantage de prudence.

Un dernier point : de ces choix, il sera important de rendre compte à tous ceux que l'étude intéresse. La « cuisine » statistique n'est pas faite pour garder sa porte fermée. En laisser l'entrée libre est la meilleure façon de soutenir un vrai débat sur les résultats. Les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes. Ce sont les acteurs de l'entreprise, et l'équipe médicale, qui parlent à leur propos, avec ce qu'il faut d'audace et de modestie.

Serge Volkoff

Équipe Projet Nationale les membres de cette équipe sont Amélie Adam (Enedis GRDF), Corinne Archambault de Beaune (Airbus), Fabienne Bardot (CIHL45), Bénilde Feuvrier (SSTNFC), Corinne Lenotre (CHU Rouen), Ariane Leroyer (Université Lille - CHU Lille), Céline Mardon (Cnam-CRTD, CEET et Gis Creapt), Anne-Françoise Molinié (Cnam-CRTD, CEET et Gis Creapt), Marie Murcia (APST Centre-Val de Loire), Charlotte Pété-Bonneton (Agemetra), Jean Phan-Van (EDF, DPNT, CNPE St Laurent des Eaux), Jean-Louis Pommier (retraité), Laëtitia Rollin (CHU Rouen - Université de Rouen), Pascal Rumèbe (AICAC), Florian Toné (PST Métropole Nord), Nadine Vial (STLN), Serge Volkoff (Cnam-CRTD, CEET et Gis Creapt).

Réseau des référents régionaux Evrest (RRE)

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES : Martine **Jacquand** (AIST63), Charlotte **Pété-Bonneton** (Agemetra), Nadine **Vial** (Santé au Travail Loire Nord)

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ : Delphine **Ach** (Areva, Framatome), Bénilde **Feuvrier** (SSTNFC)

BRETAGNE : Thomas **Gouyet** (Orange)

CENTRE-VAL DE LOIRE : Bernadette **Berneron** (CIHL45), Marie **Murcia** (APST Centre)

GRAND EST : Carine **Bontemps** (AST67), Christophe **Collomb** (Ametra Metz), Lucie **Dumas** (ALSMT), Salima **El-Alami** et Marie **Kraïem-Leleu** (AST08)

HAUTS-DE-FRANCE : Anne **Bernard** et Céline **Lamy-Zaluski** (MT02), Ariane **Leroyer** (Université Lille - CHU Lille), Florian **Toné** (PST)

ÎLE-DE-FRANCE : Pascal **Rumèbe** (AICAC)

NORMANDIE : Mathilde **Boulanger** (CHU Caen), Fabien **Dervin** (Santé BTP), Marie-Hélène **Gautier** (SISTM50), Corinne **Lenotre** (CHU Rouen), Laëtitia **Rollin** (CHU Rouen - Université Rouen)

NOUVELLE AQUITAINE : Marie-Dominique **Bressand** (ASTPB), Christine **Degrassat** (AIST87), Marie-Christine **Lacroix** (AHI33), Stéphanie **Paolini** (Rectorat de Poitiers)

OCCITANIE : Cyril **Bernardet** (Ametra), Michel **Niezborala** (ASTIA), Christine **Turroques** (Samsi31)

PAYS DE LA LOIRE : Olivier **Durand** (SSTNR)

PROVENCE – ALPES CÔTE D'AZUR et CORSE : Gérald **Magallon** (Gest05)

GUYANE-MARTINIQUE-GUADELOUPE : Régine **Rosier** (CHU Martinique)

LA RÉUNION : Marion **Acheriteguy** (Intermetra)

IEG (Industries Électriques et Gazières) : Amélie **Adam** (Enedis-GRDF), Jean **Phan-Van** (EDF)
SNCF : David **Debensason** (SNCF).



MENTIONS LÉGALES :

Directrice de publication : Laëtitia Rollin. Rédactrices en chef : Ariane Leroyer, Anne-Françoise Molinié.
 Organisme éditeur : Gis Evrest, dont le mandataire est : Université de Rouen Normandie, 1 rue Thomas Becket, 76821 Mont-Saint-Aignan cedex.
 Imprimeur : Imprimerie Lecerf Rouen Offset, 11 Rue Pierre-Gilles de Gennes, P.A.T. la Vatine, 76130 Mont-Saint-Aignan.
 Internet : <http://evrest.istnf.fr>. ISSN : 2256-9154.