



ABSENTÉISME

RSE

TMS

LA PRÉVENTION SANTÉ DANS L'ENTREPRISE

LIVRE BLANC

STRESS

ABSENTÉISME

RSE

Pourquoi promouvoir la santé au travail ?

Quels enjeux, quels bénéfices pour l'entreprise ?

Quelles actions mettre en œuvre ?



CAPITAL SANTÉ
Solutions pour la Santé au Travail

SOMMAIRE

INTRODUCTION p.3

PREMIÈRE PARTIE > Promouvoir la santé : un impératif pour les entreprises p.5

1 La santé au travail en France : des évolutions préoccupantes p.6

- Les accidents du travail et maladies professionnelles
- Des conditions de travail détériorées
- L'émergence des risques psychosociaux

2 Les enjeux de la Prévention Santé en entreprise p.11

- Les enjeux liés aux évolutions sociétales
- Les enjeux juridiques
- Les enjeux économiques

DEUXIÈME PARTIE > Quelle stratégie de prévention pour l'entreprise ? p.29

1 Le périmètre d'intervention : une approche globale de la santé p.31

- Des actions de prévention des risques pour la santé physique et mentale
- Des actions orientées vers le bien-être et la qualité de vie au travail
- Vers la promotion de la santé en entreprise

2 Typologie des actions de prévention p.36

- Niveaux et mode d'action de la Prévention Santé
- Stratégies de prévention du stress
- Des actions intégrées à la stratégie de l'entreprise

3 Des actions intégrées à la stratégie de l'entreprise p.40

CONCLUSION p.47

LES AUTEURS

→ Valérie **BOUGAULT**

Économiste de formation, titulaire d'un DEA en politiques économiques et sociales et d'un master de gestion. Elle prépare un doctorat d'économie à l'Université Pierre Mendès France de Grenoble et réalise des travaux de recherche depuis quatre ans dans le domaine de la santé au travail. Elle enseigne actuellement à l'université de Grenoble en tant qu'attachée temporaire d'enseignement et de recherche.

→ Romain **CRISTOFINI**

Co-fondateur et Directeur Général de CAPITAL SANTE. Consultant auprès des grandes entreprises en matière de stratégie Santé au travail. Concepteur de méthodologies et de logiciels de mesure de la Santé au travail. Formateur à l'INMA (Institut National de Médecine Agricole) et intervenant au CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers).

INTRODUCTION

Dans de nombreux pays européens, tout comme en Amérique du Nord, et plus récemment en Chine, les préoccupations à l'égard de la santé sur les lieux de travail se sont considérablement accrues au cours de ces dernières années. Ce nouvel intérêt s'est traduit par le développement d'actions de prévention santé dans l'entreprise, destinées à diminuer les risques d'accidents du travail ou de maladie professionnelles, mais également par des actions visant plus globalement à promouvoir la qualité de vie au travail et le bien-être au travail.

La France accuse un retard certain dans le domaine.

Les entreprises françaises, quelques soient leurs tailles ou leurs secteurs d'activité, sont pourtant confrontées à de nombreux problèmes de santé au travail : troubles musculo-squelettiques, stress, dépressions, consommation de tabac, d'alcool, ou d'autres psychotropes, suicides au travail, harcèlement, etc. Les problèmes de santé physique se cumulent désormais avec les risques pour la santé mentale.

Les conséquences humaines et sociales sont considérables, les atteintes à la santé physique ou mentale d'un salarié s'accompagnent d'une souffrance, pour la victime, mais également pour sa famille. Les conséquences sont également financières. Chaque année, les entreprises cotisent 8 milliards d'euros pour financer la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale, ce qui ne représente qu'une faible partie des coûts de la santé au travail, estimé à 3 % du PIB, soit environs 50 milliards d'euros.

Malgré ce constat, peu d'entreprises françaises considèrent encore aujourd'hui la santé dans l'entreprise comme une question stratégique. En outre, lorsqu'elles sont sensibilisées à la question, elles s'avèrent souvent démunies face à la complexité des problématiques et à la méconnaissance des approches possibles. En conséquence, rares sont donc celles qui mettent en œuvre une politique de Prévention Santé globale et efficace.

Ce Livre Blanc a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension des problématiques et des enjeux de la santé dans l'entreprise. S'appuyant sur les résultats de la recherche scientifique nationale et internationale ainsi que sur des cas concrets d'entreprises pionnières, il vise également à proposer des pistes méthodologiques pour mener des actions de prévention efficaces. Il s'adresse aux Directions des Ressources Humaines et plus généralement aux acteurs du champ HSQE (Hygiène Santé Qualité Environnement), généralement en première ligne sur ce sujet.

Le Livre Blanc s'attachera à répondre à deux interrogations majeures :

Pourquoi promouvoir la santé dans l'entreprise ?

La première partie du Livre Blanc présente un état des lieux en la matière ainsi que les enjeux de la santé au travail pour l'entreprise. Le bilan de la santé au travail en France est préoccupant : les risques pour la santé physique au travail restent élevés et se cumulent désormais avec une montée des risques psychosociaux. Les évolutions sociétales et juridiques viennent de surcroît renforcer l' "exigence de santé" dans l'entreprise. Les coûts des problèmes de santé au travail dans l'entreprise, restent souvent méconnus et sous-estimés, et de nombreux cas montrent que les investissements en prévention santé sont rentables pour l'entreprise.

Comment agir efficacement en matière de Prévention Santé?

La seconde partie aborde les axes d'intervention possibles en matière de Prévention Santé et présente un aperçu d'actions ayant été menées avec succès dans des entreprises françaises et étrangères. Les expériences montrent, qu'à l'aide de stratégies et de mesures appropriées, les entreprises peuvent améliorer la santé physique et psychique de leurs collaborateurs tout en améliorant leur performance économique.

La santé dans l'entreprise : de nouvelles exigences pour les DRH

Les DRH ont déjà - et encore plus à l'avenir - un rôle majeur en matière de santé et de sécurité au travail. Ils sont déjà conscients, au moins partiellement, des enjeux liés à la santé dans l'entreprise, qui est un thème de préoccupation majeur pour la plupart d'entre eux¹. Cependant, lorsqu'ils souhaitent mettre en œuvre une politique de Prévention Santé, ils sont confrontés à une double difficulté.

La première est de convaincre. Non seulement leur direction générale - le manque d'implication de celle-ci étant souvent un frein à la mise en place d'actions de Prévention Santé - mais également toutes les parties prenantes concernées par la santé dans l'entreprise.

Les décideurs exigent en effet des données économiques objectives pour justifier les investissements dans le domaine. Les actions de prévention peuvent être perçues comme une dépense "cosmétique" sans retour concret pour l'entreprise. En outre elles sont parfois jugées incompatibles avec les exigences de productivité, quand elles ne suscitent pas la méfiance liée à la crainte d'une remise en cause des modes de management ou des organisations du travail. Elles peuvent être également parfois considérées comme inutiles, lorsque les problèmes de santé sont perçus comme une fatalité.

La prise de décision sur ce thème sera facilitée s'il est démontré que la Prévention Santé n'est pas seulement mise en œuvre pour satisfaire une contrainte réglementaire et qu'elle n'est pas non plus un luxe que seules les entreprises en bonne santé économique et financière peuvent se permettre ; mais qu'elle peut contribuer à de meilleurs résultats pour l'entreprise.

La seconde difficulté pour les DRH réside dans les solutions à apporter.

Ces derniers restent souvent démunis face aux problèmes de santé rencontrés, d'autant plus qu'ils se sont multipliés et complexifiés (origines plurifactorielle des problèmes de santé, pathologies à effet différés...).

Pour mobiliser tous les acteurs nécessaires à l'action (le service médical, le management, la direction de production, les concepteurs, etc.) et emporter leur adhésion à un projet de Prévention Santé dans l'entreprise, les DRH doivent être en mesure de proposer des solutions concrètes répondant à la spécificité des situations rencontrées.

La littérature scientifique et les retours d'expériences tendent à prouver que les actions de Prévention Santé constituent un gisement de performance nouveau et souvent inexploité par l'entreprise. La Prévention Santé dans l'entreprise n'est ni un coût ni une contrainte, mais un investissement et une opportunité.



PREMIÈRE PARTIE

**Promouvoir la santé :
un impératif pour les entreprises**

1 La santé au travail en France : des évolutions préoccupantes

La montée des enjeux liés à la santé et à la sécurité au travail est d'abord la conséquence d'une dégradation des chiffres observée au cours des deux dernières décennies. Les accidents du travail ne baissent plus, tandis que les maladies professionnelles connaissent une croissance exponentielle depuis plus de quinze ans. Les risques pour la santé physique sont toujours présents, voir s'amplifient pour certains (port de charges lourdes, gestes répétitifs, exposition à des produits chimiques...) et viennent se cumuler avec les risques d'atteinte à la santé mentale, liés à l'émergence des risques psychosociaux au travail.

“ Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq ”²

D'après les résultats d'une enquête de l'INSEE³ réalisée en 2002, une personne sur quatre en âge de travailler déclare avoir un problème durable de santé ou un handicap. 20 % de ces personnes attribuent leur problème de santé à leur travail. Ainsi les “maladies professionnelles”^{*} touchent 1,1 million de personnes (soit 3,6 % de la population en âge de travailler) et seraient responsables de 14 % des problèmes de santé ou handicaps. 550 000 personnes signalent qu'un accident du travail ou du trajet domicile-travail a provoqué chez elles des séquelles durables (soit 1,7 % de la population en âge de travailler). Ces accidents représentent 6 % des problèmes de santé ou des handicaps déclarés.

.....► 1.1. Les accidents du travail et maladies professionnelles

Les accidents du travail : si leur fréquence baisse, leur gravité augmente

Les accidents du travail en 2006 :

- 1,4 millions accidents du travail ont été déclarés à la branche accident du travail/maladie professionnelle de la CNAMTS⁴.
- Parmi ces accidents, près de 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail⁵, soit un indice de fréquence⁶ d'environ 40 accidents du travail avec arrêt pour 1000 salariés.
- Une durée moyenne d'un arrêt de travail⁷ de près de 50 jours en 2006.
- 537 décès, soit une hausse de 13,5 % par rapport à 2005, après une baisse sur 5 années consécutives.
- Ces accidents sont à l'origine de 33,2 millions de journées perdues par incapacité temporaire (chiffre 2005).

La fréquence des accidents du travail a tendance à baisser, l'indice de fréquence est passé de 45,5 accidents du travail avec arrêt pour 1000 salariés en 1997, à 40 en 2006. En revanche la durée moyenne des arrêts de travail s'accroît : de 43 jours en 2001, elle est passée à 50 jours en 2006.

^{*} Il s'agit ici des affections ressenties et déclarées par les personnes enquêtées et non des constatations médicales. Cela ne signifie donc pas que toutes ces maladies aient été effectivement attribuées au travail par un diagnostic médical ou par une reconnaissance administrative.

Les maladies professionnelles en 2005 :

- 52 701 cas de maladies professionnelles ont été reconnus⁸, contre 5 000 en 1990.
- 78 % d'entre elles ont donné lieu à des arrêts de travail, dont la durée moyenne est de 227 jours.
- 40,5 % d'entre elles se sont accompagnées d'incapacités permanentes.
- Elles ont occasionné 493 décès.

Après environ trente ans de stabilité, le nombre de cas de maladies professionnelles reconnues a commencé à s'accroître depuis le début des années 90 et a depuis lors été multiplié par dix. Près de 90 % de cette augmentation est due aux troubles musculo-Squelettiques* (TMS) et dans une moindre mesure aux maladies liées à l'amiante.

Les TMS représentent ainsi plus des 2/3 des maladies professionnelles reconnues, avec une progression de l'ordre de 20 % par an. Parmi elles, les affections péries articulaires sont prédominantes et représentent les 3/4 des TMS. Les lombalgies, reconnues depuis 1999 comme maladies professionnelles, représentent désormais la troisième maladie professionnelle reconnue dans le régime général.

Les maladies dues à l'inhalation de poussières d'amiante représentent 15,8 % de l'ensemble des maladies professionnelles en 2005 et sont particulièrement invalidantes (avec un taux d'incapacité permanente de 74,7 % en moyenne).

1.2. Des conditions de travail détériorées

Les conditions de travail : une permanence des pénibilités physiques et l'émergence des risques psychosociaux

Les enquêtes sur les conditions de travail témoignent d'une dégradation depuis plusieurs décennies, tant au niveau des conditions physiques de travail qu'au niveau de la charge mentale au travail.

Les exigences physiques au travail perdurent

Les enquêtes sur les conditions de travail montrent une augmentation des exigences physiques au travail durant les années 80 et 90.

• Les indicateurs de charge physique au travail⁹

Proportion de salariés (%) déclarant	1978	1984	1991	1998
Rester longtemps debout	51%	49%	53%	54%
Rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue	17%	16%	29%	37%
Effectuer à pied des déplacements longs et fréquents	nd	17%	28%	35%
Effectuer des mouvements douloureux ou fatigants	nd	nd	nd	34%
Effectuer d'autres efforts physiques importants	11%	11%	19%	24%
Effectuer au moins 1 effort physique	nd	64%	70%	72%

* Les troubles musculo-squelettiques sont des pathologies touchant la périphérie des articulations et liées à une hyper sollicitation des membres en milieu professionnel.

L'enquête SUMER¹⁰ 2002-2003 (SUrveillance MEdicale des Risques professionnels) en 2002-2003 a permis d'identifier les expositions aux risques professionnels.

Concernant les expositions aux risques physiques, si les gestes répétitifs sont en baisse (de 20 à 17 % entre 1994 et 2003), en revanche les autres contraintes physiques sont en hausse (les déplacements à pied passent de 35 % à 42 %, la manutention manuelle de 38 à 41 %, le travail sur écran de 37 % à 50 %), ou sont stables (les contraintes posturales concernent 30 % des salariés et la station debout 48 %). Sont également en hausse les nuisances sonores, nuisances thermiques, et conduites sur la voie publique.

L'enquête SUMER indique par ailleurs que 13 % des salariés sont exposés à des bruits supérieurs à 85 db., 15 % aux agents biologiques. L'exposition aux produits chimiques est en hausse. La proportion de salariés du privé exposés à des produits chimiques est passée de 34 à 37% de 1994 à 2003.¹¹ En 2003, au moins 2,4 millions de travailleurs ont été exposés à au moins un produit cancérigène, soit 13,5 % des salariés.

Les données relatives à la charge mentale au travail sont plus récentes mais témoignent d'une progression des exigences mentales au travail.

• Les indicateurs de charge mentale au travail¹²

POURCENTAGE DE SALARIÉS DÉCLARANT QUE	1991	1998
une erreur dans leur travail pourrait entraîner :		
- des conséquences graves pour la qualité du produit ou du service	60 %	65 %
- des dangers pour leur sécurité ou celle des autres personnes	31 %	38 %
- des sanctions à leur égard	45%	60%
ils doivent fréquemment abandonner une tâche pour une autre non prévue :		
- et cela perturbe leur travail	48%	56%
l'exécution de leur travail leur impose :		
- de ne pas le quitter des yeux	26%	32%
pour effectuer leur travail correctement, ils n'ont pas :		
- un temps suffisant	22%	25%
- des informations claires et suffisantes	18%	21%
- la possibilité de coopérer	13%	14%
- des collaborateurs en nombre suffisant	21 %	24%
ils vivent souvent des situations de tension avec :		
- le public	22%	30%
- leurs supérieurs hiérarchiques	nd	30%
- leurs collègues	nd	21%
ils reçoivent souvent des ordres contradictoires	nd	35%

Les formes de pénibilité traditionnelles et nouvelles ne se substituent pas l'une à l'autre mais ont plutôt tendance à se cumuler. Ce cumul a des impacts sur la santé des salariés et peut se traduire notamment par des pathologies d'hyper-sollicitation, en particulier les TMS, et par des atteintes à la santé mentale.

Les contraintes de rythme s'intensifient

Les contraintes pesant sur le rythme de travail ont massivement augmenté¹³.

Les enquêtes SUMER de 1994 et 2003 montrent que la proportion de salariés soumis à des contraintes de rythme s'est accrue :

- Interruption d'une tâche pour une autre non prévue (de 46 % à 48 %)
- Normes et délais à respecter en une journée au plus (de 48 % à 52 %)
- Demande extérieure obligeant à une réponse immédiate (de 50 % à 55 %)
- Dépendance immédiate vis-à-vis d'un ou plusieurs collègues (de 27 % à 29 %)
- Déplacement automatique d'un produit ou cadence automatique d'une machine (de 6 % à 8 %)

Les enquêtes sur les conditions de travail en France et en Europe¹⁴ ont confirmé l'intensification du travail depuis une quinzaine d'années, et son impact sur les conditions de travail¹⁵. Cette intensification est notamment liée à l'introduction des innovations technologiques et organisationnelles.

Elle se manifeste par l'accroissement des contraintes de temps, mais pas seulement. Il existe aussi des contraintes relatives à la qualité des produits, à la satisfaction du client, qui s'ajoutent à celles de la productivité, avec parfois des injonctions contradictoires entre ces deux contraintes. On observe un cumul¹⁶ des contraintes industrielles (cadences, déplacements automatiques des produits) et des contraintes marchandes (dépendance immédiate de la demande, contact du client,). Tous ces éléments participent à l'intensification du travail.

La persistance des contraintes physiques, l'intensification des rythmes et de la charge mentale au travail, touchent les travailleurs âgés de 50 ans ou plus comme les travailleurs les plus jeunes²⁰.

Les TMS, pathologies de l'intensification du travail

De nombreuses études montrent le rôle de l'intensification des rythmes de travail dans la survenue des TMS. Les TMS, considérées comme des pathologies d'hyper-sollicitation de l'appareil moteur, seraient liées à l'évolution des organisations et des conditions de travail de ces vingt dernières années¹⁷, notamment au cumul "de contraintes marchandes et de contraintes industrielles, c'est à dire à la combinaison de formes anciennes de pénibilité liées à un travail répétitif et fatiguant, déjà présentes dans les organisations tayloriennes, avec des formes modernes de pénibilité mobilisant les capacités cognitives sous contraintes de temps, sous les contraintes d'adaptation, et de satisfaction du client.

Les TMS concernent un nombre important de salariés. Un réseau de surveillance épidémiologique, à partir d'une étude expérimentale de l'Institut National de Veille Sanitaire dans la région Pays de la Loire en 2002, a établi que 12 % des hommes et 15 % des femmes sont atteints d'au moins un des six principaux TMS des membres supérieurs¹⁸. Si l'on extrapole ce taux à la population salariée française, on obtient une estimation avoisinant les trois millions de personnes.

Selon cette même enquête, plus de la moitié des salariés ont souffert de douleurs ou de gênes dans les membres supérieurs au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Pour 8 % d'entre eux, les symptômes étaient quotidiens. En outre la probabilité d'avoir au moins un des six principaux TMS¹⁹ augmente considérablement avec l'âge : de 6 % entre 20 à 29 ans et 8 % entre 30 et 39 ans, elle passe à 15 % entre 40 et 49 ans et à 26 % entre 50 et 59 ans.

1.3. L'émergence des risques psychosociaux au travail

A côté des risques physiques, plus traditionnels, de nombreuses recherches ont mis en évidence depuis plusieurs années l'apparition de nouveaux risques pour la santé portant plus spécifiquement sur la santé mentale des salariés, appelés risques psychosociaux.

Ils concernent un ensemble de troubles : stress, violence, harcèlement, épuisement professionnel (burnout).

1.3.1. Le stress : un problème de santé majeur dans l'entreprise

L'ampleur du stress au travail

Depuis deux décennies, le stress au travail fait l'objet d'une préoccupation croissante et constitue l'un des enjeux majeurs auxquels doivent faire face les organisations aujourd'hui.

En Europe, le stress est le deuxième problème de santé lié au travail le plus souvent invoqué après les problèmes de dos, il concernait 22 % des travailleurs dans l'Union Européenne en 2005. Entre 50 % et 60 % du nombre total de jours de travail perdus y sont liés²¹.

En France, selon une étude du cabinet Stimulus²², le stress est le premier trouble psychosocial observé dans les entreprises. Le stress au travail touche aujourd'hui près d'un français sur deux (44% exactement, dont 18 % gravement atteints).

Les origines du stress

D'après l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail²³, le stress "survient lorsqu'il existe un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité."

Ces contraintes peuvent être inhérentes au métier, à l'organisation du travail (facteurs organisationnels) ou à la façon dont sont gérées les relations sociales ou la communication (facteurs psychosociaux).

Les environnements de travail ont connu d'importantes évolutions dues à l'apparition des nouvelles technologies, matériaux et processus de travail. Les changements de conception du travail, d'organisation et de gestion rendent l'environnement professionnel de plus en plus exigeant : réduction des effectifs, externalisation, exigences de polyvalence, rapidité, flexibilité, autonomie, intensification du travail (charges de travail plus importantes et pression accrue). Selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail²⁴, les principaux risques psychosociaux sont liés à de nouvelles formes de contrats de travail, de précarité de l'emploi, d'intensification du travail, de fortes exigences émotionnelles, de violence au travail et de déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Les situations de travail stressantes sont désormais mieux connues. Elles se caractérisent par :

- une forte exigence au travail avec une faible latitude décisionnelle,
- un faible soutien au travail (des collègues, de la hiérarchie),
- un déséquilibre entre les efforts et les récompenses (matérielles ou symboliques).

D'après l'enquête SUMER de 2003, 28,2 % des femmes et 19,6 % des hommes en France travaillent dans des situations de travail tendues²⁵. Les femmes ont en effet en moyenne une plus forte demande psychologique et une plus faible latitude décisionnelle que les hommes. Des différences significatives sont observées selon les catégories sociales : la demande psychologique, mais surtout la latitude décisionnelle augmentent avec le niveau professionnel pour les deux sexes.

Les facteurs de stress sur les lieux de travail :

- Charge de travail trop importante (sous-effectif, rythme trop soutenu)
- Non-reconnaissance du travail accompli
- Changements organisationnels
- Pression sur les résultats/moyens insuffisants au vu des objectifs
- Perte du collectif dans le travail
- Faible soutien de la hiérarchie
- Conflits (internes, avec la hiérarchie)
- Rythme de travail (horaires décalés, travail répétitif)
- Mauvais niveau de rémunération

Une situation française très moyenne en Europe

D'après les résultats de la 4^e enquête européenne sur les conditions de travail²⁶, la France se situe dans une position très moyenne par rapport aux autres pays européens, en particulier par rapport aux pays nordiques (Suède, Norvège, Finlande, Danemark). Elle se caractérise notamment par :

- une faible autonomie au travail : en France 35 % de personnes interrogées déclarent que leur rythme de travail est déterminé par le contrôle direct de la hiérarchie, contre 15-20 % dans les pays nordiques
- un faible soutien au travail :
 - seulement 50,8 % des personnes interrogées en France déclarent bénéficier du soutien des collègues (Union Européenne (UE) des 27 : 67,6 %, Finlande : 84,3 %)
 - 36,7 % mentionnent avoir le soutien de la hiérarchie (UE des 27 : 56,1 %, Finlande : 73,5 %)
 - 16,3 % ont la possibilité de recourir à un appui extérieur (UE des 27 : 31,6%, Finlande : 41,5 %)

Conséquences du stress sur la santé des salariés

Le stress au travail a des conséquences néfastes sur la santé des individus. Bien qu'il ne soit pas en soi une maladie, ses effets peuvent porter atteinte à l'intégrité physique et mentale du salarié par des mécanismes psychophysiologiques. Le stress chronique s'accompagne de symptômes :

- physiques : douleurs (musculaire, articulaires), des troubles du sommeil ou de la digestion, maux de tête, coliques
- intellectuels : trouble de la concentration, difficulté à prendre des décisions
- émotionnels : sensibilité et nervosité accrue, crise de larmes, excitation, tristesse...

Si le stress perdure, il peut entraîner l'apparition de pathologies. De nombreux travaux scientifiques s'accordent sur le fait que le stress est à l'origine de troubles musculo-squelettiques (TMS) et lombalgies, maladies cardiovasculaires (MCV), dépressions...

En ce qui concerne la dépression par exemple, en France la prévalence de la dépression parmi les actifs au travail est d'environ 11 % quel que soit le sexe²⁷.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la France est le troisième pays au monde, dans lequel les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses, derrière l'Ukraine et les Etats-Unis. Les entreprises françaises sont donc particulièrement concernées par cette pathologie, d'autant plus qu'elle a des répercussions importantes dans l'entreprise.

La dépression nuit à la capacité d'accomplir son travail. En effet, la dépression des salariés s'accompagne de symptômes qui réduisent leur capacité de travail tels que la fatigue ou le manque d'énergie, une perte d'intérêt envers le travail et une diminution de l'aptitude à se concentrer sur les tâches à effectuer. Or ces symptômes vont avoir un impact sur un certain nombre d'éléments cruciaux pour obtenir une bonne efficacité au travail, tel que la gestion du temps, la concentration, le travail d'équipe et la production globale²⁸. Les répercussions de la dépression sur le rendement au travail seraient d'ailleurs plus importantes que celles des problèmes de santé chroniques comme l'arthrite, l'hypertension, les maux de dos et le diabète²⁹.

1.3.2. Les autres risques psychosociaux au travail

A côté du stress et de la dépression existent d'autres risques psychosociaux : la violence au travail, le harcèlement au travail et l'épuisement professionnel.

La violence au travail

On distingue la violence externe à l'entreprise de la violence interne à l'entreprise. Les violences externes au travail sont constituées par les insultes, menaces, agressions physiques ou psychologiques exercées sur une personne sur son lieu de travail par des clients ou des usagers.

Dans l'enquête SUMER 2003, parmi les salariés étant en contact avec le public, 23 % déclaraient être exposés à des risques d'agression physique, contre 18,5 % en 1994.

Les violences internes au travail correspondent à des agressions verbales ou physiques émanant des collègues ou des responsables hiérarchiques. Il peut s'agir alors de harcèlement moral ou sexuel. Le harcèlement moral au travail a été défini par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 comme un ensemble d'agissements répétés *"qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel"* (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002).

L'épuisement professionnel, appelé "burnout" par les anglo-saxons, s'exprime par un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel prolongé. Il se manifeste par un épuisement physique, mental, émotionnel, un désintérêt profond pour le contenu de son travail et la dépréciation de ses propres résultats. Il est lié à un investissement personnel et affectif important dans l'activité professionnelle qui n'est plus supporté par le salarié.

Enfin, d'après les résultats de l'enquête SUMER de 2003, 17 % des salariés déclarent être l'objet d'un comportement systématiquement hostile de la part d'une ou plusieurs personnes dans leur travail³⁰.

2 Les enjeux de la Prévention Santé en entreprise

Les enjeux de la Prévention Santé dans l'entreprise sont multiples.

Des enjeux liés aux évolutions sociétales tout d'abord : la féminisation du travail, le vieillissement de la population active, ainsi que les attentes sociales accrues en matière de santé et de bien-être sur les lieux de travail, imposent de nouvelles réflexions sur les pratiques de Prévention Santé des entreprises. Des enjeux réglementaires ensuite : les exigences légales accrues des entreprises en matière de santé au travail, la multiplication des mises en jeu de la responsabilité des entreprises, renforcent les exigences de prévention afin d'assurer la sécurisation juridique des entreprises.

Enfin, les enjeux économiques sont considérables. Les coûts des problèmes de santé au travail pour les entreprises sont souvent sous-estimés, ainsi que les bénéfices potentiels à les prévenir : de nombreux cas montrent que les investissements en Prévention Santé sont rentables et s'accompagnent d'une amélioration des performances de l'entreprise.

2.1. Les enjeux liés aux évolutions sociétales

Les facteurs sociodémographiques, caractérisés par la féminisation du travail et le vieillissement de la population active ont un impact direct sur la santé au travail.

2.1.1. La féminisation du travail : des impacts sur la santé au travail méconnus

Actuellement près d'un actif sur deux³¹ est une femme. Entre 25 et 49 ans, le taux d'activité des femmes atteint 85,6 % (96 % chez les hommes)³².

Bien que les femmes soient de plus en plus nombreuses à exercer une activité professionnelle, les effets du travail sur la santé au travail des femmes ont été jusqu'à récemment sous-estimés et peu étudiés³³, notamment en France³⁴.

Pourtant la féminisation du travail pose de nouvelles problématiques à prendre en compte dans la santé au travail. D'abord la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale, qui reste un problème majeur pour l'emploi des femmes³⁵. Ensuite, le maintien des inégalités entre les hommes et les femmes au travail³⁶. Les femmes occupent plus souvent les emplois à temps partiels contraints, à contrat à durée déterminée, ou en emploi pénible et à horaires atypiques³⁷. Or les conditions d'emploi (statut précaire) et les conditions de travail (horaires, pénibilité, manque d'intérêt) ont des effets sur la santé.

L'accroissement de l'activité professionnelle des femmes induit une réflexion sur les risques auxquels elles sont exposées. La féminisation des emplois, en particulier dans des secteurs traditionnellement plus masculins et caractérisés par des conditions de travail exigeantes, notamment sur le plan physique, peut engendrer des problèmes de santé aux femmes³⁸.

Les femmes surexposées aux TMS

Les femmes représentent 58 % des cas de TMS reconnus comme maladies professionnelles en 2003³⁹. Ces pathologies, d'origine multifactorielle, sont dues à des facteurs physiques (travail sur écran, postures pénibles ...), organisationnels (travail répétitif ...) et psycho-sociaux, notamment le ressenti de la charge mentale, de la latitude décisionnelle et du soutien social. Sous un même intitulé de catégorie socioprofessionnelle, les tâches à effectuer et l'organisation du travail sont différentes pour les hommes et pour les femmes, et donc les conditions de travail et les risques professionnels qui en découlent. Ainsi "toutes choses égales par ailleurs", c'est-à-dire à ancienneté, âge, taille d'établissement et famille professionnelle identiques, la probabilité d'être exposé au risque de TMS est de 22 % supérieure pour les femmes par rapport aux hommes⁴⁰.

Il apparaît indispensable d'intégrer la dimension féminine, qui reste souvent marginale - voire absente - de la plupart des réflexions et actions de Prévention Santé.

2.1.2. Le vieillissement au travail : la prévention pour maintenir les seniors en emploi

Les entreprises devront réaliser leurs objectifs avec une main d'œuvre plus âgée

Si les entreprises ont jusqu'à il y a quelques années plutôt favorisé les départs précoces à la retraite, le contexte a aujourd'hui changé.

D'une part les évolutions démographiques soulignent le vieillissement durable de la population active. La part des actifs de plus de 50 ans a en effet sensiblement progressé ces dernières années. Aujourd'hui de 24 %, elle devrait se stabiliser à environ 27 % en 2015 selon les projections de l'INSEE⁴¹. Cette hausse provient principalement de l'arrivée à la cinquantaine des premières générations du baby-boom.

Ensuite l'union européenne a fixé l'objectif d'un taux d'emploi de 50 % pour les 55-64 ans d'ici 2010.* La France a des efforts particulièrement importants à réaliser pour rejoindre les niveaux de taux d'emploi des autres pays membres. Le taux d'activité des 55-64 ans en France est en effet de 36,8 %, contre une moyenne de 51 % en Europe. Ce "décrochage" s'effectue surtout à partir de 55 ans : le taux d'emploi des 55-59 ans baisse de 20 points par rapport à celui des 50-54 ans, puis il s'effondre à partir de 60 ans : au-delà de cet âge, seuls 13,2 % des hommes et des femmes se maintiennent dans l'emploi.

Enfin les réformes des systèmes de retraite, dont l'objectif est d'inciter les salariés à prendre leur retraite plus tard et plus progressivement, devraient se traduire par une augmentation programmée des taux d'activité des classes d'âge élevé**. Les dispositifs législatifs et réglementaires ont prévu un ensemble de dispositifs pour allonger les durées d'activité : allongement des durées de cotisation pour une retraite à taux plein, suppression des dispositifs de financement public de cessation anticipée d'activité, négociations en cours sur la pénibilité du travail.

Une nouvelle réalité s'impose donc : dans un avenir très proche, les entreprises devront réaliser leurs objectifs avec un personnel qui sera plus âgé, et qui aura donc plus de risques d'être confronté à des problèmes de santé. La question de l'employabilité, du maintien des capacités des salariés devrait donc devenir une des préoccupations majeures des DRH.

Les problèmes de santé des salariés âgés sont aussi liés au travail

La chute de l'activité chez les seniors s'explique certes par les pratiques des entreprises et l'orientation passée des politiques publiques, mais également par l'usure et les problèmes de santé des salariés⁴².

L'avancée en âge, par elle-même, avec les transformations de l'organisme humain dont elle s'accompagne, accroît la probabilité que surviennent un amoindrissement des capacités fonctionnelles⁴³ et aussi le risque de survenue de maladies. Les salariés quinquagénaires déclarent des troubles de santé qui sont plus fréquents que leurs homologues plus jeunes. ⁴⁴D'après l'enquête Santé et vie professionnelle après 50 ans (SVP 50⁴⁵), les salariés âgés, les femmes plus souvent encore que les hommes, ressentent un certain nombre de troubles de santé : près des deux tiers des femmes et plus de la moitié des hommes travaillent en ressentant des douleurs ; 61 % des femmes et 48 % des hommes ont la sensation de se fatiguer vite ; 54 % des femmes et 37 % des hommes ont des troubles du sommeil. Environ un tiers des

* Les Conseils européens de Lisbonne en 2000, puis de Stockholm en 2001 et Barcelone en 2002, avaient en effet fixé un objectif d'augmentation du taux d'emploi des seniors d'ici 2010, avec un objectif de 50 % de 55-64 ans en emploi et un relèvement de 5 ans de l'âge moyen de sortie de l'activité au niveau de l'Union.

** La loi Fillon du 21 août 2003 comporte diverses mesures d'incitation au maintien dans l'emploi des seniors, dont les plus importantes sont : le recours aux préretraites est devenu plus difficile du fait du recentrage des dispositifs existants sur les métiers pénibles, de la suppression des PRP depuis le 1^{er} janvier 2005 et de la taxation des préretraites d'entreprise dites maisons, instauration d'un système de décote/surcote et de l'assouplissement des règles de cumul emploi/retraite et de la retraite progressive.

salariés expriment des difficultés à effectuer certains gestes ou mouvements. L'enquête révèle également des pathologies plus graves chez les séniors : les plus répandues sont les pathologies rhumatologiques (22 % des hommes 26 % des femmes) et cardiovasculaires (17 % des hommes, 12 % des femmes), dont la fréquence s'accroît avec l'âge.

La santé est un facteur de sortie anticipée d'activité, et est en lien avec les conditions de travail actuelles et passées⁴⁶. Or, ces deux dernières décennies, l'intensité du travail et la dégradation des conditions de travail, concernent autant les salariés plus âgés comme les salariés plus jeunes⁴⁷.

Prévenir les inaptitudes au travail : une nécessité qui se renforce

Ces évolutions pourraient se traduire par un accroissement des situations d'inaptitude au travail. Des effets de substitution aux sorties précoces peuvent en effet déjà s'observer dans les entreprises : multiplication des arrêts de travail de longue maladie, augmentation des déclarations d'inaptitude prononcées pour les salariés vieillissants. Chaque année dans le secteur privé, environ 700 000 personnes sont en situation de restriction d'aptitude, d'un aménagement de poste, ou d'inaptitude. D'après l'enquête SVP 50⁴⁸, en 2003, des restrictions d'aptitude ont été prononcées pour 40 à 50 % des 50-56 ans.

Les inaptitudes engendrent cependant des coûts importants pour les entreprises : obligation de reclassement, gestion des dossiers, aménagement des postes de travail, pertes de productivité, non respect des délais, impact sur la qualité, dégradation du climat social dans l'entreprise...

L'obligation de reclassement tend à se renforcer pour les entreprises. La loi sur l'égalité des chances et la non discrimination du 31 mars 2006, condamnant toute notion de discrimination, certains licenciements pour inaptitude traités en contentieux pourront aboutir à des condamnations au titre de la discrimination, une situation d'inaptitude pouvant être considérée comme un handicap. Or, les entreprises ont déjà beaucoup de difficulté à gérer les reclassements au sein de leurs établissements. La rationalisation des organisations, les exigences accrues de productivité et réactivité font qu'elles ont de moins en moins de postes "doux" à proposer aux salariés en restriction d'aptitude. La nécessité de la prévention des inaptitudes au travail se renforce donc pour les entreprises.

Si les entreprises ont jusqu'à il y a quelques années plutôt favorisé les départs précoces, le vieillissement de la population active, conjugué à l'allongement de la durée de vie active et à la prise en compte des pénibilités du travail, renforcent les préoccupations pour le maintien en emploi des séniors. Les entreprises ont tout intérêt à mettre en place une politique de prévention afin de préserver les capacités de travail des séniors.

2.1.3. Des aspirations des salariés à mieux vivre leur travail

Une plus grande préoccupation de l'entreprise à l'égard de la santé de ses salariés répond aux attentes sociales des salariés : 70 % d'entre eux considèrent que les entreprises joueront à l'avenir un rôle très important en matière de santé⁴⁹. 51 % des salariés considèrent que leurs conditions de travail sont plus importantes que leur niveau de rémunération⁵⁰. Les salariés attendent que les entreprises deviennent les acteurs de la préservation de leur employabilité, et donc de leur santé, y compris celle des travailleurs vieillissants ou handicapés.

Par ailleurs, les risques professionnels sont aujourd'hui moins bien acceptés qu'ils ne l'étaient par le passé. Cela s'explique par un changement de la perception de la notion même de risque dans la société (aversion au risque non choisi, refus de la fatalité, recherche systématique d'une responsabilité). Dans ces conditions, le risque professionnel, longtemps valorisé, est aujourd'hui plus souvent rejeté.

Les salariés sont plus sensibles à l'impact des conditions de travail sur leur santé. Selon les enquêtes sur les conditions de travail⁵¹, les salariés ressentent plus nettement la dégradation de leurs conditions de travail, et déclarent plus volontiers les problèmes de santé qu'ils imputent au travail. La revendication du droit à la santé au travail s'affirme de plus en plus. Les victimes s'organisent désormais plus volontiers en associations et utilisent les médias et la voie judiciaire.

2.2. Les enjeux juridiques

Les responsabilités légales des chefs d'entreprises à l'égard de la santé au travail se sont accrues ces dernières années. Il ne s'agit plus seulement pour l'entreprise de respecter des prescriptions particulières mais de satisfaire à l'obligation générale de sécurité et à l'obligation de sécurité de résultats.

Le chef d'entreprise est responsable de la santé physique, mais également de la santé mentale de ses salariés.

Les mises en cause de la responsabilité des entreprises devant les tribunaux se sont accrues, avec des risques de condamnations civiles et pénales.

2.2.1. Une responsabilité accrue des chefs d'établissement

Une obligation générale de sécurité

Le cadre réglementaire s'appuie sur la directive européenne du 12 juin 1989, transposée en France par la loi du 31 décembre 1991 et déclinée dans le code du travail.

“Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.” (ancien article L230-2 du Code du travail⁵², 1^{er} alinéa)

Cet article pose le principe d'une obligation générale de sécurité à la charge du chef d'entreprise. Il ne s'agit plus seulement de rechercher la conformité à la réglementation mais de répondre à cette obligation générale de sécurité, et ce pour tous les risques existants, qu'ils fassent ou non l'objet d'une réglementation spécifique. Ainsi, l'absence de réglementation particulière sur un risque (comme c'est le cas pour le stress professionnel par exemple) n'induit pas un droit à l'inaction.

Une obligation d'évaluer les risques

L'évaluation des risques est issue de la directive cadre européenne de 1989. La loi de 1991 a transposé la directive dans la législation nationale. Le décret du 5 novembre 2001 a rendu obligatoire cette démarche et institue le “document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs”, en vertu duquel *“l'employeur doit transcrire dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il doit procéder”* (article R. 230-1 du code du travail). L'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel, dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, doit être notifié dans le document unique. L'évaluation des risques professionnels (ERP) consiste à identifier, classer, hiérarchiser les risques en vue de mettre en place des actions de prévention pertinentes.

Une obligation de sécurité de résultat

Les risques à prendre en compte dans le document unique sont nombreux :

- circulation routière (à l'extérieur et à l'intérieur de l'entreprise),
- addictions (alcool, drogues...),
- risques psychosociaux (stress, harcèlement, agressions et violences physiques ou verbales...)
- incendie / explosion (émanation de gaz ou vapeurs, source d'ignition par point chauds, défaut d'organisation des secours...),
- ambiance de travail (bruit, éclairage, température, aération et assainissement...),
- équipements de travail (machines, systèmes, appareils à pression,...),
- produits dangereux, risque chimique et cancérigène (stockage et utilisation des produits neufs, élimination des déchets...),
- électricité (contact avec une partie métallique sous tension ou un conducteur électrique...),
- amiante,
- chute (chute de plain pied, chute de hauteur...),

- manutention manuelle (troubles musculo-squelettiques, blessures liées aux efforts physiques...) et mécanique (utilisation d'appareils ou matériels de levage fixes ou mobiles),
- intervention d'entreprises extérieures,
- agents biologiques (contamination, infection ou allergie à ces produits...),
- rayonnements (lasers, ultraviolets, ionisants et non ionisants...)
- hygiène et sécurité (non-respect des règles d'hygiène et d'hygiène alimentaire, non organisation du travail, non-respect de l'obligation de formation...),
- travail sur écran (ergonomie, gestes et postures)
- projections.

Les décisions de la Cour de cassation renforcent la responsabilité des employeurs en leur imposant des obligations de résultats, tant en matière d'accident du travail que de maladie professionnelle.

En effet, depuis une série d'arrêts rendus le 28 février et le 11 avril 2002 par la Chambre sociale de la Cour de cassation, le chef d'entreprise est désormais tenu "(...) *d'une obligation de sécurité de résultats, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles et les accidents du travail contractés par le salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise*".

Satisfaire aux obligations légales en matière de santé et sécurité au travail ne suffit plus pour que l'entreprise s'exonère de sa responsabilité. Selon la Cour de cassation, l'employeur commet une faute inexcusable au sens de l'article L.452-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il "(...) *avait ou aurait du avoir conscience du danger auquel il exposait le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver*".

2.2.2. Une plus grande prise en compte de la santé mentale au travail

L'obligation générale de sécurité concerne autant la santé physique que la santé mentale

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit dans le Code du travail la notion de santé mentale au sein de l'obligation générale de prévention de l'employeur et scelle par là-même la reconnaissance de la santé mentale en droit du travail : "*L'employeur a pour mission générale de protéger la santé physique et mentale des salariés*" (article L.230-2-1).

La Sécurité sociale prend également en compte la santé mentale au travail : une circulaire de la CNAMTS du 10 décembre 1999 reconnaît le caractère professionnel des traumatismes psychologiques, suite à une agression sur le lieu de travail, même si la charge de la preuve incombe au salarié.

Par ailleurs deux accords cadres concernant les risques psychosociaux ont été signés :

- L'accord-cadre européen sur le stress de 2004 du 8 octobre 2004. Il a pour but d'améliorer la prise en compte et la connaissance des relations entre stress et travail. Il reconnaît l'importance de la question du stress et l'enjeu de prévention qu'elle représente, il souligne l'importance de la dimension collective du stress (par exemple les facteurs de stress qui renvoient à l'organisation du travail) et établit un lien avec l'évaluation des risques professionnels. La France devrait transposer l'accord européen sur le stress en 2008.
- L'accord cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007. L'accord va sensibiliser les partenaires sociaux au sein des entreprises ou des branches professionnelles. Les organisations signataires ont convenu de transposer cet accord au niveau national dans les trois ans.

Ces accords ne créent pas d'obligation réglementaire nouvelle mais ils engagent les partenaires sociaux contractuellement.

En France, le harcèlement moral au travail est prohibé depuis la loi de modernisation sociale de 2002 : "*aucun salarié de doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel*" (Article L.122-49 du Code du travail).

L'obligation de sécurité de résultat a été étendue au harcèlement moral.

France

L'obligation de sécurité de résultat a été étendue au harcèlement moral

Un employeur a été sanctionné pour n'avoir pas su prévenir le harcèlement moral dans son entreprise. Un directeur salarié harcelait ses subordonnés. Son employeur avait déchargé le harceleur de ses fonctions et l'avait licencié. Il reste cependant responsable et a été condamné en réparation du préjudice subi par les salariés victimes de leur collègue harceleur.

La Cour de Cassation dans l'arrêt du 21 juin 2006⁵³, s'appuyant sur ces obligations, affirme que "l'obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, notamment en matière de harcèlement moral et l'absence de faute de sa part ne peut l'exonérer de sa responsabilité."

L'employeur est responsable, même sans faute. L'employeur qui a connaissance soit par le salarié "harcelé" lui-même, soit par les représentants du personnel, soit par les salariés de l'entreprise, des agissements de harcèlement moral et qui reste passif est punissable : son attitude étant considérée comme révélatrice d'une mauvaise exécution du contrat de travail.

Stress au travail : une obligation de prévention

Bien qu'il n'existe pas en France de réglementation spécifique concernant le stress au travail, plusieurs dispositions générales et réglementaires induisent la prévention du stress au travail.

Les dispositions générales déjà évoquées, qui incombent à l'employeur :

- d'évaluer les risques professionnels au sein de l'entreprise, y compris les risques psychosociaux (directive cadre européenne 89/391),
- de garantir la sécurité et la santé physique et mentale de ses salariés et de mettre en œuvre les principes généraux de prévention des risques professionnels (art. L 230-2 du Code du travail).

L'absence de réglementation particulière sur le stress au travail n'induit donc pas un droit à l'inaction du chef d'établissement. Les principes généraux fournissent un cadre de la prévention de la santé mentale : évaluer les risques, adapter le travail à l'homme (dans les choix des équipements, des organisations du travail), planifier la prévention.

Le cas des suicides au travail

L'actualité a récemment mis en lumière une multiplication de cas de suicides liés au travail (Renault, EDF, PSA, La Poste, HSBC,...). Aucune statistique officielle n'existe sur le nombre de suicides liés au travail.

Selon une étude⁵⁴, il y aurait en France chaque année entre 300 et 400 cas de suicides liés directement au travail, soit un par jour. Suite au rapport sur "la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail", réalisé par Ph. Nasse, et P. Légeron, une veille épidémiologique sur les suicides devrait être mise en place dès l'année prochaine.

Un suicide peut être reconnu comme accident du travail

Les suicides sur les lieux de travail sont plus souvent qualifiés en accident du travail*. En 2005, 26 suicides ont été qualifiés par l'Assurance maladie d'accident du travail⁵⁵. Jusqu'à récemment, les suicides hors lieu de travail ne pouvaient pas être qualifiés d'accident du travail.

En cas de suicide au travail, la faute inexcusable de l'employeur peut être retenue au titre du non-respect de l'obligation de résultats en matière de sécurité au travail. La Cour de cassation, par un arrêt du 22 février 2007⁵⁶, a considéré comme

* La jurisprudence (Cass. Ass. Plén., 15 décembre 1972) a en effet admis la possibilité de qualifier le suicide d'un salarié en accident du travail, dès lors que le travail était la cause génératrice de cet acte. La jurisprudence avait coutume d'exiger que l'accident ait lieu au temps et au lieu de travail. Les CPAM peuvent même déclarer comme accident du travail des suicides qui se sont déroulés en dehors du lieu du travail si une lettre, laissée par le défunt, contribue à attester l'existence du lien professionnel.

accident du travail la tentative de suicide d'un salarié en arrêt de maladie. Désormais, le suicide d'un salarié, même en dehors de son temps et lieu de travail, pourra être reconnu comme accident du travail.

Le Code du travail fait obligation à l'employeur d'évaluer les risques professionnels, y compris les risques psychosociaux ; la jurisprudence lui impose une obligation de résultat. L'employeur qui ne remplit pas son obligation de résultat, c'est-à-dire son obligation de veiller à la santé physique et mentale de ses salariés, peut voir engagée sa responsabilité pour faute inexcusable dès lors que le lien de causalité entre un suicide et le travail du salarié est prouvé.

Les cas de suicide au travail, au-delà du drame humain qu'ils représentent, engendrent des conséquences néfastes pour l'entreprise : atteinte à l'image de l'entreprise, démoralisation des salariés de l'entreprise, coûts en terme de cotisations*.

Suicide au travail : 6 suicides en deux ans et demi chez Renault

En deux ans et demi, cinq salariés de Renault ont tenté de mettre fin à leurs jours, dont trois en quatre mois. Quatre sont décédés. Dernièrement, le 24 février 2008, un salarié d'un prestataire de chez Renault, s'est donné la mort à son domicile

L'assurance maladie a reconnu deux cas de suicide de salariés de Renault comme accident du travail. Dans un premier cas il s'agissait d'un suicide sur les lieux de travail : le 20 octobre 2006, un technicien en informatique s'était jeté du cinquième étage dans le hall du bâtiment principal du Technocentre. Dans un deuxième cas, un salarié avait été retrouvé noyé le 22 janvier 2007 dans un étang dépendant de l'entreprise. Une enquête a conclu à un suicide. Il a été considéré "en lien avec le travail" par la Caisse primaire d'assurance-maladie des Yvelines.

Dans le contexte actuel, les suicides au travail exposent l'entreprise à un risque pénal⁵⁷, notamment lorsqu'il est prouvé que le suicide résulte d'un harcèlement moral au travail. Dans le cadre de la série de suicides chez Renault, l'inspection du travail a envoyé en janvier 2008 un avertissement au constructeur. Elle envisage de dresser un procès-verbal pour "harcèlement moral" envers les salariés. Si un PV - simple constatation des faits - était établi, il serait transmis à la justice, le parquet devant alors décider s'il poursuit l'entreprise ou classe le PV.

Lors de l'assemblée générale du groupe Renault du 2 mai 2007, le PDG Carlos Ghosn a lui-même évoqué "des tensions objectivement très fortes" pour les ingénieurs du groupe. Les transformations de du travail (le "Contrat 2009" : l'engagement personnel exigé de chaque salarié, l'évaluation continue et individualisée, la pression sur les délais...) sont source d'un stress important.

2.2.3. La responsabilité civile et pénale en matière de santé au travail

La responsabilité civile

Le système d'assurance de la branche ATMP, issu de la loi du 19 avril 1898⁵⁸, écarte les accidents du travail ou de maladies professionnelles des règles du droit commun de la responsabilité civile. Il prévoit une réparation forfaitaire et automatique des salariés par les organismes de sécurité sociale.

La loi du 9 avril 1898 crée le principe d'une responsabilité sans faute de l'employeur : en cas d'accident du travail, l'employeur est présumé responsable. Il doit verser une indemnité à son salarié accidenté, sans que ce dernier ait à apporter la preuve de la faute de l'employeur. L'indemnisation est forfaitaire.

Ce système a permis à la victime d'être indemnisée sans avoir à engager un procès, et à l'employeur d'éviter de subir une action en justice que pourrait exercer la victime ou ses ayants droits pour demander réparation. Ce principe de responsabilité sans faute s'applique, sauf en cas de faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur.

* Un suicide qualifié d'accident du travail coûte cher à une entreprise puisque cette dernière va supporter une large partie du coût de l'indemnisation des ayants droits. Le conjoint de la personne décédée perçoit une rente équivalente à 40 % du salaire tandis que chaque enfant bénéficie d'une rente correspondant à 20 % du salaire dans la limite globale de 85 %.

La faute inexcusable est caractérisée par une faute d'une exceptionnelle gravité de l'employeur, découlant d'un manquement à une règle de sécurité ou de prudence, commise en connaissance du danger couru par la victime, en l'absence de tout fait justificatif.

En cas de faute inexcusable de l'employeur, la victime pourra recourir à une procédure en justice, et obtenir en cas de succès une majoration de son indemnisation⁵⁹.

La responsabilité pénale

En matière de santé et sécurité au travail, la responsabilité pénale peut être engagée sur le fondement du Code du travail pour les infractions aux règles de santé et de sécurité au travail et sur le fondement du Code pénal si la violation de ces règles concourt à la réalisation d'un dommage. Elle repose le plus souvent sur le chef d'entreprise.

La responsabilité du chef d'entreprise (ou de son délégué) sera recherchée quand, par sa faute personnelle, il commet une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité.

Concernant les infractions pénales, la responsabilité pénale du chef d'entreprise est notamment recherchée lorsque sont constatées des infractions d'atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique, qualifiées de délits. C'est le cas des homicides involontaires par "*maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements*" (Article 221-6) ou encore des blessures involontaires quand l'incapacité totale de travail qui en résulte est supérieure à trois mois (Article 221-19).

Par exemple le chef d'entreprise peut être tenu pour responsable lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle trouve son origine :

- dans un défaut de formation du salarié (Cour de cassation, chambre criminelle, 1^{er} février 2005, n°04-82.788),
- un défaut de surveillance dans l'application des règles strictes de sécurité (Cour de cassation, chambre criminelle, 12 nov. 2003, no 02-87.877).

Une entreprise exposant ses salariés à des risques peut être condamnée pour "mise en danger de la vie d'autrui"

La responsabilité pénale du chef d'entreprise peut également être engagée sur le fondement du code pénal, en l'absence même d'un dommage constaté. Avec le nouveau Code pénal, le délit de mise en danger d'autrui (article 223-1) a été introduit dans le but de prévenir les accidents du travail, en réprimant les manquements graves même en l'absence de dommages.

Désormais la simple exposition à l'amiante, étant considérée comme une mise en danger de la vie d'autrui, met en jeu la responsabilité pénale de l'entreprise.

Responsabilité des entreprises pour simple exposition à l'amiante

La société Alstom Power Boilers, jugée et condamnée pour avoir exposé ses salariés à l'amiante.

Il s'agit de la première condamnation d'une entreprise dans une affaire d'amiante, non pas pour un dommage réalisé (puisque certains salariés parties civiles n'avaient pas encore déclaré de maladie) mais pour l'exposition à un risque.

L'entreprise Alstom Power Boilers a été condamnée pour avoir exposé ses 300 salariés à l'amiante sur le site de Lys-lez-Lannoy (Nord) entre 1998 et 2001. L'inhalation de poussières d'amiante a entraîné 7 décès depuis 1997 et 30 % des salariés du site ont été atteints de maladies professionnelles.

La cour d'appel de Douai (Nord) a confirmé le 6 mars 2008 la peine prononcée le 4 septembre 2006 par le tribunal correctionnel de Lille à l'encontre de l'entreprise. L'entreprise a été condamnée pour "mise en danger de la vie d'autrui" et "violation manifestement délibérée d'une obligation réglementaire de sécurité ou de prudence", et l'ancien directeur de l'usine pour "infraction à la réglementation générale sur l'hygiène et la sécurité". Le parquet a relevé une liste des "manquements élémentaires": "Pas d'information des salariés, pas de notice, pas de formation, pas de protection" alors que ces éléments sont prévus dans un décret de 1996.

La société a ainsi été condamnée à la peine maximale, soit 75.000 euros d'amende. L'ancien directeur de l'usine a été condamné à trois mois de prison avec sursis (au lieu de 9 initialement requis) et de 3.000 euros d'amende. En première instance, la société avait également été condamnée à verser 10 000 euros à chacun de ses cent cinquante salariés et chacune des associations qui s'étaient portées partie civile au procès.

En résumé, le chef d'entreprise est responsable de la santé et sécurité de ses salariés, et doit mettre en œuvre les principes généraux de prévention. Il est soumis à une obligation générale de sécurité et à une obligation de résultat. Le chef d'entreprise doit tout mettre en œuvre pour qu'on ne puisse lui reprocher aucun manquement à son obligation de sécurité, sous peine de voir sa responsabilité engagée, sur le plan pénal comme sur le plan civil.

Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une politique de prévention efficace s'avère primordiale pour assurer la sécurisation juridique de l'entreprise.

2.3. Les enjeux économiques

La santé contre la productivité ?

"Le groupe vit de salariés en bonne santé, motivés et performants" Walter Scheurle, directeur du personnel du groupe Deutsche Post, l'un des plus grands employeurs au monde - 500 000 salariés dans 220 pays*.

"Chaque euro investi dans la santé et la motivation suscite un retour sur investissement de 2,50 à 10 euros" Andreas Tautz, responsable de la santé du groupe Deutsche Post

Pour les entreprises, confrontées à une forte concurrence et à un impératif de compétitivité, les questions de santé et de bien-être au travail peuvent paraître plus secondaires, ou comme un luxe que seules quelques entreprises très rentables pourraient se permettre. Selon cette approche, l'entreprise devrait ainsi arbitrer entre productivité et bien-être des collaborateurs : une amélioration de l'une ne pourrait être acquise qu'au détriment de l'autre.

Les recherches sur les impacts économiques de la santé au travail ont mis en évidence que la santé au travail et la productivité vont de pair : une meilleure santé des salariés améliore différents aspects de la performance de l'entreprise : elle accroît la productivité et la qualité des produits, réduit l'absentéisme, améliore l'image et la réputation de l'entreprise ainsi que le bien-être des salariés⁶⁰.

De nombreux travaux ont montré que les atteintes à la santé et à la sécurité au travail engendrent des coûts directs et indirects importants et que les actions de Prévention Santé offrent un retour sur investissement positif.

2.3.1. La santé au travail : des coûts considérables, tant au niveau de la société qu'au niveau de l'entreprise

Les coûts de la santé au travail au niveau de la société

Le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles est très élevé :

- Le BIT estime à environ 4 % du PNB annuel le coût des accidents et maladies liés au travail⁶¹, alors que ces derniers ne représentent qu'une partie des atteintes à la santé liées au travail.
- Selon une estimation de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail⁶², le coût de tous les problèmes de santé liés au travail dans l'Europe des quinze varie de 2,6 à 3,8 % du PIB des Etats membres.
- D'après une étude de la Commission européenne, le coût des accidents du travail dans l'Europe des quinze est estimé à 55 milliards d'euros par an.⁶³

Les coûts des problèmes de santé mentale au travail sont eux aussi très importants :

- Leur coût dans les pays de l'Union européenne s'élèverait entre 3 et 4 % de leur PIB⁶⁴. Ils représentent en terme de PIB : 2,3 % en Suisse, 2,4 % en Allemagne, 2,3 % en Belgique, 3,8 % en Finlande⁶⁵.

* Selon un classement établi par l'institut indépendant EuPD Research (dans la catégorie "services"), la Deutsche Post arrive en tête du classement des employeurs allemands soucieux de la santé de leurs salariés, pour la troisième année consécutive. Elle a réalisé de nombreux programmes de Prévention Santé. Le taux d'absentéisme, de 8 % il y a 10 ans, est passé à 5,1 %. Voir http://www.liberation.fr/actualite/economie_terre/300462.FR.php?rss=true

- Au Québec le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour des problèmes de santé mentale a plus que triplé entre 1992 et 1998, passant de 7,4 à 24,6 jours par 100 personnes, soit une hausse de 200 % (Vézina et Bourbonnais, 2001).

Le coût du stress fait aussi l'objet d'estimation :

- L'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a estimé que le coût du stress d'origine professionnelle était d'environ 20 milliards d'euros par an. De plus, le stress serait à l'origine de 50 à 60 % de l'ensemble des journées de travail perdues⁶⁶.

- Une étude réalisée par l'INRS⁶⁷ en 2000 montre que le coût du stress en France peut être estimé entre 830 et 1656 millions d'euros, ce qui représente entre 0,06 et 0,12 % du PIB français, ou encore 10 à 20 % du budget de la branche AT/MP. Et ce coût ne prend en compte que les effets du stress sur 3 pathologies : maladies cardio-vasculaires (MCV), dépression (DEP), troubles musculo-squelettiques (TMS).

LE COÛT DU STRESS EN FRANCE (en millions d'euros)

	MCV	DEP	TMS
Soins en santé	56,8	236	1,1
Absentéisme	189,5	161,4	18,8
Décès prématuré	24	142,7	0
Total (en M. d'euros)	270,3	540,1	19,9

Source : INRS

Au niveau macroéconomique, la bonne santé de la population a longtemps été considérée comme une conséquence de la prospérité économique. Mais il est de plus en plus admis que la prospérité d'un pays dépende de la santé de la population : des personnes en bonne santé permettent l'établissement d'économies saines⁶⁸. Aujourd'hui, le capital humain, dont la santé fait partie, est largement considéré comme la pierre angulaire de l'innovation et de la croissance d'une économie.

Les coûts de la santé au travail au niveau de l'entreprise

Les conséquences des problèmes de santé au travail au niveau de l'entreprise sont souvent évaluées en distinguant les coûts directs et les coûts indirects.

Les coûts directs

Ils sont directement imputables aux problèmes de santé au travail et à leur gestion. Ils sont composés de plusieurs éléments : cotisations à l'assurance maladie, indemnités versées pour les salariés malades (absence, soins), frais liés à la recherche et l'aménagement des postes de travail pour les personnes victimes... Ces coûts étant aisément identifiables par le système comptable de l'entreprise, ils sont calculables sans trop de difficultés.

Les coûts indirects

Ils sont liés aux dysfonctionnements induits par les problèmes de santé. Ils sont nombreux et de nature variée. Certains peuvent faire l'objet de mesure quantitative : l'absentéisme et les départs, les pertes de productivité (allure dans les gestuelles et remplacements des personnes compétentes devenues inaptes) et les pertes de capacité de production (délais, capacité et qualité).

D'autres préjudices économiques sont plus difficilement quantifiables : dégradation du climat social, dégradation de l'image de l'entreprise aux yeux des clients, défiance des actionnaires, baisse de l'attractivité de l'entreprise sur le marché de l'emploi, etc.

Il n'existe pas de consensus au sein de la communauté scientifique sur le contenu des coûts directs et indirects. L'évaluation des coûts directs et indirects est donc liée aux méthodologies utilisées⁶⁹.

Les coûts directs des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le coût direct des atteintes à la santé et à la sécurité au travail pour les entreprises est souvent évalué à partir du montant des cotisations versées au titre de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Ce taux de cotisation dépend du secteur d'activité de l'entreprise, de sa taille et de sa sinistralité passée.

Le taux de cotisations moyen est de 2,285 % de la masse salariale depuis 2006. Le montant des cotisations des entreprises s'élève à 8,376 milliards d'euros en 2008. Les AT-MP ont causé la perte d'environ 48 millions de journées de travail en 2005.

Le coût direct d'un accident du travail peut avoir des conséquences financières importantes, en termes de cotisations d'assurance à la Sécurité Sociale :

Coût direct d'un accident du travail pour l'entreprise⁷⁰

- Exemple : le syndrome du canal carpien*

Avec un taux d'incapacité permanente de 9 % (taux moyen des maladies désignées au tableau n° 57 des maladies professionnelles), le coût répercuté dans les cotisations AT de l'entreprise sur 3 ans s'élève à 11 537 € pour un salaire minimum (dont 5 798 € au titre des indemnités journalières) et à 14 436 € pour un salaire minimum x 1,5 (dont 8 698 € au titre des indemnités journalières).

- Exemple : main

Pour un taux d'incapacité permanente de 70 % correspondant à l'amputation de la main dominante, le coût répercuté dans les cotisations AT de l'entreprise sur 3 ans est de 418 358 € dont 11 956 € au titre des indemnités journalières pour un salaire minimum, et de 627 537 € dont 17 934 € au titre des indemnités journalières pour un salaire minimum x 1,5.

- Coût d'un décès

En cas de décès consécutif à un accident du travail, le forfait mis à la charge de l'entreprise représente 26 fois le salaire minimum, soit 600 367 €.

A ces chiffres, s'ajoutent pour l'entreprise ou la profession les prestations en nature (la couverture des frais médicaux, d'hospitalisation et pharmaceutiques, les appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires, les frais de transport, les frais de réadaptation fonctionnelle).

Un autre coût direct : le coût des assurances privées contractées par les entreprises

Les frais d'assurance santé privée peuvent être très importants pour l'entreprise. Leurs primes sont directement déterminées en fonction du nombre et du montant des demandes d'indemnisation. Par conséquent, le fait d'améliorer la santé du personnel aux entreprises permet de réduire les frais d'assurance.

Aux Etats-Unis, les soins de santé étant financés en partie par les entreprises, les coûts élevés des primes d'assurance ont incité les entreprises à investir dans des programmes de mieux-être en milieu de travail à l'intention de leurs employés. Ainsi, Johnson & Johnson⁷¹ consacre 4,5 millions de dollars chaque année à un vaste programme de soins de santé préventifs, et estime que, ces programmes lui permettent de réduire ses factures d'au moins de 13 millions de dollars.

* Le syndrome du canal carpien résultant de la compression du nerf médian dans le canal carpien. Il peut affecter une seule main ou les deux. Souvent associé aux mouvements répétitifs, il se manifeste principalement par des engourdissements et des fourmillements dans les doigts, survenant surtout la nuit, une perte de sensibilité et une diminution de la force musculaire rendant difficile l'exécution de certains mouvements.

SUISSE

La prévention à la porte de l'entreprise : un nouveau service offert par les assurances

UNIQA Assurances SA est une compagnie d'assurance privée établie depuis 1978 à Genève.

UNIQA a mis en place un camion auprès des entreprises publiques et privées désireuses de promouvoir auprès de leurs employés une politique de prévention⁷², le VitalTruck. En 127 jours d'interventions, 9 000 personnes ont été testées.

Le VitalTruck offre la capacité de procéder à des tests spécifiques sur le site de l'entreprise, facilitant ainsi la participation du plus grand nombre d'employés sans perte de temps.

Jusqu'à 100 personnes par jour peuvent être testées en prévoyant 45 minutes par personne, et en garantissant l'anonymat de chacun. Les tests permettent d'effectuer un bilan de santé personnel, en rapport avec l'âge et la situation de la personne. L'objectif est de proposer à la personne une réflexion sur son hygiène de vie, basée sur une évaluation de ses capacités physiques.

Le camion dispose d'un matériel important* permettant de nombreux tests sur le personnel : des tests d'effort sont aussi inclus, test de mobilité, test de coordination et d'équilibre, test de force de l'abdomen, l'examen de la colonne vertébrale,

Bénéfice pour le salarié : chaque personne testée reçoit sous forme écrite le bilan des tests effectués ainsi que des recommandations liées aux observations relevées.

Ces informations sont communiquées à la personne seule et les données personnelles sont confidentielles.

Bénéfice pour l'employeur : il reçoit un rapport anonyme des résultats. Les situations les plus fréquemment rencontrées sont les problèmes posturaux au travail, des problèmes de manque d'endurance à l'effort dus à la sédentarité et à l'excès de poids.

Dès lors l'employeur peut mettre en place à l'intérieur de son entreprise, avec le coaching de UNIQA, des mesures spécifiques de prévention.

Les coûts indirects : souvent méconnus, ils sont pourtant les plus importants dans l'entreprise

Les coûts directs ne constituent qu'une partie des coûts des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Les problèmes de santé entraînent en effet aussi des coûts indirects dans l'entreprise : absentéisme, pertes de temps liées à la gestion des AT/MP, perturbations de la production, baisse de qualité, pertes de productivité, non respect des délais, allongement des délais, coûts de gestion administrative, coûts juridiques, préjudices commerciaux, dégradation du climat social dans l'entreprise, dégradation de l'image de l'entreprise, déficit d'innovation...

Ces coûts indirects sont souvent ignorés ou sous-estimés par l'employeur, notamment en raison de la difficulté à les évaluer, mais aussi parce qu'ils ne portent pas toujours atteinte à l'entreprise immédiatement. Les effets se feront sentir à moyen et long terme. Ils n'en sont pas moins réels.

Les coûts indirects sont plus élevés que les coûts directs.

D'après "la théorie de l'iceberg" du Bureau International du Travail, les coûts indirects représenteraient de 1,5 à 5 fois les coûts directs selon les secteurs et la taille des entreprises⁷³.

D'après une étude réalisée par l'ISEOR⁷⁴ en 2002 dans trois entreprises⁷⁵, les coûts "cachés" liés aux TMS sont de l'ordre de 10 à 30 fois les coûts directs (coût direct retenu dans cette étude : refacturation AT/MP). Ainsi, dans les entreprises considérées, le coût total des TMS était estimé entre 6 800 à 11 200 e par personne atteinte et par année⁷⁶. Selon des études épidémiologiques récentes, 13 % de la population active serait touchée par au moins un TMS⁷⁷. Les TMS, qu'ils soient ou non reconnus comme maladie professionnelle, vont générer des coûts indirects importants dans l'entreprise.

Ces coûts indirects ne concernent pas seulement les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais aussi d'autres atteintes à la santé physique et mentale.

Par exemple, de nombreux travaux ont mis en évidence les conséquences du stress dans l'entreprise. Le stress génère une dégradation du climat de travail, des conflits dans l'entreprise, une démotivation du personnel, un absentéisme accru, et une baisse de productivité (Brun et Lamarche, 2006).

Le stress au travail est également associé à une plus faible satisfaction au travail, une diminution de la productivité (Cotton & Hart, 2003) et une augmentation des accidents de travail (Clarke & Cooper, 2004).

* Un ECG, de 4 ergomètres, d'un appareil de mesure de la masse grasseuse du corps, deux stations de mesure (1 pour la mesure de la coordination, 1 pour la mesure de la mobilité), deux appareils pour mesurer la force de l'abdomen, deux appareils pour l'examen de la colonne vertébrale – assistés par ordinateur, un appareil mesurant la fréquence cardiaque

D'après une récente étude réalisée par l'Ifop auprès de 300 DRH⁷⁸, les principales manifestations au niveau de l'entreprise des troubles psychologiques sont l'absentéisme (72 %), les difficultés relationnelles entre collègues (59 %) et l'intensification des conflits avec la hiérarchie (50 %).

LES CONSÉQUENCES DU STRESS SUR L'ENTREPRISE	
Baisse de motivation	Coûts financiers
Absentéisme	Conflits sociaux
Perte d'efficacité	Retards fréquents
Turn-over important	Conséquences juridiques

Les problèmes de santé dans l'entreprise, source de "présentéisme"

Les données d'absentéisme sont souvent un motif déclenchant la volonté d'une action de prévention dans l'entreprise. Les objectifs de la prévention peuvent alors rester centrés uniquement sur la réduction du taux d'absentéisme. Or si l'absentéisme est une conséquence visible des problèmes de santé au travail, leurs impacts sont aussi liés au présentéisme.

Le "présentéisme" (Hemp, 2004) se définit comme la réduction de la performance au travail d'un salarié, en raison de la présence d'un problème de santé physique ou mentale. Des salariés peuvent avoir des problèmes de santé qui ne conduisent pas nécessairement à l'absentéisme, mais tels qu'ils les empêchent de fournir la quantité, la qualité ou la réactivité au travail qu'ils auraient pu avoir sans ces problèmes de santé. Le présentéisme dans l'entreprise peut alors se traduire par un accroissement des erreurs, une réduction de la qualité de la production, des pertes de productivité, etc.

Des études menées aux Etats-Unis ont permis de souligner que tous les employés présents ne sont pas automatiquement productifs à cent pour cent (Edlington, 2001).

Ainsi, les problèmes de santé physique et mentale, même s'ils ne se traduisent pas par de l'absentéisme, vont engendrer d'autres coûts indirects dans l'entreprise.

La dépression par exemple a un impact considérable sur le rendement au travail, principalement en raison du "présentéisme" ou d'une baisse d'efficacité au travail (Druss, Schleisinger et Allen, 2001).

Une étude pilote indique que la perte de productivité moyenne au travail liée à la dépression serait de l'ordre de 7.6 % (Hemp, 2004). Cette étude signale que la productivité d'un salarié peut être réduite de 33 % ou plus en raison du présentéisme. D'après cette même étude, le présentéisme entraînerait des coûts beaucoup plus importants pour l'organisation que l'absentéisme.

Une autre étude (Stewart, Ricci, Chee, Hahn, & Morganstein, 2003) va dans le même sens et montre que globalement, les heures de production perdues chez les individus présentant une dépression sont principalement associées au présentéisme (heures de production perdues lorsque l'employé est au travail). Dans cette étude, 82,1 % de l'ensemble des heures de production perdues sont relatives au présentéisme.

Ces exemples indiquent que les problèmes de santé mentale, ont des coûts indirects importants sur les entreprises, or les études épidémiologiques évaluent la prévalence sur un an des troubles mentaux entre 15% et 20%. La France, comparé à d'autres pays européens, affiche souvent des indicateurs de santé mentale moins favorables⁷⁹ : la santé mentale positive (qui recouvre l'épanouissement personnel) se situe à un niveau bas (9^e rang sur 11), tandis que le taux de détresse psychologique (qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles) est élevé (3^e rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux (les troubles psychiatriques se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants) particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés.

2.3.2. De l'intérêt économique de la Prévention Santé pour l'entreprise

Les effets des actions de prévention sur la performance de l'entreprise

Plusieurs études scientifiques et cas empiriques ont démontré que les programmes de Prévention Santé dans l'entreprise avaient des effets positifs sur de nombreux éléments de la performance de l'entreprise :

- Une équipe américaine de l'Institut national de la santé mentale⁸⁰ a évalué que les programmes de dépistage, de soins, et d'accompagnement des travailleurs dépressifs ont un retour sur investissement positif pour les employeurs et améliorent la santé des salariés.
- Une étude réalisée en Allemagne montre que les programmes de Prévention Santé permettent de réduire très sensiblement l'absentéisme ainsi que les coûts médicaux⁸¹.
- Une enquête réalisée aux Etats-Unis par la compagnie d'assurance Liberty Mutual indique que l'avantage de la Prévention Santé le plus fréquemment cité par les directeurs financiers de grandes entreprises américaines est l'accroissement de la productivité⁸².
- Des études sur la relation entre les TMS et la productivité au travail⁸³ concluent que la baisse des taux de TMS étaient en corrélation avec l'accroissement de la productivité. Selon cette étude, l'augmentation de la productivité des travailleurs serait attribuée à une meilleure efficacité au travail, due à de meilleures conditions de travail, sans risques physiques liés à des gestes répétitifs.
- De mauvais résultats en matière de santé au travail peuvent porter atteinte à la valeur boursière des actions de l'entreprise. Par exemple en juillet 2002, le cours de l'action Saint-Gobain a fortement chuté après l'annonce d'une procédure collective engagée contre une filiale américaine du groupe par d'anciens salariés atteints de pathologies liées à l'amiante.
- D'après une étude australienne⁸⁴, la santé au travail est bénéfique pour la valeur boursière de l'entreprise. En 2002, la Commission nationale de la sécurité et de la santé de l'Australie (NOHSC) a composé un portefeuille virtuel d'actions d'entreprises bien cotées sur le plan de la santé au travail et elle a comparé l'évolution de sa valeur avec la performance du marché boursier australien dans son ensemble (indice AOAI). Les entreprises ayant de bons résultats en matière de santé au travail ont obtenu une meilleure performance boursière.
- Les entreprises ayant de médiocres résultats en matière de santé au travail font des profits moins élevés et rapportent un absentéisme accru par rapport aux organisations ayant de bons résultats en santé au travail, dans lesquelles les employés sont plus satisfaits et plus engagés (Lyden et Klengele, 2000).
- Une étude menée par la commission santé et sécurité au travail du Royaume-Uni, basée sur l'analyse des cas de 20 grandes multinationales et entreprises nationales, a montré que l'amélioration de la sécurité et la santé au travail était avantageuse pour les entreprises⁸⁵.

Commission de la santé et de la sécurité du Royaume-Uni

Résumé des avantages des actions de prévention⁸⁶

En prenant des mesures concrètes pour prévenir les accidents et les problèmes de santé, plusieurs avantages, en plus de celles de sécurité et de santé, ont été observés, sur des périodes d'au moins un an :

- Forte réduction du taux d'absentéisme;
- Nette amélioration de la productivité;
- Économies financières non négligeables grâce à une meilleure maintenance de l'usine;
- Réduction considérable du nombre de demandes d'indemnisation et du coût de l'assurance;
- Amélioration des relations avec les clients et les fournisseurs ainsi que de l'image et de la réputation de l'entreprise;
- Amélioration du moral, de la motivation et de la concentration au travail du personnel;
- Meilleur taux de rétention du personnel.

La santé : un investissement rentable pour l'entreprise

La Prévention Santé est rarement perçue comme un investissement par l'entreprise, mais plutôt comme une dépense engagée afin de satisfaire une contrainte réglementaire. D'où l'intérêt d'évaluer les investissements réalisés en la matière.

Durant ces 20 dernières années, de nombreuses entreprises aux Etats-Unis ont investi dans des programmes de promotion de la santé. Elles ont constaté que ces investissements étaient rentables.

Ainsi chez Visa Desjardins par exemple, le plus grand groupe financier coopératif du Canada, un programme volontaire de suivi de la santé des employés mené sur trois ans a contribué à une chute de l'absentéisme de 28 % et une baisse du taux de roulement de personnel de 54 %⁸⁷. Pour chaque dollar investi par cet employeur, le rendement a été évalué de 1,50 à 3 \$.

Le ratio coût/bénéfice des programmes de promotion de la santé aux Etats-Unis varie, dans les 5 ans après le programme, entre 3 et 8 dollars pour chaque dollar investi⁸⁸.

Etats-Unis Epargnes réalisées par les entreprises pour chaque dollar dépensé en programme de Prévention Santé⁸⁹

Employeurs	\$ épargnés	\$ dépensé
Bank of America	5,96 \$	1\$
PacBell	3,10 \$	1\$
Wisconsin School district	4,47 \$	1\$
Prudential Insurance	2,90 \$	1\$
General Mills	3,50 \$	1\$

QUEBEC

Un exemple d'action rentable : des outils de production plus ergonomiques⁹⁰

Des actions préventives ont été mises en place en 1990 dans les centres de distribution de la Société des Alcools de Québec (SAQ). Les actions ergonomiques visaient une meilleure adaptation des machines, des outils et de l'environnement au personnel.

Les auteurs ont identifié et chiffré les coûts (formation des salariés, temps libéré, achat et l'installation des nouveaux équipements) et les avantages du programme ergonomique (la réduction du nombre des accidents de travail et la diminution des jours perdus) pour déterminer la rentabilité du projet.

Selon les auteurs de l'étude, "les avantages et coûts sont évalués respectivement à 415 019 \$ et 227 319 \$ en dollars actualisés pour 1989, année de référence. Ces résultats tiennent compte d'un horizon temporel de 5 ans, pour tenir compte des effets futurs du programme. Le projet est apparu rentable à la SAQ, dégageant une valeur actualisée nette de 187 700 \$.

ETATS-UNIS

Un programme de gestion de la santé pour les salariés d'une banque, rendement : 4,56 \$ pour chaque dollar investi

Un programme complet de gestion de la santé a été réalisé à la Citibank, en Californie. Ce programme visait à aider les employés à améliorer leurs pratiques et comportements en matière de santé, à réduire la prévalence des maladies évitables, à aider les employés à mieux prendre en charge leurs troubles médicaux chroniques et à réduire les demandes de services de santé non nécessaires ou inappropriés. Des chercheurs ont évalué la rentabilité de ce programme (Ozminkowski et coll., 1999; 2001). Ils ont examiné les dépenses médicales de l'entreprise pour près de 23 000 employés, en comparant les dépenses encourues par les participants du programme de gestion de la santé et celles qui avaient été encourues par des non-participants au programme pendant 38 mois. Le rendement de ce programme a été de 4,56 \$ pour chaque dollar investi. Ceci s'explique principalement en raison du faible coût du programme, des taux de participation élevés des employés, de l'inclusion d'activités d'éducation et de sensibilisation et de l'offre de ressources plus complètes aux groupes présentant des risques élevés.

ETATS-UNIS

Un programme complet de promotion de la santé, rendement : 2,05 \$ pour chaque dollar investi

Un programme complet de promotion de la santé en milieu de travail sur les travailleurs à temps plein d'une grande entreprise industrielle à établissements multiples a été réalisé. Le programme mettait l'accent sur les modes de vie sains, le conditionnement physique, la nutrition, la gestion du stress, l'abandon du tabac, la sécurité. Des recherches ont évalué la rentabilité du programme (Bertera, 1990) en analysant les résultats de groupes témoins pré-test/post-test. L'étude portait principalement sur les résultats liés à l'absentéisme chez les employés "cols bleus". Au terme du programme de deux ans, les sites participants au programme ont signalé 11 726 journées de congé d'invalidité de moins que les sites non participants. Le rendement de ce programme a été de 2,05 \$ pour chaque dollar investi.

ETATS-UNIS

Un programme de mieux-être dans l'industrie automobile réduit les dépenses de santé de 5 \$ à 16 \$ par mois

Mis en œuvre il y a 15 ans dans le cadre d'une initiative conjointe de Daimler Chrysler et du Syndicat des travailleurs unis de l'automobile, un programme de mieux-être national recourait aux services d'un tiers fournisseur pour exécuter des programmes de prévention et de promotion de la santé à 90 000 employés travaillant dans 35 emplacements aux États-Unis (Hutchins, 2001). Des prestataires de programmes de santé et d'exercice physique interviennent sur tous les sites comptant plus de 500 employés. Les programmes comprennent des interventions dans les domaines suivants : nutrition, conseil sur le mode de vie, exercice physique, prévention des blessures, santé mentale, sécurité routière, abandon du tabac, dépistage de maladies, campagnes de sensibilisation, programmes incitatifs et suivi. Une caractéristique clé du programme est sa souplesse permettant de répondre aux besoins des différents groupes professionnels, quel que soit leur horaire de travail.

Les chercheurs ont évalué le programme et ont observé une diminution des dépenses de santé. Au fil des ans, les participants profitaient d'une réduction de 5 \$ à 16 \$ par mois de leurs dépenses de santé comparativement aux non-participants.

2.3.3. La santé dans l'entreprise : un investissement socialement responsable

La notion de responsabilité sociale des entreprises (RSE) représente "*l'intégration volontaire des préoccupations sociales et économiques des entreprises dans leurs activités commerciales et leurs relations avec les parties prenantes*".⁹¹ Depuis plusieurs années, la RSE a suscité un intérêt croissant auprès des entreprises et un certain nombre d'entre elles l'ont intégrée dans leur stratégie.

La santé au travail est une composante importante de la RSE et constitue un critère utilisé pour mesurer les avancées globales des entreprises en la matière.

La Prévention Santé, en tant qu'investissement socialement responsable, conduit à des bénéfices en termes de valeur ajoutée, notamment pour l'image de l'entreprise. Elle offre une image valorisante de l'entreprise, ce qui la rend plus attrayante pour les recrues potentielles et fidélise les salariés. Elle permet une meilleure maîtrise des risques juridiques et aussi de réduire le nombre de litiges.

La démarche de prévention répond également de plus à plus à des nouvelles exigences émanant des donneurs d'ordre. Quelque soit le secteur d'activité, ces derniers comptent sur les entreprises avec lesquelles ils travaillent pour qu'elles appliquent des normes de santé et sécurité au travail, notamment car elles accordent elles-mêmes une plus grande priorité à leurs propres résultats en la matière.

Les résultats de l'entreprise en matière de santé et sécurité au travail font de plus en plus l'objet de certifications d'entreprises (guide BS 8800), référentiel (OSHAS 18001).

Au Québec, une nouvelle norme de santé au travail (BNQ 9700-800), appelée norme "Entreprise en santé" a été lancée en 2008 afin d'attester les bonnes pratiques de santé au travail des entreprises. Il s'agit de la première norme de santé au travail.

Une norme de santé au travail au Québec : la norme “Entreprise en santé”

Le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, en partenariat avec le Bureau de normalisation du Québec⁹² (BNQ), ont annoncé le 25 février 2008 le lancement de la norme BNQ 9700-800, intitulée Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, et communément appelée norme “Entreprise en santé”, Il s’agit d’une norme unique au monde en matière de santé au travail. Cette norme fait partie du plan d’action 2006-2012 sur la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids du MSSS⁹³. L’objectif de ce plan est d’améliorer la qualité de vie des québécois en développant des environnements qui favorisent l’adoption de saines habitudes de vie, notamment, un mode de vie physiquement actif et une saine alimentation⁹⁴.

La nouvelle norme vise l’amélioration durable de l’état de santé des personnes en milieu de travail. Concrètement, elle cible des actions dans quatre sphères d’activité reconnues pour leur impact significatif sur la santé du personnel : les habitudes de vie, l’équilibre travail-vie personnelle, l’environnement de travail et les pratiques de gestion.

En plus des économies pour le système de santé, l’adoption de la norme, attestant les bonnes pratiques de l’employeur en matière de santé au travail, aura des retombées positives pour les entreprises : une amélioration importante et durable de la performance et de la productivité des entreprises, une attractivité de la main d’œuvre, en s’affichant comme une entreprise soucieuse de la santé de ses employés, une plus grande efficacité des investissements en santé, grâce à la sélection des meilleures pratiques.

La certification, élaborée par le BNQ en collaboration avec le Groupe de promotion pour la prévention en santé⁹⁵ (GP2S), permettra de reconnaître les entreprises qui intègrent dans leurs pratiques de gestion les actions favorables à la santé des personnes, actions spécifiées dans la norme “Entreprise en santé”.

En résumé, une meilleure santé dans l’entreprise peut procurer de nombreux avantages⁹⁶ :

- Un personnel en bonne santé est un personnel plus productif et pouvant produire à un niveau de qualité plus élevé; notamment en renforçant la motivation du personnel ;
- Une réduction de l’absentéisme, qui a pour conséquence moins d’interruptions au niveau des processus de production, et donc une baisse des coûts et un meilleur respect des délais ;
- Une baisse des accidents et des maladies, et donc des cotisations ou primes d’assurances qui y sont liées ;
- Une sécurisation juridique grâce à la conformité avec la réglementation ;
- Une meilleure image de l’entreprise socialement responsable et donc une plus grande attractivité de l’entreprise, auprès des partenaires, clients et personnels.

Les recherches scientifiques, ainsi que les études de cas empiriques, démontrent ainsi qu’il n’existe pas d’incompatibilité entre la prévention de la santé et la performance économique des entreprises. L’ampleur des coûts des problèmes de santé au travail, directs et indirects, l’évolution de la main d’œuvre (vieillesse, féminisation, mais aussi rareté), les nécessités de compétitivité et de réactivité des entreprises, les responsabilités juridiques croissantes des entreprises en matière de santé au travail, devraient inciter les entreprises à investir dans la Prévention Santé.



DEUXIÈME PARTIE

Quelle stratégie de prévention pour l'entreprise ?

La multiplication et la diversification des problèmes de santé au travail rencontrés dans les entreprises, les évolutions sociodémographiques en cours et les enjeux économiques et juridiques impliquent une nouvelle stratégie de Prévention Santé dans l'entreprise.

Cette stratégie doit s'attacher à définir deux dimensions : le périmètre des actions à entreprendre, et les méthodes d'intervention à employer.

Au niveau du périmètre des actions, l'entreprise doit tenir compte des évolutions des risques liés aux transformations du travail et de l'élargissement du concept de santé au travail.

Les chiffres de la santé au travail témoignent de la permanence de certains risques (accidents du travail, expositions au port de charges lourdes, au travail répétitif, expositions aux produits chimiques) et de la progression de risques psychosociaux au travail. Les actions de prévention doivent donc tenir compte non seulement de la santé physique, mais aussi de la santé mentale au travail.

La conception de la santé au travail a évolué, autrefois centrée uniquement sur les accidents du travail, s'est élargie aux maladies et va jusqu'à intégrer aujourd'hui le bien-être au travail, ou encore l'idée de qualité de vie au travail. Les actions de prévention doivent donc être orientées vers le bien-être au travail, et non seulement vers l'absence d'accident ou de maladie. Les entreprises interviennent de plus en plus, non pas seulement sur les risques liés au travail, mais également sur d'autres facteurs de risques pour la santé (l'alimentation, le sport, etc...) : la prévention s'élargit à la promotion de la santé.

Au niveau des méthodes d'intervention, les actions de prévention sont généralement classées selon leur niveau d'intervention d'une part, et selon le type d'intervention d'autre part.

On distingue ainsi le niveau primaire (agir avant l'apparition de problèmes de santé), le niveau secondaire (agir pendant les problèmes de santé) et le niveau tertiaire (agir une fois les problèmes de santé avérés). Si ces trois niveaux d'intervention sont nécessaires, toutefois, la priorité est actuellement donnée aux actions de niveau primaire.

Deux types d'actions sont envisageables : les actions individuelles et les actions collectives, qui apparaissent plus complémentaires qu'opposées pour une prévention durablement efficace.

Enfin, la stratégie de prévention repose également sur le positionnement de la Prévention Santé dans la stratégie globale de l'entreprise. Une stratégie de prévention est plus qu'une somme d'action : elle doit s'inscrire dans la stratégie de l'entreprise, et non rester en marge des choix organisationnels ou managériaux.

Les clés d'une stratégie de Prévention Santé efficace

- Le périmètre d'action
- Des actions prenant en compte la santé physique et la santé mentale
- Des actions orientées vers le bien-être au travail et non seulement sur l'absence d'accident ou de maladie
- Des actions visant la promotion globale de la santé
- Les choix d'intervention
- Des actions donnant la priorité à la prévention primaire sur la prévention secondaire et tertiaire
- Des actions centrées à la fois sur l'individu et le collectif
- Des actions intégrées à la stratégie de l'entreprise

1. Le périmètre d'intervention de l'entreprise : une approche globale de la santé

1.1. Des actions prenant en compte la santé physique et la santé mentale

Les risques pour la santé physique restent d'actualité

Les accidents du travail, premier "risque professionnel" historiquement pris en compte, est un risque bien connu des entreprises. S'ils sont beaucoup moins fréquents qu'il y a quelques décennies, les accidents du travail restent encore nombreux.

Les maladies professionnelles ont connu une forte croissance depuis plus de deux décennies, en grande partie liée à la multiplication des TMS, et également aux maladies liées à l'amiante.

La mise en œuvre d'une politique de prévention des maladies professionnelles est plus difficile, en raison des délais de latence des maladies (les résultats des efforts de prévention ne sont parfois visibles qu'à moyen et long terme, alors que les expositions antérieures continuent à avoir leurs effets sur les salariés et l'entreprise), et de l'origine plurifactorielle de certaines maladies professionnelles.

On observe une montée des risques chimiques or la prévention de ces risques reste déficiente. Selon une enquête des Caisses Régionales d'Assurance Maladie de 2007, un établissement sur deux ignore le risque CMR (cancérogène, mutagène et reprotoxique), et lorsqu'ils sont pris en compte, dans 31 % des cas, seuls des équipements de protection individuelle type masque sont mis en place, alors qu'il a été démontré que l'efficacité de la prévention pour la santé des travailleurs revient d'abord aux mesures et équipements de protection collective.

La santé mentale au travail : une prévention encore balbutiante

Stress ou dépression, qui conduisent parfois au suicide, harcèlement, violence interne et externe, consommation d'alcool ou psychotropes... Les risques psychosociaux sont nombreux et ont pris une ampleur croissante dans le monde du travail.

Ils sont cependant insuffisamment pris en compte par les entreprises, notamment parce que ces dernières sont souvent en manque d'outils pour mettre en œuvre des actions de prévention efficaces.

France

Pernod-Ricard fait chuter les accidents de la route de ses salariés

Un plan d'action a permis de diminuer de 41 % d'accidents responsables en moins sur quatre ans.

Au niveau national, plus de 60 % des décès répertoriés comme accidents du travail sont causés par des accidents de la route. Ils représentent environ 1.200 décès chaque année.

Pernod-Ricard, numéro deux mondial des vins et spiritueux, dont la moitié de ses effectifs en France sont des commerciaux régulièrement sur les routes, est particulièrement concerné par les risques d'accident de la route. Le groupe a décidé de réduire de 30 % sur 3 ans les accidents responsables.

Un vaste plan d'actions a été mis en œuvre et centré sur différentes mesures : le respect de la loi (de vitesse du véhicule, de port de la ceinture de sécurité ou d'usage du téléphone au volant), mais également l'équipement des voitures (achat de régulateurs limiteurs de vitesse), la mise en place un dispositif de formations avec un prestataire, un volet dédié à l'alcool au volant, instauration d'un code interne (les commerciaux qui sont amenés à boire, par exemple lors d'un repas d'affaires, ont à leur disposition un éthylotest homologué. En cas de contrôle positif, le commercial doit rester sur place et Pernod-Ricard s'engage à payer les frais d'hôtel ou de taxi induits par son incapacité à conduire), les nouveaux embauchés signent un "code de bonne conduite".

Sur les trois premières années, le groupe a consacré 2 millions d'euros à ce plan d'actions.

Résultat : le nombre d'accidents responsables, qui s'élevait à 268 en 2002, était tombé à 157 en 2006, pour un nombre de véhicules à peu près stable.

France

Une démarche ergonomique pour lutter contre les TMS...et réduire l'absentéisme

Yves Saint Laurent Parfums est une entreprise de fabrication, conditionnement et distribution de produits cosmétiques qui emploie 856 personnes en Picardie. La direction du site de Lassigny a constaté que la majorité du personnel de production est affectée à des postes nécessitant de nombreuses manipulations et/ou manutentions répétées, et développait les premiers signes de maladies professionnelles. Plusieurs actions ont été initiées, en particulier, pour prévenir les phénomènes d'usure au travail et les troubles-musculo-Squelettiques (TMS) qui concernaient 30 % des salariés.

Le Centre d'ergonomie et de sécurité du travail de Picardie a réalisé un diagnostic court dans le secteur Fabrication Soins. L'entreprise a alors décidé de recruter un ergonome et de mettre en place un comité de pilotage de l'intervention ergonomique. Les objectifs étaient d'approfondir l'état de lieux concernant les TMS, d'établir un programme de prévention pour réduire les risques dans les secteurs lavage/préparation de la pesée/fabrication, d'expérimenter et de valider des solutions, de transférer aux acteurs de l'entreprise une démarche de prévention des TMS et des méthodes d'analyse des risques.

La démarche ergonomique a débouché sur plusieurs actions : limitation de la manutention de charges lourdes (fûts de matières premières) ; réduction de la fréquence de sollicitation du poignet sur les postes de lancement ; alternative à la station debout prolongée sur les postes de picking ; réduction du stress sur la ligne de conditionnement.

Les résultats obtenus se traduisent par une amélioration de l'organisation du travail, l'aménagement de différents postes de travail et la mise en place de nouveaux outils et équipements permettant de réduire ou d'empêcher l'aggravation des affections dont souffre le personnel, mais aussi par une réduction substantielle de l'absentéisme.

1.2. Des actions orientées vers le bien-être au travail et la qualité de vie au travail

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, *“La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (...) il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté”*⁹⁸.

La santé et sécurité au travail a concerné d'abord les accidents du travail (loi du 9 avril 1898), puis les maladies professionnelles (loi du 25 octobre 1919). Les conditions de travail ont été intégrées dans les années 70, suite aux revendications des salariés.

Sous l'influence de l'Union Européenne, le concept de santé au travail a été récemment, reprenant la définition de la santé de l'OMS : selon la Commission Européenne (2002), *“la politique communautaire en matière de santé et de sécurité au travail doit avoir comme objectif l'amélioration continue du bien-être au travail, tant sur le plan physique que mental et social”*. La stratégie communautaire 2002-2006 en matière de santé/sécurité au travail vise *“à développer une approche globale du bien-être au travail, à consolider la culture de prévention des risques professionnels, à décroïsonner la santé et la sécurité au travail et à démontrer qu'une politique sociale ambitieuse est un facteur de compétitivité pour les entreprises”*.

La qualité de vie au travail, un concept réactualisé

La notion de qualité de vie au travail a été utilisée dès les années 70 et jusqu'au milieu des années 80, à l'occasion des conflits du travail. Avec la montée du chômage dans les années 80 et 90, les initiatives à l'égard de la qualité de vie au travail ont été cependant mises au second plan, au profit des politiques de l'emploi.

Cette préoccupation a été réactualisée à la fin des années 90, en raison notamment des mauvais résultats de la Santé au travail. En 2000 L'Union Européenne relance le concept au sommet européen de Lisbonne en 2000 et formule une ambition : *“devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale”*.

L'Union Européenne prône une approche globale de la qualité du travail. En 2001, un contenu précis et stabilisé est donné à cette notion lors du sommet de Laken.

En France, l'ANACT promeut une approche en terme de qualité de vie au travail et organise des actions de sensibilisations sur ce thème (la Semaine pour la qualité de vie au travail).

Améliorer la qualité de vie au travail suppose d'agir sur un grand nombre d'éléments : le contenu du travail, son organisation, le développement des compétences, etc....

Agir sur la qualité de vie au travail, c'est prendre en compte¹⁰⁴ :

- La qualité des relations sociales et de travail : la reconnaissance du travail, le respect, l'écoute, l'information, le dialogue social et la participation aux décisions
- La qualité du contenu du travail : autonomie, variété des tâches, degré de responsabilité
- La qualité de l'environnement physique : sécurité, ambiances physiques
- La qualité de l'organisation du travail : qualité de la prescription, capacité d'appui de l'organisation dans la résolution des dysfonctionnements, démarches de progrès, réduction de la pénibilité, anticipation de la charge de travail...
- Les possibilités de réalisation et de développement professionnels : formation, acquis de l'expérience, développement des compétences
- La conciliation entre vie professionnelle et vie privée : rythmes et horaires de travail, accès aux services, transports, garde des enfants⁹⁹.

▶ 1.3. Vers la promotion de la santé dans l'entreprise

Au-delà des risques liés au travail, les actions des entreprises se portent également sur d'autres risques de santé, à travers la promotion de la santé des salariés.

La promotion de la santé, définie dans la charte d'Ottawa (1986), "*est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*¹⁰⁰". La promotion de la santé élargit le cadre de la Prévention Santé dans l'entreprise. Il ne concerne pas seulement les risques liés au travail, mais également les modes de vie (hygiène, alimentation, activité physique, etc.) et vise à promouvoir un mode de vie plus sain.

Selon la Déclaration du Luxembourg de 1997 pour la promotion de la santé dans l'entreprise (PSE) au sein de la Communauté Européenne, la PSE a comme objectif de prévenir le risque de maladies dans l'entreprise (y compris les maladies liées aux conditions de travail, les accidents et maladies professionnels et le stress) et d'améliorer l'état de santé, le bien-être et partant les performances au poste de travail. La PSE crée des conditions favorables à la santé dans l'organisation et le travail (organisation du travail, gestion du personnel, culture d'entreprise) et soutient le comportement des collaborateurs qui va dans ce sens.

Les individus ont en effet des habitudes de vie qui peuvent ou non contribuer à leur santé et à leur bien-être. Les risques hors du milieu de travail sont considérables : que ce soit au niveau de la circulation routière, de l'alimentation, de la consommation de tabac, des pratiques sportives, le comportement personnel au quotidien joue un rôle déterminant pour la santé des individus.

Ainsi en France la mortalité prématurée (mortalité évitable avant 65 ans) est élevée, et liée surtout à 5 facteurs de risques : le tabac, l'alcool, les facteurs nutritionnels, le suicide et les accidents de la circulation, entraînant près de 160 000 décès précoces.

De nombreuses études indiquent que la dégradation de l'état de santé et l'augmentation des facteurs de risque de maladie sont liées à l'inactivité physique dans les pays développés. L'OMS a d'ailleurs inscrit la promotion de la santé par l'activité physique dans ses préoccupations¹⁰¹.

Or, plus de la moitié de la vie éveillée des personnes adultes se passe au travail, l'entreprise apparaît donc un milieu très captif pour sensibiliser les individus à leur santé et aussi pour leur proposer des programmes qui favoriseront l'adoption de meilleures habitudes de vie.

Les entreprises peuvent contribuer à créer des environnements et des conditions favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie.

Les actions de promotion de la santé ont pour objectif de sensibiliser et d'informer les personnes concernées des problèmes, risques et dangers et les inciter à adopter les mesures propres à améliorer leur santé. Ces actions portent le plus souvent sur l'alimentation, le tabac, l'alcool et autres conduites addictives, l'activité physique.

À l'heure actuelle, des programmes de promotion de la santé et du mieux-être des employés sont en place dans environ 80 à 90 % des milieux de travail de tailles moyenne et grande aux États-Unis (Aldana, 2001; Riedel et coll., 2001). Ces taux élevés s'expliquent notamment par le fait qu'aux États-Unis, les entreprises financent en partie les soins de santé des salariés, via la souscription de contrats d'assurances privées. En France, le système de santé mutualisé prend en charge la plus grande partie des coûts des soins ce qui explique le faible développement de tels programmes dans les entreprises françaises.

Cependant, les problèmes de santé, qu'ils soient ou non en rapport avec les activités professionnelles, peuvent avoir un impact important sur l'entreprise. Même si l'on peut considérer que la santé d'un salarié relève en partie de sa propre responsabilité, les entreprises n'échappent pas aux conséquences de la survenue de problèmes de santé : un salarié malade, fumeur ou ayant des problèmes de poids ou des addictions à l'alcool, peut engendrer des effets néfastes pour l'entreprise (absentéisme, présentéisme, perte de productivité...).

La promotion de l'activité physique régulière par exemple, a des retombées économiques pour l'entreprise. D'après l'agence de la santé publique du Canada, qui a réalisé 200 études sur la vie active au travail¹⁰², l'activité physique et sportive accroît la motivation et la productivité des salariés de 4 à 15 %¹⁰³.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une activité physique régulière améliore la santé des individus mais a également de nombreux bienfaits sur l'entreprise : elle réduit l'absentéisme pour cause de maladie ; une meilleure santé accroît la productivité, améliore les relations de travail et favorise l'esprit d'équipe, diminue le stress au travail.

L'agence de santé publique du Canada observe également que l'activité physique diminue le stress et les blessures au dos, réduit le nombre de blessures au travail, et diminue les indemnités versées aux employés.

FRANCE

PSA lutte contre l'obésité et incite ses salariés à la pratique sportive

Le programme SANTAL de PSA

Le programme "SANTAL"¹⁰⁵ a été mis en place depuis 10 ans par PSA Peugeot Citroën sur son site de Rennes avec pour objectif de lutter contre l'obésité, par la promotion de l'hygiène alimentaire et l'encouragement à l'activité physique auprès des salariés.

Les salariés ont la possibilité d'effectuer des bilans nutritionnels et bénéficient de conseils personnalisés : visite médicale par le médecin de l'entreprise puis orientation vers une diététicienne, et, si nécessaire, coaching ou "e-coaching" et suivi adaptés à l'évaluation du risque.

Le Comité d'Établissement du site finance, PSA encourage les activités sportives des salariés et leur fait bénéficier de tarifs et d'infrastructures privilégiés en finançant une association sportive.

Le bilan est concluant : sur les 88 salariés de Rennes ayant participé à ce programme, 84 % ont perdu du poids. Ce programme est depuis 2006 mis en place pour 35000 salariés sur les sites Parisiens.

C'est donc une démarche "gagnant - gagnant", à la fois pour le salarié et l'entreprise.

AXA France, par exemple, a organisé une campagne de sensibilisation afin d'attirer l'attention des collaborateurs sur la prévention de grandes maladies telles que certains cancers, le diabète et les maladies cardio-vasculaires. AXA Assurance Singapour s'est vu décerner le prix H.E.A.L.T.H (Helping Employees Achieve Life-Time Health) de Singapour. Ce prix est attribué aux entreprises qui promeuvent activement la vie saine en entreprise à travers des programmes de Promotion de la Santé sur le Lieu de Travail (Workplace Health Promotion "WHP").

EUROPE

Kraftfoods développe des actions de promotion du bien-être de ses salariés

Le groupe a mis en œuvre différents types d'action¹⁰⁶ :

- des actions d'information – afin de donner aux employés la possibilité d'en savoir plus sur la santé et le bien-être à travers des bulletins intranet, des lettres d'information internes et d'autres ressources
- des activités continues – afin de soutenir des activités qui favorisent le bien-être, comme l'approvisionnement en salades, fruits et plats à faible teneur en matières grasses et en calories dans les cantines ; mettre en place des clubs de sport et des cours de gym, et proposer des bilans de santé
- des manifestations spéciales – afin de soutenir la participation des employés aux manifestations locales/nationales (comme les courses caritatives) et organiser des compétitions sportives entre les différents services.

Les actions sont mises en place dans les filiales européennes de Kraft. Parmi les exemples récents :

- Benelux : une rubrique spécialisée sur la santé et le bien-être a été créée dans l'intranet et une gamme de plats équilibrés est proposée dans les restaurants d'entreprise ;
- Allemagne : une semaine Vie saine a été organisée en 2005 ; elle comportait une semaine de nutrition équilibrée à la cantine, des présentations, des bilans de santé et des cours d'exercice physique pour sensibiliser les employés aux questions de santé. Tout au long de l'année, divers exercices et activités de relaxation, comprenant des sports d'équipe, sont organisés ;
- Grèce : un programme Santé et bien-être de deux semaines a été organisé, suivi d'activités sportives régulières ;
- Italie : introduction de plus de plats équilibrés et diffusion d'informations sur un mode de vie saine à travers l'intranet et les magazines de la société ;
- Hongrie : une consultation mensuelle sur une vie saine ainsi que des activités sportives hebdomadaires sont proposées (par ex., basket-ball et football)
- Pays nordiques : introduction de plusieurs activités sportives différentes et diffusion d'informations sur un mode de vie sain à travers Intranet et les magazines de la société ;
- Royaume-Uni : une semaine Santé et bien-être a été organisée pendant l'été 2005 ; les activités continues comprennent des dossiers diffusés sur l'intranet, des affiches et des panneaux d'affichage, des plats équilibrés, des bilans de santé et un large panel d'activités sportives.

2. Typologies des actions de prévention

La littérature distingue deux typologies d'action de prévention. L'une distingue le niveau d'action, l'autre le mode d'action.

2.1. Définitions des niveaux et des modes d'action de la Prévention Santé

On distingue classiquement trois niveaux de prévention.

La prévention **primaire** a pour objectif l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu de travail, en agissant directement sur ces facteurs pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. Les interventions de niveau primaires agissent sur les causes des facteurs de risques plutôt que sur leurs conséquences. Ainsi, les interventions modifiant les caractéristiques du travail nuisibles à la santé physique et mentale du personnel se situent au niveau de la prévention primaire.

La prévention **secondaire** vise à diminuer les conséquences sur la santé chez des personnes présentant déjà des problèmes de santé.

Dans le cas du stress au travail par exemple, les interventions de niveau secondaire sont souvent axées sur des programmes de "gestion individuelle du stress". Ces programmes ont pour but d'aider les salariés à gérer les exigences du travail plus efficacement en améliorant ou en modifiant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress (gestion du temps, etc.) ou en soulageant les symptômes associés au stress (relaxation, exercice physique, thérapie, etc.).

Le niveau de prévention **tertiaire**, a pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de santé.

Les interventions de niveau tertiaire visent à éviter l'aggravation de l'état de santé des personnes souffrant déjà de problèmes de santé. Elles permettent la réadaptation des personnes après une période de grande difficulté ou d'interruption de travail. Il s'agit d'une réponse médicale et/ou psychologique (sur le plan individuel, proposer une psychothérapie, sur le plan collectif réunion de débriefing suite à une situation de tension).

Le niveau primaire implique donc d'agir avant l'apparition de symptômes, le niveau secondaire peut être préventif ou réactif, selon que la personne manifeste des symptômes. La prévention tertiaire signifie que l'individu est déjà aux prises avec des problèmes de santé au travail.

On peut distinguer deux types d'actions :

- Des actions individuelles, elles visent à agir sur des personnes ou des groupes de travail. Il s'agit par exemple, des interventions pour favoriser l'exercice physique ou bien pour informer sur une bonne hygiène de vie.
- Des actions collectives : elles visent à agir sur l'environnement de travail. Par exemple des actions qui sont destinées à l'amélioration de l'organisation du travail : modifier la pression temporelle, la surcharge de travail, ou bien à favoriser l'autonomie des personnes. Sont aussi concernées les actions visant à améliorer la prise en compte du travail fourni, la qualité des relations humaines, à favoriser la communication et la participation dans l'entreprise. Enfin elles peuvent porter sur l'aménagement de l'environnement matériel : action sur l'espace, le matériel, le bruit, la chaleur...

Ces deux modes d'actions sont complémentaires, selon l'origine des facteurs de risques pouvant détériorer la santé des salariés, il sera soit plus pertinent d'agir sur l'environnement de travail, soit sur le comportement individuel, ou les deux.

La mise en œuvre d'actions de Prévention Santé efficace suppose donc au préalable d'évaluer les risques santé des personnels.

L'évaluation des risques : une étape nécessaire avant l'action

L'évaluation des risques a été intégrée à la directive cadre européenne de 1989, transposée dans la législation nationale en 1991. Un décret du 5 novembre 2001 a rendu obligatoire cette démarche en France avec la nécessité d'en consigner les résultats dans un document unique.

Des études montrent que les risques pour la santé du salarié et les coûts liés aux problèmes de santé dans l'entreprise évoluent dans le même sens¹⁰⁷ : lorsque les risques pour les salariés augmentent, les coûts des problèmes de santé pour l'entreprise augmentent également, et inversement.

En déterminant quelles sont les caractéristiques du travail qui sont les plus fortement associées aux problèmes de santé dans l'entreprise, les actions de prévention seront plus efficaces pour réduire les problèmes de santé ainsi que leurs conséquences sur l'entreprise.

L'évaluation des risques est donc une composante essentielle du succès des actions de Prévention Santé.

Encore faut-il que les entreprises disposent d'outils pour analyser l'état de santé de leurs salariés afin de mettre en place des politiques de Prévention Santé adéquates.

D'après une enquête réalisée par Comundi et Stimulus¹⁰⁸ en 2008, moins de la moitié des entreprises interrogées (46 %) déclarent disposer d'outils d'information et d'analyse pertinents concernant la santé de leurs salariés. Les principaux obstacles à la prévention du mal-être sont la difficulté de faire un diagnostic de la situation (63 %), l'absence d'expertise en interne (46 %), et la connaissance insuffisante des solutions de prévention disponibles (45 %).

Le cas du stress illustre le fait qu'une stratégie de prévention efficace passe par l'évaluation des risques, afin d'identifier les facteurs de risques et mettre en place des actions appropriées.

FRANCE

Une entreprise lutte contre l'absentéisme en revisitant son organisation du travail

Une entreprise étrangère de 120 personnes dans le Nord-Pas-de-Calais, leader mondial de son secteur, s'est installée en Europe voilà sept ans. Elle y a importé des méthodes de production issues de la normalisation : Kaizen, Kanban, APS, 5S. 50% du personnel de l'usine, travaille en production, six jours sur sept, avec un roulement de quatre équipes.

Le taux d'absentéisme important (8 % avec des pointes à 12 %) nuit au fonctionnement de l'entreprise et à la qualité des produits. Le management (intermédiaire notamment) est souvent appelé à occuper les postes de production, la charge de travail devient lourde pour les personnes présentes. La DRH a déjà réalisé un important travail de recensement des causes de l'absentéisme (arbre de causes) : postes repérés comme "à risque", management de proximité peu présent sur le terrain, problèmes de maintenance, manques de polyvalence, sentiment de manque de reconnaissance...

En général, l'absentéisme est un symptôme de difficultés rencontrées dans l'activité et/ou de problèmes à gérer des interactions vie privée/vie professionnelle. L'analyse proposée permet d'approfondir les caractéristiques de cet absentéisme, à partir des données Ressources Humaines et d'entretiens, avec le directeur de l'usine, le directeur de production, le directeur qualité, le DRH, le responsable du CHSCT, le médecin du travail, le délégué syndical, les chefs d'équipe et des opérateurs.

L'absentéisme étant une résultante de plusieurs facteurs, le plan d'action consiste à mobiliser l'ensemble de l'entreprise pour traiter de front différents dysfonctionnements, en les classant par type de problèmes rencontrés. Parmi les premières actions engagées, les chefs d'équipe sont formés au management, et l'accent est mis sur la maintenance pour diminuer les dysfonctionnements des machines. Les règles RH sur les congés sont clarifiées. Des formations internes sont réalisées pour favoriser la polyvalence, mise en place grâce au recours à l'intérim. L'implication des opérateurs dans les méthodes de travail est remise en avant dans les chantiers Kaizen. Enfin, l'organisation de la production est revue : le cycle de travail passe en 3X8 sur 5 jours.

L'entreprise s'est fortement mobilisée sur le plan d'action issu du diagnostic. Un an après l'intervention, 80 % du plan est réalisé et l'absentéisme est descendu à 3 %.

FRANCE

Un plan d'action de maintien dans l'emploi et d'insertion de personnel handicapé et une baisse des accidents du travail

SCAPA France, employant 258 personnes en région Rhône-Alpes, est une entreprise de conception, de production et de vente de rubans adhésifs issue de la fusion de trois entreprises. L'entreprise se trouve confrontée à un effectif expérimenté mais vieillissant, avec un taux de fréquence et de gravité des accidents du travail élevé par rapport à la moyenne observée dans la branche du caoutchouc, et un nombre de personnes avec restriction de port de charges en augmentation.

L'entreprise va mettre en place un plan d'action de maintien dans l'emploi et d'insertion de personnel handicapé. La démarche de prévention engagée est participative. Un groupe de travail comprenant un ergonome est mis en place. Des études sur 4 à 5 postes de travailleurs avec un handicap reconnu sont réalisées. Parallèlement, une semaine de la sécurité est organisée avec des formations internes pour tous les salariés (informations sur les TMS, les risques chimiques...), en lien avec le CHSCT. L'ensemble des salariés est consulté sur la rédaction du document unique.

La réorganisation du travail et l'action sur la réduction des postes physiquement lourds suite à l'intervention de l'ergonome a permis d'améliorer les conditions de travail d'une grande partie du personnel et a développé l'entraide. Le personnel handicapé a été maintenu dans l'emploi sur le poste habituel de l'opérateur. L'encadrement a pris conscience de la nécessité de mieux reconnaître le travail des personnels handicapés ou non. Le travail sur l'évaluation des risques professionnels a permis d'améliorer les processus de production et de diminuer de moitié le taux de fréquence et de gravité des accidents du travail en 2003.

2.2. Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour réduire le stress au travail ?

Alors que les entreprises reconnaissent de plus en plus l'ampleur de la problématique du stress au travail et de ses conséquences néfastes sur les salariés comme sur l'entreprise, les efforts investis pour tenter de le prévenir restent minimes. D'après les résultats d'une étude de Malakoff et Médéric¹⁰⁹, plus de la moitié des entreprises (55 %) déclarent ne pas avoir mis en place des mesures concrètes pour prévenir les situations de mal-être de leurs salariés.

Pour lutter contre le stress au travail, les interventions individuelles vont augmenter la capacité physique et psychologique de l'individu afin qu'il puisse s'adapter à la situation stressante. Les interventions organisationnelles vont, pour leurs parts, tenter de réduire le stress, par exemple en modifiant certains aspects de l'environnement de travail.

Les caractéristiques du travail et de l'organisation potentiellement stressantes sont mieux connues : fortes exigences au travail tant sur le plan physique que mental associées à une faible latitude décisionnelles, faible soutien social de la part de la hiérarchie ou des collègues, manque de reconnaissance au travail par rapport aux efforts consentis.¹¹⁰

Si le stress est identifié comme lié au mode d'organisation et de management de l'entreprise, l'approche la plus efficace, pour réduire le stress et ses effets négatifs sur l'individu et l'organisation, sera une intervention de niveau primaire réduisant le stress à la source. L'approche collective sera donc la plus appropriée, même si des interventions individuelles peuvent représenter un complément utile.

Les recherches montrent que, parmi les actions de prévention du stress, les interventions individuelles, de niveau secondaire ou tertiaire sont les plus fréquentes¹¹¹.

D'après une étude du cabinet Stimulus¹¹², seulement 16 % des entreprises recourent à des changements organisationnels pour contribuer au bien-être et à la prévention des risques psycho-sociaux.

Une inadéquation entre les sources du stress et la stratégie de prévention adoptée dans l'entreprise va rendre les actions de prévention inefficaces sur la santé des salariés et ne vont pas permettre à l'entreprise de percevoir les effets potentiellement bénéfiques de la prévention.

Même si les actions individuelles sont généralement associées à une diminution des manifestations psychologiques et physiologiques du stress, leurs effets positifs seraient de durée relativement courte, et d'ampleur limitée (Murphy et Sauter, 2003).

Par ailleurs, les études scientifiques démontrent que, d'une part, les actions organisationnelles sont plus efficaces pour diminuer le stress et améliorer la santé des salariés, et d'autre part, qu'elles s'accompagnent d'effets positifs sur la performance des entreprises¹¹³.

Une étude récente¹¹⁴ démontre également que les interventions primaires visant à diminuer les sources de stress (ces sources de stress sont les demandes, le contrôle, le soutien, les relations, les rôles et le soutien lors de changements) produisent des conséquences positives sur l'absentéisme, la productivité, le taux de roulement, et la performance d'équipe.

Ces résultats appuient la pertinence d'intervenir en prévention primaire afin de réduire le stress au travail. L'impact des programmes de prévention du stress sera d'autant plus élevé que la stratégie d'intervention portera sur l'organisation et non seulement sur des programmes individuels.

D'une manière plus générale, de nombreux travaux ont montré que les interventions organisationnelles étaient efficaces pour améliorer la santé et la performance des entreprises :

- Selon Karasek et Theorell¹¹⁵, la création d'un nouveau modèle d'environnement psychologique au travail permet de réduire le stress et de favoriser un comportement plus productif que les organisations du travail plus traditionnelles, qui empêchent la pleine utilisation du capital humain.
- La croissance des qualifications et de l'autonomie des salariés atténue l'impact de l'intensification du travail sur les problèmes de santé au travail¹¹⁶.
- Le pouvoir décisionnel augmente le niveau de performance et la satisfaction au travail et diminue les pertes financières.¹¹⁷
- Un rôle clairement défini diminue l'absentéisme et les retards.¹¹⁸
- Un faible soutien du milieu de travail augmente le taux d'absence.¹¹⁹
- Un soutien élevé au travail diminue les intentions de quitter son emploi.¹²⁰
- Une supervision abusive est associée à une augmentation de l'absentéisme.¹²¹
- La présence élevée de conflits interpersonnels au sein d'une équipe de travail est associée à une réduction de la performance.¹²²

Les résultats de recherche suggèrent donc que les modifications des organisations du travail qui se traduisent par une plus grande autonomie et un pouvoir accru de prise de décisions, une plus grande appréciation des compétences, des soutiens sociaux et des demandes psychologiques et physiques moins exigeantes, sont associées à une meilleure santé mentale, à une satisfaction accrue au travail, et à des effets bénéfiques pour l'entreprise.

La santé : un élément fondamental du capital humain

Quelque soit le secteur d'activité, la concurrence, l'évolution des technologies imposent aux entreprises d'être productives, réactives, flexibles pour s'adapter aux évolutions des marchés. Dans ce contexte, les ressources humaines sont une variable stratégique pour l'entreprise : la performance de l'entreprise est de plus en plus liée à la qualité de son capital humain : l'enthousiasme, la créativité, la motivation et l'implication des salariés, la mobilisation de leurs compétences, tous ces éléments dont l'entreprise a besoin pour réaliser ses objectifs de performance, supposent un personnel en bonne santé. Par exemple, les besoins de communication dans l'entreprise sont aujourd'hui plus importants. Or les relations interpersonnelles peuvent être source de tensions au travail.

En outre :

- des salariés dotés d'une plus grande autonomie et davantage impliqués dans leur travail peuvent intervenir plus rapidement et efficacement pour résoudre les problèmes qui se posent en cours de production ;
- des salariés en meilleure santé font un travail de meilleure qualité. La qualité est réalisée directement en cours de production ;
- une plus grande participation des salariés permet de mobiliser leurs savoir-faire et créativité pour améliorer la qualité des produits et l'efficacité des processus productifs ;
- une plus grande autonomie et implication dans le travail réduit les coûts de supervision ;
- les salariés acceptent mieux les changements organisationnels s'ils savent que l'entreprise a intégré la santé dans sa stratégie de changement.

Il devient donc fondamental pour l'entreprise de s'interroger sur les facteurs organisationnels et les critères de l'environnement de travail qui favorisent la santé des salariés.

Or la France se caractérise par une faible satisfaction au travail des salariés¹²³. Selon l'enquête World Value Survey*, parmi les pays d'Europe, la France se classe avant dernière pour la satisfaction au travail et dernière pour la liberté de prendre des décisions dans son travail. Selon un sondage TNS-Sofres de 2005, seulement 18 % des salariés estiment que l'entreprise est attentive à la satisfaction des salariés**. Plus généralement, en France, d'après l'enquête réalisée par le forum économique mondial, le Global Competitiveness Report (GCR), la France se classe en 99^e position sur 102 pays pour la qualité des relations sociales dans l'entreprise¹²⁴.

* L'enquête World Value Survey (WVS) est une enquête internationale sur la valeur et les attitudes des membres de plus de 85 sociétés de part le monde. La question était "d'une manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait ou pas de votre travail ?" Voir Th. Philippon, Le capitalisme d'héritiers. La crise française du travail, Seuil, 2007, p.20.

** Sondage TNS-Sofres, Influences : travail et entreprises, 2005. Voir Th. Philippon, 2007, p.98.

3. Des actions intégrées à la stratégie de l'entreprise

La Prévention Santé dans l'entreprise, ce n'est pas uniquement une histoire de chaussures de sécurité, ou de programmes individuels de gestion du stress. Pour être efficace, et apporter leurs résultats en termes de productivité de l'entreprise et d'amélioration de la santé des salariés, les actions ne doivent pas être réalisées à la marge, en périphérie des choix organisationnels ou managériaux des entreprises, mais s'inscrire dans la stratégie globale de l'entreprise.

Dans une étude sur les pratiques novatrices de santé en milieu de travail, le Centre patronal et syndical du Canada¹²⁵ conclue que d'une part, la santé au travail est rentable ("la santé au travail rapporte"), et d'autre part que "*la santé au travail doit faire partie intégrante de la stratégie d'affaires de l'organisme, au lieu d'être perçue comme un complément utile*" et que "*la santé au travail et la bonne gestion générale sont étroitement liées*".

Les indicateurs de santé ont leur place aux côtés des indicateurs de gestion. Pour être efficaces, les programmes de santé au travail doivent également faire partie intégrante de la vision, de la mission et des valeurs des entreprises.

Les résultats de la recherche basée sur un grand nombre d'expériences dans des entreprises de différentes régions européennes ont mis en évidence les facteurs communs de réussite des actions de la santé en milieu de travail¹.

Ainsi les facteurs de succès, indépendants de la taille et du secteur d'activité de l'entreprise, comprennent des actions :

- fondées sur une analyse des besoins de santé et des besoins de l'entreprise
- impliquant toutes les parties prenantes dans les entreprises (une approche participative)
- cherchant à améliorer la qualité de vie et les conditions de travail
- devenant partie intégrante des méthodes de gestion et de la vie quotidienne, à tous les niveaux de l'entreprise.

CONCLUSION

Un contexte favorable

Le contexte français est aujourd'hui propice au développement de la Prévention Santé en entreprise : le vieillissement et la féminisation de la population active, les attentes sociales d'une meilleure qualité de vie au travail, une réglementation plus "exigeante", sont autant de facteurs qui concourent à faire de la santé au travail un sujet d'avenir.

La santé au travail : un atout pour la performance de l'entreprise

Dans un environnement marqué par une forte concurrence et la nécessité constante de s'adapter aux évolutions de la demande et des technologies, il est essentiel pour l'entreprise de préserver et de développer ce qui fait son atout majeur : son capital humain. Un personnel physiquement et mentalement en bonne santé, est plus productif et plus motivé car il est mieux à même d'utiliser ses compétences et ses talents.

Le coût de l'inaction en matière de santé au travail est considérable. Il le sera de plus en plus avec le vieillissement de la main d'œuvre et la multiplication des problèmes de santé au travail dans les entreprises. Les coûts directs, et surtout les coûts indirects, vont constituer pour les entreprises un fardeau économique de plus en plus lourd et contribuer à freiner leur compétitivité.

Il apparaît beaucoup plus judicieux de prévenir les maladies et les accidents, et de promouvoir le bien-être des salariés, que de payer les soins de santé des salariés, de subir les coûts de l'absentéisme, ou que de devoir compter sur un personnel qui n'est pas pleinement productif en raison de problèmes de santé.

En plus d'améliorer la santé et la productivité du personnel en place, la Prévention Santé dans l'entreprise permet d'accroître l'attractivité sur le marché concurrentiel de l'emploi, augmente la qualité des produits et la satisfaction de la clientèle. Elle représente également un moyen d'affirmer sa Responsabilité Sociétale et Environnementale.

Une approche globale et intégrée de la santé dans l'entreprise

En France comme dans l'ensemble des pays occidentaux, la Prévention Santé ne se résume plus seulement à la sécurité au travail et aux maladies professionnelles. Son champ s'est désormais élargi à une approche globale de la santé des individus : la santé physique comme la santé mentale, le bien-être au travail, et non plus seulement l'absence d'accident ou de maladie.

En la matière, les entreprises françaises se sont jusqu'à présent peu investies au regard des besoins et des attentes. La raison de ce retard s'explique en partie par des carences encore à palier, comme l'absence d'indicateurs de santé collectifs sur lesquels fonder des grandes orientations, ou la méconnaissance des actions possibles et de leurs retombées sociales ou économiques.

Pour agir, les interventions centrées sur l'organisation de l'entreprise (portant sur la conception du travail, les systèmes organisationnels, les pratiques de gestion des ressources humaines...) et les actions centrées sur les individus (portant sur la promotion d'habitudes de vie saines, sur la gestion du stress, etc...) doivent être combinées pour assurer l'efficacité optimale de la stratégie de prévention.

Au-delà du choix des types et des thématiques d'intervention, le développement de la Prévention Santé passe par une prise de conscience au plus haut niveau des enjeux qui y sont attachés. Les professionnels des fonctions RH s'imposent comme les chefs d'orchestre privilégiés pour réaliser l'intégration de la santé au travail dans la politique sociale de l'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.** Etude IFOP réalisée en 2007 à la demande de Médéric et Malakoff, auprès de directeurs des ressources humaines. http://www.mederic.com/site/-f_12fea6008e58f20/Entreprises/Espace-DRH/Les-dossiers-du-DRH.htm Selon cette étude, le bien-être des salariés constitue un enjeu important pour 99 % des DRH interrogés et un thème de préoccupation majeur pour 88 % d'entre eux.
- 2.** Ministère du travail, Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques (Dares), Premières informations, premières synthèses, Paris, n° 19.1, mai, 2004
- 3.** Enquête sur l'emploi des personnes handicapées, complémentaire à l'enquête annuelle sur l'emploi réalisée en mars 2002 par l'Insee. 38 384 personnes de 15 à 64 ans ont été interrogées. Voir : Waltisperger D., 2004, "Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq", Premières informations et premières synthèses, n° 19.1, mai, DARES.
- 4.** Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
- 5.** Accident entraînant une incapacité temporaire donnant lieu à une indemnisation d'au moins une journée.
- 6.** L'indice de fréquence des accidents du travail est le nombre d'accidents avec arrêt rapporté au nombre des salariés.
- 7.** Nombre de jours d'arrêt rapporté au nombre d'accidents avec arrêt.
- 8.** Source : <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>
- 9.** Source : enquêtes "Conditions de travail" 1978, 1984, 1991, 1998, Dares, dans Akénazy Ph., Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme, Seuil 2004.
- 10.** L'enquête SUMER (SURveillance Médicale des Expositions et des Risques) est menée conjointement par la DRT (Direction des relations du travail) et la DARES (Direction de l'animation de la recherche et des études statistiques). Déjà réalisée à deux reprises (SUMER 87 et 94), elle a été reconduite en 2002-2003. En 1994, l'enquête couvrait l'ensemble des salariés du régime général et de la Mutualité sociale agricole (MSA). En 2003, le champ a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, la SNCF, Air France et à La Poste. 50 000 personnes ont ainsi été interrogées par les médecins du travail. Cette enquête a pour objet d'établir une cartographie des expositions (physiques, chimiques, organisationnelles, et biologiques) des salariés en France afin de définir des actions prioritaires de prévention.
- 11.** Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N, et al. , 2004, L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003, Premières informations, Premières Synthèses ; 52.1 : 1-8.
- 12.** Source : enquêtes "Conditions de travail", 1991, 1998, Dares, dans Akénazy Ph., Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme, Seuil 2004.
- 13.** D. Cartron, M. Gollac, "Intensité et conditions de travail", Centre d'études de l'emploi , Quatre pages, 2003.
- 14.** Voir :
P. Boisard, et al., "Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe", Centre d'études de l'emploi, Quatre pages, 2001(47): 1-4.
J. Bue., et al., "De l'intensification du travail", Santé et travail, 1999, 27, 24-27. J. Bue, C. Rougerie, "L'organisation du travail : entre contrainte et initiative" - Résultats de l'enquête conditions de travail de 1998, Premières informations, Premières Synthèses, 1999, 32.1: 1-8.
D. Cartron D., M. Gollac, Intensité et conditions de travail, Centre d'études de l'emploi , Quatre pages, 2003(58) : 1-4.
- 15.** D. Cartron, Excès de vitesse. Les effets de l'intensification sur les pénibilités et les risques. Rapport pour la DARES, Centre d'études de l'emploi, 2000.
M. Gollac, S. Volkoff, Les conditions de travail. Paris, La Découverte Ed., Collection Repères, 2000.
- 16.** Gollac M., Volkoff S., Citius, altius, fortius, l'intensification du travail. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, n°114, 1996.
- 17.** "Dix ans de conditions de travail dans l'U.E.", 2000, Fondation de Dublin; enquêtes de la DARES "Conditions de travail, bilan 1996" et SUMER 2003. www.eurofound.ie
- 18.** Roquelaure Y, et al., "Surveillance en population générale du syndrome du canal carpien dans le Maine et Loire en 2002 et 2003", Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 44-45, 221-224, 2005.
- 19.** Tendinite de l'épaule, épicondylite latérale, syndrome du tunnel cubital, syndrome du canal carpien, tendinites des fléchisseurs/extenseurs des doigts, téno-synovite de De Quervain.
- 20.** N. Guignon, A. Pailhe, "Les conditions de travail des seniors". DARES, Premières informations, Premières Synthèses, 19.2. 2004.
- 21.** European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH), EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT, 2007.
- 22.** Légeron P., Risques psychosociaux au travail : ou en est votre établissement ?, Résultat d'étude Comundi -Stimulus, février 2008.
- 23.** http://europe.osha.eu.int/good_practice/risks/stress.
- 24.** European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH), EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT, 2007.
- 25.** DARES, "Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003", Premières informations, premières synthèses, n° 22.1, Mai 2008.
- 26.** L'Enquête Européenne sur les Conditions de Travail est réalisée tous les 5 ans depuis 1990 par la Fondation de Dublin. La dernière couvre 31 pays (les 27 pays actuels de l'UE, la Suisse, la Norvège, la Turquie et la Croatie). Elle couvre le champ des conditions de travail, et inclut les questions d'emploi, de rémunération, de formation, d'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, de santé et de satisfaction au travail.
- 27.** Cohidon C., Santin G., Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee, INVS, 2007. La prévalence de la dépression varie en revanche selon les catégories sociales et les

secteurs d'activité. Les plus concernés sont les employés (16 % des hommes et 12 % des femmes) ainsi que les ouvriers chez les femmes (12 %). Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus épargnés avec moins de 8 %. La prévalence est particulièrement élevée dans les secteurs de l'agriculture (14 %) de l'hôtellerie-restauration (13 %), des services collectifs (14 %) et du commerce (14 %) chez les hommes, et dans les secteurs des activités financières (13 %) et des services (15 %) chez les femmes.

28. Burton, W.N., Pransky G., Conti D.J. et coll., "L'association des conditions médicales et présentisme", *Journal de la médecine professionnelle et de l'environnement*, no 46 (6 Suppl), 2004.

29. Kessler, R.C., Greenberg P. E., Mikelson K.D. et coll., 2001, "Les effets des maladies chroniques sur la perte de travail et de travail réduit", *Revue de la médecine professionnelle et environnementale*, vol. 43, no 3, 2001, p. 218 à 225.

30. Bué J., Sandret N., "Un salarié sur six estime être l'objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail", *Premières informations Premières synthèses*, DARES, n° 2.2, mai 2008.

31. 46 % de la population active.

32. Insee Première, *Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2007*, n°1171, janvier 2008.

33. Vogel L., *La santé au travail des femmes en Europe – Des inégalités non reconnues*, Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, Bruxelles, 2003.

34. La France est ainsi le seul pays de l'union européenne à ne pas indiquer la répartition des accidents du travail et des maladies professionnelles selon le sexe.

35. Garner H., Dominique Méda D., Claudia Senik C., "Conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, les leçons des enquêtes auprès des ménages", *Travail et Emploi*, n° 102, avril-juin 2005, p. 57- 67. La plupart des femmes (86 % d'entre elles) qui se retirent du marché du travail le font pour s'occuper de leur famille. Mais elles sont nombreuses à souhaiter retravailler : parmi les femmes au foyer qui ont déjà travaillé, près de la moitié déclare regretter leur ancien travail. 70 % des mères de moins de 30 ans qui se sont arrêtées pour s'occuper de leurs enfants souhaitent retravailler.

36. Ces inégalités peuvent par ailleurs expliquer en partie la décision des femmes d'interrompre leur activité professionnelle pour se consacrer à leurs enfants, d'autant que les pères sont, encore, peu impliqués dans les activités parentales et domestiques.

37. Les inégalités entre les femmes et les hommes : les facteurs de précarité, Rapport remis à la ministre chargée de la Parité, Mission présidée par F. Milewski, La documentation Française, Collection des rapports officiels, 2005.

38. Notamment lorsque la féminisation s'accompagne d'une transposition des normes de production prises en référence à des populations masculines, ou dans un contexte de changements organisationnels induisant une intensification du travail.

39. Guignon N., "Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ?", in *Regards sur la parité*, INSEE, 2008.

40. En partie liées aux différences fondamentales entre les deux sexes quant aux aptitudes physiques, les femmes ayant en moyenne une

force musculaire d'un tiers inférieure à celle des hommes.

41. <http://www.insee.fr/fr/ppp/ir/accueil.asp?page=PROJPOPACTO650/synt/synthese.htm>

42. Coutrot T., Waltisperger D., "L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé", *Premières informations, Premières Synthèses*, Dares, n° 08.1, février 2005.

43. Notamment la force musculaire maximale, l'amplitude des mouvements des articulations, la vue et l'audition, la régulation du sommeil, performances relevant de la mémoire immédiate ou de la prise de décisions nombreuses en temps très limité, etc.

44. Molinié A.F., "La santé au travail des salariés de plus de 50 ans", *Données sociales - La société française*, édition 2006, p.543-553.

45. Molinié A. F., Enquête "Santé et Vie professionnelle après 50 ans". Résultats par secteur d'activité, Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites, CEE, octobre 2005. Enquête réalisée dans en 2003, auprès d'un échantillon de 11 200 salariés de 50 ans ou plus.

46. *Retraite et société, Santé et inaptitude en fin de carrière*, CNAV, n.49, octobre 2006.

47. Guignon N. Pailhé A., "Les conditions de travail des seniors", *Premières informations, premières synthèses*, DARES, n°19.2, Mai 2004.

48. Molinié A. F. et al., "Ce salarié devrait cesser de travailler : une approche de l'usure professionnelle des 50 ans et plus", in *Retraite et société, Santé et inaptitude en fin de carrière*, CNAV, n.49, p. 39- 59, octobre 2006.

49. Gillibert J.M., Thomassin Ch., *Le désir de santé - Nouvelle aspiration des consommateurs, nouveau défi des entreprises*, 2007, éd d'organisation.

50. Baromètre 2006 dans le cadre de la 3e Semaine pour la qualité de vie au travail de l'ANACT. sondage CSA-France-Info-La Tribune.

51. Enquêtes "conditions de travail" réalisées par la DARES et la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, dite Fondation de Dublin.

52. Suite à la recodification initiée par l'ordonnance du 12 mars 2007, une nouvelle numérotation de la partie législative du code du travail est entrée en vigueur. L'article L. 230-2 devient l'article L. 4121-1.

53. cass. soc. 21 juin 2006, n° 05-43914 à 05-43919 FSPBRI.

54. Christian Larose, vice-président du Conseil économique et social (CES), et co-auteur d'un livre intitulé "Violences au travail", dans une étude réalisée à titre personnel, a évalué entre 300 et 400 cas par an le nombre de suicides liée au travail.

55. ou de maladie professionnelle.

56. Cass. 2^e civ., 22 février 2007, arrêt n°305, pourvoi n°05-13.771, M.X. c/ M.Y..

57. "Le fait de provoquer le suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide." (Code pénal, art. 223-13.).

58. Avant la loi de 1898, le code civil (articles 1382 et 1384) régissait les litiges en matière d'accident du travail. La réparation des accidents du travail était du domaine du droit commun : le principe de la responsa-

bilité pour faute, s'applique. La victime devait apporter la preuve devant les tribunaux que son accident était imputable à l'employeur.

59. Depuis la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, l'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de la mise en jeu de sa faute inexcusable.

60. Dorman P., *The economics of safety, health and well-being at work: An overview*, BIT, Genève, 2000.

<http://ilo.org/public/english/protection/safework/papers/ecoanal/ecoview.htm>.

M. Oxenburgh et coll., *Increasing productivity and profit through health and safety*, CRC Press, 2004

61. BIT, *La sécurité en chiffres. Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail*, Genève, 2003.

62. European Agency for Safety and Health at Work, *The economic effects of occupational safety and health in the Member States of the European Union*. Bilbao, European Agency, 1999.

63. Commission européenne, *Analyse statistique du coût socio-économique des accidents au travail dans l'Union européenne, rapport final*. Luxembourg, juillet 2004.

64. BIT, *La santé mentale au travail en Allemagne, aux Etats-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni*, Genève, 2000.

65. Ramaciotti D., Perriard J., *Les coûts du stress en Suisse*, Groupe de Psychologie Appliquée (GPA) de l'Université de Neuchâtel, ERGO-rama, Genève, 2001.

66. European Agency for Safety and Health at Work, *The economic effects of occupational safety and health in the Member States of the European Union*. Bilbao, European Agency, 1999.

67. Bejean S., Sultan-Taieb H., Trontin C., "Conditions de travail et coût du stress : une évaluation économique", *Revue française des Affaires sociales*, 2004.

68. Brandt-Rauf, P., Burton W. N., McCunney R. J., "Health, Productivity, and Occupational Medicine", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2001, vol. 43, n° 1, p. 1-2.

69. Gosselin M., *Analyse des avantages et des coûts de la santé et de la sécurité au travail dans les entreprises*, IRSST, 2005.

70. Chiffres CNAMTS 2005.

71. <http://www.cprm.com/documents/milieudetravailsainsetproductivitudocu.pdf>

72. <http://www.horizons-leman.com/uploads/File/UNIQA%20journee-mondiale-sante-travail.pdf>

73. BIT, *La sécurité en chiffres, indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail*, 2003.

74. ISEOR : Institut de Socio-Economie des Entreprises et des Organisations, centre de recherche associé à l'université Lyon 2 et au groupe ESC de Lyon ; voir www.iseor.com

75. Etude réalisée dans trois entreprises française : deux entreprises de sous-traitance automobile, une de construction d'appareillage électrique. Les effectifs de production allant de 445 à 1387 personnes. Entre 6 et 20% des effectifs de production étaient atteints de TMS (reconnus par la sécurité sociale) ; entre 3 à 11 % des effectifs de production étaient concernées par des restrictions d'aptitude.

76. Bonnet M., Savall H., Zardet V., *Prévention des troubles musculo-squelettiques*, rapport à l'ANACT, décembre 2002.

77. Étude épidémiologique INVS en Pays de la Loire 2002 : résultats enquête du réseau expérimental TMS en Pays De Loire. www.invs.sante.fr

78. Enquête IFOP réalisée en septembre 2007 pour l'AGSE (Association pour la Gestion de la Santé en Entreprise) et le groupe Médéric Malakoff.

79. European Commission, *The state of Mental Health in the European Union*, 2004.

80. Wang PS et al. "Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes: A Randomized Controlled Trial." *JAMA*. 2007; 298(12) : 1401-1411.

81. J. Kreis et W. Bodeker : "Health-related and economic benefits of workplace promotion and prevention", <http://www.enwhp.org>

82. <http://www.libertymutual.com>.

83. Conway H. et J. Svenson, 2001, "Musculoskeletal Disorders and Productivity", *Journal of Labor Research*, vol. 22 (1), pp. 29-54.

84. D. Else, communication personnelle. Président de la Commission nationale australienne de la sécurité et de la santé au travail de 1996 à 2002, expert en santé et sécurité au travail de renommée mondiale, dans : BIT, *Sécurité et santé au travail: synergies entre sécurité et productivité*, Commission de l'emploi et de la politique sociale, Genève, mars 2006.

85. *The Business of Health and Safety case studies*, HSC, UK - www.hse.gov.uk/businessbenefits/index.htm

86. *The Business of Health and Safety case studies*, HSC, UK

87. http://www.gp2s.net/index.php?option=com_content&task=view&id=232&Itemid=86

88. G. Lowe, *Healthy Workplaces and Productivity*. Health Canada, 2003.

89. <http://www.travailsante.net/guidesource/employeensante.php>

90. Tavenas (1995) et Lanoie et Tavenas (1996), dans : Gosselin M., *Analyse des avantages et des coûts de la santé et de la sécurité au travail dans les entreprises*, IRSST, 2005.

91. Livre vert européen, *Promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises*, 2001.

92. Le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) est l'organisme central de normalisation, de certification et de diffusion d'information sur les normes, officiellement reconnu par le gouvernement du Québec, par le CCN (Conseil Canadien des Normes), par ISO et l'organisation internationale du commerce (OMC). <http://www.bnq.qc.ca/>

93. Ministère de la Santé et des services sociaux, *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*, Investir pour l'avenir, 2006, p.30. Plan disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2006/06-289-01.pdf>

94. Ce plan vise à mettre en place des mesures qui :

- facilitent l'adoption et le maintien, par la population québécoise,

de saines habitudes alimentaires et d'un mode de vie physiquement actif ;

- réduisent la prévalence de l'obésité et des problèmes reliés au poids et leurs conséquences sur les individus et la société québécoise ;
- valorisent les saines habitudes de vie et la diversité des tailles et des poids.

95. Le Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP2S) est un regroupement d'entreprises crée en 2005 à l'initiative de quelques employeurs et comptant 115 entreprises et organisations membres aujourd'hui. Il se consacre à la promotion de la santé et la prévention de la maladie en milieu de travail. Sa mission consiste essentiellement à inciter les entreprises à promouvoir et à intégrer la santé globale des employés dans leur mode de gestion.

96. Pour une présentation détaillée des effets économiques de la santé et de la sécurité au niveau de l'entreprise : http://osha.europa.eu/publications/reports/207/inventory_en.pdf

97. Voir <http://who.int>

98. Voir : <http://www.qualitedevieautravail.org>

99. "Améliorer la qualité de vie au travail : des pistes pour agir", Travail et changement, numéro spécial mai/juin 2007.

100. Définition issue de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986

101. www.who.int/moveforhealth

102. http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/index.html

103. http://www.swatautravail.com/documents/SWAT_bienfaits_employeur.pdf

104. http://www.euro.who.int/document/nut/istanbul_conf_fdoc10.pdf

105. http://www.psa-peugeot-citroen.com/fr/psa_espace/communiqués_presse_details_d1.php?id=571

106. <http://www.kraftfoods.fr/kraft/downloads/frfr1/rapportHW.pdf>

107. "The Ultimate 20th Century Cost Benefit Analysis and Report", University of Michigan Health Management Research Center, March 2000.

108. Enquête réalisée par Comundi et Stimulus, janvier 2008.

109. Etude réalisée par l'Ifop pour les groupes de protection sociale Malakoff et Médéric auprès d'un échantillon représentatif de 300 DRH d'entreprises de plus de 250 salariés sur leur perception du bien-être au travail, et plus particulièrement des troubles psychosociaux.

110. Voir partie 1 du Livre Blanc.

111. Giga S., Noblet A., Faragher B., Cooper C., "Organisational stress management interventions : a review of UK-based research", *The Australian Psychologist*, n° 38, p.158-164, 2003.

Murphy L.R., Sauter S. L., "The USA perspective : Current issues and trends in the management of work stress", *The Australian Psychologist*, n°38, p.151-157, 2003

112. <http://www.stimulus-conseil.com/ResultatsRPS-5fev08.pdf>

113. Giga et al., 2003, op.cit.

114. Bond, F. W., Flaxman, P. E., Loivette, S., The business case for the management standards for stress : Conclusions based upon meta-

analyses, UK Health and Safety Executive (HSE) Contract Research Report 431, 2006.

115. Karasek, Theorell, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, *Healthy Work*. 1990.

116. Lapointe, P.-A., Bellemare G., Innovations sociales dans le travail et l'emploi. Recherches empiriques et perspectives théoriques. Québec: Presses de l'Université Laval, 2006.

117. Bond, F. W., & Bunce, D., Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction, *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 290-302, 2001. McFadden, M., & Demetriou, E., The role of immediate work environment factors in the turnover process : A systematic intervention, *Applied Psychology: An International Review*, 42, 97-115, 1993.

118. Kammeyer-Mueller, J. D., & Wanberg, C. R., Unwrapping the organizational entry Process : Disentangling multiple antecedents and their pathways to adjustment, *Journal of Applied Psychology*, 88, 779-794, 2003.

119. Melchior, M., Niedhammer, I., Berkman, L. F., & Goldberg, M., Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 285-293, 2003. Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A., & Gueguen, A., Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort : A prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 735-741, 1998.

120. Brough, P., & Frame, R., Predicting police job satisfaction and turnover intentions: The role of social support and police organisational variables, *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 8-16, 2004. Houkes, I., Janssen, P. P. M., de Jonge, J., & Bakker, A. B., Specific determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnover intention : A multisample longitudinal study, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 427-450, 2003.

121. Tepper, B. J., Duffy, M. K., Shaw, J. D., Personality moderators of the relationship between abusive supervision and subordinates' resistance, *Journal of Applied Psychology*, 86, 974-983, 2001.

122. De Dreu, C. K. W., & Weingart, L. R., Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction : A meta-analysis, *Journal of Applied Psychology*, 88, 741-749, 2003.

123. Th. Philippon, *Le capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*, Seuil, 2007.

124. Th. Philippon, op. cit. p.20.

125. Centre syndical et patronal du Canada, *Pratiques dans un milieu de travail sain*, Rapport 2002.

http://www.cspc.ca/Research_and_Reports/Fr_Archive/fr_report03240301.asp

A propos de CAPITAL SANTE

Depuis 2002, CAPITAL SANTE apporte aux entreprises des solutions concrètes destinées à mesurer l'état de santé de leurs collaborateurs et piloter leur politique et leurs actions de Prévention Santé.

Nos domaines d'intervention :

- **SANTE AU TRAVAIL :**

Conseil stratégique, Diagnostic Rapide, Baromètre Santé Travail, Actions et campagnes de prévention.

- **STRESS ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX :**

Audit et Observatoire du Stress, formation et sensibilisation, changements organisationnels.



CAPITAL SANTE
Solutions pour la Santé au Travail

En savoir plus : www.capital-sante.fr

Tél. : 0811 46 22 13