



## **QUELLE PLACE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU PROFESSIONNEL ?**

**D. DOUMONT  
Ch. HOYOIS  
B. TAEYMANS**

**A la demande et en collaboration avec  
l'asbl Question Santé**

**Juillet 2012  
Réf. : 12 - 66**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## Tables des matières

|   |    |
|---|----|
| 1° Introduction.....  | 3  |
| 2° Méthodologie.....  | 4  |
| 3° Quelques définitions de la promotion de la santé en milieu professionnel ..... | 4  |
| 4° Programmes/activités/stratégies mis en place .....                             | 9  |
| 5° Recommandations des auteurs.....   | 34 |
| 6° Conclusions.....   | 35 |
| 7° Bibliographie .....  | 37 |
| 8 ° Annexe.....   | 39 |

## Quelle place pour la promotion de la santé en milieu professionnel ?

### 1° Introduction

En 2010, sur base d'études émanant de l'OMS, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA) lance un projet de promotion de la santé sur le lieu de travail en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail.

Le projet décrit par l'OSHA insiste sur la nécessité non seulement, de respecter les dispositions légales en matière de santé et de sécurité, mais suppose également, que « *les employeurs aident activement leurs salariés à améliorer leur état de santé général et leur bien-être. Dans le cadre de ce processus, il est essentiel d'impliquer les salariés, de prendre compte de leurs besoins et leurs avis concernant la façon d'organiser le travail et le lieu de travail.* ». Cependant, même si le projet cible généralement plusieurs thèmes, dans la pratique, la promotion de la santé reste souvent étroitement liée à l'évaluation des risques. (ASBL Question Santé, 2012).

L'asbl Question Santé gère un projet intitulé « Objectif 7 jours santé » en partenariat avec le Centre pour Entreprises en difficulté et le BECI (Brussels Entreprises Commerce and Industry), avec l'aide de la Commission Communautaire Française (Région Bruxelles-Capitale).

Dans un premier temps, l'objectif principal du projet est de sensibiliser les chefs de petites entreprises (moins de 15 personnes) à l'importance de leur santé et leur bien-être global, en termes d'habitudes de vie (gestion de l'équilibre de vie privée - professionnelle, alimentation, activité physique, mobilité, etc.) pour la performance et la pérennité de leur entreprise.

Faire prendre conscience de cette notion est une première étape clé dans le développement du projet : le chef d'entreprise qui est lui-même conscient, convaincu et qui agit pour son bien-être (et donc pour la santé de son entreprise), sera plus à même de relayer cette notion auprès de ses collaborateurs.

Un deuxième temps devrait permettre de renforcer le travail de sensibilisation déjà réalisé, par des actions d'accompagnement et de coaching des entrepreneurs sur les thématiques pré-citées tout en les mobilisant à agir pour sensibiliser leurs collaborateurs et faire de leur entreprise un milieu favorable à la santé. Pour plus d'informations, consulter le site <http://www.7jsante.be>.

L'ASBL Question Santé sollicite l'UCL-RESO pour la réalisation d'un dossier technique consacré aux expériences et programmes déjà mis en œuvre en milieu professionnel.

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien, N. Mahieu, M. Morsa et S. Roussel.

## 2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur les deux bases de données suivantes : Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux). Divers sites Internet ont également été consultés. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : milieu de travail, santé au travail, milieu professionnel, promotion de la santé, bien-être.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Ont été exclus de notre recherche, les articles qui ne s'intéressaient exclusivement qu'aux assuétudes sur le lieu de travail (alcool, tabac, drogues) et aux mesures d'hygiène et de sécurité en milieu professionnel.

Ainsi, ce sont 24 documents sélectionnés sur base des abstracts et mots clés, qui ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie et constituent ce dossier. La majorité d'entre eux datent des 10 dernières années et émanent d'auteurs de langues française et anglaise. Des expériences en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis et en Australie sont présentées dans le dossier technique.

## 3° Quelques définitions de la promotion de la santé en milieu professionnel

Avant d'examiner différents programmes, activités et/ou stratégies mis en place en milieu professionnel, il nous paraît opportun de définir la promotion de la santé dans le milieu du travail.

Muller & Mairiaux (2008) en proposent deux définitions : la première émise par O'Donnell (1989) qui définit la promotion de la santé au travail comme « ... *la science et l'art d'aider les gens à modifier leurs habitudes de vie en vue d'un état de santé optimal... Ce changement de style de vie est facilité par une combinaison d'efforts pour augmenter la prise de conscience, modifier le comportement et créer des environnements qui supportent ces bonnes pratiques de santé...* ». L'objet de la démarche concerne un comportement individuel.

La seconde définition est celle proposée par le Réseau européen de promotion de la santé au travail (2001) qui définit la promotion de la santé au travail comme « ... *les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, la promotion de la participation active, et de l'encouragement du développement personnel...* » Pour les auteurs, cela reflète une démarche intégrée dans laquelle l'action sur l'organisation et l'environnement de travail est citée en premier lieu.

Ces deux définitions témoignent de la recherche d'un équilibre entre les actions sur les comportements individuels et celles visant les déterminants collectifs de ces comportements et s'inscrivent donc dans une perspective de promotion de la santé.

Les concepts et stratégies analysés par les auteurs sont la création d'environnements favorables, le développement de politiques publiques saines, la participation et l'action communautaire, l'intersectorialité, les démarches éducatives en vue du développement des pratiques individuelles et sociales, l'action dans les milieux de vie et le développement de politiques publiques promotrices de santé.

L'analyse par Muller & Mairiaux (2008) de 4 modèles différents de promotion de la santé au travail montre que l'accent est placé soit sur les comportements de santé, soit sur l'environnement de travail ou encore que les deux sont intégrés.

#### Modèle 1 : modèle de protection centré sur les facteurs d'environnement

Il s'agit là d'un modèle centré sur la 'protection' de la santé plutôt que la 'promotion' de la santé. Ce modèle créé à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, lorsque les conditions de travail étaient très pénibles et qu'il y avait un grand nombre d'accidents, témoigne d'une conception très paternaliste du rôle de l'entreprise.

Il vise une diminution des risques physiques et chimiques ainsi que la réduction de l'incidence des maladies et des accidents du travail.

Les actions menées sont issues du domaine de la prévention primaire (modification des postes de travail, de l'équipement, port d'équipement de protection, etc.), secondaire (dépistage des infections d'origine professionnelle) et tertiaire (réhabilitation des personnes handicapées, adaptation du travail à l'état de santé, etc.).

#### Modèle 2 : application de stratégies de promotion de la santé pour la gestion de la santé et la sécurité au travail

Comme dans le modèle 1, il s'agit de prévenir les risques professionnels. Mais, pour que les actions soient plus efficaces, les 'préventeurs' s'inspirent de concepts et stratégies issus du secteur de la promotion de la santé.

##### *Actions éducatives*

Il s'agit de simples campagnes d'informations sur les risques professionnels, les attitudes face à ces risques et les comportements à adopter pour les éviter. Après, formation à des gestes particuliers (comment déplacer un malade, etc.) et promotion d'une 'culture de sécurité'

##### *Participation et action communautaire*

Des structures de concertation permettent aux travailleurs et leurs représentants de donner leur avis et de participer à la politique de sécurité et de santé au travail.

Notons cependant que la représentation et la consultation n'impliquent pas forcément une réelle participation (dépend du climat au sein de l'entreprise)! C'est pourquoi les professionnels de santé au travail s'intéressent plutôt aux stratégies de participation directe (par exemple, ergonomie participative).

Parfois, la participation est réelle et débouche sur une véritable action communautaire impliquant toutes les composantes de l'entreprise. La modification des processus de décision peut véritablement modifier le climat social de l'entreprise et/ou des facteurs psychosociaux parmi le personnel.

##### *Intersectorialité*

Sous l'impulsion du législateur, la gestion de la santé au travail tend de plus en plus vers une approche multidisciplinaire. Le Code belge du bien-être au travail précise les modalités de collaboration entre les différents spécialistes de santé au travail (médecin, ergonomiste, psychologue, etc.). Les conditions de succès d'une politique de santé au travail dépendent, selon les auteurs, de l'importance de la concertation et de l'implication de TOUTES les composantes de l'entreprise (direction, RH, travailleurs, etc.). Mais dans la pratique, une vraie multidisciplinarité implique une action concertée et une réelle intégration des spécialités des différents 'préventeurs' (santé au travail, sécurité, ergonomie, hygiène industrielle, etc.) et non une simple juxtaposition de leurs actions.

### Modèle 3 : actions d'éducation pour la santé

Ce modèle cherche à corriger des facteurs de risques individuels liés au style de vie.

Il est particulièrement développé aux Etats-Unis où les employeurs interviennent dans les frais de soins de santé et cherchent donc à maîtriser les coûts (en essayant de diminuer les facteurs de risques). Les programmes développés abordent les thèmes habituels : le tabagisme, l'alcoolisme, l'hygiène alimentaire, ... Ils sont essentiellement centrés sur le développement d'aptitudes personnelles et la modification de comportements individuels. En Europe, ils portent surtout sur les risques professionnels.

Ces programmes à visée individuelle sont souvent peu considérés par les travailleurs et les syndicats car ils font porter la responsabilité de la maladie uniquement au travailleur. Ils sont parfois assimilés à une forme d'ingérence de l'employeur dans la vie privée du travailleur.

### Modèle 4 : démarches intégrées (approche écologique centrée sur les milieux de vie)

Il s'agit de programmes de prévention agissant à la fois sur les facteurs personnels et collectifs, comportementaux et environnementaux, professionnels et personnels, pour obtenir un effet de synergie.

Les auteurs citent un programme développé aux Etats-Unis, le « *Working Well* » qui vise la prévention du cancer en entreprise en intégrant à la fois des actions sur les comportements de santé (le tabagisme, la consommation d'alcool, la nutrition, etc.) et des actions de réduction de l'exposition professionnelle à des agents carcinogènes.

Muller & Mairiaux (2008) relèvent également une étude conduite en milieu d'entreprise aux Pays-Bas. Il s'agit également d'un programme intégré qui, dans un premier temps, a consisté en la réalisation d'une analyse des besoins des membres du personnel pour ensuite arriver à la mise en place de programmes et de structures de bien-être. Ce Projet « *Brabantia* » fait l'objet d'une description plus précise à la page 18 du présent dossier.

D'autres programmes/projets sont également identifiés par les auteurs, notamment un projet français réalisé en 2000 et qui intégrait la mise en place d'activités d'éducation pour la santé en faveur du sommeil dans un établissement industriel de maintenance du matériel SNCF du Nord de la France, le projet<sup>2</sup> s'intitulant « Dormir, c'est vivre aussi ». Une synthèse de ce projet se trouve en **annexe 1**.

Shain & Kramer (2004) envisagent quant à eux la promotion de la santé comme un « *concept multidimensionnel* » qui englobe deux manières de considérer ce qu'est la santé et comment elle est influencée.

La santé est vue comme une responsabilité individuelle, elle est le produit de comportements individuels. Ainsi, le lieu de travail est uniquement considéré comme un endroit où différents programmes peuvent être menés (gestion du stress, arrêt tabagique, alimentation saine, etc.). Les actions de promotion de la santé sont centrées sur les comportements individuels.

La santé est influencée par un certain nombre d'éléments hors du contrôle de l'individu. Le lieu de travail est considéré comme un facteur d'influence sur la santé à part entière. Les actions de promotion de la santé se concentrent sur le rôle de l'environnement sur l'état de santé et portent sur l'organisation du travail, au niveau physique et psychosocial.

Chaque lieu de travail, qui fait de la promotion de la santé, peut être caractérisé par l'adhésion de son top management à l'une ou l'autre de ces philosophies, voire aux deux.

---

<sup>2</sup> Caulier F., Dormir, c'est vivre aussi. Etablissement industriel de maintenance du matériel SNCF, Hellemmes (59). Actes du 26<sup>e</sup> Congrès National de Médecine du Travail, Lille, 6-9 juin 2000, <http://www3.univ-lille2.fr/medtrav2000/forumdebat/text13.htm>

La santé en milieu professionnel serait constituée de deux choses :

- d'une part : « *Ce que les employés amènent avec eux au travail* » en termes de ressources personnelles, pratiques de santé, croyances, comportements, etc.
- d'autre part : « *Ce que le lieu de travail propose aux employés* » en termes d'organisation du travail (que ce soit au niveau physique ou psychosocial).

En pratique, ces éléments ne jouent pas sur la santé de manière indépendante mais interagissent.

Actuellement, selon Shain & Kramer (2004), la recherche s'intéresse plutôt aux pratiques personnelles de santé des employés. La recherche sur les lieux de travail traite souvent de l'environnement physique (sécurité) et s'attèle peu à l'analyse des aspects psychosociaux liés à l'organisation du travail (climat professionnel).

L'environnement physique et psychosocial au travail est largement influencé par les décisions et les choix managériaux. Quand les deux sont pris en compte, l'impact sur la santé est meilleur. Les aspects physiques (sécurité) et psychosociaux (climat de travail) de l'environnement de travail peuvent influencer la capacité des individus à être attentifs à leur bien-être et à entretenir leurs ressources personnelles (c'est-à-dire leur sentiment d'efficacité personnelle, leur résilience, la qualité du soutien social dont ils bénéficient). Notons que ces ressources personnelles sont influencées à la fois par des facteurs liés au travail et des facteurs non liés au travail.

#### *Impact de l'organisation du travail sur la santé des employés*

L'organisation du travail inclut l'environnement physique et psychosocial du travailleur.

Quatre facteurs de stress psychosociaux ont été identifiés par les auteurs comme présentant un impact important sur la santé des travailleurs :

- Demande élevée, c'est-à-dire avoir trop à faire sur un court laps de temps, pendant une période trop longue.
- Peu de contrôle, c'est-à-dire n'avoir que peu d'influence sur la manière dont le travail est réalisé au quotidien.
- Beaucoup d'efforts, c'est-à-dire dépenser trop d'énergie (sur le plan mental) pendant une trop longue période.
- Peu de reconnaissance, c'est-à-dire ne pas recevoir de réactions suffisantes concernant ses prestations, ne pas recevoir de reconnaissance pour le travail bien fait.

Ces 4 facteurs sont facilement mesurables et peuvent être comparés. Lorsque le score des employés est élevé, ils sont plus à risque de mauvaise santé (maladies cardiovasculaires, anxiété, dépression, etc.).

#### *Impact conjoint des pratiques personnelles de santé et de l'organisation du travail sur la santé, la productivité, l'efficacité et la compétitivité*

Il est intéressant de comprendre comment interagissent les pratiques personnelles de santé et l'organisation du travail pour mener des actions ayant un meilleur impact sur la santé. Quelques études montrent que le stress lié à l'organisation du travail est fortement corrélé avec des pratiques individuelles des employés, contraires à leur bien-être (pratique d'activité physique faible, surpoids, consommation d'alcool, etc.). Incontestablement, le stress 'domestique' joue également mais il est difficile de déterminer où commence l'un et où s'arrête l'autre. Bien que la relation entre le stress domestique et professionnel et les pratiques personnelles soit complexe, il est clair que les personnes particulièrement stressées considèrent qu'il est difficile d'accorder de l'attention à son bien-être personnel (difficile de dormir correctement, d'arrêter de fumer, de manger sainement, de faire du sport, etc.).

Retenons enfin que pour l'OSHA<sup>3</sup>, « la promotion de la santé sur le lieu de travail résulte des efforts combinés des employeurs, des salariés et de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Cet objectif est atteint en associant les actions suivantes: améliorer l'organisation du travail et l'environnement de travail; favoriser la participation des travailleurs à l'ensemble du processus de promotion de la santé sur le lieu de travail; permettre de faire des choix sains et encourager le développement personnel ».

« La promotion de la santé sur le lieu de travail cible généralement différents thèmes et, dans la pratique, est souvent étroitement liée à l'évaluation des risques. Elle revêt notamment les aspects suivants » :

- favoriser la participation des salariés au processus d'amélioration de l'organisation du travail,
- favoriser la participation active et la consultation des salariés concernant l'amélioration de leur environnement de travail,
- prendre un ensemble de mesures destinées à améliorer le bien-être au travail, par exemple en autorisant les horaires de travail flexibles ou le travail à domicile,
- poser la question d'une alimentation saine au travail, en donnant des informations sur une nutrition saine et en proposant une restauration d'entreprise saine ou des installations permettant de préparer soi-même son repas,
- accroître la sensibilisation aux méfaits du tabac, notamment en proposant de participer gratuitement à des programmes pour arrêter de fumer et en imposant une interdiction complète de fumer sur tout le site de l'entreprise,
- favoriser la bonne santé mentale, en proposant aux cadres des cours pour gérer le stress et les tensions dans leur équipe et en permettant à tous les salariés de suivre des séances anonymes de suivi psychologique,
- favoriser l'exercice et l'activité physique, en proposant des cours de sport, en encourageant l'activité physique, en promouvant une culture de l'activité et de la bonne santé au travail
- proposer des examens médicaux tels que la pression artérielle ou le taux de cholestérol, par exemple.

Enfin, dans un document proposé par VIGEZ<sup>4</sup> 'Welzijn en gezondheid op het werk' – Theoretisch kader, les avantages de la promotion de la santé en milieu professionnel sont résumés comme suit :

| Avantages pour l'entreprise  | Avantages pour le travailleur   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins d'absentéisme</li> <li>- Plus grande productivité</li> <li>- Moins de turn-over professionnel</li> <li>- Meilleures relations avec les travailleurs</li> <li>- Amélioration du moral des travailleurs</li> <li>- Diminution du nombre d'accidents et de maladies professionnelles liés à un manque de reconnaissance ou de contrôle du risque professionnel</li> <li>- Développement d'une éthique au sein de l'organisation</li> <li>- Développement d'une image positive de l'entreprise</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleur niveau de santé</li> <li>- Plus grande satisfaction professionnelle</li> <li>- Environnement professionnel plus agréable</li> <li>- Meilleures relations interprofessionnelles</li> <li>- Moins de stress</li> <li>- Un moral meilleur</li> </ul> |

<sup>3</sup> OSHA – in <http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index.html>

<sup>4</sup> <http://www.vigez.be>



#### 4° Programmes/activités/stratégies mis en place

##### En Belgique

Vous trouverez, ci-dessous, la présentation de quelques initiatives mises en place en milieu d'entreprise belge (Campagne Move-up, Projet Nv Gezond, Bien dans sa peau chez Mobistar). Bien entendu, cette présentation est loin d'être exhaustive mais elle témoigne de l'intérêt que porte le milieu professionnel à l'implémentation d'activités de promotion de la santé sur le lieu du travail.

Auparavant, rappelons toutefois quelques faits :

*« En Belgique, par exemple, plus de 60% de la population active passe plus d'un tiers de son temps actif au travail. Il est donc manifeste que le travail a un impact important sur la santé. Le travail génère une énergie positive et une plus grande sensation de bien-être. Par contre, un rythme de travail irrégulier, une exposition à des substances nocives ou une surcharge physique ou mentale peuvent porter préjudice à la santé ».* (Move-up)<sup>5</sup>.

*« Sur le lieu de travail, il est possible d'éviter de nombreuses formes de risques pour la santé et de comportements nuisibles à la santé, comme l'utilisation de substances nocives, le stress, la consommation d'alcool, le tabagisme, une alimentation inadaptée et un manque d'exercice physique. Pour les entreprises, ceci se traduit en effet bien souvent par des absences pour maladie ou arrêts de travail, et donc aussi par une perte financière substantielle. Le temps est venu de s'intéresser à la promotion de la santé sur le lieu de travail (PST) ».* (Move-up)

*« La Déclaration du Luxembourg décrit la promotion de la santé sur le lieu de travail comme l'ensemble des efforts des employeurs, des travailleurs et de la société visant à promouvoir la santé des personnes sur le lieu de travail. Cet objectif peut être atteint en améliorant l'organisation et les conditions de travail, mais aussi la participation de tous les intéressés et l'épanouissement personnel ».* (Move-up).

Les entreprises peuvent réellement jouer un rôle favorable dans la promotion de la santé des travailleurs. En voici quelques raisons :

- obligation légale de réaliser une politique de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs (Loi relative au bien-être du 4/0/1996, Moniteur belge du 18/09/1996);
- impact important du travail sur la santé du travailleur;
- prise de conscience que la santé est une source d'énergie y compris pour le travail;
- etc.

**Prevent**, le **Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziekte** (VIGEZ) et la **Fondation contre le Cancer** ont créé plusieurs plans concrets afin d'aider les entreprises à mettre en œuvre leur propre stratégie/plan de promotion de la santé des travailleurs.

Un manuel général appelé '**Gezondheidsbevordering op het werk**' (1) est disponible sur le site de l'organisation VIGEZ, tout comme des plans spécifiques, présentés par étapes, tant pour la promotion d'une alimentation saine en milieu d'entreprise '**Stappenplan voedingsbeleid op het werk**' que pour la mise en place d'une politique qui favorise la promotion de l'activité physique '**Stapsgewijs naar een bewegingsbeleid op het werk**' ou encore la prévention du tabagisme en milieu professionnel '**Stapsgewijs naar een rookbeleid op het werk**'. Outre un cadre théorique très complet ainsi que des informations générales et la proposition de références et liens pertinents avec les thématiques développées, ces plans proposent une série d'outils (folders, posters, checklists (2), fiches pratiques, manuels) et conseils utiles permettant le démarrage d'activités de promotion de la santé en milieu

---

<sup>5</sup> <http://www.move-europe.be/p/76B15ED2AF85895EC125733A004092B6?open>

d'entreprise. Ces différents documents sont pour la plupart téléchargeables à l'adresse suivante : <http://www.vigez.be/webwinkel>

(1) Le manuel '**Gezondheidsbevordering op het werk**', édité par VIGEZ, (cfr supra) et coordonné par Wouters E., (2006) décrit les étapes indispensables pour la réalisation d'un projet de promotion de la santé en milieu professionnel.

- Créer une base de soutien pour la santé sur le lieu de travail,
- Mettre en place des structures pour un projet lié à la santé,
- Cerner les besoins,
- Etablir le plan du projet,
- Mettre en œuvre le plan du projet,
- Evaluer le projet lié à la santé,
- Adapter et ancrer le projet lié à la santé.

Ces différentes étapes supposent au moins 7 interrogations :

- Pourquoi participer ?
- Qui participe ?
- Que souhaitons-nous mettre en place ?
- Comment implémenter le programme (plan d'actions)
- Quelles activités mettre en place (sensibilisation, information, environnement, etc.) ?
- Quelle évaluation ?
- Pérennisation du projet ?

Une description détaillée de chaque étape est proposée sur le site de VIGEZ, à l'adresse suivante : <http://www.vigez.be/functioneel/themas/werk?item=228&thema=15>

(2) En ce qui concerne les **checklists** qui accompagnent chaque projet/plan, voici ci-dessous celle proposée dans le cadre du projet alimentation saine sur le lieu du travail.

Il s'agit en fait d'une série de suggestions, en lien direct avec la thématique investiguée, proposées sous la forme d'un tableau et pour lesquelles le responsable de projet notifiera entre autre la faisabilité opérationnelle et financière.

#### 1. Proposition d'activités à réaliser en lien avec l'offre alimentaire

- Proposer un choix varié de fruits et légumes à un prix démocratique à la cafétéria, au restaurant d'entreprise, à la cuisine, etc.
- Proposer quotidiennement dans le menu au moins un repas 'équilibré' qui soit appauvri en graisses, à l'aide de viandes maigres, en n'omettant pas de servir la sauce à part et en proposant une grande quantité de légumes.
- Si présence de distributeurs automatiques, veillez à proposer des 'snacks' sains : yoghurt, fruit, etc. Veillez également à ce que les prix de ces articles soient moins chers que les 'snacks classiques' (gaufres, bâton de chocolat, etc.)

#### 2. Propositions d'initiatives spécifiques mises en place contribuant à soutenir le projet au sein de l'entreprise

- Mise à disposition de produits alimentaires et de boissons saines quotidiennement à la cafetaria, au restaurant d'entreprise et lors de réunions de travail.
- Vendre à un prix compétitif les produits et boissons répertoriés bons/sains pour la santé.
- Proposer aux travailleurs un endroit agréable pour prendre son repas, prévoir également la mise à disposition d'un frigo, d'un four à micro-ondes ; ceci de manière à encourager le travailleur à ne pas manger dans son bureau.
- Les travailleurs peuvent participer, durant leurs heures de travail, à des séminaires et des sessions de formation consacrées à l'alimentation saine. Etc.

### 3. Propositions d'activités qui inciteront le travailleur à poser des choix sains

- Mise à disposition via la journal d'entreprise ou la newsletter d'articles en lien avec l'alimentation saine.
- Proposer des workshops, des films, voire des démonstrations culinaires en lien avec le projet alimentation saine.
- Proposer la réalisation d'activités en lien avec l'alimentation saine en impliquant également la famille.
- Transmettre des conseils diététiques via les médias tels que la boîte mail, l'intranet, la distribution de feuillets, etc.
- Réaliser des concours au sein de l'entreprise en lien avec le projet.
- Proposer des événements 'kick-off' (coup d'envoi/lancement), au début de la mise en place du projet, par exemple en distribuant des pommes.
- Etc.

### 4. Activités de sensibilisation et d'éducation

- Organiser une matinée petit déjeuner sain.
- Se procurer des 'placemats' qui décrivent le pyramide alimentaire.
- Prévoir une session de formations pour le personnel de la cafétéria et/ou du restaurant concernant l'alimentation saine et la sécurité alimentaire.
- Publier de manière hebdomadaire, via l'intranet, des recettes alimentaires ainsi que des conseils alimentaires.
- Etc.

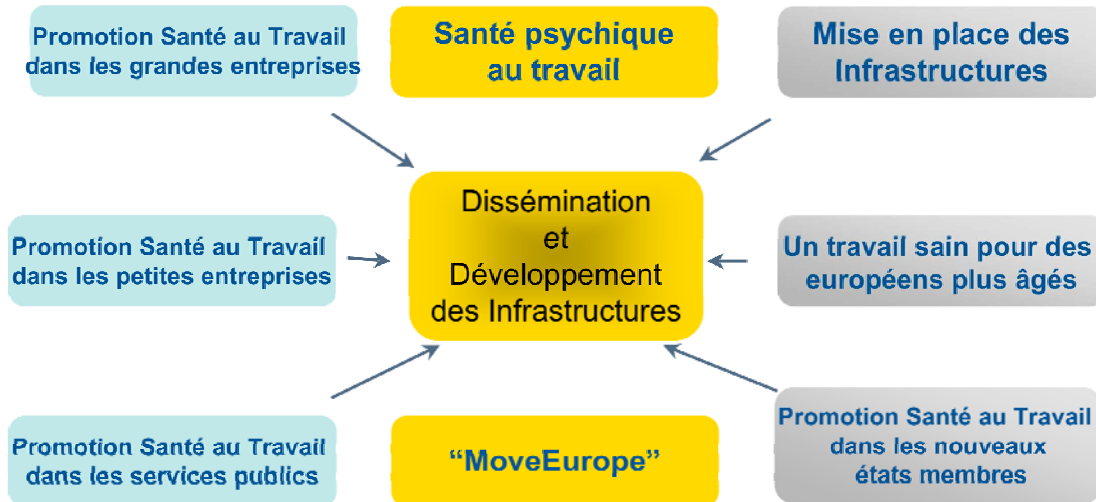
### 5. Activités qui permettent d'augmenter ses compétences

- Aider les travailleurs à établir des objectifs réalistes.
- Prévoir pour chaque travailleur un classeur ou un fichier informatique dans lequel chaque participant au programme pourra noter sa consommation journalière de fruits et de légumes.
- Proposer la participation régulière à de petits tests de connaissances en matière de composition des aliments, ceci de manière à pouvoir offrir un suivi personnalisé à chaque participant.
- Etc.

D'autres structures, comme par exemple l'ENWHP, sont également actives dans le domaine de la promotion de la santé en milieu professionnel.

Le réseau européen « **European Network for Workplace Health Promotion** » (ENWHP) ([www.enwhp.org](http://www.enwhp.org)) s'appuie sur des structures existantes (par exemple, des institutions nationales de santé et sécurité au travail, des institutions de santé publique et/ou de promotion de la santé, des institutions d'assurances sociales) dans chacun des 31 pays membres du réseau. Le réseau a notamment pour mission de coordonner les échanges d'informations concernant la promotion de la santé au travail et de diffuser des exemples de « *bonnes pratiques* ».

## Les Initiatives du réseau ENWHP de 1996 à 2010



in Breucker, 2009.

### - Campagne Move Europe

Le réseau ENWHP a d'ailleurs lancé, en 2007, une campagne 'MOVE EUROPE' qui vise la promotion de la santé au travail. « *L'Europe défend aujourd'hui une approche globale de la santé, combinant politique publique et politique d'entreprise* ». ([www.move-europe.be](http://www.move-europe.be)). Afin de mieux atteindre cet objectif, l'ENWHP a déterminé plusieurs thèmes : l'alimentation, la pratique d'activités physiques, le stress, etc.

Prevent ([www.prevent.be](http://www.prevent.be)) a servi d'interface pour la Belgique et a ainsi réalisé divers instruments afin de sensibiliser les entreprises à la promotion de la santé au travail. Les entreprises ont été invitées à remplir un questionnaire d'évaluation, (le Company Health Check) et elles ont ensuite été scorées. Les entreprises qui ont obtenu les meilleurs résultats ont ensuite été recontactées afin de répondre à un questionnaire plus approfondi. Des critères de sélection de bonnes pratiques et des critères de qualité ont été déterminés.

Cinq entreprises ont été retenues pour « *leur approche originale de promotion de la santé* » : ADMB, Procter & Gamble, Solvay, Delhaize et Fortis Banque (actuellement BNP Paribas).

### - Projet 'nvgezond' ([www.nvgezond.be](http://www.nvgezond.be))

VIGEZ, en collaboration avec d'autres partenaires (Unizo, Idewe, Provikma, etc.), est à l'initiative du projet 'nvgezond' qui vise à promouvoir auprès des travailleurs des habitudes de vie saine (favoriser la pratique d'activités physiques sur le lieu de travail, promouvoir les petits déjeuners sains, initier des groupes de travail sur l'alimentation saine en entreprise, etc.).

Ce vaste projet se déroule actuellement au niveau de deux 'sites' en Flandre : **Duwijckpark** qui comprend 12 entreprises et **De Prijkels** qui regroupe une centaine d'entreprises.

**Duwijckpark** : l'association des entreprises 'VZW Duwijckpark' a proposé, fin 2010, à tous ses travailleurs une série d'activités en lien avec la promotion d'une alimentation saine. Les activités de promotion de la santé étaient présentées via un effet d'annonce au succès retentissant. En effet, les entreprises qui s'étaient inscrites au projet recevaient notamment des paniers de fruits gratuits. Les travailleurs avaient l'opportunité de tester leur niveau de condition physique. Ils pouvaient aussi bénéficier de l'utilisation d'un podomètre lors de la réalisation de promenades. Les 'candidats' qui souhaitaient participer aux activités de promotion de la santé ont pu bénéficier au préalable de conseils et avis de professionnels : médecin généraliste, diététicien, coach en éducation physique. Ces professionnels étaient disponibles, bénévolement, à raison de deux demi-journées dans les entreprises. Ils fournissaient des conseils concernant la santé et les comportements de santé des travailleurs. Par la suite, les travailleurs participaient à des activités en extérieur, avec également la possibilité de participer à des séances d'initiation : zumba, spinning, aérobic et yoga. Un workshop consacré à la lecture des étiquettes alimentaires était également proposé.

Pour les responsables du projet, il est important d'investir dans la promotion de modes de vie sains en milieu professionnel et cela passe déjà par la mise à disposition de produits plus 'sains' et de fruits de saison. Ces petites initiatives contribuent à sensibiliser les travailleurs. Cette conscientisation des travailleurs passent également par la réalisation de flyers et de posters en lien avec la santé, l'alimentation saine et l'activité physique.

**De Prijkels** : fin 2010, le projet 'nv gezond' sur le site 'De Prijkels' a vu naître deux types d'activités : le 'petit déjeuner santé' et la 'promenade matinale'. Par la suite, d'autres activités ont vu le jour, notamment durant la pause de midi où les travailleurs avaient la possibilité de déguster gratuitement un bol de potage et une pomme. Des salades étaient également proposées moyennant une petite contribution personnelle. Enfin, les travailleurs avaient la possibilité de faire tester leur niveau de condition et/ou de participer à un parcours cycliste. Début 2011, des séances d'initiation au 'spinning' étaient proposées et un terrain de squash était mis à disposition des travailleurs. Enfin, les différentes entreprises avaient la possibilité de pouvoir acquérir, à des prix très avantageux, chaque semaine, des fruits de saison. Une attention était portée aux travailleurs 'sportifs', tout particulièrement les cyclistes et, un concours photo était organisé à leur intention.

Le manager du parc De Prijkels rappelle l'intérêt d'une communication créative et interpellante, mais surtout de manière répétitive, par le biais de tous les canaux de communication existants : journal d'entreprise 'De Prijkelpost', website, etc. Il est également primordial de travailler avec les partenaires locaux et les responsables du personnel tout comme il faut s'assurer du soutien d'un groupe de 'leaders' motivés et enthousiastes qui pourront tirer le projet vers l'avant. Des 'parrains' de course, de promenade et de cyclisme ont même été désignés de manière à pouvoir transmettre plus facilement les messages de santé.

#### **- Bien dans sa peau chez Mobistar** (PreventFocus, Belgique, n° 3, mars 2005, pp 8-10)

Conscient de l'importance de la promotion de la santé en milieu professionnel, Mobistar, sous l'impulsion de son conseiller en prévention, a mis en place au sein de son entreprise, une vaste campagne de communication sur le bien-être au travail et ce pour l'ensemble de ses travailleurs (n = 1.600).

Cette campagne appelée « *Feel good* » repose sur 4 thèmes :

- la lutte contre le tabagisme,
- la promotion d'une alimentation équilibrée,
- la lutte contre le stress,
- l'ergonomie.

La lutte contre le tabagisme : point de départ de la campagne, cette initiative a vu le jour en 2003 lorsqu'il a été décidé de prévenir les maladies cardiovasculaires. Les travailleurs fumeurs de l'entreprise ont été invités à suivre les séances « *stop smoking* » qui étaient organisées au sein de la société. Une enquête menée au sein de l'entreprise avait d'ailleurs montré que les travailleurs manifestaient un réel intérêt pour ce type de séances. En effet, 33 % de tous les travailleurs fumeurs étaient disposés à participer à ces séances pour arrêter de fumer. Des séances avaient lieu en néerlandais et en français. De manière à responsabiliser et motiver les travailleurs, la première séance était toutefois supportée financièrement par ceux-ci, à raison de 2/3 du montant. Durant cette même première séance, les travailleurs pouvaient fumer à volonté mais il était convenu qu'à la fin de la séance, ils éteignent leur dernière cigarette. Lors de rechute, les travailleurs bénéficiaient de trois séances gratuites. Relevons que sur 34 participants, 32 avaient arrêté leur consommation tabagique.

Devant des résultats aussi favorables, les responsables du projet santé chez Mobistar ont prolongé leur initiative. Toujours dans la perspective de prévention des maladies cardiovasculaires, ils se sont intéressés à la promotion d'une alimentation saine. A partir de la pyramide alimentaire qui fournit un aperçu des besoins nutritionnels quotidiens, des fiches pratiques ont été réalisées et sont actuellement disponibles dans le restaurant d'entreprise et dans les différents sites. Cette pyramide alimentaire a d'ailleurs été adaptée visuellement à la charte graphique de la société. Un 'menu santé', composé de plats sains et plus digestes, a très vite vu le jour et ce d'autant plus que les travailleurs réclamaient eux-mêmes plus de fruits et de légumes crus et frais ! Des recettes simples, originales, avec moins de sel et de graisses mais plus de fibres, de vitamines et de sels minéraux étaient proposées aux travailleurs. Les cuisiniers privilégient d'ailleurs une cuisson vapeur ou sur gril ainsi que l'utilisation d'huile d'olive. L'instauration d'un concours de recettes 'saines' a d'ailleurs vu le jour ; les gagnants pouvaient bénéficier d'une journée 'thalassothérapie' et les meilleures recettes sélectionnées étaient ensuite imprimées sur des cartes postales pour être redistribuées à l'ensemble des travailleurs. Désormais (2011), sur un total de 500 à 600 repas, ce n'est pas moins de 200 à 300 'menus santé' qui sont commandés quotidiennement !

Une brochure 'feel good' éditée régulièrement, fournit de nombreux conseils pratiques. Des invitations à participer à différentes actions sont proposées (démonstration sushi, happy hours cocktails aux fruits exotiques, etc.). Enfin, la rangée supérieure des distributeurs de snack chez Mobistar ne contient plus que des snacks 'feel good'.

Le stress n'a pas été laissé pour compte et l'objectif du volet « *managing stress* » visait la gestion positive du stress. Des séances de Tai-chi-chuan et des séances de relaxation sont prévues dans l'espace Zen de l'entreprise. Le « *training group* » organise également des formations de gestion du stress (méthode silva qui aide à mieux exploiter les capacités cachées). Des fiches pratiques sont également réalisées sur ce même thème.

Enfin, les troubles musculo-squelettiques font également partie des priorités des responsables du projet 'Feel Good' chez Mobistar et plus particulièrement les troubles de la nuque et des épaules fréquents chez les utilisateurs d'ordinateurs portables. Dès lors, un médecin du travail participe d'une part à la détection des troubles de la nuque et des épaules et d'autre part à la mise en place d'un course d'ergonomie. Une brochure propose également quelques exercices d'étirement et encourage fortement les travailleurs à préférer plutôt les escaliers aux ascenseurs.

Pour les responsables du projet, les facteurs de réussite de telles initiatives sont en lien direct avec le type de mode de communication mis en place : utilisation d'intranet pour faire passer les messages informatifs/préventifs/éducatifs, réalisation de fiches pratiques et/ou de brochures informatives qui fournissent conseils et recommandations, etc. Il faut également veiller à la conception de ces outils qui doivent rester attrayants : photos riches en couleurs, textes brefs et concis, style du matériel utilisé doit faire référence à la charte graphique de l'entreprise. Enfin, s'il est utile de faire référence aux campagnes de sensibilisation dans des endroits opportuns de l'entreprise (ascenseurs, restaurant, etc.), la modération s'impose toutefois.

## Et ailleurs

◆ Cancellière et al. (2011) ont effectué une revue de la littérature, comprenant les données récoltées entre 1990 et 2010, en langue anglaise, sur plusieurs bases de données électroniques (The Cochrane Library, Medline, Embase, etc). Des experts, ainsi que des organisations<sup>6</sup>, ont également été contactés et une recherche Google a été effectuée en janvier 2010 avec l'utilisation des termes *presenteeism*, *health promotion* et *workplace* pour la recherche.

Cancellière et al. (2011) ont intégré au corpus les études originales comprenant des données d'au moins vingt participants (de plus de 18 ans), examinant les impacts des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail.

L'objectif de cette revue de la littérature est d'observer si les programmes de promotion de la santé mis en place en milieu professionnel affectent positivement le présentéisme et d'identifier les caractéristiques des programmes efficaces ainsi que les potentiels facteurs de risques pour le présentéisme.

Naumanen (2006, cité dans Cancellière et al., 2011) définit la promotion de la santé en milieu professionnel comme « *une prévention, une minimisation et une élimination des risques sanitaires ; et un maintien ainsi qu'une promotion de la capacité de travail* » op.cit. p.2. Selon Naumanen (2006), la santé et le bien-être du travailleur sont maintenus grâce à un équilibre entre des éléments physiques, mentaux et sociaux, ainsi que par les habitudes sanitaires associées à une bonne condition physique, de l'énergie et de la vitalité.

Le présentéisme est défini comme étant la présence au travail mais dont la performance est limitée par des problèmes de santé. Cela inclut du temps non presté à la réalisation de tâches professionnelles (Schultz & Edington, 2007, cités dans Cancellière et al., 2011). Le présentéisme se réfère d'une part à la diminution de productivité auprès d'employés qui présentent des problèmes de santé mais qui ne conduisent pas nécessairement à de l'absentéisme et, d'autre part, à une diminution de productivité après de travailleurs invalides avant et après leur période d'absence (Burton et al., 1999, cités dans Cancellière et al., 2011).

Le présentéisme est un concept relativement récent, apparu dans les années 90<sup>7</sup>. Comme l'indique Chapman (2005, cité dans Cancellière et al., 2011), il coïncide à l'émergence des problèmes de santé chroniques chez les travailleurs, qu'il faut pouvoir maintenir 'sains' et 'productifs' au travail malgré leurs problèmes de santé (qui ne conduisent pas forcément à de l'absentéisme).

Sur les quatorze études jugées scientifiquement acceptables par les auteurs, Cancellière et al. (2011) pointent dix études qui montrent des effets prometteurs sur le présentéisme.

Des preuves 'fortes' sont recensées dans deux études. L'une inclut la pratique d'exercices physiques sur le lieu de travail (Nurminen et al., (Finlande), 2002, cités par Cancellière et al., 2011), l'autre met en avant l'impact d'un programme d'éducation autour de la promotion de la santé mentale (Takao et al., 2006, cités par Cancellière et al., 2011).

Huit autres études fournissent des preuves 'moyennes'. Ces interventions consistent en une intervention sur le mode de vie, via Email (Block et al., (USA), 2008, cités dans Cancellière et al., 2011), des pauses supplémentaires pour les travailleurs engagés dans des tâches répétitives (Dababneh et al., (USA), 2001, cités dans Cancellière et al., 2011), un programme de santé multi-disciplinaire (De Boer et al., 2004, (Pays-Bas), cités par Cancellière et al., 2011), un programme de promotion de la

---

<sup>6</sup> Liste disponible sur ce lien : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/395/suppl/S2> (consulté le 26/02/2012).

<sup>7</sup> National Business Group on Healthy/Towers Watson, 2010, cité dans Cancellière et al., 2011).

santé multi-composants (internet, lecture de textes, séminaires sur le lieu de travail) (Mills et al., (UK), 2007, cités par Cancellière et al., 2011), des processus participatifs (Rivilis et al., 2006, (Canada); Tsutsumi et al., (Japon), 2009; cités par Cancellière et al., 2011), une exposition à une lumière bleue enrichie (versus une lumière blanche) (Viola et al., 2008, (UK), cités par Cancellière et al., 2011), et un programme d'intervention par téléphone proposé par un clinicien spécialiste en santé mentale à l'attention des travailleurs déprimés (Wang et al., 2007, (USA), cités par Cancellière et al., 2011).

Sur ces dix interventions jugées fructueuses, trois ont été délivrées par des professionnels de la santé :

- des kinésithérapeutes et infirmières professionnelles (Nurminen et al., 2002, cités par Cancellière et al., 2011)
- des psychologues (Takao et al., 2006, cités par Cancellière et al., 2011)
- des médecins professionnels (De Boer et al., 2004, cités par Cancellière et al., 2011).

Deux interventions utilisaient des approches participatives, qui consistaient en un travail d'équipe mêlant les employés, les cadres, les ressources humaines et les chercheurs (Rivilis et al., 2006; Tsutsumi et al., 2009; cités par Cancellière et al., 2011).

Des instruments de mesures d'auto-évaluation permettent de mesurer le présentéisme : le *Work Limitations Questionnaire (WLQ)*, le *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)* et le *Stanford Presenteeism Scale (SPS)*. Ils évaluent le présentéisme avec l'évaluation de la déficience perçue (*assessment of perceived impairment*), où il est demandé aux employés combien leurs souffrances entravent leur performance mentale, physique, et interpersonnelle (Cancellière et al., 2011).

Cancellière et al. (2011) ont identifié plusieurs composantes au sein des programmes de promotion de la santé qui améliorent le présentéisme. Les auteurs avancent qu'il convient :

- **d'impliquer les employés et la direction** dans un tel programme (Takao et al., 2006; De Boer et al., 2004; Rivilis et al., 2006; Tsutsumi et al., 2009; cités dans Cancellière et al., 2011);
- de **cibler les facteurs organisationnels et/ou environnementaux** qui influencent le comportement (Nurminen et al., 2002; Takao et al., 2006; Dababneh et al., 2001; De Boer et al., 2004; Rivilis et al., 2006; Viola et al., 2008; cités par Cancellière et al., 2011);
- de **sélectionner les travailleurs prioritaires pour une intervention** (Block et al., 2008; De Boer et al., 2004; Tsutsumi et al., 2009; Wang et al., 2007; cités par Cancellière et al., 2011), via par exemple le HRA;
- **d'améliorer les connaissances de la direction** sur la santé mentale sur le lieu de travail (Takao et al., 2006, cités par Cancellière et al., 2011);
- **d'offrir la possibilité de faire des exercices physiques** pendant les heures de travail (Nurminen et al., 2002, cités par Cancellière et al., 2011);
- et enfin de **construire un programme conçu selon les besoins de l'individu** (Nurminen et al., 2002; Block et al., 2008; De Boer et al., 2004; Tsutsumi et al., 2009; Wang et al., 2007; cités par Cancellière et al., 2011).

Cancellière et al. (2011) préconisent également les **interventions qui renforcent les comportements 'sains'** dans le mode de vie (Block et al., 2008, cités par Cancellière et al., 2011), avec des **approches participatives** qui incluent les employés dans le processus d'intervention (Rivilis et al., 2006; Tsutsumi et al., 2009; cités par Cancellière et al., 2011), ainsi que **l'augmentation de la fréquence et de la durée des pauses** pour les travailleurs qui restent longtemps au travail (Dababneh et al., 2001, cités par Cancellière et al., 2011).

Selon Cancellière et al., (2011) les interventions peuvent être délivrées aussi bien via téléphone, Email/Internet, lors de séminaires, ou via la diffusion de textes écrits sur papier (Block et al., 2008; Mills et al., 2007, cités par Cancellière et al., 2011); avec des équipes participatives (Rivilis et al., 2006; Tsutsumi et al., 2009; cités par Cancellière et al., 2011). Des changements organisationnels



(Dababneh et al., 2001, cités par Cancellière et al., 2011) et des changements environnementaux (Viola et al., 2008, cités par Cancellière et al., 2011) peuvent également être envisagés.

Cancellière et al. (2011) précisent que le présentéisme et l'absentéisme sont souvent interdépendants. En effet, l'individu va pouvoir être absent si ses souffrances atteignent un certain seuil, sinon il continue à travailler. De plus, une intervention peut réduire l'absentéisme, mais augmenter le présentéisme. Il s'agit donc d'un continuum qui peut varier à tout moment.

### Aux Pays-Bas

◆ L'étude réalisée par Steenhuis et al. (2004) s'intéresse aux stratégies environnementales censées aider les consommateurs à rencontrer les recommandations émises en matière d'alimentation. Ces stratégies réduisent les barrières à des choix 'bons pour la santé', et augmentent les opportunités de faire des choix sains en matière de santé (Glanz and Mullis, 1988 ; cités par Steenhuis et al.).

Pour ce faire, environ 35 sociétés hollandaises ont été approchées pour participer à cette étude mais près de la moitié ont refusé de participer (n=17 entreprises = 5425 questionnaires). Le principal critère de choix était d'avoir un minimum de 400 visiteurs par jour à la cafétéria et de disposer d'un rayon alimentation. Des pré- et post-tests ont été réalisés sur 4 groupes d'employés fréquentant la cafétéria (à un mois d'intervalle) :

- Gr. 1 : programme éducatif
- Gr. 2 : programme offre alimentaire + programme éducatif
- Gr. 3 : programme de labellisation + programme éducatif
- Gr. 4 : groupe contrôle (pas de programme).

L'objectif principal vise la réduction de l'apport en graisses et l'augmentation de la consommation de fruits et légumes.

Le programme de labellisation : les produits pauvres en graisses sont labellisés (logo du programme, indication de la mention « *low-fat* »).

Le programme d'offre alimentaire : l'offre de produits pauvres en graisses est augmentée, de même que l'offre de fruits et légumes.

Le programme éducatif consiste en une information sur l'alimentation saine via la distribution de brochures et la proposition de manuels et de posters. En premier lieu, une information a été donnée pour augmenter les connaissances, puis le programme s'est concentré sur l'augmentation de l'efficacité personnelle et l'acquisition de compétences.

Steenhuis et al. (2004) évoquent également d'autres études/actions portant sur des changements dans l'offre alimentaire :

- Jeffery et al., 1994 : réduction de 50% du prix des fruits et des salades, en combinaison avec une augmentation du choix de fruits et de salades => effets positifs.
- Wilbur et al., 1981 : augmentation de l'offre 'faible en calories' dans les distributeurs automatiques => effets positifs.
- Dubbert et al., 1981 ; Schmitz and Fielding, 1986 ; Mayer et al., 1987 ; Sorenson et al., 1992 ; Levin, 1996 ; Holdworth and Haslam, 1998 : labellisation des produits sains dans les cafétérias. La plupart de ces actions de labellisation étaient accompagnées d'un programme éducatif avec posters et brochures. => impact sur les ventes de 'produits sains'.

Globalement, il n'est pas évident à l'heure actuelle que les interventions environnementales visant les changements de comportements alimentaires sur le lieu de travail soient efficaces car la plupart des études ont inclus un programme éducatif ou d'autres interventions sur l'environnement, en plus de leur intervention de base. Il est donc difficile de déterminer quel est l'impact réel de chacune des interventions séparément.

L'étude réalisée avait pour ambition d'évaluer séparément les effets de 2 interventions sur l'environnement et d'un programme éducatif. Le total de graisses et de fruits et légumes ingérés a été mesuré par questionnaire quantitatif auto-administré, portant sur la fréquence de consommation de ces produits. L'apport en graisses et la consommation de fruits et légumes ont été mesurés en demandant aux répondants d'écrire quels aliments ils avaient achetés lors de leur dernier lunch à la cafétéria. De plus, les chiffres de vente de certains produits spécifiques (lait, beurre, fromage, viandes, desserts) ont été collectés. Sur base des notes des participants, il apparaît qu'aucun effet significatif sur les données de consommation n'a été trouvé dans aucun des 4 programmes. Les données montrent un effet bénéfique et significatif du programme de labellisation sur l'apport en graisses, uniquement pour les répondants qui considéraient déjà suivre un régime riche en aliments gras. Les chiffres de vente ont relevé un effet significatif du programme de labellisation sur la consommation de desserts mais pas sur les autres produits.

En conclusion, Steenhuis et al. (2004) précisent qu'en plus des actions proposées, il est important de **diminuer les prix des produits 'low-fat'** proposé sur le lieu de travail. Une attention toute particulière doit être apportée à l'**attractivité** et la **visibilité du label** et la **réduction de prix** (dans certaines cafétérias, les produits changent souvent et les travailleurs ne remarquent pas les nouveaux produits labellisés).

Ils proposent aussi que la **labellisation** ne se concentre pas uniquement sur la **teneur en matières grasses** mais aussi sur le **nombre de calories**, qui semble intéresser davantage les répondants.

◆ Les Pays-Bas ont inscrit dans la loi les conditions de travail qui définissent le bien-être au travail de façon explicite (De Arbeidsomstandighedenwet Compleet, 1990, cités par Maes et al., 1998) (voir les 7 conditions ci-dessus), la philosophie étant que l'amélioration de l'environnement de travail améliorera le bien-être et la santé (Maes et al., 1998).

7 "**conditions opérationnelles du bien-être**" (au travail) sont mises en avant, en lien avec la législation hollandaise : la fonction dans son intégralité, le challenge, l'implication dans les tâches organisationnelles, l'autonomie, les contacts sociaux, l'ancienneté et l'information (Projectgroep WEBA, 1989, cité par Maes et al., 1998).

Maes et al. (1998) se sont intéressés à un projet mené au sein d'une entreprise hollandaise de fabrication de mobiliers « The Healthier Work at Brabantia ». Pour ce faire, ils ont récolté de nombreuses données auprès des employés de l'entreprise Brabantia.

Des employés (n = 264) issus de 3 sites de l'entreprise ont pris part à l'étude, 1 site constituant le groupe expérimental (n = 134 individus), les deux autres le groupe contrôle (n = 130 individus); (choix aléatoire pour l'attribution des sites, similaires entre eux).

L'étude a débuté en 1990, avec l'administration de prétests. Les post-tests ont, quant à eux, été administrés successivement 1, 2 et 3 ans plus tard.

Des variables biomédicales, de mode de vie, de réactions de stress général et de qualité du travail ont été mesurées sur les deux groupes durant ces années (le groupe expérimental recevant des interventions, le groupe contrôle pas).

Maes et al. (1998) précisent que le projet Brabantia est basé sur les projets américains de bien-être et de santé au travail (Fieldin & Piserchia, 1989, cités dans Maes et al., 1998), à la différence toutefois que les programmes américains se concentrent uniquement sur les changements de mode de vie, tandis que le projet Brabantia a également pour objectif d'améliorer l'environnement de travail.

Le 'projet Brabantia' est basé sur une série d'interventions. Durant la première année, les activités ciblaient les *modes de vie*, pour ensuite se pencher sur la *qualité du travail* durant la deuxième et la troisième année de l'étude.

## **Au niveau individuel**

Type d'intervention 1 : tous les employés avaient l'opportunité de participer à une session d'intervention de 30 minutes, 3x/semaine (pendant la pause de midi, une moitié de la session était rémunérée). Les sessions consistaient en la réalisation d'exercices physiques durant toute la première année, sauf 1 sur 6 qui était dédiée à des activités d'éducation pour la santé. Les sujets de ces sessions concernaient : la nutrition (7x), la consommation d'alcool et de drogue (2x), les conditions de travail et le stress, le tabagisme, les migraines et les maux de dos (1x). Les participants avaient l'opportunité de rejoindre des groupes autour des thématiques consacrées au tabac, aux migraines et aux dorsalgies. Les sessions consacrées à la santé ont été arrêtées après la première année au vu du faible taux de participation (10%-20%).

A partir de la deuxième année, les interventions concernant les modes de vie ont été transférées à un comité spécial (un groupe de travailleur élu par les employés). Il y a alors eu moins d'activités, mais celles-ci étaient plus complètes, comme par exemple l'organisation d'une 'foire à la santé' la deuxième année et une 'exposition consacrée à la santé' la troisième année (60-70% de participation).

Type d'intervention 2 : 40 heures de formation en compétences sociales et leadership, destinées aux cadres moyens et supérieurs.

## **Au niveau organisationnel et environnemental**

Type d'intervention 1 : L'intervention consistait à fournir un support pour l'intervention au niveau individuel. Par exemple, mettre en place une politique anti-tabac dans la cafétéria, proposer de la nourriture saine, diffuser l'information sur le programme, etc.

Type d'intervention 2 : Chaque employé a été interrogé de manière à construire des profils de « *probabilité de bien-être* » pour chaque catégorie de fonction et pour chacune des 11 unités de production. Ces profils ont été examinés par un « *comité du bien-être* », composé des membres de l'équipe management et projet. Sur base des informations récoltées, ce comité a développé des propositions pour modifier des aspects spécifiques des fonctions et/ou des aspects liés à l'organisation et à l'environnement de travail.

Pour mesurer les effets des interventions, Maes et al. (1998) ont construit plusieurs variables :

- Le mode de vie : calcul d'un score total (de pas sain (1) à totalement sain (6)), en fonction du tabagisme, de la quantité d'exercices physiques, des heures de sommeil, de l'index de la masse corporelle, de la consommation d'alcool et de la consommation de graisse.
- Le risque sanitaire : calcul d'un score moyen en fonction de l'âge, du cholestérol, de la pression artérielle systolique, de la consommation de tabac.
- Les réactions de stress général : calcul d'un score total basé sur les scores obtenus à la version hollandaise validée du « *Symptom Checklist-90* » (Bergers et al., 1986, cités par Maes et al., 1998). Cinq sous-échelles ont été introduites : l'anxiété, la dépression, l'hostilité, les douleurs somatiques et les problèmes de sommeil.
- Les conditions de travail : trois dimensions ont été prises en compte ; elles concernent le *contrôle* (par exemple, "*pouvez-vous corriger vos erreurs?*"), les *conditions ergonomiques* (par exemple, "*avez-vous les bons outils pour effectuer votre travail?*"), et les *demandes psychologiques* (par exemple, "*votre travail demande-t-il beaucoup de concentration?*").
- Le taux d'absentéisme.

Les instruments de mesure étaient les suivants (Maes et al., 1998) :

- Une interview structurée (30-40 minutes pendant les heures de travail) afin de récolter des données socio-démographiques, sur le comportement sanitaire, et sur la qualité du travail.
- Des questionnaires auto-rapportés, complétés à domicile (45 minutes)
- Des mesures biomédicales (rythme cardiaque, pression artérielle diastolique et systolique, taille et

poids<sup>8</sup>, cholestérol<sup>9</sup>.

- L'absentéisme était également enregistré au quotidien.

Les auteurs ont ensuite comparé les résultats obtenus aux pré-tests avec ceux obtenus aux post-tests, qui ont eu lieu 1, 2 et 3 ans plus tard, ainsi qu'entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Maes et al. (1998) ont constaté que **l'intervention au niveau individuel** a eu un **effet positif** sur 'le risque sanitaire'. Elle a permis une diminution significative du taux de cholestérol (au post-test 1) grâce à une amélioration du 'mode de vie'. Les auteurs l'expliquent par le fait que la moitié des sessions d'éducation à la santé était dédiée à l'éducation nutritionnelle, et au fait qu'un projet d'accompagnement à la cafétéria proposait de la nourriture saine en plus de la nourriture traditionnelle. Cependant, au post-test 2, cet effet a disparu. Une **intervention continue** semble donc **nécessaire**.

Le programme a eu des effets favorables sur les conditions de travail, sur le « *contrôle perçu* » particulièrement. Le taux d'absentéisme a considérablement baissé pour le groupe expérimental. L'entreprise a d'ailleurs eu des retours financiers positifs à partir de la deuxième année d'intervention. Il n'y a, en revanche, pas eu d'effet significatif sur les réactions de stress général.

En conclusion, selon Maes et al. (1998), le '**projet Brabantia**' a donc eu principalement des effets positifs sur les variables liées à l'entreprise (absentéisme, conditions de travail), plutôt que sur celles liées à l'individu (mode de vie, réactions de stress). Il conviendrait donc, notamment, de **mettre l'accent** de manière plus **appuyée** et **continue** sur les **interventions au niveau individuel** pour combiner des effets significatifs sur les deux versants (individuels et organisationnels).

◆ La dépression est un phénomène fréquent chez la plupart des employés d'entreprise. Elle affecte leur bien-être et leur fonctionnement professionnel. La prévalence des symptômes dépressifs chez les employés néerlandais est de 7,1% chez les hommes et de 6,2 % chez les femmes (Andrea et al., 2004, cités par de Zeeuw et al., 2010). L'incidence de ces symptômes est de 3.3 %. Les effets directs et indirects liés à la dépression sont l'utilisation de soins de santé, l'absentéisme au travail, la réduction de la productivité, l'incapacité de travail et la prise de retraite anticipée. (Ettner, Frank & Kessler, 1997; Kessler & al., 2008; Lerner & Henke, 2008, cités par de Zeeuw et al., 2010).

L'objectif de l'étude proposée par de Zeeuw et al. (2010) est de déterminer s'il est possible de mettre en place un programme d'activité physique chez des employés qui présentent déjà des symptômes légers ou un début de dépression et de mesurer les effets de ce programme sur leur santé mentale et physique.

Cette étude contrôlée randomisée a été réalisée en 2008. Tous les employés d'un département d'une importante compagnie d'assurance au Pays-Bas ont été contactés par mail afin de remplir un premier questionnaire visant à déterminer la présence de symptômes de dépression. Les personnes ayant été sélectionnées après cette première étape ont participé à un test de forme physique et leur BMI, la circonférence de la taille, la pression sanguine et le pourcentage de graisse ont été mesurés.

Les critères de sélection sont : manifester le souhait de participer au programme d'activité physique, présenter de légers symptômes de dépression, n'avoir aucun antécédent de traitement psychologique ou psychiatrique, être inactif physiquement, ne pas avoir l'intention de commencer à pratiquer de l'activité physique en dehors du programme de l'étude et ne pas présenter de contre-indications à l'inscription au programme.

Notons qu'il s'agit d'une première étude contrôlée et randomisée réalisée auprès d'employés ayant un poste 'sédentaire', un style de vie inactif et présentant dès lors, selon les auteurs, des risques importants de développer une dépression à court terme (présence de légers symptômes dépressifs.)

---

<sup>8</sup> Pour calculer l'index de la masse corporelle.

<sup>9</sup> Via un échantillon sanguin.

Les 30 participants répondant à ces critères ont été divisés aléatoirement en deux groupes. Un groupe contrôle à qui il a été demandé de ne pas modifier ses habitudes sportives pendant la durée de l'étude et un groupe à qui il a été demandé de suivre le programme d'activité physique mis en place sur le lieu de travail. Ce programme d'une durée de 10 semaines est gratuit et les séances ont lieu pendant les heures de travail dans le centre de sport de l'entreprise.

Au terme des 10 semaines, une évaluation a été réalisée et tous les participants des deux groupes ont reçu conseils et avis concernant leurs pratiques sportives et leurs modes de vie.

Les participants du groupe contrôle ont, quant à eux, été incités à participer à leur tour au programme d'activité physique.

Voici une description succincte des différents résultats :

Sur les 30 participants, 3 ont abandonné pendant l'étude. A la fin de l'intervention, le score de dépression était plus bas dans le groupe pratiquant les séances que le groupe contrôle. Les symptômes de dépression présents chez tous les sujets ont diminué, voire disparu chez 86% des participants du groupe exercice et chez 31% des participants du groupe contrôle. Cela indique qu'ils présentent un risque réduit de développer une dépression dans un avenir proche (Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais, 2005 ; Judd & al., 1998, cités par de Zeeuw et al., 2010).

On observe également l'existence de différences significatives entre les deux groupes au niveau des mesures physiques. Cependant, le nombre de congé maladie n'a pas varié mais cela est expliqué par la petite taille de l'échantillon, la courte durée de l'intervention, la difficulté de mesurer cette variable et le fait qu'elle soit influencée par divers facteurs. Le haut taux de fréquentation au programme d'exercices peut-être expliqué par la gratuité du programme, le fait qu'il soit intégré au temps de travail et que les sessions se déroulent dans le centre sportif même de la compagnie.

Dans l'étude de de Zeeuw et al., (2010), l'intervention proposée consiste en la mise en place d'un programme d'activités physiques (2 séances par semaine), comportant maximum 8 participants, supervisé par un instructeur/coach professionnel. Ce programme, proposé au sein de l'entreprise et d'une durée de 10 semaines, est gratuit et se déroule durant les heures de travail des employés. Chaque employé a un programme personnalisé selon sa condition physique. Tous les participants commencent la séance par 10 minutes d'échauffement incluant des exercices d'étirement et des exercices cardio-vasculaires, suivi de 10 minutes de power training. Après l'échauffement, le participant réalise entre 10 et 20 minutes d'activité cardiovasculaire et finit par 10 minutes d'exercices relaxants et d'étirements. Le rythme cardiaque est surveillé durant toute la session. Le taux de présence aux sessions est enregistré et lorsqu'un participant ne se présente pas à une des séances, il est contacté afin d'éviter qu'il n'abandonne le programme. De plus, les participants sont encouragés par l'instructeur qui leur parle des effets bénéfiques de ces sessions pour eux.

L'évaluation des effets du programme d'intervention a été réalisée à l'aide d'une version néerlandaise récemment validée du questionnaire « *Patient Health Questionnaire depression* » qui mesure les symptômes de dépression. Ce questionnaire auto-rapporté comporte 9 questions. Les réponses sont données sur une échelle de Likert allant de 1 à 3 et additionnés en un score global allant de 0 à 27. Ce questionnaire distingue 5 catégories de scores : 0-4, pas de dépression ; 5-9, légers symptômes de dépression ; 10-14, dépression moyenne ; 15-19, dépression modérément sévère et 20-27, dépression sévère. Il a été utilisé avant et après l'intervention.

Les mesures physiques relevées sont : l'index de masse corporelle, la pression sanguine, le rythme cardiaque qui a été mesuré avec un moniteur cardiaque et le test d'Astrand a été réalisé afin de prévoir la consommation maximale d'oxygène utilisé par le sujet.

Le comportement sportif a été évalué avec un questionnaire validé sur la pratique sportive actuelle du sujet (Douwes & Hildebrandt, 2000, cités par de Zeeuw, et al., 2010). Ce questionnaire distingue deux catégories : les sujets physiquement actifs - c'est-à-dire qui pratiquent au moins 5 séances de 30 minutes de sport modéré par semaine – et les sujets pratiquant une activité physique intense - c'est-à-dire au moins trois séances de 20 minutes de sport intensif par semaine (Haskell & al. 2007, cités par de Zeeuw et al. 2010). Le nombre de jours de congé maladie pris par les participants pendant la durée

de l'intervention a été calculé par la compagnie et comparé au nombre de jours de congé maladie pris à la même période de l'année précédente.

En conclusion, de Zeeuw et al. (2010) recommandent la poursuite de recherches qui devront étudier les effets au long terme du maintien d'une activité physique afin de déterminer (1) le rapport coût-efficacité de l'activité physique sur la prévention de la dépression et (2) les mécanismes impliqués dans la réduction des risques de dépression.

### En Autriche

◆ A partir des résultats d'une étude qualitative de Nöhammer et al. (2009, cités par Nöhammer et al., 2011), un questionnaire a été créé et distribué auprès de quatre entreprises autrichiennes (ceci de manière à couvrir tant le secteur public que privé et non-marchand). L'objectif était de mesurer la perception du bien-être chez les employés, suite à l'instauration d'un programme de promotion de la santé. 237 employés de bureau ont participé à l'enquête (55,3% de femmes et 42,2% d'hommes; moyenne d'âge de 43,64 ans).

Notons toutefois que selon Huppert et al. (2009, cités par Nöhammer et al., 2011), il n'existe pas de définition consensuelle du bien-être qui soit largement partagée. Il existe en effet une large variété de facteurs liés aux dispositions personnelles et au contexte situationnel qui influencent la manière dont les individus perçoivent et évaluent la façon dont il se sentent ou devraient se sentir (Nöhammer et al., 2011).

Mais selon l'European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), le bien-être en milieu professionnel est défini comme : « *les efforts combinés des employeurs, des employés et de l'entreprise pour améliorer la santé et le bien être des individus au travail* » (ENWHP, 2007, cité par Nöhammer et al., 2011, p.122).

L'ENWHP comprend (1) l'amélioration de l'organisation du travail et de l'environnement de travail, (2) la promotion de la participation active de toutes les parties prenantes dans le processus, (3) et l'encouragement du développement personnel (ENWHP, 2007, cité par Nöhammer et al., 2011).

Nöhammer et al. (2011) mettent en avant les bénéfices des programmes de promotion de la santé en milieu professionnel à plusieurs niveaux (*sans toutefois évoquer de stratégies concrètes ndlr*) :

- Physique : les programmes de promotion de la santé en milieu professionnel proposent des activités de prévention au niveau de la santé physique en s'attaquant à la réduction des facteurs de risque (Kreis & Bödeker, 2003, cités dans Nöhammer et al., 2011), des maladies, des accidents professionnels et des invalidités (De Greef & Van Broeck, 2004, cités par Nöhammer et al., 2011).

- Mental : Breucker (2000, cité dans Nöhammer et al., 2011) suggère que les programmes de promotion de la santé en milieu professionnel améliorent le bien-être en promouvant plus d'émotions positives sur le lieu de travail et en réduisant les tensions liées au travail. La gestion du stress peut, par exemple, diminuer les problèmes somatiques et améliorer les résultats aux tests sanguins (Ganster & Murphy, 2000, cités par Nöhammer et al., 2011). Cependant les bénéfices psychologiques des programmes de promotion de la santé en milieu professionnel ne seraient pas automatiques (Nöhammer et al., 2009, cités par Nöhammer et al., 2011).

- Social : les programmes de promotion de la santé encouragent la circulation de l'information et facilitent le travail d'équipe (Breucker, 2000, cité par Nöhammer et al., 2011).

- Effets généraux : la conscience de la santé chez l'individu est augmentée par les programmes

de promotion de la santé en milieu professionnel (De Greef & Van Broeck, 2004, cités par Nöhammer et al., 2011), ce qui implique des changements cognitifs et affectifs (Nöhammer et al., 2009, cités dans Nöhammer et al., 2011).

A partir des résultats issus d'une précédente étude consacrée à la perception des employés de leur bien-être suite à la mise en place d'un programme de promotion de la santé sur leur lieu de travail, Nöhammer et al. (2011) ont élaboré un nouveau questionnaire quantitatif (Nöhammer et al., 2009, cité Nöhammer et al., 2011), (*pas le détail des interventions de l'étude de 2009 dans l'article, ndlr*).

Ils ont ainsi investigué les bénéfices d'un programme de promotion de la santé en milieu professionnel en partant de la perspective des employés eux-mêmes. Pour ce faire, ils ont créé des questionnaires comprenant 26 items au total, qui concernaient les effets sur le bien-être d'un programme de promotion de la santé en milieu professionnel. Les possibilités de réponse étaient présentées sur une échelle de Likert allant de 1 (désaccord) à 4 (tout à fait d'accord), sans proposer l'option d'une catégorie neutre.

Ces items étaient par exemple :

« *Je me sens plus motivé parce que l'entreprise offre un programme de promotion de la santé en milieu professionnel* ».

« *En participant au programme de promotion de la santé, je peux tempérer les problèmes de santé quand ils commencent* ».

Les résultats de l'étude menée par Nöhammer et al. (2011) confirment que les **programmes de promotion de la santé en milieu professionnel ont un impact positif sur le bien-être, tant au niveau physique/cognitif, qu'émotionnel et social.**

Mais Nöhammer et al. (2011) soulignent que seul un quart des employés interviewés perçoit un changement sur leur bien-être au niveau cognitif, émotionnel ou social suite à un programme de promotion de la santé en milieu professionnel. Les auteurs recommandent donc, pour augmenter le nombre d'employés qui ont subjectivement une expérience positive, **d'augmenter le nombre de participations actives**. Les auteurs mettent également en avant le fait qu'il faut **améliorer l'information sur le programme**, ainsi que la **sensibilisation** et **l'intérêt** à ces programmes.

### En Allemagne

◆ Entre 1997 et 2003, Ulmer & Groeben (2005) ont mené une étude longitudinale au sein d'entreprises basées à Hessen et Thuringen (Allemagne). Lors de la première enquête (en 1997), 447 entreprises ont été soumises à un questionnaire. En 2003, 150 entreprises ont été soumises à ce même questionnaire une seconde fois.

Deux types d'entreprises étaient concernées : les entreprises de service (banques et assurances) et les industries de fabrication (métallurgie). Seules les entreprises comprenant moins de 50 employés ont participé à l'enquête. L'étude concernait à 39,3% les entreprises de service et à 60,7 % les industries de fabrication.

Ulmer & Groeben (2005) ont ainsi voulu observer à quel point les mesures de promotion de la santé étaient présentes dans le monde du travail et quels facteurs déterminaient les résultats des programmes de promotion de la santé mis en place en milieu d'entreprises.

Les grandes lignes directrices d'un programme de promotion de la santé identifiées par Ulmer & Groeben, 2005 sont :

- la participation : inclusion du staff tant pour l'analyse des problèmes que pour le développement de solutions.

- l'intégration : considérer la promotion de la santé dans toutes les décisions importantes de l'entreprise.

- un projet directeur : exécution systématique de toutes les mesures et de tous les programmes.

- la totalité : exécution du programme avec l'objectif de réduire les risques et de mettre en place des facteurs de protection.

Ulmer & Groeben (2005) précisent que le concept de promotion de la santé est inscrit dans la législation allemande depuis 1989. A partir de ce moment, les compagnies d'assurance maladie et les compagnies d'assurances accident ont développé des instruments de promotion de la santé en milieu professionnel et mis en place des projets au sein d'entreprises.

Cependant, Ulmer & Groeben (2005) soulignent qu'encore trop peu d'entreprises portent une attention suffisante à la promotion de la santé en milieu professionnel, relayant ainsi les conclusions de la commission de politique de la Santé en Milieu Professionnel (Work Health Policy).

Ulmer & Groeben (2005) mettent également en avant que dans la Déclaration de Luxembourg, les membres du Réseau pour la Promotion de la Santé en milieu professionnel pointent les domaines clés pour le monde du travail au XXIème Siècle : la globalisation, le chômage, l'augmentation de l'utilisation des nouvelles technologies d'information, les changements dans les pratiques professionnelles, le vieillissement des travailleurs, l'augmentation de l'importance du secteur des services, la réduction des effectifs, la qualité de la gestion, etc.(Network for Workplace Health Promotion, 1997, cité dans Ulmer & Groeben, 2005).

Ulmer & Groeben (2005) ne décrivent pas de stratégies permettant de favoriser la santé en milieu professionnel mais mesurent uniquement à quels points/niveaux ces stratégies sont mises en place au sein de plusieurs entreprises allemandes. Seules les lignes directrices d'un programme de promotion de la santé en milieu professionnel sont mises en avant.

Ulmer & Groeben (2005) ont adressé un questionnaire à la direction des entreprises concernées et la personne de contact pouvait soit le remplir seule (et le renvoyer ensuite), soit le faire par téléphone (interview de 15 minutes). Les auteurs ont mesuré les variables suivantes :

- l'appréciation subjective d'une attention à la sécurité professionnelle et à la santé : sur une échelle à quatre niveaux, l'individu devait indiquer s'il trouvait qu'une telle attention pouvait augmenter les résultats de travail.

- les risques pour la sécurité et la santé : sur une liste de 22 items, la personne devait indiquer les risques probables sur son lieu de travail.

- l'attention à la sécurité professionnelle et à la santé : la personne devait dire ce que l'entreprise fournit en matière de sécurité et de santé et si un comité de sécurité et santé existait.

- la promotion de la santé en milieu professionnel : une liste de 36 mesures simples était proposée au participant, qui devait indiquer si ces 'offres' étaient déjà en cours dans l'entreprise ou avaient déjà eu lieu. Cinq réponses possibles étaient proposées : 'activités terminées', 'en cours d'évaluation', 'activités accomplies de temps en temps', 'activités régulières', et 'activité(s) planifiée(s)'.

- le besoin d'information et de consultation : une liste de 36 mesures simples était proposée au participant, qui devait indiquer pour chaque mesure s'il souhaite 'une information générale', 'une consultation générale', 'un échange avec d'autres entreprises', 'un contact concret avec des personnes', ou 'une assistance dans la réalisation'.

Les résultats de l'enquête de 2003 ont d'abord été analysés, et ensuite comparés aux résultats obtenus en 1997.

En conclusion, les auteurs Ulmer & Groeben (2005) insistent sur le **besoin d'information** et de **consultation** pour les problématiques de sécurité et de santé au travail. Ils préconisent également la mise en place des programmes de promotion de la santé en milieu professionnel. Un support



particulier des compagnies d'assurance maladie et accident mais également des institutions publiques doit être fourni pour la protection du travail et la sécurité des travailleurs.

Si Ulmer & Groeben (2005) notent que la proportion d'entreprises qui ont eu recours à un médecin ou à un expert en sécurité (et où un comité de sécurité et de santé existe) a considérablement augmenté entre 1997 et 2003, des manques subsistent encore.

Ulmer & Groeben (2005) soulignent également que les programmes de promotion de la santé en milieu professionnel n'ont pas augmenté entre 1997 et 2003, mais ils ont gagné en qualité (passant d'un niveau de satisfaction de 16% en 1997 à 27,3% en 2003). (sans autre précision, ndlr).

Ulmer & Groeben (2005) mettent enfin en avant que les entreprises ne mettent pas en place de programmes de promotion de la santé :

- Par manque d'intérêt de la part de la direction (38,5%),
- A cause du coût élevé (23,1%)
- Par manque d'information (9,2%) et au vu de la rareté des contacts (11,5%).

◆ En 1983, lors d'un accord conclu au sein de l'entreprise allemande BASF à Ludwigshafen, il a été proposé aux employés (dont l'activité exige un niveau de vigilance élevé et la prestation d'efforts importants) de pouvoir accéder à des consultations médicales sur le lieu de travail et de participer à des séminaires de formation 'santé'. Ces séminaires couvrent les aspects liés à la pratique d'activités physiques, à l'ergonomie, à la gestion du stress et aux modes de vie. Lors de ces séminaires, des lectures d'experts spécialisés dans le domaine de la médecine, de la psychologie, du sport et de l'alimentation sont suggérées. La pratique d'exercices physiques comme de la marche nordique, de la gymnastique et/ou de la natation est initiée. Un certificat médical est toutefois demandé à chaque participant avant d'entamer ce programme de formation.

Au départ, le programme s'étalait sur une durée de 2 à 3 semaines mais à partir de 2004, la longueur du séminaire a été réduite à 1 semaine et actuellement, seuls les employés en service depuis 15 ans peuvent encore y participer.

L'objectif de l'étude proposée par Ott et al. (2010) vise l'évaluation du programme séminaire 'santé' proposé par l'entreprise allemande. Cette évaluation a été conduite auprès d'une cohorte de 31.436 hommes âgés de plus de 35 ans et ayant au moins 15 ans d'ancienneté dans la société en 2006. On dénombre un total de 10.774 employés en horaire décalé et de 13.812 en travail de jour. Plus de 99% des participants au séminaire ont participé à cette formation avant 2004. L'évaluation reprend les données de 1992 à 2005 et identifie les dates des rendez-vous médicaux, les périodes de participation au séminaire et le nombre de jours de participation.

A) Les mesures de résultats

- L'incidence des maladies chroniques a été évaluée entre l'entrée dans l'entreprise et la date du dernier examen médical<sup>10</sup>.
- Le risque de mortalité a été évalué entre la date d'entrée et le 31 décembre 2006 pour une durée moyenne de temps de 7.66 années<sup>11</sup>.

Les résultats étaient disponibles en 2006 pour tous les employés, y compris ceux qui ont quitté leur emploi avant cette date.

---

<sup>10</sup> Les examens utilisés dans la présente évaluation étaient disponibles dans une base de données électronique médicale qui a été mise en place en 1991 au sein de l'entreprise.

<sup>11</sup> Les informations sur la cause de décès sont incomplètes en raison des restrictions de données et par conséquent n'ont pas été utilisées dans cette évaluation.

## B) Analyse statistique

La population d'étude a été divisée en 3 sous-groupes :

- les 'participants' : les personnes qui avaient subi un examen médical et qui avaient participé au séminaire pour ensuite bénéficier d'un follow-up,
- les 'participants qui se sont désistés/retraits' : ils avaient subi un examen mais n'ont pas participé au programme,
- et enfin les 'non-participants'.

L'analyse de l'incidence de la maladie ou du risque de mortalité est fondée sur le modèle de Cox et inclut l'âge, l'insertion professionnelle, le travail à horaire décalé et des variables comme le statut de fumeur ou la consommation d'alcool. Ces informations sont utiles à l'entrée du programme pour assurer le follow-up.

Brièvement, voici les principaux résultats :

Parmi les employés qui ont subi des examens, 85,6 % ont participé aux séminaires. La participation était plus élevée chez les personnes plus âgées; elle était également plus élevée dans les groupes de personnes ayant un travail à horaire décalé. Les participants étaient d'anciens fumeurs. Une participation moyenne a été notée chez les personnes présentant un indice de surpoids. La moyenne de participation aux journées de séminaire parmi les 'participants' varie de 15,9 à 17 jours pour ensuite passer de 12,4 à 13,2 jours. La donnée la plus importante de cette évaluation concerne la réduction du risque de décès précoce observée chez les 'participants' au programme séminaire 'santé' par rapport aux 'non-participants' et cela malgré le risque important des maladies chroniques et/ou de l'existence de conditions de santé y compris l'obésité, l'hypertension artérielle, l'emphysème, etc.

Il est intéressant d'observer que les personnes qui participent au séminaire 'santé' figurent parmi celles qui adoptent personnellement le plus de mesures proactives pour leur santé. On observe une prévalence des maladies cardiovasculaires et du diabète parmi les 'personnes qui se sont désistées/retraits' eu égard aux personnes 'participantes'. La participation à ce type de séminaire est bénéfique puisque les participants souhaitent poursuivre, voire étendre leur participation à d'autres activités de promotion de la santé. Le séminaire 'santé' a contribué à l'identification de problèmes de santé chroniques et à une réduction évidente du risque de mortalité. Le taux de tabagisme de la population d'anciens fumeurs a diminué au fil des ans : de 42,7 % en 1992, il est passé à 35,3 % en 2005. Le taux de tabagisme s'est révélé plus élevé chez les personnes travaillant en horaire décalé mais il a diminué avec le temps.

Au vu des différents résultats observés, les auteurs concluent en la **pertinence** et **l'utilité du programme de séminaire 'santé' instauré au sein de l'entreprise**. Selon Ott et al. (2010), ce programme unique en son genre par sa dimension, sa longueur dans le temps mais également par rapport à la sélection de la population ciblée a également été conçu pour **tirer parti** des informations fournies par **la médecine du travail**. Pour les auteurs, la **participation à un programme séminaire 'santé'**, sous la **surveillance continue de la médecine du travail**, où de nombreux conseils et avis sont fournis ainsi que **l'existence de programmes de santé répétés** au sein d'une entreprise, conduit **progressivement à des changements comportementaux** auprès des participants.

◆ Richter et al. (2010), quant à eux, s'intéressent à la prévention des difficultés et maladies liées à la prestation d'un travail à horaire décalé, en milieu d'entreprise, à l'échelle européenne et tout particulièrement en Allemagne. Le travail en horaire décalé génère en effet stress, troubles du sommeil, problèmes physiques divers, troubles mentaux, etc.

Pour les auteurs, le concept de 'promotion de la santé' est fréquemment utilisé pour renforcer les

compétences de santé individuelles. La promotion de la santé intervient dans l'amélioration des conditions de vie économiques, éducationnelles et hygiéniques. La 'promotion de la santé au travail' est définie comme étant une stratégie permettant d'améliorer la santé et le bien-être au travail et cible principalement le personnel, l'organisation et l'environnement de travail.

Ils rappellent également que c'est en 1997 que la déclaration du Luxembourg<sup>12</sup> a défini la place de la promotion de la santé en milieu professionnel dans l'Union Européenne. Cette déclaration a été mise à jour en 2007 et a été signée par plus de 100 entreprises/sociétés. Il existe aussi au niveau européen, un réseau d'organisations des 27 états membres visant l'amélioration de la santé au travail et du bien-être dans les compagnies et sociétés ainsi que l'identification et le développement de bonnes pratiques en promotion de la santé (notamment par la création d'infrastructures nationales de support et le développement d'espaces d'échange).

Dans leur article, les auteurs résument quelques problèmes liés au manque de sommeil : en 2009, une enquête a été menée par la DAK Insurance<sup>13</sup> auprès d'un échantillon de 3.000 employés allemands. Les résultats démontrent que 46,9 % des personnes interrogées étaient affectées par un manque de sommeil et 34,1 % souffraient d'un problème sévère lié aux troubles du sommeil. Ces derniers étaient des employés en travail posté. Sur les 1.407 personnes présentant des troubles du sommeil : 41,5 % ont identifié le travail d'équipe et les horaires décalés comme sources probables de stress, voire de tensions extrêmes. Enfin, 16% des personnes travaillant en équipe ont répondu que parfois, voire régulièrement, elles tombaient de sommeil sur leur lieu de travail et 31 % des personnes souffrant de problèmes sévères rapportaient qu'elles s'endormaient pendant leur temps de travail.

D'autres problèmes physiques peuvent également apparaître. En effet, une étude menée à New-York (Etats-Unis) auprès d'un échantillon de 98 officiers de police a déterminé que les officiers travaillant la nuit développaient plus de troubles du métabolisme que ceux qui travaillaient le jour.

De nombreuses publications font état de recommandations en matière de santé et travail posté (Arnvig et al., 2006), Costa et al. (2004), Scott et al., (1994), Spiegel et al., 1999) ; cités par les auteurs). Cependant, comme le précisent Richter et al. (2010), peu d'évaluations concernent les programmes mis en place. Ils donnent toutefois quelques conseils : **planification rigoureuse des activités**, mises en place de **stratégies à long terme**, **intégration des mesures de prévention** dans la **philosophie** et la **culture d'entreprise**, **formation en groupes**, etc.

Richter et al. (2010) citent en exemple les séminaires/programmes développés par une société internationale de consultant 'Circadian'. Cette société, riche d'une expérience de plus de 20 ans, conseille et soutient les employés face aux conséquences néfastes du travail posté sur la santé.

Les mesures proposées par le consultant/coach ciblent l'identification des problèmes de santé des employés et l'apprentissage des bons comportements. Ensuite, le consultant propose un feed-back au(x) responsable(s) d'entreprise, favorisant ainsi une meilleure compréhension de la 'vie professionnelle' en horaire décalé. Cette 'compréhension' devrait permettre de répondre plus facilement aux besoins et attentes des employés.

Des ateliers/séminaires d'une durée de 4 heures sont organisés par cette société de consultance sur le lieu de travail. Les participants reçoivent des informations pour l'amélioration de leur état de santé : nutrition équilibrée, stratégies pour une meilleure qualité de sommeil, conseils sur la sieste en après-midi et le travail sur la vie à horaire décalé. Lors de ces ateliers, des informations concernant les habitudes de sommeil pendant 28 jours sont collectées. Lors de la dernière séance de séminaire, soit 6 semaines plus tard, les résultats sont analysés et commentés.

---

<sup>12</sup> Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union für betriebliche Gesundheitsförderung 1997; p. 1-8

<sup>13</sup> KORDT M.DAK, Gesundheitsrepor, IGES Institut GmbH, February, 2010.

Les résultats statistiques sont les suivants : 77 % des participants rapportent une amélioration de leur état général de santé comparé à 59 % précédemment. Les problèmes intestinaux et gastriques se sont améliorés de façon significative, la consommation de caféine a diminué et près de la moitié des employés participants ont déclaré un changement dans leurs conditions de sommeil.

Les auteurs citent également une étude menée auprès des compagnies aériennes<sup>14</sup>. Cette étude présente quelques recommandations émises suites aux résultats d'enquêtes menées parmi les équipages des compagnies aériennes du Royaume-Uni, des USA, du Canada, d'Australie, de France, d'Allemagne, du Danemark et enfin d'Autriche : les compagnies anglaises ont établi des directives sur la rotation et la durée de temps de travail. En France, les effets de la sieste ont été fortement reconnus. En Autriche, une enquête a été menée auprès des contrôleurs aériens, ces interviews étaient accompagnées d'un programme d'éducation. En 2001, un programme d'éducation pédagogique pour les contrôleurs aériens a été mis en place au Canada.

En conclusion, pour les auteurs, le travail posté affecte non seulement l'individu mais également la productivité de celui-ci. C'est d'autant plus dommageable que les effets du travail posté sur la santé ne se voient pas directement. De surcroît, le **bénéfice** (économique) de l'**implémentation de programme de prévention et de sensibilisation** n'est à l'heure actuelle **pas encore suffisamment documenté** et encore moins **évalué**. Dès lors, il est urgent de **proposer des programmes de sensibilisation à la prévention des problèmes de santé liés au travail posté**.

#### Aux USA

◆ Le programme HWW (Health Works for Women) a développé et évalué une intervention concernant différents comportements de santé tels que l'activité physique, le tabagisme, le régime alimentaire, etc. Cette intervention se base sur un modèle écologique<sup>15</sup> de changement qui suppose que les comportements de santé soient influencés par des facteurs à différents niveaux comme les caractéristiques individuelles, le réseau social, l'influence environnementale, etc. (Campbell et al. (2002)).

Ce programme comprend 2 stratégies d'intervention :

#### *La première concerne la diffusion de messages santé individualisés (sur mesure) par ordinateur*

Il s'agit de produire des messages de santé personnels et pertinents pour chaque participante au projet. Les informations récoltées via des enquêtes individuelles ont été compilées dans un programme informatique, ce qui a permis de créer une information personnalisée pour chaque participante, information censée promouvoir les changements de comportement. Fournir des messages personnalisés signifie produire de l'information sur 'mesure' pertinente, culturellement appropriée et crédible pour la participante qui la reçoit. Cette information prend concrètement la forme d'un 'magazine féminin' de 4 pages de couleurs (des recherches ont montré que ce type de média est la principale source d'information santé féminine). Les informations personnalisées reprennent notamment le nom de la femme, son lieu de travail, sa situation de santé (grossesse, etc.) et son choix en matière de changement de comportement. Ce choix (exprimé par les femmes au préalable dans une enquête<sup>16</sup>) devient alors le thème central du magazine.

<sup>14</sup> Mc Callum et al. (2003), Commercial transportation operator fatigue management reference, US Department of transportation research and special programs administration (FAA inter alia).

<sup>15</sup> Le modèle conceptuel du programme HWW est basé sur un modèle écologique qui reconnaît le lien entre les comportements individuels et le support social et environnemental. Il s'agit d'un des premiers programmes portant sur plusieurs comportements, dont la priorité est choisie par les participants.

<sup>16</sup> Population d'étude : femmes issues de groupes minoritaires, aux revenus faibles, ouvrières dans de petites et moyennes entreprises. Ces femmes sont généralement à risque élevé en matière de santé. Les femmes ont rempli un questionnaire (92 questions) pendant leur temps de travail. Des incitants matériels et/ou financiers étaient proposés (coupons de réduction, crayons, etc.). Les mesures suivantes étaient recueillies : informations démographiques (ethnie, âge, niveau d'éducation, etc.), BMI, comportements en matière de consommation de graisses, fruits, légumes, de pratique d'activité physique, de tabagisme, de dépistage du cancer, etc.

*La seconde stratégie d'intervention concerne la mise en place d'un programme basé sur les aidants naturels en entreprise*

Ce programme a été créé afin de favoriser la survenue de changements comportementaux et sociaux par le biais du réseau social 'naturel' des individus, au sein d'une communauté. Les 'aidants naturels' sont les membres d'une communauté qui présentent les mêmes caractéristiques sociales, environnementales et ethniques que la population cible. Ils partagent le même langage verbal et non-verbal et ont une certaine connaissance et compréhension des croyances (en matière de santé) de la communauté. Le programme HWW a identifié et formé des femmes volontaires, issues de différents réseaux sociaux et travaillant à des postes différents, ceci afin d'améliorer le soutien social des femmes travaillant en entreprise. Les 'aidantes naturelles' ont été choisies, soit par leurs collègues, soit par la direction ou alors parce qu'elles se sont proposées. Leur formation (bimensuelle) avait lieu en groupe, sur le lieu de travail et portait sur des sujets tels que l'alimentation saine, l'exercice physique, la gestion du stress, etc. Chaque session comprenait de l'information et des activités interactives (jeux de rôle, groupes de discussion, etc.) et avait comme objectif de promouvoir par la suite ces comportements au sein de l'entreprise auprès d'autres femmes (organisation d'activités, distribution de collations saines, etc.).

Le but de l'étude était de tester dans quelle mesure l'une des 2 stratégies décrites -ou les 2- pouva(en)t engendrer des modifications de comportements de santé : pratique d'activités physiques, tabagisme, pratique de dépistage, alimentation, etc.

Des résultats positifs ont été observés concernant certains changements de comportements (principalement en ce qui concerne la consommation de fruits et légumes). Des changements plus modestes en matière d'exercices d'assouplissement et de renforcement musculaire et en matière d'absorption de graisses sont relatés. On ne relève pas d'impact significatif concernant l'arrêt tabagique et le dépistage du cancer. Le fait que les **participantes choisissent** elles-mêmes leur **priorité** semble être un **facteur prédisposant positif à un changement de comportement**. Enfin, proposer à la fois une **information sur mesure et un soutien via les aidants naturels** semble également mener à des changements de comportement.

◆ Selon Conn et al. (2009), bien que les bénéfices liés à l'implémentation de programmes de promotion de la santé en milieu professionnel soient reconnus, il n'existe pas de méta-analyse qui résume les résultats (en termes de comportements de santé et pratique d'activité physique) des différents programmes et initiatives mis en place sur les lieux professionnels. Si certaines revues de littérature ont été réalisées, leurs résultats et interprétations restent limités. (Engbers, van poppel, Paw & van Mechelen, 2005; Janer, Sala & Kogevinas, 2002; Matson-Koffman, Brownstein, Neiner & Greaney, 2005; Proper, Koning, van der Beek, Hildebrandt, Bosscher & van Mechelen, 2003 ; cités par Conn et al., 2009).

L'objectif de la présente méta-analyse est de mieux comprendre l'influence de la pratique d'activité physique sur la santé et le travail mais également de mener des analyses exploratoires sur les modérateurs existant entre ces variables.

Plusieurs questions ont jalonné cette réflexion : premièrement, quels sont les effets liés à l'augmentation de l'activité physique sur les comportements d'activité physique, sur la santé, le bien-être et le travail? Deuxièmement, les effets des interventions dépendent-ils des caractéristiques du lieu de travail? Troisièmement, quels sont les effets des interventions sur les résultats à travers les études comparant les sujets avant et après l'intervention ?

Une recherche exhaustive a été effectuée parmi 11 bases de données informatisées (Medline, PsychINFO, EMBASE, etc.) et auprès de 114 revues. 7.251 articles, rapports et revues les plus pertinents ont été retenus pour la réalisation de la méta-analyse. Les critères d'inclusion des articles sélectionnés et traités dans cette analyse concernaient les articles abordant l'augmentation de la pratique d'activité physique, en langue anglaise et datant de 1969 à 2007. Les études publiées et non publiées, les rapports et les recherches pré-expérimentales ont également été sélectionnés et cela même

lorsque l'échantillon était de petite taille.

En tout, ce ne sont pas moins de 38.231 sujets qui ont 'participé' aux études reprises dans la méta-analyse de Conn et al., (2009). Afin de standardiser les résultats et de minimiser les biais d'encodage, une liste de mesures a été établie. Les résultats issus des différents articles en lien avec les variables principales sont (1) le fitness/la forme physique mesuré par la consommation d'oxygène, (2) l'activité physique, (3) les lipides (cholestérol, haute densité des lipoprotéines), (4) les résultats anthropométriques (BMI, poids, circonférence de la taille, pourcentage de matière grasse) et (5) le diabète, mesuré par le niveau de glycémie et d'insuline. La qualité de vie, l'humeur, le stress et la satisfaction liés au travail sont évalués avec des instruments d'auto-évaluation (non précisés par les auteurs). La présence au travail et l'utilisation des services de santé sont mesurées grâce aux données propres de l'entreprise.

Selon les auteurs, les effets des interventions sur l'activité physique, la santé, le diabète et le bien-être doivent toutefois être interprétés avec prudence étant donné notamment la difficulté de comparer certaines données entre elles, le nombre restreint de plusieurs données et/ou de sujets investigués.

Les résultats pour la variable fitness/forme physique sont significativement meilleurs après la mise en place d'activités. Les risques de diabète sont significativement réduits par la réalisation d'interventions de promotion de la santé. Les effets sur les lipides et les données anthropométriques sont positifs. Les effets sur l'humeur et sur la qualité de vie sont également positifs auprès des sujets qui ont bénéficié d'une 'activité de promotion'. En moyenne, les taux d'absentéisme et le stress liés au travail sont plus faibles chez les sujets qui ont bénéficié d'une activité de sensibilisation ; il en va de même pour le niveau de satisfaction au travail.

Au niveau des modérateurs, le seul effet significatif concerne les effets anthropométriques.

Lorsque l'intervention est comprise dans le temps de travail des employés, on obtient de meilleurs résultats au niveau des variables fitness/forme physique et des résultats anthropométriques. Lorsque l'intervention est animée par des employés, les résultats sont plus efficaces pour le fitness/forme physique, les lipides et les mesures anthropométriques. L'implication du 'milieu professionnel' (et non de personnes externes au milieu de l'entreprise ciblée) dans la conception du programme d'intervention est significative pour les mesures suivantes : fitness/forme physique et mesures anthropométriques.

Les auteurs recommandent de poursuivre la réalisation d'autres études permettant une meilleure comparaison des données entre elles ; ils insistent également sur la nécessité d'**investiguer** et de **comparer les effets de programmes** qui proposent des **activités durant le temps de travail avec des programmes qui proposent et soutiennent la réalisation de ces activités en dehors du temps de travail**. Enfin, lorsqu'il s'agit d'examiner les effets d'un programme, il est important d'incorporer des données liées à l'absentéisme, au niveau de stress et au degré de satisfaction professionnelle.

♦ Les personnes actives physiquement ont une meilleure forme et présentent moins de risques de développer des problèmes médicaux et/ou des maladies chroniques que les personnes pratiquant moins d'activités physiques. (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008, cité par Pronk & Kottke, 2009)

Dans l'étude proposée par Pronk & al. (1995), citée par Pronk & Kottke, (2009), l'entreprise 'Westinghouse Electronic Assembly Plant in College Station' au Texas a mis en place un programme de pratique quotidienne d'exercices d'étirement et de souplesse d'une durée de 10 minutes et ce à l'attention de tous les travailleurs de l'entreprise. Les directeurs participent également à ces sessions d'exercices qui sont comprises dans le temps de travail des employés. Elles ne sont toutefois pas obligatoires. Cependant, le taux de participation oscille entre 97 et 100%. Ce programme d'intervention a permis l'observation d'amélioration au niveau des douleurs dorsales et des poignets mais également au niveau des signes de fatigue (qui sont en diminution) et de l'humeur en général.

Les employés peuvent bénéficier, si nécessaire, d'une supervision personnalisée. L'entreprise a apporté un certain nombre de modifications organisationnelles comme par exemple des modifications d'horaires permettant ce rassemblement quotidien de 10 minutes, la mise en place d'une plate-forme surélevée, l'installation d'un système sonore permettant de soutenir l'enseignement visuel et verbal, etc.

Dans une étude pilote réalisée auprès de travailleurs issus du secteur du reboisement dans l'ouest du Canada, Roberts (2009), (cité par Pronk & Kottke, (2009)), décrit la mise en place d'une formation conçue sur la base des principes des sciences du sport. Cette formation comprend un entraînement physique aérobique et d'effort/résistance, sur une durée de 8 semaines et ce avant la saison de plantation.

Selon Pronk et Kottke (2009), il existe 3 principes d'action pertinents lors de la mise en œuvre de programmes pris en charge par l'employeur. Ces principes ont influencé leur décision d'intervention dans des initiatives de promotion à la santé sur le lieu de travail.

Principe 1 : Organiser les interventions d'activité physique dans un cadre qui s'appuie sur les relations interindividuelles et en adéquation avec l'environnement de travail.

Principe 2 : Les interventions doivent 'témoigner' du fait que leurs conceptions sont appuyées sur des preuves et qu'elles sont réalisables (Kottke & Pronk, (2006), cités par Pronk & Kottke, 2009).

Principe 3 : La planification et la mise en place de programmes d'activité physique dans le monde du travail doivent être pertinentes et soucieuses des besoins des employés mais également des réalités de l'entreprise. Les pratiques globales doivent tenir compte du physique et de l'environnement de travail, tout en traitant les besoins personnels de santé des employés et de leurs familles. Selon Sorenson & Quintiliani (2009), cités par Pronk & Kottke, (2009), il est plus utile d'opter pour une stratégie intégrée (prévention des maladies, promotion de la santé et promotion de la sécurité) que de traiter chacune des composantes séparément.

D'après Oldenburg et al. (2002), cités par Pronk & Kottke, (2009), il est nécessaire lors de la mise en place d'un programme visant à promouvoir l'activité physique au niveau de l'entreprise, de tenir compte de certains facteurs tels que les ressources disponibles, la proportion de population touchée par l'intervention, la préparation de la population, le calendrier (surtout dans un contexte d'initiatives multiples) et la capacité de l'entreprise à agir.

Selon Pronk et Kottke (2009), pour mettre en place des mesures appropriées d'actions, les sociétés devraient considérer la promotion de l'activité physique comme une stratégie de business et envisager les recommandations suivantes :

- Les **programmes d'activité physique** devraient être appliqués auprès d'une **large population** avec des stratégies ciblées permettant d'**atteindre les sous-populations** (solutions ciblées pour atteindre ceux qui éprouvent des disparités en matière de comportement d'activité physique).
- Les **programmes d'activité physique** dont l'**efficacité a été démontrée** devraient être **prioritaires** dans leur mise en œuvre.
- Les **programmes d'activité physique** devraient être **intégrés** dans une approche **globale de promotion de la santé** sur le lieu de travail.
- Les **programmes d'activité physique** devraient être mis en œuvre dans un **environnement favorable**, ce qui permettrait également la mise en place de stratégies simultanées tant au niveau individuel, qu'organisationnel et environnemental.

## Recommandations d'actions pour soutenir l'adoption et l'intégration des stratégies d'activité physique au travail

- Développer une culture centrée sur l'individu,
- Faire preuve de leadership,
- Favoriser la participation des cadres,
- Etablir des principes clairs,
- Eliminer les risques professionnels connus,
- Etre cohérent dans la proposition d'objectifs,
- Promouvoir la participation des employés,
- Adapter les programmes aux lieux de travail,
- Envisager des incitations et des récompenses,
- Trouver et utiliser le bon instrument/outil,
- Ajuster le programme si nécessaire,
- S'assurer de la longévité du programme,
- Garantir la confidentialité,
- Permettre une évolution,
- Fournir les ressources adéquates,
- Communiquer de façon stratégique,
- Responsabiliser les individus lors de la mise en place du programme,
- Mesurer, analyser et évaluer,
- Tirer des conclusions des différentes expériences,
- Proposer des allègements fiscaux pour les entreprises qui mettent en place des programmes complets de promotion de la santé sur le lieu de travail,
- Promotion des modes de déplacements actifs.

*(Le détail des différentes recommandations ainsi que la littérature appuyant ces recommandations peuvent être consultés dans le tableau original de l'article de Pronk & Kottke, 2009, pp. 318-320).*

Notons enfin que la **plupart des recommandations formulées** ci-dessus sont bien évidemment **transposables** pour de **nombreuses autres activités/initiatives et/ou programmes** en lien avec la promotion de la santé en milieu professionnel, qu'ils concernent la promotion de l'adoption de comportements sains (au sens large du terme) ou plus particulièrement la promotion d'une alimentation saine, la promotion du bien-être et/ou la gestion du stress, etc.

◆ Aux USA, la proportion de travailleurs se décrivant comme très stressés a considérablement augmenté ces 20 dernières années. 70% des travailleurs rapporte que le stress au travail est responsable de problèmes de santé. Selon Jacobson et al. (1996), cités par Eisen et al. (2008), près d'un million d'employés serait quotidiennement absent pour des problèmes liés au stress. Les coûts médicaux annuels directs liés au stress sont estimés entre 150 et 300 billions de dollars (Riedell et al. (2001), cités par les auteurs).

Des programmes de gestion du stress de type cognitivo-comportemental sont proposés en milieu d'entreprise et permettent de réduire le niveau de stress perçu et identifié. L'étude menée par Eisen et al. (2008) compare l'efficacité d'un tel programme mené selon deux modes distincts (soit par l'intermédiaire d'un instructeur ou via un ordinateur) auprès d'une population d'employés répartis sur 3 sites industriels dans le Connecticut. Notons que sur les 13 000 employés fréquentant les sites, seuls 288 se sont portés volontaires pour participer à l'étude.



Cet essai randomisé porte sur 3 groupes de travailleurs :

- ceux qui bénéficient du soutien d'un instructeur durant toute la durée du programme,
- ceux qui suivent le programme via leur ordinateur personnel,
- et enfin le troisième groupe qui ne bénéficie d'aucune forme de soutien mais dont on va enregistrer les mesures/indices de stress de la même manière que pour les deux autres groupes.

Le programme est réparti sur une période de 2 semaines. Durant la première semaine, 4 modules d'une durée de 10 minutes chacun sont proposés. Durant ces modules, les conséquences physiologiques et émotionnelles liées au stress chronique, l'identification des activités professionnelles favorisant les situations stressantes sont évoquées. Des recommandations pratiques pour gérer le stress intra-familial sont formulées. Chaque module est suivi d'une séance de relaxation de deux minutes (respiration profonde, technique de pleine conscience, tension musculaire et relaxation). A la fin de la première session, une liste de 10 exercices de relaxation est proposée à chaque participant. La seconde semaine comprend également 4 modules qui proposent de travailler les points suivants : l'écoute et la résolution de conflits, la résolution mais également l'acceptation de problème, l'identification d'activités 'perte de temps' et enfin l'identification de priorités.

Au terme de leur enquête, Eisen et al. (2008) concluent que la relaxation musculaire couplée à la pratique d'activités de respiration profonde est un moyen efficace permettant de réduire le stress perçu dans l'immédiat. Les auteurs mettent en évidence que les sessions par ordinateur semblent un peu moins efficaces que celles proposées par un instructeur ; cependant, ils soulignent leur utilité notamment grâce à leur relative accessibilité. Ils soulignent la difficulté de transférer ces 'pratiques' dans la vie quotidienne.

Enfin, ils notent le taux élevé d'abandon entre les 2 sessions et ce tout particulièrement auprès du groupe qui suit les sessions via un ordinateur personnel. Trouver le temps nécessaire en dehors de ses activités professionnelles est sans doute moins évident que de se voir proposer d'emblée 2 sessions sur les lieux de son travail !

Au vu de ces résultats, les auteurs recommandent une **meilleure adaptation des 'supports'** aux modes d'apprentissage des participants, un plus **grand recours aux outils informatiques** de manière **à personnaliser les interventions** et offrir ainsi encore d'autres opportunités aux participants qui gèrent eux-mêmes leur apprentissage (plus elles auront l'opportunité de pratiquer leurs exercices, moins le niveau de stress sera élevé) et enfin de **proposer la participation aux sessions durant le temps de travail**.

### [En Australie](#)

Morgan & al. (2011) se sont intéressés au problème de surpoids d'une population d'ouvriers issus de l'industrie de l'aluminium (n=110), âgée de 18-65 ans, obèse ou en surpoids (BMI entre 25 et 40) et fournissant un travail posté (identifié comme un facteur de risque dans la cadre du surpoids) entre Novembre 2009 et Janvier/Février 2010.

Un programme intitulé **POWER** (Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit) a été mis en place au sein de l'entreprise. Il avait pour objectif la perte poids et ce au terme d'une période de trois mois. Ce programme comprend (auprès du groupe témoin) la mise en place d'une séance d'information éducative (entretien individuel de 60 minutes, en face à face, avec un chercheur masculin). Cet entretien aborde les mesures diététiques, la pratique d'exercice physique et le soutien social. Des brochures sont également distribuées et des incitants financiers (bons d'achat à dépenser dans un magasin de sports local) sont également proposés au groupe participant. Un podomètre est mis à disposition des intéressés. Des informations sont également encodées dans une base de données (lors

de l'entretien éducatif, durant une période de 15 minutes, la personne apprend à encoder les données relatives à son poids, à différents moments, durant une période de 3 mois, elle reçoit suite à ces encodages des feed-back réguliers ainsi que des conseils personnalisés afin de poursuivre la perte de poids). Les participants peuvent également envoyer des e-mails aux chercheurs/coachs afin de pouvoir bénéficier de conseils relatifs à l'exercice physique ou à la diététique.

Pour évaluer l'impact de ce programme, un système de groupe témoin-groupe contrôle a été mis en place au sein de l'entreprise. Le poids, la circonférence du poignet, le BMI, la pression sanguine, le rythme cardiaque au repos sont mesurés régulièrement. Les activités physiques (auto-évaluées par la personne), le régime alimentaire, les connaissances en diététique sont également relevés.

Les résultats montrent que mettre en place un tel programme est faisable et efficace. Les différences sont significatives entre le groupe contrôle et le groupe témoin, notamment concernant le poids, la circonférence du poignet, la consommation de boissons sucrées et le niveau de connaissances lié à l'activité physique. En dehors du fait de consommer des boissons sucrées, il n'y a pas d'autres effets significatifs sur le régime alimentaire. Les impacts sont évalués par la mesure des paramètres suivants : la pression sanguine systolique, le rythme cardiaque au repos.

Les auteurs recommandent toutefois de poursuivre d'autres recherches afin :

- de **déterminer** quels sont les **efforts à déployer** en matière de **dispositif d'intervention** pour être **efficace**, particulièrement en ce qui concerne les **méthodes en ligne**.
- **d'évaluer l'influence des pairs** sur le **recrutement** et la **participation** à un tel programme.

Ils préconisent un **suivi sur le long terme** et pas seulement auprès d'une seule entreprise.

Ils soulignent également l'importance de **créer un environnement de travail favorable aux changements de comportements alimentaires** (manger plus de légumes, réduire sa consommation d'alcool, etc.)

## 5° Recommandations des auteurs

Shain & Kramer (2004) énoncent un certain nombre de principes liés à la réussite d'un programme de promotion de la santé en milieu professionnel ; ce qui résume fort bien les propos et recommandations formulées par la plupart des auteurs investigués dans le cadre de cette revue de littérature consacrée à la promotion de la santé sur les lieux de travail.

Une attention particulière doit être portée aux **objectifs de santé propres à chacun** (besoins/ objectifs individuels). Il faut pouvoir évaluer la capacité de chacun à modifier son comportement et la mesure dans laquelle les individus sont prêts (ou non) à changer au moment où un programme est mis en place, (principe d'auto-contrôle personnel ou d'efficacité personnelle).

Il est important de tenir compte des **besoins divers des individus en matière de support/soutien social** (la famille est-elle 'aidante', par exemple lorsqu'il s'agit d'adapter le contenu des repas, est-elle collaborante ou plutôt freinante ?, etc.), (principe du support social).

Il ne faut pas négliger le fait que les **pratiques de santé sont souvent interdépendantes** (par exemple, fumer, consommer de l'alcool et de la caféine sont souvent liés à une même situation). C'est pourquoi, il est impératif que les **programmes de promotion de la santé tiennent compte de la mesure dans laquelle ces pratiques se renforcent positivement ou négativement** les unes les autres, (principe d'interactivité).

Il est tout aussi important de prendre en considération le fait que **chaque individu présente des facteurs de risque** (de mauvaise santé) et que **chacun a des besoins de santé propres**. Ces risques et ces besoins ne sont pas forcément liés à l'âge, au genre, à la culture, ... Cela signifie que **les programmes mis en place doivent être créés pour répondre aux préférences, aptitudes, ... du plus grand nombre**, (principe de l'intérêt universel).

De la même manière, il faut aussi tenir compte du fait que les **individus manquent constamment de temps et d'énergie**. Ils ont donc plutôt besoin de **programmes 'qui viennent à eux' plutôt que l'inverse**. Cela signifie mettre sur pied des **programmes** qui sont **facilement accessibles** (surtout pour ceux qui commencent seulement à se décider à changer et dont la motivation est fragile).

Il est utile de **faire participer les employés à la mise en place des programmes** (identification des résultats attendus, création du programme, etc.), (principe de participation).

Par ailleurs, il est aussi très important que les programmes mis en place soient soutenus par 'l'environnement professionnel'. Cela signifie deux choses : **le soutien du management et de la direction** (les employés doivent avoir le sentiment d'être soutenus par leur employeur dans la recherche de leur bien-être) et un **climat soutenant** (l'organisation du travail doit promouvoir la santé et la sécurité).

*Soutien du management* : il peut prendre diverses formes : fournir un environnement de travail sûr (physiquement), donner du temps aux employés pour participer à certaines activités de promotion de leur santé pendant les heures de travail, rendre les ressources accessibles (humaines et financières), donner des responsabilités aux coordinateurs des programmes, offrir des horaires de travail flexibles, coopérer en assistant aux programmes également et en partageant les objectifs de ses employés par exemple.

*Climat soutenant* : maximiser le degré de participation des employés à la gestion de leur propre travail (autonomie), témoigner d'une reconnaissance, récompenser le travail bien fait, etc.

Les entreprises capables de répondre à ces principes risquent d'obtenir de bons résultats et même plus, elle auront probablement un bon retour en terme d'investissement (meilleur travail, meilleur climat, etc.).

## 6° Conclusions

Au terme de cette revue de la littérature (non exhaustive) consacrée aux pratiques/activités de promotion de la santé mises en place en milieu de travail, des 'recommandations communes' se dégagent et ce quelle que soit la thématique investiguée. Qu'il s'agisse d'un programme santé qui vise l'adoption de comportements sains en général (pratique d'activité physique, adoption de comportements alimentaires plus sains, prévention du tabagisme, gestion du stress, etc.) ou d'un programme santé qui ne vise que l'une de ces thématiques (ce qui en soit n'est pas dénué d'intérêt puisqu'il a le mérite d'exister et de susciter l'attention, etc.).

Lors de la mise sur pied d'un programme, il convient d'identifier clairement les objectifs de celui-ci en précisant notamment les résultats attendus. Il est tout aussi utile de cibler correctement son public (le programme va-t-il s'adresser à l'ensemble du personnel ou à un groupe plus restreint, par exemple un groupe à risque ?). Soulignons également le fait que les travailleurs apprécient que la hiérarchie ne s'intéresse pas uniquement à la productivité et à la qualité du travail fourni par son personnel mais bien à son état de santé et de bien-être !

Il est également important de tenir compte des besoins et souhaits réels du personnel (des entrevues, des questionnaires, des sondages peuvent contribuer à déterminer ceux-ci). Privilégier une approche participative de la population cible dans l'élaboration et l'implémentation du programme renforcera l'intérêt du public visé par les activités mises en place. La reconnaissance de certaines activités informelles déjà opérationnelles au sein d'une entreprise peut par ailleurs contribuer à une meilleure adhésion aux nouvelles activités proposées.

Enfin, proposer des activités de sensibilisation et d'éducation (affiches, intranet, brochures, rencontres, et démonstrations diverses, etc.) ne suffiront pas à elles seules à favoriser l'adoption de comportements sains. Il faudra également veiller d'une part à privilégier l'acquisition de compétences et d'autre part organiser les activités dans un environnement professionnel favorable et adapté à leur mise en œuvre.

## 7° Bibliographie

Breucker G., (2009), Le projet move Europe, Le réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP), in [http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2009/session6/PPT\\_BREUCKER\\_Gregor.pdf](http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2009/session6/PPT_BREUCKER_Gregor.pdf)  
Bien dans sa peau chez Mobistar, in <http://www.prevent-group.be/fr/theme/promotion-de-la-santé/bine-dans-sa-peau-chez-mobistar>

Campbell K.M., Tessaro I., DeVellis B., Benedict S., Kelsey K. ? Belton L., Sanhueza A., (2002), Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers : health works for women, in *Preventive Medicine*, vol. 34, pp. 313-323.

Cancellière C., Cassidy J.D., Ammendolia C., Côté P., (2011) Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers ? A systematic review and best evidence synthesis of the literature, *BMC Public Health*, 11, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/395> (consulté le 24/02/2012).

Campagne Move-up, in <http://www.move-europe.be>

Conn S.V., Hafdahl A.R., Cooper P.S., Brown L.M., Lusk, S.L., (2009), Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(4), 330-339. DOI: 10.1016/j.ampre.2009.06.008

De Prijckels, in <http://nvgezond.be/projecten/102-de-prijckels>

de Zeeuw E.L.E.J., Tak E.C.P.M., Dusseldorp E, (2010), Workplace exercise intervention to prevent depression: A pilot randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*, 3, 72-77. DOI : 10.1016/j.mhpa.2010.09.002

Duwijckpark, in in <http://nvgezond.be/projecten/103-duwijckpark>

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), in <http://www.enwhp.org>

Ott G., Yong M., Zober A., Nasterlack M., Messerer P., Pluto R., Lang S., Oberlinner C., Impact of an occupational health promotion program on subsequent illness and mortality experience, in *International Arch Occup, Environ Health*, 2010, 83, 887-894

Maes L., Verhoven C., Kittel F., Scholten H., (1998). Effects of a dutch work-site wellness-health program : the Brabantia project, *American Journal of Public Health*, vol. 88 (7), pp. 1037-1041.

Maes L., Van Cauwenberghe E., Van Lippevelde W., Spittaels H., De Pauw E., Oppert J., Van Lenthe F., Brug J., (2011), Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating : a systematic review, *The European Journal of Public Health*, 1-6, 6 pages.

Muller M., Mairiau Ph., (2008), Promotion de la santé en milieu de travail : modèles et pratiques, in *Santé Publique*, vol. 20, pp.161-169.

Nöhammer E., Stummer H., Schusterschitz C., (2011), Improving employee well-being trough worksite health promotion? The employees' perspective, *J Public Health*, 19, pp. 121-129. DOI 10.1007/s10389-010-0364-4.

Occupational Safety and Health Administration - OSHA  
in [http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index\\_html](http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index_html)

Projet 'nvgezond' in <http://www.nvgezond.be>

Prevent, in <http://prevent.be>

Pronk N.P., Kottke T.E., (2009), Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. *Preventive Medicine*,49,316-321. DOI: 10.1016/j.ypmed.2009.06.025

Richter D., Acker J., Scholz F., Niklewski G., (2010), Health Promotion and work: prevention of shift work disorders in companies in European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine, pp. 611-618.

Shain M., Kramer D.M. (2004), Health promotion in the workplace : framing the concept ; reviewing the evidence, in *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 61, pp.643-648.

Steenhuis I., van Essema P., van Breukelen G., Glanz K., Kok G., de Vries H., (2004), The impact of educational and environmental interventions in Dutch worksite cafeterias, in *Health Promotion International*, vol. 19, no3, pp. 335-343.

Ulmer J., Groeben F., (2005), Work Place Health Promotion : a longitudinal study in companies based in Hessen and Thuringen, *J Public Health*, 13, pp. 144-152. DOI 10.1007/s10389-005-0101-6.

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziekte (VIGEZ), in <http://vigez.be>

## 8 ° Annexe

### " DORMIR C'EST VIVRE AUSSI " ETABLISSEMENT INDUSTRIEL DE MAINTENANCE DU MATÉRIEL SNCF, HELLEMMES (59)

Groupe Hygiène de vie de l'Etablissement Industriel de Maintenance Matériel SNCF d'Hellemmes, 49 bis, rue Ferdinand Mathias 59260 HELLEMMES- Docteur Francis CAULIER médecin du travail

RESUME : Action d'éducation pour la santé sur le " sommeil " s'adressant à une entreprise de 1010 salariés. Thème choisi après un sondage et proposé en réponse à un besoin d'information face à un projet de mise en place d'une activité postée. Présentation de l'action par un groupe de salariés émanant de toutes catégories socioprofessionnelles, appuyée par le service médical et le service social. Le sujet est abordé en quatre thèmes : le cycle du sommeil, le sommeil et les rythmes de vie, les toxiques et le sommeil, ce qui peut perturber ou favoriser le sommeil.

THEME DU PROJET : Eduquer, Démontrer, Convaincre que le sommeil est indispensable à la vie. Le sommeil rythme à la fois la journée mais aussi chaque étape de l'existence. Il est nécessaire à l'équilibre physique et psychologique. Le sommeil est devenu un thème majeur de santé publique pour chacun d'entre nous. Dormir n'est pas du temps perdu, c'est au contraire une période active de récupération physique mais aussi de mémorisation des apprentissages et de structuration de la personnalité. De la qualité du sommeil dépend la qualité de la vie et réciproquement. Le sommeil est le miroir de la vie.

#### ARGUMENTATION DU PROJET

Pourquoi cette action ? En 1994 à la suite d'une opération intitulée " Le train en marche ", les professionnels de santé se sont livrés à une enquête à la recherche des attentes des salariés sur des thèmes de santé publique. Le sommeil est apparu dans les premiers rangs. En 1995, un sondage sur l'automédication révèle que 5 % des agents prennent régulièrement des somnifères et 11 % occasionnellement. En 1997, l'évolution de la charge de travail de l'EIMM d'Hellemmes évolue. Le travail posté est envisagé suscitant beaucoup d'émotion et de passion. Une information sur le sommeil devient la réponse à l'actualité. Il est nécessaire que chacun se positionne sur ce problème en fonction de critères objectifs personnels.

Qui est concerné par cette action ? Le personnel SNCF de l'EIMM (Etablissement Industriel de Maintenance de Matériel) d'HELLEMMES. Cet établissement de réparation et de maintenance du matériel ferroviaire se situe dans la banlieue-est de Lille, en bordure de la ligne : Lille - Bruxelles. Fondé en 1873, il a une superficie de 25 hectares, dont 8 couverts par des ateliers. Sa vocation principale est aujourd'hui, la maintenance de tous les TGV nord-européens. 1010 personnes travaillent dans cet EIMM, réparties en 961 hommes et 49 femmes exerçant une trentaine de métiers différents. Origine géographique des salariés : 32,2 % résident dans un rayon inférieur à 6 km ; 45,2 % résident dans un rayon de 6 à 30 km ; 22,5 % résident dans un rayon supérieur à 30 km. Les horaires de travail : la grande majorité (70 %) travaille en horaire de jour, soit de 7h11 à 15h48 (avec petite coupure le midi), soit de 7h11 à 16h38 (avec grande coupure). Le reste de l'effectif intervient en 5h - 13h ou en 13h - 21h, selon les besoins de la production ou à la demande du salarié pour convenances personnelles.

On observe que les plus de 35 ans représentent 76 % de l'effectif de l'établissement. Il faut également retenir deux repères sociologiques importants :

- les plus jeunes ont de 17 à 20 ans et constituent deux promotions de 20 élèves au centre d'apprentissage. Leur effectif n'est pas repris dans cette étude.
- les plus âgés ont moins de 55 ans qui est l'âge de départ à la retraite, à la SNCF, pour les agents sédentaires. Tous les paramètres, ci-dessus énoncés, sont autant d'éléments d'appréciation du sommeil.

Quels sont les objectifs de cette action ? La définition des objectifs nécessite, au préalable, une étude de l'existant. Pour ce faire les professionnels de santé se sont livrés dans le cadre de la médecine du travail à un sondage sur 554 agents pendant une période de 4 mois. La moitié de l'effectif a donc été interrogée, ce qui constitue un échantillonnage largement représentatif.

A partir de cette enquête, les objectifs suivants ont été définis :

- connaître la physiologie du sommeil et sa propre horloge interne;
- apprécier ce qui favorise ou perturbe le sommeil;
- informer du rôle de l'alcool et des toxiques sur l'architecture du sommeil;
- évaluer l'influence de l'âge et des conditions de travail sur le sommeil.

Quels sont les moyens nécessaires à l'action ?

- Les facteurs humains : réactiver le groupe de 20 personnes intitulé " groupe hygiène de vie ", regroupant :

- un représentant de la direction;
- un représentant de chaque CHSCT;
- le coordinateur sécurité;
- le chargé de communication;
- le service social;
- des animateurs issus des différents milieux socioprofessionnels.

Les professionnels de santé ont un rôle de formation sur ce sujet de santé publique. Pour ce faire, ils ont eux même été formés par des stages et par une visite du centre du sommeil au CHRU de Lille.

- Les moyens matériels :

- accumuler une documentation, recherchée auprès de la bibliographie médicale (revue du praticien, concours médical), CRAM, observatoire pour la santé, service des explorations fonctionnelles du sommeil.
- visualiser des cassettes vidéo disponibles sur le sujet.
- réserver une salle, des panneaux d'affichage, la sonorisation...
- prévoir un reportage photographique et un film vidéo durant la semaine de l'action.
- rédiger les questionnaires d'évaluation avant et après l'action.
- rechercher les sponsors possibles et intéressés par le sujet (CE, CHSCT, DRH, direction médicale, direction sociale, caisse d'assurance maladie, caisse mutualiste...).
- choisir un gadget souvenir (casquette).

- Les moyens pédagogiques :

L'action est présentée en 4 îlots : le cycle du sommeil ; le sommeil et les rythmes de vie ; les toxiques et le sommeil ; ce qui peut perturber ou favoriser le sommeil.

Chaque îlot est animé par 5 animateurs se relayant dans la journée et durant 5 jours ouvrables. Les visites sont canalisées par groupe de 20, toutes les 15 minutes. Elle dure environ une heure. L'image doit être privilégiée au discours. Chaque îlot doit faire passer 2 à 3 messages qui doivent être retrouvés sur le questionnaire à la sortie ou durant les interviews. Deux chambres ont été reconstituées en parallèle, chacun doit y découvrir ce qui favorise ou perturbe le sommeil. Le médecin et les infirmières doivent être disponibles pour répondre à toute question d'ordre médical ou intervenir si un animateur est en difficulté.

Quelles sont les étapes de la réalisation de l'action ?

Une réunion de 2h30, une fois par mois pendant 10 mois préparant l'action devant se dérouler sur une semaine en novembre. Quelles sont les conditions nécessaires pour accompagner l'action ?

- Accord de la direction pour permettre aux animateurs de préparer l'action, et pour libérer les agents une heure sur leur temps de travail.
- Proposer un calendrier de passage des agents avec des plages horaires, permettant, à la fois, de limiter au maximum la perte d'heures de travail et de transmettre un message efficace.
- Améliorer la communication et la publicité sur le déroulement de l'action.
- Rendre ce message convaincant. Utiliser les panneaux d'affichage et écrire dans le journal de



l'établissement.

- Saisir l'opportunité de l'actualité : le travail posté. Refuser de prendre partie mais amener les agents à choisir et à se positionner sur le sujet.

Quels sont les critères d'évaluation de l'action ?

- L'un des premiers critères est le taux de participation : 560 agents, soit plus de la moitié de l'effectif (pour une population théorique de 941 agents présents).

- Un sondage préliminaire sur 5 mois permettant de définir les besoins.

- Un questionnaire accompagnant la fiche de paie qui est une auto-évaluation du sommeil dans la semaine précédant l'action.

- Des interviews en micro-trottoir, repris en vidéo.

- Des questions d'évaluation immédiate à la sortie de l'exposition.

- Essais d'évaluation sur le moyen terme par les professionnels de santé au cours des consultations de médecine de soins et de médecine du travail.

- Il est prévu à long terme de refaire une évaluation sur l'automédication.

## CONCLUSION

Les cheminots ont découvert que la qualité du sommeil ne s'apprécie pas uniquement de manière subjective au réveil, mais de manière objective dans la journée, en évaluant la qualité de l'éveil et de la performance à la fois physique et intellectuelle. La grasse matinée n'est pas aussi profitable que l'on croit. La sieste peut être bénéfique si elle est mesurée et adaptée. Le sommeil est une activité qui se prépare, pour cela, il faut éviter les excitants, les activités physiques ou intellectuelles trop intenses dans les deux heures qui précèdent, repérer les signaux annonçant le sommeil et les respecter.

Chacun a eu la surprise de découvrir que le sommeil occupe le tiers de notre vie (un homme de 60 ans aura dormi 20 ans !). Chacun a sa propre horloge interne, son propre rythme circadien.

Mieux " se connaître " c'est mieux " se conduire " pour un " mieux être ".