

**Faciliter le transfert des résultats de la recherche en
prévention et promotion de la santé au travail**

**Partage de connaissances entre acteurs de la
recherche, du travail et de la santé**



Fonds Van Mulders-Moonens

géré par la Fondation Roi Baudouin

Colophon

Titre	<p>Faciliter le transfert des résultats de la recherche en prévention et promotion de la santé au travail</p> <p>Partage de connaissances entre acteurs de la recherche, du travail et de la santé</p> <p>Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel (titel publicatie Nederlands) : Overdracht van onderzoeksresultaten inzake ziektepreventie en gezondheids promotie op het werk vergemakkelijken</p> <p>Kennisdeling tussen onderzoeks-, arbeidsmarkt- en gezondheidsactoren</p> <p>Une édition de la Fondation Roi Baudouin Rue Brederode 21 1000 Bruxelles</p>
Auteur(s)	<p>A. Bingen (centre Metices – ULB) C. Vanroelen (Interface Demography – VUB) M.C. Trionfetti (centre Metices – ULB) D. De Moortel (Interface Demography – VUB) K. Bosmans (Interface Demography – VUB)</p>
Coordination pour la Fondation Roi Baudouin	<p>G. Rauws, directeur Y. Dario, coordinateur de projet senior M. Duesberg, project and knowledge manager</p>
Conception graphique	Salutpublic
Mise en page	Tilt Factory
(En cas de Print on demand)	<p>Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be</p>
(En cas de publication imprimée)	<p>Cette publication peut être commandée ou téléchargée (gratuitement) sur le site www.kbs-frb.be</p>
Dépôt légal	D/2848/2017/11
Numéro de commande	3507
	Septembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos

Introduction générale	4
------------------------------------	----------

Chapitre 1 : Eléments de contexte et définitions.....	6
--	----------

1. Définitions des notions de santé et bien-être	6
---	----------

2. La santé et le bien-être des travailleurs belges	7
--	----------

2. 1. Accidents de travail et maladies professionnelles	7
---	---

2. 2. Incapacité de travail et invalidité	7
---	---

2. 3. Qualité du travail	8
--------------------------------	---

2. 4. Répartition inégale de la santé et du bien-être des travailleurs	9
--	---

3. Prévention des risques et promotion de la santé au travail	10
--	-----------

3. 1. Définitions	10
-------------------------	----

3. 2. Cadre juridique	13
-----------------------------	----

3. 3. Principaux acteurs	16
--------------------------------	----

Chapitre 2 : Relevé de la littérature	19
--	-----------

1. Considérations méthodologiques	19
--	-----------

1. 1. Critères généraux de sélection	19
--	----

1. 2. Critères de classement des textes retenus.....	20
--	----

2. Présentation des sources par critère	21
--	-----------

2. 1. Organisme ayant réalisé l'étude.....	21
--	----

2. 2. Type de document.....	21
-----------------------------	----

2. 3. Méthode de recherche	21
----------------------------------	----

2. 4. Démarche de promotion ou de prévention	22
--	----

2. 5. Type de prévention des risques professionnels	22
---	----

2. 6. Secteur(s) concerné(s).....	22
-----------------------------------	----

2. 7. Problématiques de santé étudiées.....	22
---	----

2. 8. Les actions de promotion/prévention analysées	23
---	----

2. 9. Acteurs au cœur de l'étude	23
--	----

2. 10. Axes d'intervention promus	24
---	----

2. 11. Le transfert de connaissances	24
--	----

3. Freins et éléments facilitants selon l'examen de la littérature	25
---	-----------

3. 1. Conditions préalables au succès.....	25
--	----

3. 2. Les caractéristiques d'une intervention réussie.....	27
--	----

3. 3. Freins pour une intervention réussie	30
--	----

Chapitre 3 : Entretien de personnes-ressources	32
---	-----------

1. Introduction.....	32
2. Présentation des personnes ressources interviewées.....	33
3. Analyse par thème	34
3. 1. Thème 1 : Du prescrit légal aux actions de santé au travail.....	34
3. 2. Thème 2 : Sensibiliser les acteurs de l'entreprise	35
3. 3. Thème 3 : tenir compte de la taille de l'entreprise	36
3. 4. Thème 4 : Les enjeux d'un partage de connaissances entre les acteurs internes et externes à l'entreprise	37
3. 5. Thème 5: Valoriser le rôle des conseillers en prévention (internes et externes) dans la transmission des connaissances.....	38
3. 6. Thème 6: La nécessité de rendre accessibles les connaissances scientifiques	39
3. 7. Thème 7 : Quels leviers d'action pour les médecins du travail ?	40
3. 8. Thème 8 : L'articulation entre démarches individuelles et collectives	41
3. 9. Thème 9: Manque de moyens pour diffuser et capitaliser les connaissances.....	42
Chapitre 4 : Etudes de Cas	43
1. Études de cas menées par l'ULB.....	44
1. 1. Étude de cas 1: La mise en place d'une stratégie de gestion des risques professionnels (SOBANE) au sein d'un organisme régional du secteur public.....	44
1. 2. Étude de cas 2: Réalisation d'une enquête sur les risques psychosociaux et mise en place d'un plan d'actions pour prévenir les risques psychosociaux (RPS).....	47
2. Etudes de cas menées par la VUB	49
2. 1. Casestudie 3: intervention avec podomètre auprès du personnel d'une école	49
2. 2. Casestudie 4: intervention avec podomètre dans une entreprise	52
3. Analyse transversale	54
3. 1. L'introduction de la démarche sur le lieu de travail.....	54
3. 2. Le processus de mise en place de l'action.....	55
3. 3. L'utilisation des résultats.....	59
Chapitre 5 : Conclusions transversales.....	61
Chapitre 6 : Recommandations	65

Annexes

Avant-propos

Aujourd'hui, on se rend compte que le transfert de connaissances à partir de la recherche dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé fait souvent défaut. On le fait très peu et on ne sait pas comment le faire. Les équipes de recherches produisent des rapports en réponse à des commandes. Mais, l'impact sociétal potentiel des résultats de ces recherches est trop peu fréquemment pris en compte et exploité par et pour les personnes concernées (institutions, autorités publiques, politiques, grand public, ...).

Face à ce constat, le Fonds Van Mulders-Moonens, géré par la Fondation Roi Baudouin, a souhaité lancer une recherche visant à répondre à la question suivante : quelles seraient les meilleures stratégies qui permettraient de capitaliser au niveau sociétal les résultats de la recherche en prévention/promotion de la santé ? Afin de baliser cette première action, le Fonds a décidé de se centrer sur le thème de la santé et du bien-être au travail.

Le consortium ULB-VUB qui a été sélectionné pour réaliser cette étude a tenté de dégager les stratégies envisageables pour atteindre cet objectif de transférabilité/dissémination. L'idée étant de pouvoir mettre en évidence ce qui marche et ce qui ne marche pas dans les courroies de transmission potentielles entre la recherche et la société (communication, advocacy, applicabilité ...).

Vous tenez entre les mains le rapport de cette recherche qui mêle approche théoriques, interviews de personnes-clés et études de cas. Ces différentes sources d'informations permettent de dégager les leviers et les freins de la mise en œuvre de politiques de prévention et de promotion de la santé au travail. Il propose aussi enfin une série de recommandations notamment à destination des chercheurs.

Nous vous en souhaitons bonne lecture !

Le Fonds Van Mulders-Moonens

Introduction générale

L'objectif de cette étude est d'examiner, à travers une approche scientifique, les conditions de mise en œuvre d'une politique favorisant, de manière systématique, la santé et le bien-être des travailleurs. Notre démarche s'inscrit ici dans le vaste domaine de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. À l'heure actuelle, la santé et le bien-être au travail constituent une préoccupation centrale pour les responsables politiques et les acteurs de terrain. Les raisons en sont multiples mais la principale est sans conteste liée à l'objectif social qui vise à maintenir davantage de travailleurs plus longtemps à l'emploi, dans un contexte démographique de vieillissement de la population et d'un marché du travail en évolution, où la compétitivité est de plus en plus présente. Dans ce contexte, la santé et la satisfaction des travailleurs semblent une condition *sine qua non*.

Le présent rapport s'articule autour de plusieurs chapitres. Dans ce premier chapitre d'introduction, nous situons la problématique dans le domaine plus vaste de la sécurité, la santé et le bien-être au travail. À cet effet, nous ferons une brève introduction du cadre conceptuel, de la législation ainsi que des principaux acteurs impliqués sur ces questions. Ensuite, nous examinerons comment mettre en œuvre les dispositions et principes fondamentaux de la politique en matière de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels. Pour ce faire, nous confronterons, de manière critique, les conclusions d'études existantes, les observations d'experts et les résultats de quelques études de cas pertinentes, avec ces principes fondamentaux. Nous tenterons de répertorier les facteurs qui facilitent et entravent une politique efficace de promotion et prévention de la santé au travail. Dans un premier temps (chapitre 2), cette confrontation se fera sous la forme d'un aperçu critique de la littérature. Dans la deuxième étape (chapitre 3), nous décrirons les principales observations qui ont été faites par un certain nombre d'acteurs-clés (scientifiques, conseillers en prévention et autres professionnels du terrain). La troisième étape (chapitre 4) consistera en un rapport des principaux enseignements tirés d'études de cas. Ces études de cas (4 au total) constituent une sélection d'interventions, suivies de manière systématique et scientifique, au niveau d'initiatives mises en œuvre dans le champ de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. Ces études de cas prennent appui sur les observations formulées par les acteurs engagés sur les questions de santé au travail, ce qui a permis une analyse nuancée des interventions réalisées. Dans le chapitre 5, nous confronterons les résultats issus de ces trois niveaux d'analyse (examen de la littérature, interviews avec des acteurs-clés et études de cas) avec les principes fondamentaux établis sur le plan théorique. Cette confrontation aura comme objectif de révéler les freins ainsi que les éléments facilitants la mise en œuvre de politiques de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels efficace, selon les normes de qualité établies par le législateur. Enfin, le chapitre 6 présentera un certain nombre de recommandations à l'attention des acteurs engagés sur les questions de santé au travail, allant des travailleurs jusqu'aux politiques en passant par les chercheurs.

Chapitre 1 : Eléments de contexte et définitions

Dans ce premier chapitre, la problématique est située au sein du large domaine de la sécurité, de la santé et du bien-être au travail. A cet égard, une attention particulière est accordée à la mise au point du cadre conceptuel. Dans un deuxième temps, nous abordons brièvement la situation actuelle en termes de bien-être et de santé des travailleurs belges. Ensuite, nous présentons des éléments de définition concernant le cadre juridique belge relatif au bien-être et à la santé sur le lieu de travail. Nous terminons avec une brève discussion sur les caractéristiques et les rôles des principaux acteurs engagés sur les questions de santé au travail.

1. Définitions des notions de santé et bien-être

Dans un premier temps, il convient de s'arrêter sur les notions de « santé » et « bien-être » au travail. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la santé des travailleurs couvre plusieurs éléments déterminants, dont les facteurs de risque sur le lieu de travail qui peuvent être la cause de cancers, d'accidents, d'affections de l'appareil locomoteur, de maladies respiratoires, d'une perte de l'audition, de maladies de l'appareil circulatoire, de maladies transmissibles et de troubles liés au stress. Le dernier élément fait le lien entre « santé » et « bien-être ».

Le bien-être doit être considéré de manière plus large, dans la mesure où il signifie bien plus que la simple absence de « maladie ». Le bien-être au travail se réfère à tous les aspects de la vie professionnelle : de la qualité et la sécurité de l'environnement physique à ce que ressentent les travailleurs au niveau des tâches à réaliser ou encore l'environnement social et organisationnel dans lequel ils doivent réaliser ces tâches. La législation belge relative au « bien-être au travail »¹ prône également cette large définition, où le respect est explicitement décrit par le législateur comme : (1) la sécurité au travail ; (2) la protection de la santé du travailleur ; (3) les aspects psychosociaux du travail ; (4) l'ergonomie ; (5) l'hygiène du lieu de travail ; et (6) l'embellissement des lieux de travail.

L'objectif des mesures visant à favoriser le « bien-être au travail » est donc plus vaste que le simple fait de préserver les travailleurs de toute maladie ou accident. Il englobe également des mesures visant à favoriser la satisfaction, la motivation, l'équilibre vie professionnelle et vie privée, etc. Bref, il s'agit de favoriser les « facultés de travail » (Workability). Selon l'Organisation internationale du travail, cette faculté de travail est essentielle, non seulement pour garantir la santé de la population active sur le long terme mais aussi pour garantir une activité économique productive, innovante et durable.

¹ Loi du 4 août 1996 sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et le Code sur le bien-être au travail.

2. La santé et le bien-être des travailleurs belges

On peut ici se demander ce qu'il en est réellement de la santé et du bien-être des travailleurs belges. Il est difficile de donner une réponse claire à cette question, étant donné qu'il existe plusieurs indicateurs. Nous examinerons successivement les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'incapacité de travail et l'invalidité ainsi que la qualité du travail.

2. 1. Accidents de travail et maladies professionnelles

Dans un premier temps, on peut se pencher sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. Les accidents de travail connaissent une baisse constante depuis déjà plusieurs décennies : en 2015, 137 219 travailleurs du secteur privé ont été victimes d'un accident de travail. Cela ne représente que la moitié des accidents de travail enregistrés en 1985 (263 966). En ce qui concerne l'incapacité de travail en raison d'une maladie professionnelle, si on a enregistré une diminution globale durant les années 1990 les années 2000 ont été marquées par une nouvelle augmentation, liée à l'incapacité de travail temporaire en raison d'une maladie professionnelle. En 2015, le secteur privé a enregistré 1052 nouveaux cas d'incapacité de travail permanente et 1808 nouveaux cas d'incapacité de travail temporaire en raison d'une maladie professionnelle. Il semblerait que la diminution de l'incapacité de travail permanente et l'augmentation de l'incapacité de travail temporaire soient davantage liées à des choix politiques qu'à un réel glissement dans la nature même des maladies professionnelles.

2. 2. Incapacité de travail et invalidité

Le fait de se focaliser uniquement sur les accidents de travail et les maladies professionnelles ne doit pas occulter le fait qu'il existe encore d'autres défis importants au niveau du bien-être et de la santé des travailleurs. En considérant uniquement les accidents de travail et les maladies professionnelles, une part importante du problème passe inaperçue. Entre 2000 et 2014, le nombre d'invalides a plus que doublé. En 2014, le nombre était de 321 573 (INAMI, 2016). Cette augmentation est à la fois liée à la hausse du nombre de nouveaux cas d'incapacité de travail et au retour très difficile des personnes en incapacité de travail (de longue durée) sur le marché de l'emploi. La plus forte croissance a été enregistrée dans les catégories des troubles psychiques et des maladies du système ostéo-articulaire (INAMI, 2016). Contrairement aux accidents de travail et aux maladies professionnelles, la cause de l'incapacité de travail ne se situe pas avec certitude dans la sphère professionnelle. Toutefois, les experts s'accordent à dire que de nombreux cas d'incapacité de travail ont une origine liée au travail, du moins en partie. L'OCDE indique notamment qu'on ne peut pas nier « l'évolution du monde du travail » comme cause des problèmes de santé chez les travailleurs (OECD, 2009).

2. 3. Qualité du travail

Cela nous amène à la qualité du travail – un quatrième critère permettant d'évaluer la santé et le bien-être sur le lieu de travail. Quand il est question de la qualité du travail, l'attention passe des « problèmes de santé et de bien-être » aux « risques » sur le lieu de travail qui entraînent (potentiellement) des problèmes de santé et de bien-être chez les travailleurs. Ces risques peuvent être classés en quatre sous-domaines : (1) le contenu du travail, (2) les conditions de vie au travail, (3) les conditions de travail et (4) les relations interpersonnelles au travail (Vanroelen, 2015).

Le contenu du travail se rapporte aux différentes tâches à exécuter et aux compétences nécessaires (connaissance, aptitudes et attitudes) permettant d'utiliser et de développer ces tâches. Les tâches avec un riche contenu de travail et une grande implication et autonomie sont généralement supposées être bénéfiques pour le bien-être des travailleurs, tandis que des tâches ou fonctions unilatérales et répétitives, qui ne laissent que peu de place à l'autonomie et à l'implication du travailleur, sont généralement considérées comme stressantes.

Les conditions de vie au travail se rapportent aux caractéristiques physiques et psychiques de la charge de travail. Les caractéristiques physiques de la charge de travail couvrent notamment la manipulation de charges lourdes, les mouvements répétitifs ou une position de travail inconfortable d'un point de vue ergonomique. Il y a également les conditions de vie psychiques, telles que l'intensité et la quantité de travail (notamment les échéances serrées, le fait d'être trop sollicité) ou la charge émotionnelle (par exemple, devoir communiquer des messages complexes). Les conditions de vie au travail sont déterminantes pour la charge physique et mentale liées à l'exécution du travail et le niveau de sécurité (par exemple le risque d'accidents de travail), la (non-)santé (par exemple le risque de maladies professionnelles) et le bien-être au travail.

Les conditions de travail ont trait aux engagements relatifs aux modalités d'exécution du travail. Il s'agit, en premier lieu, des accords relatifs à la rémunération matérielle mais les accords concernant la durée de travail, les congés, les pauses minimales pendant la journée de travail, etc. sont également repris dans le domaine des conditions de travail.

Les relations interpersonnelles au travail visent, tout d'abord, les rapports de force institutionnalisés, à des degrés divers, entre les travailleurs et les employeurs. D'une part, cela concerne la concertation et/ou la négociation entre les partenaires sociaux. D'autre part, outre ces relations collectives de travail, ce domaine englobe également les relations sociales (informelles) au sein de l'organisation et sur le lieu de travail. Il s'agit donc des possibilités (quotidiennes) d'implication et/ou de participation et du soutien qu'on peut attendre de la part de ses collègues et des dirigeants. Cependant, les relations sociales au travail peuvent également s'avérer négatives, par exemple dans le cas d'interactions non désirées comme le harcèlement, la violence physique ou des actes ou allusions sexuels non désirés.

Enfin, le législateur belge distingue encore une cinquième dimension, qui se situe plutôt à un niveau méso : l'organisation du travail². Il s'agit notamment de la structure de l'organisation (horizontale – verticale), la manière dont sont réparties les tâches, les procédures de travail, les outils de gestion, le style de management et la politique générale menée dans l'entreprise.

La qualité du travail fait l'objet de plusieurs études. On suppose généralement que la qualité du travail en Belgique, comparée à d'autres pays européens, est en moyenne relativement favorable. Pourtant, en Belgique aussi, 23 % des travailleurs exercent également un emploi qui combine un grand nombre de caractéristiques de travail « nuisibles » (travail indécent – 8 % et travail répétitif lourd et flexible – 15 %), tandis que 21 % des travailleurs exercent un travail qui n'est caractérisé par aucun élément préjudiciable (Lamberts et al., 2016). Lorsque nous comparons les chiffres de l'enquête sur les conditions de travail de 2015 avec des éditions précédentes, on peut en conclure qu'il n'y pas vraiment d'amélioration au niveau de la qualité du travail : on parle de stagnation, voire d'une certaine régression pour certains facteurs de risque (Janssens & Vanderhaeghe, 2017; Lamberts et al., 2016). L'analyse des tendances nous indique, d'une part, que c'est la « faisabilité du travail » en Belgique qui a diminué, tandis que la complexité a augmenté. D'autre part, les possibilités de formation et d'aide sociale ont nettement augmenté.

2. 4. Répartition inégale de la santé et du bien-être des travailleurs

Lorsque nous évoquons les indicateurs du bien-être et de la santé au travail ou de la qualité du travail, il ne faut pas perdre de vue que derrière les tendances et les chiffres globaux se cache une grande diversité. Chacun des indicateurs mentionnés précédemment est caractérisé par de grandes différences sociales et professionnelles. Par exemple, les travailleurs qui exercent des métiers manuels, d'exécution et peu qualifiés ont plus de problèmes de santé et sont davantage concernés par les situations d'incapacité de travail que les travailleurs qui exercent des fonctions dirigeantes et plus qualifiées (INAMI, 2016; Vendramin P., Valenduc G., Molinié A.F., Volkoff S., Ajzen M., 2012). Nous constatons un schéma similaire pour la qualité du travail : on trouve une plus grande prévalence structurelle de nombreux risques pour le bien-être chez les travailleurs peu qualifiés et ceux qui exercent des métiers manuels ou d'exécution (Janssens & Vanderhaeghe, 2017; Lamberts et al., 2016). La seule exception concerne les exigences et la complexité de la tâche de nature quantitative et émotionnelle, pour lesquelles ces groupes présentent des résultats plus favorables, comparés au sommet de l'échelle professionnelle (Janssens & Vanderhaeghe, 2017; Lamberts et al., 2016). La répartition socio-économique de ces différents facteurs de risque entraîne donc une répartition inégale de la qualité du travail globale : le travail peu qualifié et le travail répétitif lourd sont beaucoup plus présents chez les travailleurs peu qualifiés tout comme dans les métiers manuels, d'exécution et routiniers (Lamberts et al., 2016). Ces constats récents pour la Belgique concordent avec des constants de recherches antérieures et des tendances internationales (EUROFOUND, 2016;

² L'Arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail.

Holman, 2012; Vandenbrande et al., 2012). La politique de promotion et de prévention de la santé au travail doit bien prendre en compte ces inégalités entre les travailleurs.

3. Prévention des risques et promotion de la santé au travail

Le contexte ci-dessus montre clairement que les nouvelles améliorations en matière de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail restent nécessaires. Malgré la longue tradition d'attention politique pour la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs en Belgique – qui s'est progressivement concrétisée après la seconde guerre mondiale avec le Règlement général pour la protection du travail (RGPT) – les chiffres évoqués précédemment montrent qu'il reste encore des défis importants à relever. Ainsi, un des grands défis consiste à traduire les observations scientifiques sur le lieu de travail au quotidien. Avant d'aller plus loin, il est utile de définir les concepts de « prévention » et « promotion de la santé » sur le lieu de travail et de brièvement présenter le cadre juridique dans lequel les démarches de prévention/promotion s'inscrivent ainsi que les différents acteurs principaux impliqués.

3. 1. Définitions

Prévention

La prévention signifie « agir » afin d'éviter ou de stopper « quelque chose de mauvais ». Dans le contexte professionnel, cela signifie concrètement éviter les risques au travail mais aussi « contrôler » les risques qui ne peuvent pas être évités. De cette manière, la prévention permet de conserver la santé et d'améliorer le bien-être des travailleurs. Le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale définit la prévention comme l'ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité de l'entreprise ou de l'institution en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels.

Certaines obligations incombent aux travailleurs mais avant tout, aux employeurs, afin de limiter au maximum les maladies et accidents dans un contexte professionnel. Cet objectif doit se concrétiser sur la base des trois échelons traditionnels en matière de politique de prévention : prévention primaire (éliminer les risques), prévention secondaire (essayer d'éviter les dégâts causés par des risques qui ne peuvent pas être écartés ou du moins les limiter au maximum) et la prévention tertiaire (limiter les effets des dégâts qui seraient toutefois causés et s'efforcer d'y remédier) (Van Peteghem, Hermans, & Lamberts, 2016). En outre, les interventions préventives peuvent encore être répertoriées en différentes catégories : celles qui, dans un premier temps, s'adressent aux travailleurs concernés et nécessitent un changement de comportement et d'état d'esprit et celles qui visent essentiellement une adaptation du contenu de la tâche et des conditions d'exercice du travail (J. Van Peteghem, Hermans, & Lamberts, 2013). Dans cette dernière catégorie, la prévention

concerne l'essence même de l'entreprise : il s'agit de l'organisation du travail et de la manière de l'améliorer, la politique des ressources humaines, les relations interpersonnelles au sein de l'entreprise, les qualités de leadership des dirigeants, etc. (Delagrangé, 2013).

La définition de la prévention de la santé sur le lieu de travail dans les pays de l'UE est fortement influencée par la directive-cadre européenne 89/391³, qui oriente la politique des États membres, y compris celle de la Belgique. Cette directive a introduit une nouvelle approche du thème, dont les éléments essentiels sont la prévention primaire ainsi qu'une approche globale et multidisciplinaire (Godderis, Vanhaecht, Masschelein, Sermeus, & Veulemans, 2004). La directive UE 89/391 souligne encore deux autres principes dans la manière dont elle oriente la politique de prévention. Le premier peut être décrit comme une « approche systématique et scientifique ». L'étude et la gestion visant à prévenir les risques sur le lieu de travail et – en cas d'impossibilité – à les contrôler sont ici essentielles. Cela implique de contrôler constamment si tous les risques présents sont détectés par la politique de prévention, si les stratégies de prévention sont efficaces et performantes et d'examiner les conséquences de la politique de prévention appliquée (en d'autres termes, la politique menée permet-elle de faire des progrès ?). Ensuite, la politique de prévention de la santé au travail recommandée par la directive européenne UE 89/391 promeut une approche participative. Les principes fondamentaux sont, de manière générale, la circulation de l'information, la consultation, la formation et la participation des travailleurs et de leurs délégués dans l'élaboration des stratégies de prévention de la santé au travail. De cette manière, la prévention des risques professionnels sur le lieu de travail en Europe doit être une responsabilité collective des employeurs, travailleurs et autres groupes concernés. L'esprit de cette directive apparaît clairement dans la législation belge, comme nous pourrions le souligner par la suite.

Promotion de la santé

La promotion de la santé s'est développée ces vingt dernières années pour devenir une sous-discipline à part entière dans le domaine du travail et de la santé. Cette évolution correspond au passage vers une définition plus large de la santé à l'initiative de la Charte d'Ottawa et de l'Organisation mondiale de la Santé. La santé n'est donc plus décrite de manière négative comme « l'absence de maladie » mais comme l'association positive du bien-être physique, mental et social. Sur le lieu de travail, cela permet d'élargir l'attention mise simplement sur la « prévention des risques » à « la promotion » du meilleur état de santé possible des travailleurs dans tous ses aspects. De plus, du point de vue de la promotion de la santé, le lieu de travail est un terrain très intéressant, étant donné que de nombreux adultes passent une grande partie de leur temps sur le lieu de travail.

Une définition souvent citée pour la promotion de la santé sur le lieu de travail est empruntée au *Réseau européen pour la promotion de la santé (ENWHP)* : « La promotion de la santé sur le lieu de travail regroupe les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer

³ Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail – « Directive-cadre », JO L 183

la santé et le bien-être des personnes au travail ». ⁴ Cette définition se base sur la « Déclaration de Luxembourg » de l'ENWHP, dans laquelle la promotion de la santé sur le lieu de travail est décrite comme une stratégie d'entreprise moderne, ayant pour but d'éviter au maximum la non-santé au travail (entre autres les maladies liées au travail, les accidents et blessures, les maladies professionnelles et le stress) mais qui tente également de promouvoir le potentiel santé et le bien-être des travailleurs. Cet objectif peut être atteint par : (1) l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail ; (2) la promotion de la participation active ; (3) et l'encouragement du développement personnel. Il est donc clair qu'une même approche participative globale que celle utilisée dans le cadre de la prévention des risques professionnels soit également à la base des conceptions sur la promotion de la santé au travail.

Selon l'ENWHP, la promotion de la santé sur le lieu de travail doit idéalement être prise en charge par la participation volontaire de plusieurs « parties concernées » au sein et en dehors de l'entreprise. Dans ce contexte, il n'y a pas que l'engagement du management qui soit essentiel mais les initiatives doivent également baigner dans une « culture participative sur le lieu de travail ». La promotion de la santé sur le lieu de travail est donc facilitée par la mise en place d'organes officiels de concertation, d'un système de relations professionnelles efficace, d'une bonne communication et transparence, ainsi que de l'évaluation constante de la mise en œuvre des initiatives visant à améliorer le bien-être au travail. En outre, une promotion de la santé efficace vise plusieurs déterminants (et leur interdépendance) qui influencent la santé et le bien-être sur le lieu de travail : les stratégies générales et la politique du management, la qualité de l'environnement et de l'organisation de travail et les pratiques individuelles des travailleurs liées à la santé. Toutefois, force est de constater que la grande majorité des initiatives actuelles de promotion de la santé sur le lieu de travail visent uniquement le comportement des travailleurs en matière de santé (entre autres l'alimentation, l'activité physique, la consommation de substances, la gestion des situations de stress) ou la formation relative aux conditions de vie du travail (entre autres les techniques visant l'adoption de bons gestes et postures ou la gestion de l'agressivité). Cela porte assurément préjudice aux ambitions holistiques de la « définition européenne ». Il est donc conseillé de classer les initiatives visant la promotion de la santé sur le lieu de travail selon les ambitions sous-jacentes : l'accent est-il mis sur une intervention sur le comportement individuel des travailleurs, sur l'amélioration de la qualité de travail ou sur les deux domaines simultanément (Muller & Mairiaux, 2008).

Si la promotion de la santé sur le lieu de travail est efficace, cela a un impact positif tant sur la qualité du travail (entre autres les conditions de vie du travail, les relations sociales, l'organisation du travail) que sur la qualité de vie du travailleur en dehors du lieu de travail (entre autres sensibilisation relative à un mode de vie sain, gestion du stress et des conflits, équilibre vie privée et vie professionnelle). En outre, il ne faut pas seulement s'attendre à des bénéfices en termes de bien-être et de santé du travailleur mais également à des bénéfices pour l'entreprise (entre autres, une diminution de l'absentéisme pour maladie et des accidents, une plus faible rotation du personnel,

une meilleure performance et productivité, une image positive de l'entreprise) et la communauté (locale) (entre autres de plus faibles coûts de soins de santé au niveau de la société).

La définition et les bénéfices attendus de la promotion de la santé sur le lieu de travail indiquent clairement que la conception et l'ambition de la promotion de la santé sont un peu plus vastes que celles de la prévention de la sécurité et de la santé au travail. Il s'agit d'une « action positive » qui vise non seulement la prévention des risques mais aussi l'amélioration des conditions permettant une amélioration de la santé et du bien-être des travailleurs. La prévention et la promotion de la santé doivent toutefois être considérées comme des objectifs « synergiques ». Ce contexte de travail doit également être considéré comme un environnement où peuvent être réalisées des ambitions plus larges relatives à la promotion de la santé et du bien-être.

3. 2. Cadre juridique

Tel que mentionné précédemment, le cadre juridique belge relatif au bien-être et à la santé sur le lieu de travail, tout comme dans les autres pays européens, est également défini par la directive européenne 89/391 (Mias, 2010 ; Vogel, 2016). La réglementation européenne définit l'orientation générale de la politique nationale visant à favoriser le bien-être et la santé au travail ainsi que les responsabilités qui incombent aux travailleurs et aux employeurs. Alors que la législation relative au bien-être et à la santé au travail est une compétence exclusivement fédérale, les Communautés sont compétentes en matière de promotion générale de la santé et de soins préventifs. Dans ce cadre, elles peuvent déployer des actions qui sont pertinentes pour le milieu du travail. Un exemple : le « Plan stratégique Vivre en meilleure santé »⁵ des autorités flamandes, qui contribue à définir les activités de l'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie – VIGEZ). Les autorités flamandes souhaitent augmenter, d'ici 2025, l'objectif concernant le nombre d'entreprises disposant d'une bonne politique en matière de santé. Elles prévoient ainsi le cofinancement d'un coaching pour les entreprises, en vue de l'élaboration d'une politique de prévention intégrée et tenant compte des risques et groupes à risque spécifiques (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016).⁶

Les principes généraux de ce cadre européen sont donc repris dans la législation belge. L'élément central est la Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, également appelée la « Loi bien-être ». La Loi bien-être – dont on a récemment célébré le vingtième anniversaire – dresse le cadre juridique pour les futures dispositions relatives à des domaines et matières spécifiques. Ces dispositions – qui prennent la forme d'arrêtés d'exécution – sont regroupées dans le Code sur le bien-être au travail. Ce code contient ainsi toutes les informations sur les procédures à suivre, une description des principaux acteurs et des dispositions

⁵ Consultable à l'adresse suivante :

https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf

⁶ Agentschap Zorg & Gezondheid. (2016). Strategisch Plan De Vlaming Leeft Gezonder in 2025.

spécifiques relatives aux différents domaines (p.ex. écrans, éclairage, équipements sociaux), aux secteurs économiques (p.ex. les boulangeries et pâtisseries, chantiers) et aux catégories de travailleurs (p.ex. jeunes, stagiaires, intérimaires).

Le présent rapport ne vise pas une analyse détaillée de la législation relative au bien-être au travail. Il convient toutefois de brièvement s'arrêter sur deux articles permettant de mieux situer le fait juridique des pratiques de prévention des risques sur le lieu de travail : (1) le champ d'application de la politique de prévention ; et (2) les principes généraux auxquels doivent satisfaire les obligations des employeurs en matière de prévention.

Champ d'application. L'article 3, paragraphe 1 de la « loi bien-être »⁷ définit le bien-être au travail comme l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions dans lesquelles le travail est effectué – plus spécifiquement les domaines décrits à l'article 4, paragraphe 1 : sécurité du travail ; protection de la santé du travailleur au travail ; aspects psychosociaux du travail ; ergonomie ; hygiène du travail ; embellissement des lieux de travail ; et les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement pour ce qui concerne leur influence sur les points précédents.

Principes généraux. L'article 3, paragraphe 1 stipule également que l'employeur est tenu de suivre une approche structurée et planifiée de la prévention et ce, par un « système dynamique de gestion des risques ». Le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale suggère à cet égard la stratégie SOBANE. La stratégie SOBANE pour la gestion des risques professionnels a été développée pour aider à mettre en place une gestion dynamique et efficace des risques. Elle comporte quatre niveaux d'intervention (Screening (dépistage), OBservation, ANalyse et Expertise) et permet, de manière structurée, d'utiliser correctement les moyens et compétences nécessaires, en tenant compte de la complexité des problèmes. Les premiers niveaux, Screening et Observation, sont basés sur une approche participative qui tient compte des connaissances des travailleurs concernés sur leur propre situation professionnelle. Il y a une réflexion sur les problèmes et les solutions éventuelles. Le cas échéant, les problèmes difficiles à évaluer et à solutionner sont examinés en détail par des experts et des conseillers en prévention. Leurs connaissances techniques et scientifiques ainsi que leur expérience du terrain sont complémentaires aux connaissances pratiques des travailleurs.

L'administration recommande de suivre « les principes généraux de prévention » et de donner la priorité à la prévention primaire (sur la prévention secondaire et tertiaire) et aux mesures de prévention collectives sur les mesures individuelles. Les mesures se définissent comme suit :

1. éviter les risques ;
2. évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
3. combattre les risques à la source ;
4. remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
5. prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle ;

6. adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de rendre plus supportable le travail monotone et le travail cadencé et d'en atténuer les effets sur la santé ;
7. limiter, autant que possible, les risques compte tenu de l'état de l'évolution de la technique ;
8. limiter les risques de lésion grave en prenant des mesures matérielles par priorité sur toute autre mesure ;
9. planifier la prévention et exécuter la politique concernant le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en visant une approche de système, qui intègre entre autres les éléments suivants : la technique ; l'organisation du travail ; les conditions de vie au travail ; les relations sociales et les facteurs ambiants au travail ;
10. donner des informations au travailleur sur la nature de ses activités, les risques résiduels qui y sont liés et les mesures visant à prévenir ou limiter ces dangers ; ces informations doivent être mises à disposition au moment de l'entrée en service et à chaque fois que cela s'avère nécessaire à la protection du bien-être ;
11. donner des instructions appropriées aux travailleurs et établir des mesures d'accompagnement afin de garantir d'une façon raisonnable l'observation de ces instructions ;
12. prévoir une signalisation de sécurité ou de santé au travail adaptée, lorsque les risques ne peuvent pas être évités ou suffisamment limités par les moyens techniques de protection collective ou par des mesures, méthodes ou procédés d'organisation du travail ;

Risques psychosociaux. Il est également utile de mentionner la nouvelle réglementation en vigueur relative aux risques psychosociaux sur le lieu de travail. Les lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014 ont modifié les dispositions de la « loi bien-être » relatives à la prévention des RPS. La violence, le harcèlement moral ou sexuel au travail font partie intégrante des risques psychosociaux au travail et doivent donc être abordés via ce nouveau cadre général. La législation de 2014 contient des dispositions qui concernent, entre autres, l'analyse des risques et les mesures de prévention, les différentes procédures qui sont accessibles aux travailleurs qui estiment subir des dommages à la suite de l'exposition à des risques psychosociaux au travail et le statut des principaux acteurs concernés par la politique de prévention.

En suivant la tradition de la loi bien-être, même au niveau des risques psychosociaux, la principale étape dans la politique de prévention est l'analyse des risques. On peut procéder à une analyse des risques pour les trois motifs suivants : (1) Comme pour tous les autres risques, il faut contrôler périodiquement au sein de l'entreprise s'il y a des dangers et si des facteurs de risque présents dans l'entreprise peuvent avoir une influence sur la santé des travailleurs (stress, burn-out, comportements abusifs, etc.) ; (2) Un membre de la ligne hiérarchique ou au moins un tiers des représentants des travailleurs peuvent demander une analyse des risques, quand ils constatent eux-mêmes un danger ou lorsqu'ils en sont informés par les travailleurs ; (3) Enfin, un travailleur qui estime subir un dommage pour sa santé découlant des risques psychosociaux au travail peut également demander qu'une analyse des risques de sa situation de travail spécifique soit réalisée.

Si on constate des risques psychosociaux, on tentera d'écarter les risques selon les principes de prévention évoqués précédemment et – si c'est impossible – d'en limiter les effets. Les risques qui sont subis par un travailleur individuel peuvent être traités selon différentes procédures internes et externes, formelles et informelles. Si nécessaire, le problème est traité par l'Auditorat du Travail ou le Tribunal du Travail. Cela se fait uniquement si l'employeur a tout mis en œuvre pour tenter de résoudre au maximum les problèmes psychosociaux de manière interne (informelle) et collective.

3. 3. Principaux acteurs

Enfin, il convient de s'arrêter sur les principaux acteurs impliqués en matière de promotion de la santé et de prévention des risques sur le lieu de travail.

L'employeur et la ligne hiérarchique. Les devoirs de l'employeur sont triples. Tout d'abord, un employeur doit respecter et appliquer la hiérarchie des mesures de prévention. Ensuite, un employeur est obligé d'analyser les risques qu'il ne peut pas éviter. Enfin, l'employeur est tenu d'agir pour le bien-être de manière planifiée et sur le plan politique, tel que décrit précédemment. L'employeur est également responsable de la formation des travailleurs et de la ligne hiérarchique – et doit donc aussi veiller à ce qu'ils connaissent leurs responsabilités au niveau de la politique de sécurité et de santé. En général, l'employeur doit élaborer la politique de prévention, en collaboration avec les différents maillons de la ligne (le cas échéant). Il faut, pour cela, mettre sur pieds un service interne pour la prévention et la protection au travail – tâche pour laquelle il est possible de se faire assister par une expertise externe, à travers l'intervention d'un service externe pour la prévention et la protection au travail. Les tâches de l'employeur sont vastes et il est primordial que celles-ci soient correctement effectuées : en cas de manquements sévères dans l'exécution de la politique de prévention, tant la responsabilité civile que pénale d'un employeur peut être engagée.⁸

Les services internes pour la prévention et la protection au travail.⁹ Tout employeur doit mettre en place un service interne pour la prévention et la protection au travail dans son entreprise ou son institution, comprenant au moins un **conseiller en prévention**. S'il emploie moins de 20 travailleurs, il peut assumer lui-même cette fonction. En principe, chaque employeur doit avoir son propre service interne pour la prévention et la protection au travail. Par exception, plusieurs employeurs peuvent créer un service interne qui leur est commun. Cela est soumis à des conditions strictes.¹⁰ La principale mission de ce service interne est d'assister l'employeur, les membres de la ligne hiérarchique et les travailleurs de l'entreprise dans l'application de la réglementation relative au bien-être des travailleurs, ainsi que l'exécution des mesures et activités de prévention.

⁸ Bolle, P. (2015). De rol van de werkgever, hiërarchische lijn, werknemers, preventieadviseur en het sociaal overleg in het welzijnsbeleid.

⁹ Ces informations proviennent du Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail - <http://www.beswic.be/fr>

¹⁰ <http://www.beswic.be/fr/politique-du-bien-etre/structures-et-organisations/service-interne-commun-pour-la-prevention-et-la-protection-au-travail>

Concrètement, le service interne doit assister l'employeur, la hiérarchie et les travailleurs dans l'élaboration de la politique de prévention de l'entreprise dans le cadre du système dynamique de gestion des risques. Cela signifie notamment participer à l'analyse des risques, participer à l'analyse des causes des maladies professionnelles mais aussi des risques psychosociaux au travail, donner un avis sur l'organisation des lieux de travail, faire des propositions relatives à l'accueil, à l'information et la formation des travailleurs, assurer le secrétariat du Comité pour la prévention et la protection au travail, etc. Le service interne peut comprendre un département chargé de la surveillance médicale. Le service interne requiert une approche multidisciplinaire (sécurité du travail, médecine du travail, ergonomie, hygiène du travail, aspects psychosociaux). Si l'employeur ne dispose pas, dans son entreprise, des compétences suffisantes pour effectuer toutes les missions dévolues au service interne par la réglementation, celui-ci doit faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail. Certaines missions de base doivent toutefois toujours être effectuées par le service interne, l'idée étant qu'elles requièrent des données ou connaissances qui se trouvent au cœur de l'entreprise. Ces missions dépendent de la taille de l'entreprise et des risques présents.

Les services externes pour la prévention et la protection au travail.¹¹ Des services externes pour la prévention et la protection au travail sont institués et agréés afin d'exécuter les missions que les services internes pour la prévention et la protection au travail des entreprises ou institutions ne sont pas en mesure d'effectuer. Ces services externes sont composés de deux sections : une section gestion des risques qui est élaborée de façon multidisciplinaire (s'y retrouvent des conseillers en prévention spécialisés dans la sécurité du travail, la médecine du travail, l'ergonomie, l'hygiène du travail, les aspects psychosociaux) et une section chargée de la surveillance médicale des travailleurs. La section gestion des risques est dirigée par un **ingénieur - conseiller en prévention niveau I**. Tandis que la section surveillance médicale est dirigée par un **conseiller en prévention-médecin du travail**. Le service externe signe un contrat avec l'employeur mais laisse contrôler ses activités par le Comité pour la prévention et la protection au travail. Afin de garantir son indépendance, le service externe ne peut avoir aucun intérêt direct ou indirect dans les entreprises ou institutions dans lesquelles il remplit des missions. Les services externes sont soumis à des tarifs prévus dans la réglementation et c'est l'employeur qui intervient dans les frais.

Les travailleurs et leurs délégués. Évidemment, les travailleurs aussi ont leurs obligations dans la politique de prévention dans leur entreprise. Il incombe, dans un premier temps, à chaque travailleur de prendre soin du matériel (de protection) mis à sa disposition et suivre les instructions relatives à la sécurité et la santé au travail. Outre ces « responsabilités de base », les travailleurs doivent également signaler immédiatement au service interne ou externe toute situation qui présente un danger grave et immédiat pour la sécurité et la santé. Ils doivent coopérer avec l'employeur et le service interne/externe pour leur permettre d'accomplir toutes leurs obligations relatives à la sécurité et la santé sur le lieu de travail. En outre, ils doivent en général participer positivement à la politique de prévention, qui couvre les relations interpersonnelles pouvant faire l'objet de risques psychosociaux au travail (entre autres le harcèlement, le harcèlement sexuel ou la violence) (Bolle,

¹¹ Ces informations proviennent du Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail - <http://www.beswic.be/fr>

2015). **La délégation syndicale** a, elle aussi, un rôle à jouer en tant qu'organe de base représentatif des travailleurs. Dans les plus petites entreprises (moins de 50 travailleurs), la délégation syndicale assure les missions du conseil d'entreprise et/ou du Comité pour la prévention et la protection au travail, en l'absence de ces organes. Dans les plus grandes entreprises, les délégués syndicaux sont élus au sein de l'organe représentatif visant à favoriser la santé et le bien-être au travail : le Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT). Ces délégués bénéficient d'une protection contre le licenciement pour des motifs propres à l'exercice de leur mandat.

Le Comité pour la prévention et la protection au travail. Le Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) (en bref le Comité de prévention) en tant qu'organe de concertation, ne doit pas être confondu avec les Services Externes et Internes pour la Prévention et la Protection au travail. Depuis la Loi bien-être de 1996, le CPPT a la compétence finale en matière de sécurité et de santé des travailleurs. Le CPPT dispose d'un pouvoir de décision sur le conseiller en prévention du Service Interne (prestations minimales, désignation, remplacement) et du Service Externe (remplacement du conseiller). En outre, le CPPT crée une « délégation limitée ». Il s'agit d'une brigade mobile, constituée de représentants des employeurs et des travailleurs. Son rôle est d'intervenir en cas d'urgence. Le CPPT contrôle l'application des lois et de la réglementation en matière de la prévention au travail, l'exécution du plan quinquennal de prévention global et le plan d'action annuel (JAP), la politique environnementale de l'employeur et les activités du Service Interne/Externe pour la prévention. Les plans d'action annuels et quinquennaux constituent un instrument politique important aux mains du CPPT. De cette manière, on peut détecter les risques pour le bien-être et la santé des travailleurs et encourager une forte politique de prévention au sein de l'organisation. Le suivi et le contrôle de l'exécution des plans d'action relèvent également des compétences du CPPT. Il a également d'autres compétences, comme fournir des conseils dans le choix, l'achat et l'entretien des moyens de protection. Les CPPT doivent uniquement être créés dans des organisations de plus de 50 travailleurs. Les mandats (de travailleurs) au sein du CPPT sont établis lors des élections sociales. Dans les plus petites entreprises et celles où il n'y a pas de CPPT en fonction, ces tâches sont assurées par la délégation syndicale.

Chapitre 2 : Relevé de la littérature

Notons d'emblée que l'objectif du chapitre n'est pas une présentation exhaustive de la littérature qui porte sur la promotion de la santé au travail et la prévention des risques professionnels. Au-delà de l'objectif de contribuer à faire la lumière sur l'état de développement des recherches menées en Belgique sur la promotion et la prévention de la santé au travail, le présent relevé de la littérature a permis:

- d'observer si les recherches ont participé ou non à une dynamique de transfert de connaissances sur le lieu de travail.
- de relever les freins et éléments facilitants pointés par les auteurs dans la mise en place de démarches de prévention et/ou promotion de la santé au travail.

Ces éléments nous ont servi de repères lors de l'analyse des entretiens de personnes-ressources (chapitre 3) et celle des 4 études de cas (chapitre 4) en vue de formuler nos propres recommandations.

1. Considérations méthodologiques

Le relevé de la littérature de recherche a été effectué en deux temps, à savoir :

- la définition de critères généraux d'inclusion ou d'exclusion pour le relevé de la littérature
- la définition de critères de classification des sources retenues

1. 1. Critères généraux de sélection

Deux types de documents ont été mobilisés pour le relevé de la littérature, à savoir la littérature scientifique et la littérature grise.

Nous avons ciblé les sources publiées ou diffusées à partir de l'année 2000.

Le relevé de la littérature scientifique a été réalisé à partir de la recherche d'articles portant sur la promotion de la santé au travail et la prévention des risques professionnels à partir de différentes bases de données, notamment : MEDLINE¹², EMBASE¹³, DOCTES¹⁴, CAIRN, INRS Biblio¹⁵, ORBI¹⁶ et Web of Science. Divers sites internet ont été consultés. Les études portant sur la promotion de la

¹² Base de données internationale en sciences de la santé et sciences biomédicales

¹³ Biomedical database

¹⁴ Base de données partagée contenant 63.503 références bibliographiques dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

¹⁵ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles - INRS (FR). INRS Biblio (littérature scientifique et technique mondiale ainsi que la législation française et européenne en matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail.

¹⁶ Open repository and bibliography (ULG)

santé au travail et la prévention des risques professionnels commanditées par le service Humanisation au travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2000 – 2016) ont été passées en revue, ainsi que les données du Service public de programmation Politique scientifique (BELSPO) « Programme d'appui scientifique à la protection de travailleurs en matière de santé » phase II : 1999-2003.

Une attention particulière a également été donnée aux textes émanant de la littérature grise. A cet égard, nous avons notamment ciblé les documents de vulgarisation issus de recherches (guides, manuels, brochures, ...), les actes des journées d'études ou les rapports émanant d'institutions belges ou européennes n'ayant pas fait l'objet d'une publication scientifique.

Les personnes-ressources que nous avons rencontrées (chapitre 2) nous ont également guidé dans la recherche de la littérature en lien avec notre objet.

1. 2. Critères de classement des textes retenus

Après la première phase d'identification et de sélection de la littérature, un classement des sources a été réalisé sur base de 11 critères spécifiques.

Les critères de classification renvoient à la fois aux caractéristiques générales des textes retenus et à des dimensions liées à notre objet d'étude, à savoir :

- 1) le type d'institution ayant réalisé l'étude
- 2) le type de sources (articles issus de revues scientifiques et thèses de doctorat vs documents de vulgarisation, actes de journées d'études ou rapports de recherche n'ayant pas fait l'objet d'une publication scientifique, ...)
- 3) la méthode de recherche privilégiée
- 4) l'attention portée sur la promotion de la santé au travail et/ou la prévention des risques professionnels
- 5) le cas échéant, le type de prévention analysé (primaire, secondaire ou tertiaire)
- 6) le secteur professionnel concerné
- 7) les problématiques de santé étudiées
- 8) les actions de promotion ou de prévention de la santé au travail analysées
- 9) les acteurs situés au cœur de l'étude
- 10) les axes d'intervention promus selon qu'ils visent un changement au niveau de l'environnement de travail (conditions de travail et conditions de travail) et/ou des comportements individuels des travailleurs.
- 11) et, enfin, l'attention portée ou non sur une dynamique de transfert de connaissances vers les acteurs du monde de l'entreprise.

Le point 2.2 présente les 55 sources répertoriées par critère.

Le point 2.3 s'arrête plus avant sur les freins et éléments facilitants pointés par les auteurs dans la mise en place de démarches de prévention et/ou promotion de la santé au travail.

2. Présentation des sources par critère

Les sources répertoriées sont reprises et classées dans un document en annexe (cf. annexe 1).

2. 1. Organisme ayant réalisé l'étude

Sur les 55 études que nous avons trouvées portant sur la prévention et de la promotion de la santé au travail en Belgique, la majorité ont été réalisées par une des universités belges ou dans le cadre d'une collaboration entre des universités belges (41 études). Cinq études ont été réalisées par les services externes pour la prévention et la protection au travail. Nous avons également trouvé deux études réalisées dans le cadre d'une collaboration entre une ou plusieurs universités belges et un ou plusieurs services externes pour la prévention et la protection au travail. Quatre études réalisées sur le terrain en Belgique faisaient partie d'un projet européen de plus grande ampleur et ont été réalisées par un réseau européen (c.-à-d. ENWHP, WORK-IN-NET, EU-OSHA). Nous avons également trouvé une étude réalisée par PREVENT et une étude réalisée par SERV. Enfin, une étude a été réalisée en collaboration entre un syndicat (FGTB, Fédération générale du travail de Belgique), le CDAST (Centre de défense et d'action pour la santé des travailleurs) et l'atelier Santé du Forum social de Charleroi.

2. 2. Type de document

Sur les 55 études répertoriées, une bonne partie sont des études originales ayant fait l'objet d'une publication dans des revues internationales (21 études). Nous avons également trouvé trois études publiées dans des revues belges spécialisées. Dix-huit études figuraient dans des rapports ou guides du SPF ETCS. Neuf études figuraient dans d'autres rapports d'étude. Nous avons également trouvé deux études dans des actes de journées d'étude et deux thèses de doctorat.

2. 3. Méthode de recherche

Sur les 55 études que nous avons identifiées au sujet de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels en Belgique, une partie est basée sur la récolte de données voie de questionnaires (16 études). Certaines études ont également utilisé des méthodes qualitatives : sept études de cas et deux études réalisées par le biais de *focus group* ont été trouvées. Nous avons également trouvé 12 études ayant utilisé différentes techniques de recherche, c.-à-d. un "mixed-method design" (p.ex. une combinaison de données provenant d'un questionnaire et de données provenant d'interviews structurées). De plus, nous avons trouvé cinq études quasi-expérimentales et cinq études basées sur une systématisation de la littérature. Enfin, sept études figurant dans la liste de la littérature ne comportaient pas de recherche originale et une source se limite à produire une description des résultats obtenus suite à la mise en place d'un programme de réadaptation pour les patients souffrant de lombalgies.

2. 4. Démarche de promotion ou de prévention

Sur les 55 études que nous avons trouvées, la plupart concernent la prévention en matière de santé au travail en Belgique (31 études), 17 études concernent la promotion de la santé et sept concernent la prévention des risques et la promotion de la santé au travail simultanément. Les études francophones traitent plus souvent de la prévention en matière de santé au travail, tandis que les études néerlandophones se consacrent davantage à la promotion de la santé. Les études francophones combinent plus souvent la prévention et la promotion.

2. 5. Type de prévention des risques professionnels

Sur les 38 études dont les sujets étaient liés à la prévention, 15 études portent sur la prévention primaire, 6 études sur la prévention secondaire et 2 études sur la prévention tertiaire. Huit études portent sur la prévention à la fois primaire et secondaire, et sept études traitent des trois types de prévention simultanément.

2. 6. Secteur(s) concerné(s)

Sur les 55 études que nous avons trouvées au sujet de la prévention des risques et de la promotion de la santé au travail en Belgique, la majorité ont examiné tous les secteurs ou un "mix" de secteurs (respectivement 22 et 13 études). Aucune étude n'a examiné le secteur primaire seul. Deux études ont examiné le secteur secondaire exclusivement et 18 études ont examiné uniquement le secteur tertiaire.

2. 7. Problématiques de santé étudiées

Sur les 55 études que nous avons trouvées au sujet de la prévention et de la promotion de la santé au travail en Belgique, dix études abordent les risques professionnels de manière générale. D'ailleurs, quatorze études concernent les risques psychosociaux : quatre études abordent la question d'une manière globale, d'autres s'attardent sur des dimensions spécifiques comme le stress (2 études), le burnout (2 études) et le harcèlement moral (2 études). Certaines études abordent particulièrement les relations entre le stress et autres problématiques: le stress et les troubles musculosquelettiques (2 études), le stress et le sédentarisme (1 étude) et le stress et les maladies coronaires (1 étude). De plus, trois études relatives à la gestion des âges en entreprise ont également été trouvées. Nous avons également trouvé onze études concernant les troubles musculosquelettiques. Une étude se centre sur les risques physiques en général, deux études concernent les risques chimiques et une porte sur l'exposition au bruit. De même, une étude concernant les accidents de travail a été trouvée. Enfin, 11 études analysent respectivement toute une série de comportements de santé, à savoir: l'activité physique (4), le sédentarisme (2), la nutrition (1), le diabète (1), le bien-être (1), la posture pour s'asseoir (1) le style de vie (1).

Une des sources répertoriées reprend 8 études de cas auxquelles correspondent à chaque fois des problématiques spécifiques : les accidents du travail (4 études de cas), le stress (2 études de cas), les troubles musculosquelettiques (1 étude de cas) et la violence du public (1 étude de cas).

2. 8. Les actions de promotion/prévention analysées

Sur les 55 études que nous avons trouvées au sujet de la prévention des risques professionnels et de la promotion de la santé au travail en Belgique, une partie des études concerne la création de différents outils de prévention des risques ou de promotion de la santé au travail (16 études). Nous avons également trouvé 11 études ayant mis l'accent sur la diffusion des recommandations et des bonnes pratiques tirées de la littérature spécialisée et des recherches empiriques. De plus, cinq études portant sur des actions éducatives ont été trouvées. Trois études présentent des méthodes d'analyse des risques professionnels et quatre études analysent, plus particulièrement, des méthodologies visant à associer les travailleurs aux processus d'analyse de risques ou d'autres actions relatives à la santé au travail. Nous avons également trouvé une étude qui promeut une intervention basée sur la méthode de recherche-action, une étude qui dégage des hypothèses de recherche opérationnelle pour apporter des réponses empiriques sur le lien entre bien-être et performance organisationnelle et deux études concernant les interventions ergonomiques. Une étude analysant les mesures de protection individuelle a également été trouvée. Certaines études se sont attardées sur des « comportements de santé » : une étude analyse la promotion de l'activité physique en général, deux études explorent les effets de pratique du vélo et deux autres évaluent l'utilisation d'un podomètre sur le lieu de travail. Enfin, 2 études proposent différents types d'actions, une étude priorise les actions sur l'organisation du travail et une étude porte sur la pertinence des examens physiques comme méthode de prévention.

Il convient de préciser qu'une source propose plusieurs méthodologies selon les différentes études de cas examinées : des actions éducatives (4 études de cas), l'adaptation de l'organisation du travail (4 études de cas), la modification des conditions physiques de travail (3 études de cas) et la rotation des postes (1 étude de cas).

2. 9. Acteurs au cœur de l'étude

Sur les 55 études répertoriées, 19 s'intéressent prioritairement au rôle des travailleurs dans la démarche de prévention/promotion. 24 autres portent sur la participation de plusieurs acteurs : huit études associent tous les acteurs de l'entreprise, sept études concernent la direction (/managers) et les travailleurs, quatre études soulignent la participation des acteurs des services internes et/ou externes de prévention et des travailleurs, une étude associe les services externes, l'employeur et les travailleurs, une étude concerne les travailleurs et le médecin du travail et une autre vise l'implication conjointe des conseillers en prévention et des responsables de services. De plus, nous avons trouvé une étude concernant les travailleurs, le médecin du travail et le médecin généraliste. Une étude focalisée sur la situation des médecins généralistes insiste sur trois acteurs fondamentaux : la profession médicale, les instances de régulation et les instances académiques. Une étude concerne

l'implication d'une ONG et une étude s'intéresse aux entreprises d'économie sociale, à leurs travailleurs et aux responsables de la promotion de la santé au travail engagés en leur sein.

Enfin, une étude spécifie les parties prenantes en question en fonction de l'étude de cas examinée : managers et travailleurs (5 études de cas), travailleurs (4 études de cas), managers, travailleurs et service interne de prévention (1 étude de cas) et travailleurs et service interne de prévention (1 étude de cas).

Notons en outre que quatre études sont spécifiquement destinées aux employeurs et que cinq études s'adressent à des professionnels de la santé au travail (médecins et conseillers).

2. 10. Axes d'intervention promus

Sur les 55 études, 25 encouragent la mise en place de démarches de prévention qui engagent à la fois un changement de l'environnement de travail (organisation du travail et conditions de travail) et un changement de comportements individuels. 17 études privilégient une intervention sur l'environnement de travail et 12 études mettent exclusivement l'accent sur des comportements individuels.

L'étude qui reprend plusieurs études de cas spécifie la finalité de l'intervention pour chaque cas : un changement dans l'organisation du travail pour 8 cas, un changement dans les comportements individuels pour 3 cas, et une action conjointe sur les deux niveaux pour le dernier cas.

2. 11. Le transfert de connaissances

Peu d'études publiées dans les revues internationales abordent les conséquences de l'intervention sur le lieu de travail. Quelques-unes évoquent néanmoins la question du suivi réservé aux interventions sur le lieu de travail. Les travaux de Kathleen Gysemans rendent compte du fait qu'après l'intervention, les travailleurs ont eu l'intention de démarrer une initiative de suivi de la démarche. La thèse de doctorat d'Inge Bogaert montre que tant les travailleurs que les gestionnaires étaient disposés à poursuivre certaines initiatives en matière de santé. L'étude de Veerle Dubuy et al. montre également que les acteurs étaient prêts à donner une suite au projet "Bike to Work".

Au-delà du suivi, il est utile de s'arrêter sur ce que recouvre la notion de *transfert de connaissances* pour dégager les éléments qui ressortent de ce relevé de la littérature. Il convient en effet de faire la distinction entre la finalité d'accès aux connaissances et une finalité de mise en œuvre des connaissances. Le transfert de connaissances peut être défini comme « un processus qui facilite le fait que des individus et/ou des organismes accèdent à des informations essentielles, jusqu'ici détenues par une seule personne ou un petit groupe de personnes, en vue de leur utilisation » (Government of Alberta, cité par Graham et al., 2006). De la sorte, une bonne partie des études relevées participent aux processus de transfert de connaissances à partir des différentes actions, notamment : les études qui concernent la production des documents de vulgarisation des résultats de recherches portant sur la sensibilisation aux questions spécifiques comme les RPS (ex. Flohimon et

al., 2013 ; Hansez et al., 2011), la diffusion des bonnes pratiques et des recommandations (ex. Mairiaux et al., 2008 (b); DeCia et al., 2012 ; Nyssen et al., 2010), la présentation de stratégies de prévention participatives (ex. Hambach et al., 2011; Malchaire 2006), ou encore les études portant sur la création d'outils de prévention (ex. Hansez et al., 2013 ; Eeckelaert et al., 2014). Toutefois il convient de noter que la manière dont les acteurs se sont effectivement appropriés ces documents et/outils, n'a été évoquée dans aucun cas : la principale dynamique du transfert ne repose pas forcément sur la mise en œuvre effective des connaissances, mais sur la diffusion et la vulgarisation des résultats de recherches vers les acteurs de terrain.

Par contre, dans deux études qui abordent la question de l'impact direct sur le lieu de travail, le transfert s'opère au niveau de l'utilisation « stratégique » des connaissances (Graham et al., 2006, Estabrooks, 1999). Dans d'autres mots, la finalité du transfert est que les résultats des recherches soient effectivement mis en pratique ou transformés en interventions.

Presque aucune étude répertoriée n'aborde l'impact direct de la recherche sur le lieu de travail, à quelques exceptions près. La recherche-action sur les TMS (Coopmans et al., 2008) constate des effets positifs à plusieurs niveaux. Au sein du lieu de travail: la reconnaissance par l'employeur de la problématique des TMS, la réalisation des démarches ciblées sur certains postes de travail et l'organisation d'une école du dos. Au niveau sectoriel: le dépôt des revendications en commission paritaire du nettoyage, la demande de reconnaissance des entreprises du secteur du nettoyage comme secteur à risque et le dépôt de projet de normes européennes sur les conditions de travail dans le secteur du nettoyage. L'étude concernant le développement d'un système déclaratif d'incidents / accidents en milieu de soins de santé (Nyssen et al., 2003) fait, quant à elle, référence à l'application à titre expérimental de la démarche au sein de deux départements d'anesthésie / réanimation de deux établissements et montre la possibilité d'élargir la démarche à d'autres disciplines médicales.

3. Freins et éléments facilitants selon l'examen de la littérature

Ce paragraphe donne un aperçu des freins et éléments facilitants relatifs aux initiatives de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels. Vu la forte cohésion entre prévention et promotion – également la pratique – nous aborderons ces différents facteurs de manière concomitante pour les deux démarches.

3. 1. Conditions préalables au succès

De nombreux auteurs soulignent le rôle crucial de la **direction et du management** aux différents échelons de la ligne hiérarchique : s'ils jouent un rôle positif, cela peut s'avérer très favorable pour l'intervention (Delagrangé, 2013). Les travailleurs doivent ressentir le soutien social du management

lors de l'intervention (De Cocker et al., 2015a ; Bogaert et al., 2016). Selon Hublet et al. (2015), c'est la direction qui doit prendre la responsabilité morale en ce qui concerne l'intervention. Selon certains auteurs, la direction et les responsables des différents départements doivent donc faire preuve d'un puissant leadership, alors que d'autres soulignent davantage l'approche ascendante (*bottom-up*). Quoi qu'il en soit, les différents acteurs – y compris la direction – doivent être ouverts au changement, accepter l'intervention et faire preuve d'une participation active (Van Peteghem et al., 2013; Grundtvig, 2016). Certains auteurs préconisent toutefois de clarifier le rôle des différents acteurs, notamment la répartition des tâches entre les différents membres de la ligne hiérarchique et les représentants des travailleurs (Van Peteghem et al., 2013). En outre, plusieurs études soulignent également l'importance de la transmission des informations par le management. La transmission d'informations claires et précises sur tous les aspects de l'intervention (l'objet, les étapes, les méthodes, la durée, les limites, ...) est recommandée afin d'éviter l'incompréhension et la méfiance des travailleurs et de favoriser leur engagement (Malchaire, 2006; Leroy et al., 2009; Flohimont et al., 2013; Delanouis et al., 2002 ; Van Peteghem et al., 2013).

Il est communément admis que **l'implication du travailleur** est, elle aussi, cruciale (Grundtvig, 2016). Les travailleurs devant être les acteurs-clés du processus d'intervention. En tant qu'acteurs actifs, et pas seulement des « objets » de l'intervention. À titre d'illustration, l'étude de Malchaire (2006) a souligné le rôle crucial des connaissances des travailleurs sur leurs conditions réelles de travail pour la réussite d'une intervention. De la même manière, les conclusions d'une étude dans le secteur des soins (Nyssen et al., 2010) soulignent l'importance de l'associer aux travailleurs dans le processus de prise de décision concernant une intervention. Une étude menée dans l'industrie chimique a également souligné l'importance de la prise en compte des perceptions des travailleurs dans l'élaboration de toute stratégie de prévention des risques professionnels (Hambach et al., 2011). De Cocker et al (2015b) aboutissent à la conclusion que, dans le cas d'interventions pour la promotion de la santé, le niveau de qualification des travailleurs est un élément qui peut favoriser les chances de réussite : selon eux, des travailleurs hautement qualifiés connaîtraient mieux et accorderaient plus d'importance à un mode de vie sain ; de plus, ils maîtriseraient plus facilement les outils informatiques qui peuvent être utilisés lors d'une intervention. Néanmoins, cette observation n'a été faite que dans l'étude de De Cocker et al (2015b) et n'a pas été abordée dans les autres sources scientifiques consultés.

De manière générale – et indépendamment des acteurs spécifiques – la participation effective des travailleurs à une intervention de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels se voit encouragée par l'existence d'un **climat d'entreprise** favorable à l'intervention (Delobbe et al., 2012; Jonckheer et al., 2011; Hansez et al., 2011 ; Van Peteghem et al., 2013 ; Grundtvig et al., 2016). Godderis et al. (2004) parlent d'un engagement (*commitment*) de l'organisation en ce qui concerne la sécurité et la santé au travail. Dans ce contexte, il faut également parler des efforts constants visant à renforcer la sensibilisation à la sécurité, au bien-être et à la santé (De Cocker et al., 2015a). Selon De Greef et al. (2004) un climat d'engagement est également nécessaire pour une autre raison : il est, en effet, difficile de démontrer l'efficacité immédiate de

mesures de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels avec des preuves (économiques) solides. S'il n'y a donc pas « d'engagement » autour du sujet, il est facile de trouver des arguments pour ne pas intervenir. C'est la raison pour laquelle des entreprises avec des objectifs et une stratégie durables, et non purement économiques, sont avantagées, étant donné qu'elles répondent plus facilement aux ambitions d'un programme d'intervention (De Greef et al., 2004). Par ailleurs, une étude de Flanders Synergy démontre que ce sont principalement des arguments économiques qui peuvent convaincre la direction de soutenir une intervention (Alasoini et al., 2008).

Afin de pouvoir mener des interventions réussies, il doit y avoir un **environnement stable**. Selon Van Peteghem (2013), des éléments tels qu'une forte rotation du personnel, des restructurations et réductions du personnel ainsi qu'une perturbation de type macro-économique constituent des facteurs qui entravent une bonne politique de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels. Ce sont des facteurs qui minent la confiance des travailleurs et qui éliminent la perspective à long terme nécessaire. Un climat d'entreprise favorable suppose également un bon « climat social » : cela signifie la reconnaissance et la participation de tous les partenaires sociaux mais aussi l'absence de conflits sociaux (Van Peteghem et al., 2013). Van Peteghem et al. (2013) indiquent toutefois que, à l'inverse aussi, le fait de prendre connaissance de chiffres d'absentéisme élevés, le constat d'une baisse de productivité ou l'émergence de situations où les membres du personnel sont clairement demandeurs de mesures (par exemple à la suite d'un problème sérieux), peuvent constituer autant de *déclencheurs (triggers)* pour intensifier l'action générale au niveau de la promotion de la santé au travail ou de la prévention des risques professionnels.

3. 2. Les caractéristiques d'une intervention réussie

En ce qui concerne le contenu et les caractéristiques des interventions réussies, deux caractéristiques se hissent à l'avant-plan : la **participation** et l'**accès à l'information**. « L'échange de connaissances et d'informations – et ce, de manière démocratique afin de prendre en compte les recommandations des travailleurs », sont d'une importance cruciale selon Hansez et al. (2011).

Selon Van Peteghem et al. (2013), la législation belge relative au bien-être s'est avérée jouer un rôle moteur, ces dernières années, pour les interventions au niveau de la prévention (et la promotion) de la santé sur le lieu de travail. Selon la législation relative au bien-être, l'**approche participative** de la prévention de la santé au travail est un élément central. Cette participation active des différents acteurs sur le terrain, qui est selon de nombreux auteurs un élément central pour la réussite d'interventions de qualité en matière de santé au travail (Malchaire, 2001, 2006; Flohimont et al., 2013; Mairiaux et al., 2012; Hansez et al., 2011, 2013; Hambach et al., 2011; Nyssen et al., 2010; Delanouis et al., 2002; Mairiaux, 2005; Leroy et al., 2009; Delagrangé, H., 2013 ; Van Peteghem, 2013). À l'inverse, un manque d'implication et de consultation est considéré comme un frein important à la réussite d'interventions (Grundtvig et al., 2016). La valeur d'une approche

participative est donc omniprésente comme réponse à la question de savoir ce qui fait le succès des interventions concrètes de prévention des risques professionnels ou de promotion de la santé au travail (Flohimont et al., 2013). Les travailleurs et les employeurs doivent essayer de chercher des « solutions communes ». S'ils arrivent, de cette manière, aux mêmes conclusions, la mise en œuvre des interventions se heurtera à une faible résistance (Van Peteghem et al., 2013). Selon certaines études que nous avons identifiées, la structure de concertation sociale classique, sous la forme du CPPT, constitue ici la meilleure garantie de réussite (Flohimont et al., 2013 ; Hassard, 2012).

Un autre facteur de réussite consiste à stimuler, sensibiliser et former les acteurs concernés de manière active. L'**accès aux informations** pour tous les acteurs concernés est donc crucial. Cette tendance est illustrée par plusieurs exemples d'interventions réalisées en Belgique : la réalisation d'une campagne de sensibilisation sur le retour au travail après une maladie, en faisant découvrir les actions de soutien existantes aux acteurs sur le lieu de travail (Mairiaux et al., 2012) ; le développement d'outils de sensibilisation à l'égard des employeurs et des départements de ressources humaines en ce qui concerne la promotion d'un système de gestion des âges en entreprise (Hansez et al., 2011) ; ou bien la sensibilisation des travailleurs sur le burn-out par le médecin du travail (Hansez, 2013). Ce sont autant d'actions qui constituent des stratégies visant la prise de conscience des parties prenantes perçues comme acteurs principaux dans la mise en place d'un « lieu de travail sain ». En d'autres termes : le partage des connaissances permet la prise de conscience, l'engagement et la participation. Dans ce contexte, Lenderink et Godderis (2016) plaident pour la création d'un « système de guichet » (en ligne) où les médecins du travail peuvent rapporter les cas de (nouveaux) risques et combinaisons de problèmes de santé (afin de développer de nouvelles idées et mesures) ou des problèmes de santé liés au travail.

Plusieurs auteurs soulignent également le rôle essentiel d'**exemples positifs** pour optimiser les chances de réussite d'une intervention. Selon De Cocker et al. (2015a), des modèles positifs sont essentiels, lorsqu'on souhaite donner une impulsion à une nouvelle pratique au sein d'un corps de métier plus vaste. On retrouve des recommandations similaires dans l'étude de Bogaert et al. (2016), qui souligne le rôle crucial des chefs et ambassadeurs de projet enthousiastes et engagés.

Un quatrième thème important est l'**encadrement** (professionnel) des programmes d'intervention visant la promotion de la santé au travail ou la prévention des risques professionnels. Selon Bogaert (2016), les programmes d'intervention doivent disposer d'une structure organisationnelle solide, de sorte que chacun puisse percevoir les responsabilités de chacun à chaque étape du programme. Dans ce contexte, la création d'un groupe de pilotage ou d'un comité d'accompagnement est essentielle (Van Peteghem et al., 2013). Plusieurs auteurs soulignent également l'importance d'un soutien par des consultants (externes) expérimentés (Van Peteghem et al., 2013 ; Grundtvig et al., 2016). Il est important d'utiliser des *directives evidence-based* (Godderis et al., 2004 ; De Cocker et al., 2015a). Selon Van Peteghem et al. (2013), des groupes de travailleurs sans soutien ou supervision du contenu ont des difficultés à définir clairement la problématique et dès lors, à développer des solutions adéquates. Quand on parle d'un soutien professionnel (externe), le **caractère multidisciplinaire** de celui-ci semble également avoir son importance. Malchaire (2006) préfère parler

d'« interdisciplinarité », ce qui implique que des disciplines (p.ex. médecine du travail, psychologie, ergonomie, ...) collaborent réellement et se consultent, chacune partant de ses propres prémisses – et ne fassent pas simplement « leur part du travail » sans exprimer leur plus-value disciplinaire (Malchaire, 2006). Une telle approche doit également permettre aux professionnels de se spécialiser suffisamment, ce qui est primordial pour Godderis et al (2004), afin de pouvoir donner des avis appropriés. On plaide ici aussi pour une approche sur mesure par rapport aux travailleurs individuels (Spittaels et al., 2007). Une approche sur mesure ne doit, selon Van Peteghem et al. (2004), pas faire obstacle à une approche structurelle et collective focalisée sur une participation des travailleurs durant tout le processus : il s'agit de trouver un juste milieu. La collaboration entre le secteur (préventif) de la médecine du travail et le secteur (curatif) de la médecine de première ligne semble également avoir un rôle particulier – jusqu'ici sous-exploité – à jouer ; c'est sans doute le cas lorsqu'il s'agit de programmes visant à favoriser le retour au travail après une incapacité de travail (Poot et al., 2008; Mairiaux et al., 2012). Ce type d'approche peut également être efficace pour la détection précoce de signes de burn-out chez les travailleurs (Hansez et al., 2013).

Un cinquième groupe de facteurs permettant la réussite de programmes concrets concerne **l'efficience et l'efficacité** au sens large. Il est très important d'avoir des méthodes de screening simples et rapidement applicables ainsi qu'une attention similaire pour l'application aisée de techniques d'interventions concrètes (Delanouis et al., 2002 ; Van Peteghem et al., 2013). Dans ce contexte, l'utilisation du langage joue assurément un rôle : un langage clair que tout le monde comprend est une des conditions évidentes de réussite (Eeckelaert et al., 2014). Van Peteghem et al. (2013) soulignent également que le fait de ressentir (rapidement) les bienfaits liés à l'intervention peut être un facteur stimulant : « lorsque la mesure proposée apporte une amélioration sensible par rapport à la situation actuelle, cela signifie qu'il s'agit d'un facteur facilitant important. Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'un frein ». Il semble y avoir un consensus sur le fait qu'il n'est ni dans l'intérêt des employeurs, ni dans celui des travailleurs, qu'un programme d'intervention soit trop laborieux. Les employeurs doivent toutefois dégager suffisamment de temps durant les heures de travail pour mener l'intervention.

Il en va de même pour les **moyens financiers**. Toute intervention se situe dans le cadre d'un budget financier déterminé, où chaque investissement est forcément évalué en fonction des bénéfices éventuels – au sens large du terme. Or, selon Van Peteghem et al. (2013), tout « encadrement matériel » constitue un important facteur facilitant. Notons, à titre d'exemples : la mise à disposition d'infrastructures pour les participants à des groupes de travail, le fait de pouvoir disposer d'un budget suffisant pour l'adaptation des postes de travail ou l'achat de ressources, les possibilités d'embaucher un service d'expertise externe, etc. (Van Peteghem et al., 2013). À l'inverse, les limitations au niveau des « moyens » sont considérées comme un sérieux obstacle à la réussite d'interventions (Van Peteghem et al., 2013).

Un dernier facteur facilitant – qui s'éloigne quelque peu du contexte de mise en œuvre immédiat – concerne les contenus qui sont transmis aux **acteurs de la santé et du bien-être durant leur formation initiale**. Plus concrètement, il s'agit des étudiants en médecine. Selon Jonckheer et al.

(2011), ces acteurs essentiels sont trop peu sensibilisés à la problématique de la santé et du bien-être au travail – et ils ne voient pas suffisamment les opportunités de faire de la promotion de la santé au travail ou de la prévention des risques professionnels sur le terrain. Un autre groupe est celui des conseillers en prévention dans le cadre de leur processus formatif. Cette catégorie professionnelle devrait être davantage formée dans l'esprit des méthodes participatives et accessibles, considérées comme l'approche la plus efficace, tant par le législateur que par de nombreux scientifiques. Selon Hambach et al. (2011), cela ne serait pas encore suffisamment le cas à l'heure actuelle.

3. 3. Freins pour une intervention réussie

De nombreux freins à la réussite des interventions de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels sont les **pendants logiques des recettes du succès** : manque de travail sur mesure pour les travailleurs (Hublet et al., 2005 ; Bourdeaudhuij, et al., 2007) ; instabilité au sein de l'organisation (Van Peteghem et al., 2013) ; manque de collaboration et de communication entre les acteurs-clés (Van Peteghem et al., 2013) ; manque d'implication et d'engagement des acteurs-clés – en particulier au niveau du management mais aussi du personnel (Van Peteghem et al., 2013 ; De Cocker et al., 2015a) ; manque d'instruments et un soutien professionnel et des connaissances limités (Van Peteghem et al., 2013 ; De Cocker et al., 2015a,b ; Hublet et al., 2005 ; Bourdeaudhuij, et al., 2007) ; manque de temps et de moyens (Van Peteghem et al., 2013 ; de Cocker et al., 2015b ; Dubuy et al., 2013 ; Hansez et al. 2011) ; inquiétude quant à la faisabilité pratique et toutes sortes d'obstacles pratiques (De Cocker et al., 2015a ; Bogaert, 2016) ; confusion sur la répartition des tâches et les différents rôles des acteurs concernés (Mairiaux et al., 2012 ; Eeckelaert et al., 2014) ; interventions trop peu imprégnées de la culture d'entreprise et de la politique générale de l'organisation (De Bourdeaudhuij et al., 2007 ; Van Peteghem et al., 2013) ; attention trop importante ou focalisée sur la productivité (de Cocker et al., 2015b).

Une autre catégorie de freins qui n'a pas encore été abordée peut se résumer par la **réticence** au changement (Grundtvig et al., 2016). Il est difficile d'adapter certaines habitudes ou routines, même si celles-ci sont des causes évidentes de problèmes de santé. Dans un certain sens, il y a là aussi une sorte de fatalisme concernant certains risques de santé : les travailleurs vont « généraliser » les risques comme *risques du métier* (Hambach et al., 2011). Il s'agit évidemment d'un frein important à toute politique de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels.

Ensuite, un **manque de confiance** dans l'équipe d'experts encadrante est considéré comme un frein. Par exemple, les conseillers en prévention sont parfois perçus comme « trop liés » à l'employeur (Hambach et al., 2011 ; Leroy et al., 2009). Toutefois, les méthodes utilisées peuvent également constituer un frein. Une approche qui vise exclusivement à répertorier, quantifier et s'attaquer aux problèmes par des mesures directes concrètes mais qui ne vise pas à identifier la cause (profonde) des risques, peut s'avérer décourageante pour les travailleurs – certainement sur le long terme (Malchaire, 2006 ; Delanouis et al., 2002). Parfois, le management est toutefois parfois enclin à une

approche bottom up participative mais les travailleurs attendent que l'initiative vienne « d'en haut » et ils adoptent plutôt le rôle d'acteurs passifs (De Cocker et al., 2015a).

Enfin, Bogaert (2016) indique encore deux freins pouvant influencer la réussite des interventions sur le **long terme**. Un premier est le fossé qui se creuse entre les « intentions » et l'implication réelle dans la démarche. Ce fossé s'agrandit avec le temps, ce qui fait que presque chaque intervention fait face au problème de « confiance du programme ».

Chapitre 3 : Entretiens de personnes-ressources

1. Introduction

Pour appréhender les éléments qui facilitent ou freinent l'application concrète des résultats de recherche sur le terrain, des entretiens exploratoires ont été menés avec des personnes-ressources pendant les premières phases du projet. Ces rencontres ont visé deux principaux objectifs :

- nous orienter vers des lectures et des initiatives pertinentes de mise en place de démarches de promotion/prévention de la santé au travail
- alimenter la réflexion sur la problématique du transfert de connaissances et dégager des dimensions-clés pour l'élaboration de recommandations sur la manière de favoriser le partage des connaissances

Dix-huit personnes (neuf francophones et neuf néerlandophones) ont été contactées en raison de leur expertise en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies au travail. Du côté néerlandophone, il a été demandé à tous les experts (par téléphone ou par courriel) s'ils avaient connaissance d'une littérature et d'initiatives pertinentes concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies au travail (objectif 1). Pour des raisons pratiques, un entretien sur les éléments qui favorisent ou entravent la transmission des connaissances (objectif 2) a été mené avec trois experts néerlandophones seulement. Du côté francophone, les deux objectifs ont été abordés lors d'un seul et même entretien.

En outre une attention particulière a été accordée au fait que les personnes rencontrées soient issues des différents milieux d'action en santé au travail, à savoir : le milieu académique, l'administration fédérale compétente en la matière, des services externes de prévention et protection, le milieu associatif/centre d'expertise et le milieu médical. Nous avons fait le choix de recueillir le point de vue des interlocuteurs sociaux par des études de cas (chapitre 4).

Milieu	Nombre de personnes rencontrées
Académique	2Fr - 6Ndls
Administratif	1 Fr
SEPP	1Fr-2Ndls
Médical (hors SEPP)	2Fr - 1Ndls
Associatif	3Fr

Pour cerner les principaux freins et facilitateurs à la mise en place d'actions concrètes de prévention/promotion de la santé au travail, nous avons procédé par une démarche inductive. Les données recueillies (Fr-Ndls) ont fait l'objet d'un traitement en deux temps : à partir de la

retranscription des entretiens semi-directifs réalisés, une première liste de thèmes évoqués par chaque acteur a été élaborée. L'analyse transversale de l'ensemble des données a alors permis de dégager une série de thèmes, que nous présentons dans le présent chapitre.

2. Présentation des personnes ressources interviewées

Côté néerlandophone, l'équipe de la VUB a interviewé :

- Jan Van Peteghem (J.V.P) behaalde diploma's Burgerlijk Ingenieur in de Metaalkunde en in de Veiligheidstechniek (KU Leuven). Hij is gasthoogleraar aan de KU Leuven verbonden aan de Faculteit Ingenieurswetenschappen. Zijn expertise gebied is het welzijn op het werk.
- Lutgart Braeckman (L.B) is arbeidsgeneesheer en professor aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen in de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (UGent).
- Inge Bogaert (I.B) behaalde een PhD in lichamelijke opvoeding en bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel. Ze schreef een doctoraatsthesis binnen het domein van dit onderzoek: "Promoting a physically active lifestyle among Flemish secondary school teachers; a pedometer-based intervention".
- Lode Godderis is hoogleraar aan het centrum voor omgeving en gezondheid van de KU Leuven en is ook directeur onderzoek bij IDEWE. Hij leidt verschillende studies naar de relatie tussen beroep en gezondheid en re-integratie.
- Veerle Hermans is disciplineverantwoordelijke Ergonomie bij IDEWE en docent ergonomie aan de Vrije Univeriteit Brussel.
- Anton Deschrijver is hoofddocent in de vakgroep Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen.
- Marc Van Sprundel was gewoon hoogleraar (nu emeritus) in de vakgroep Sociale Geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen.
- Benedicte Deforche is verbonden aan de vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde van de UGent.
- Joeri Vannyvel is Senior stafmedewerker Gezond Werken aan het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGEZ).

Côté francophone, l'équipe de l'ULB a interviewé :

- Alain Piette (A.P), attaché-chef de la Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (DIRACT), Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi-Travail-Concertation sociale
- Isabelle Godin, chargée de cours à l'École de Santé Publique de l'ULB et directrice du Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS).
- Céline Mahieu, chargée de cours à l'École de Santé Publique de l'ULB et membre du Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé (CRISS).

- Maxime Coopmans (M.C), licencié en psychologie, responsable de projets au Centre de Défense et d'Action pour la Santé des Travailleurs (CDAST).
- Eric Hufkens (E.H), médecin généraliste en maison médicale, membre du réseau TRIO (groupes d'échanges entre médecins-conseil, médecins du travail et médecins généralistes).
- Un médecin du travail (MT, anonyme).
- Sébastien Bregy (S.B), chargé de projets asbl *Question santé*.
- Jean Marie Léonard (J-M.L), membre de l'Atelier santé de Charleroi.
- Jilali Laaouej (J.L), médecin spécialisé en médecine du travail de la Faculté de médecine de l'Université de Liège.

3. Analyse par thème

3. 1. Thème 1 : Du prescrit légal aux actions de santé au travail

Plusieurs contraintes trouvent leur origine dans la législation belge sur le bien-être : premièrement, l'éclatement des compétences entre différents domaines (les départements Emploi, Travail et Concertation sociale d'une part, et Santé publique d'autre part) et, deuxièmement, l'éclatement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir (les autorités fédérales et les entités fédérées).

Les difficultés qui renvoient à la législation sont de plusieurs ordres, selon qu'elles concernent, en amont, le niveau de l'élaboration des politiques de santé au travail ; ou, en aval, celui des modalités d'appropriation et d'application de la législation sur le terrain.

Sur le premier plan, plusieurs acteurs issus du monde académique (5) et administratif (1) pointent les difficultés inhérentes à la répartition des compétences entre niveaux de pouvoirs, qui portent préjudice à la mise en œuvre de mesures cohérentes et intégrées en termes de promotion et de prévention de la santé au travail. La prévention des risques professionnels et des maladies professionnelles relève d'un service public fédéral distinct de celui de la santé publique, et la mise en place d'initiatives de promotion de la santé au travail relève du champ de compétences des entités fédérées.

De kwaliteitsbewaking van de bedrijfsinterne en de externe arbeidsgeneeskundige diensten (arbeidsgeneeskunde wordt traditioneel beschouwd als een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg) is een bevoegdheid van de gemeenschappen (bvb. VIGEZ), terwijl het bedrijfsleven federaal georganiseerd is. Vlaanderen kan niets verplichten inzake gezondheids promotie aan de bedrijven omdat het geen federale bevoegdheid is. En omgekeerd heeft het federale overheid geen bevoegdheid omtrent gezondheids promotie op de werkvloer. (J.V.P)

Ik twijfel of preventie/promotie op de werkvloer werkt als het niet algemeen wordt opgenomen in de maatschappij (dit wil zeggen in de volksgezondheid en dat er samenwerking is met community health programs)). (L.B)

Sur le second plan, plusieurs personnes interviewées, issues du monde administratif (1), de la recherche (2), du secteur associatif (1) et du monde de la santé (1) pointent les difficultés à traduire la réglementation sous forme de plans d'actions concrets. Plusieurs raisons sont avancées :

- les difficultés de compréhension de la législation sur le bien-être au travail par certaines entreprises et, dès lors, d'une réappropriation par les acteurs des outils développés par le SPF ETCS, notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques psycho-sociaux (RPS).
- De neiging die personen uit de bedrijfswereld hebben om het strikte minimum te doen, voornamelijk door de beperkingen die eigen zijn aan kleine ondernemingen:

“Ten eerste doet de overgrote meerderheid van ondernemingen en over het algemeen alleen dat wat de wet hen opdraagt als het gaat om ziektepreventie en gezondheids promotie op de werkvloer. Hoewel deze tendens sterk samenhangt met de grootte van een bedrijf: vooral kleine ondernemingen doen alleen wat de wet hen opdraagt. Jammer genoeg zijn de wetten zodanig opgesteld dat zij weinig rekening houden met de bestaande wetenschappelijke kennis” (J.V.P)

- L'insuffisance de mécanismes de contrôles susceptibles de favoriser la mise en place de démarches de promotion/prévention au-delà d'une obligation de moyens.

La loi de 96 est intéressante sur papier mais, en pratique, ne fonctionne pas : tout pousse à faire de la prévention mais les « garde-fous » ou les moyens de contrôler la transposition sur le terrain, ne sont pas véritablement mis en place. (...) L'inspection du contrôle bien-être au travail manque cruellement d'effectifs. (J.L)

En Belgique il y a 1 grosse entreprise sur 4 qui fait de l'analyse de risque, parmi elles 1 sur 10 comprend les RSP et les TMS. C'est-à-dire que seulement 1 entreprise sur 40 fait l'analyse de risque sur les RSP et les TMS, comme le prescrit la loi. (A.P)

3. 2. Thème 2 : Sensibiliser les acteurs de l'entreprise

Plusieurs représentants du monde académique et de l'administration partagent le constat de la nécessité de sensibiliser les acteurs de l'entreprise et l'opinion publique aux **enjeux globaux de santé publique qui découlent des problèmes de santé au travail**, pour favoriser la mise en place de démarches de prévention. Les recherches scientifiques doivent avoir un rôle à ajouter dans la mise en visibilité du phénomène.

Une des difficultés pour le transfert de résultats de recherches vers l'entreprise est le manque de connaissance sur les questions de bien-être au travail, le manque de vision de prévention dans sa globalité, sur le long terme et sur le coût de la non-prévention. (A.P)

Nieuwe fenomenen moeten bespreekbaar gemaakt worden (zoals dat vroeger gedaan is geweest met pesten op het werk en stress). Daarom is er nog altijd een belangrijke rol voor wetenschappers om praktijkervaringen te onderzoeken. Wanneer een fenomeen bespreekbaar wordt gemaakt, kan men er ook mee aan de slag om het te voorkomen. (J.V.P)

L Wanneer je een campagne voert moet het het publiek aanspreken. De kennisoverdracht wordt bevorderd wanneer de campagne past binnen de bedrijfscultuur. (L.B)

Gezondheids promotie op het werk moet, volgens een expert uit de academische wereld, op vrijwillige basis gebeuren. Dit is noodzakelijk omdat sommige acties door de werknemers kunnen gezien worden als iets wat hun persoonlijke levenssfeer binnendringt en/of stigmatiserend zouden kunnen zijn (vb. acties rond een gezonde leefstijl). Een van de experts illustreerde dit gevaar voor stigma met een concreet voorbeeld. In verband met de doelstelling van een interventie om het BMI te reduceren, redeneerde een personeelslid dat wat zwaarlijviger is: “Het is mijn schuld dat wij nu allemaal aan gezondheids promotie moeten doen”. (I.B)

Deux professionnels de santé, un acteur du secteur associatif, un chercheur et un représentant de l’administration partagent le point de vue du **rôle clé joué par les managers** dans la mise en œuvre des démarches de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels. Une personne rencontrée va jusqu’à suggérer de faire figurer les budgets consacrés à la santé dans le business plan de l’entreprise.

Il faut que les gens comprennent que la prévention est rentable. Le rapport de l’agence européenne le montre très bien : 1 euro investi ramène entre 3 et 10 euros. (A.P)

De slaagkans van een interventie vergroot wanneer die wordt gesteund vanuit het management. (I.B)

Toutes les études permettent de dire que lorsqu’on améliore les conditions de travail dans une entreprise c’est favorable à l’entreprise. Or, c’est un message difficile à passer au niveau du management. (J.L)

Si les responsables des PME TPE ne perçoivent pas un impact positif direct, ils ne voient pas l’intérêt de mettre en place une démarche de promotion ou la prévention de la santé au travail. Une piste pour améliorer la prise de conscience sur l’importance de ces démarches pourrait être d’inclure la santé comme objet dans le business plan de l’entreprise. (S.B)

3. 3. Thème 3 : tenir compte de la taille de l’entreprise

Quatre chercheurs, deux représentants du secteur associatif et un médecin du travail pointent la nécessité de tenir compte de la taille de l’entreprise pour considérer les problèmes de mise en place de démarches de promotion ou de prévention sur le lieu de travail.

Les conditions d’exercice des activités de travail comme indépendant (en dehors d’un collectif de travail), les contraintes financières auxquelles les petites entreprises font face et les difficultés à recourir à des services externes ont pour effet de fréquemment reléguer les démarches de promotion/prévention au second plan. Les actions de sensibilisation doivent être renforcées en veillant à adapter le discours à ces spécificités.

L. Braeckman haalt eveneens aan dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen kleine en grote ondernemingen voor wat betreft hun aanpak van gezondheidsinterventies op de werkvloer. Grote bedrijven zullen eerder bepaalde programma's opzetten en externe experts inschakelen. (L.B)

Vooral kleine ondernemingen richten zich tot de regelgeving. Wanneer de regelgeving/wettelijke verplichting afwezig is, zullen ze zich ook niet inzetten voor preventie (J.V.P)

La PME / TPE a d'autres problématiques par rapport aux grosses entreprises. Lors de la mise en place d'incitants à la promotion de la santé au travail fait on a une grande difficulté à mobiliser ce public pour des questions de santé qu'ils ne considèrent pas directement liées à l'efficacité de leurs entreprises. Il est primordial que les gens soient un peu sensibilisés aux questions de ST. (S.B)

Il y un écart entre législation dans la matière et la réalité du terrain, notamment pour les PME et le secteur sous-traitance (J.M.L)

Le développement des « programmes de santé » d'habitude se réalise au sein des grosses entreprises et pour les publics qui en ont moins besoin ...les inégalités de santé sont toujours là (MT)

3. 4. Thème 4 : Les enjeux d'un partage de connaissances entre les acteurs internes et externes à l'entreprise

Plusieurs personnes-ressources rencontrées soulignent la difficulté d'organiser un partage d'informations efficace entre acteurs internes et externes à l'entreprise engagés sur les questions de santé au travail.

Au sein du réseau TRIO par exemple, qui est un lieu de partage de connaissance sur la santé au travail **entre professionnels de santé** (médecins généralistes, médecins du travail et médecins conseils), le dialogue tend à permettre une lecture partagée des éléments qu'il conviendrait de changer pour promouvoir la santé au travail mais sans que les acteurs engagés dans le dialogue n'aient de mandats au niveau politique, ni les moyens pour mettre des initiatives en place.

Le partage de connaissances **entre les interlocuteurs sociaux et les chercheurs** se pose à un double niveau.

Au niveau des organes légaux de concertation sociale en entreprise, deux personnes issues du monde de la recherche pointent l'insuffisance de dialogue entre les interlocuteurs sociaux et les acteurs qui produisent des connaissances scientifiques. Le CPPT peut faire appel à un centre d'expertise mais l'employeur ne prend pas en charge le coût de la prestation et peut refuser l'initiative, ce qui diffère de la situation en France au niveau des règles de fonctionnement des CHSCT. La difficulté à collaborer pourrait également venir du fait que l'« expertise » scientifique peut perturber les priorités que se fixent les acteurs sociaux dans le cadre de leurs négociations.

Au niveau des organes consultatifs paritaires, et notamment du conseil supérieur pour la prévention et la protection sur le lieu du travail, l'intervention d'acteurs issus du monde de la recherche peut contrarier les arbitrages qui font d'ores et déjà l'objet de compromis. A titre d'exemples, alors que la recherche tend à montrer que les examens médicaux n'ont aucune valeur préventive, ceux-ci restent revendiqués par les acteurs de l'entreprise.

Wanneer de sociale partners onderling discussiëren "lopen wetenschappers die weten waarover ze praten in de weg wanneer de compromissen die moeten bereikt worden van politieke aard zijn" (...). Toch is het [de hoge raad voor preventie en bescherming op het werk] een belangrijk orgaan want zij geven advies over wetsvoorstellen. Het is problematisch dat wetenschappelijke aspecten nauwelijks aan bod komen in deze raad. De verklaring daarvoor is dat de raad bestaat uit de sociale partners die onderling discussiëren en waarbij de inbreng van het terrein en de academische wereld nauwelijks meetelt. (J.V.P)

3. 5. Thème 5: Valoriser le rôle des conseillers en prévention (internes et externes) dans la transmission des connaissances

Les difficultés inhérentes au rôle perçu du conseiller en prévention sont également revenues de manière convergente dans les propos de deux acteurs, l'un issu de l'administration, l'autre issu du monde de la recherche.

Le temps consacré par les conseillers en prévention aux actions de sensibilisation peut également être perçu négativement, étant donné l'étendue de leurs tâches. Parmi elles, les aspects de prévention et d'acquisition de connaissances ne sont pas toujours honorés : par exemple, la tâche « se tenir au courant des connaissances scientifiques » ne bénéficie pas de suffisamment de soutien. Ces problèmes se font principalement sentir dans les entreprises comptant moins de 100 travailleurs.

Il n'y pas une vision de prévention, de sa globalité, du cout de la non prévention, rien. Donc, quand on devient conseiller prévention d'une entreprises où il y a 50 ou 100 travailleurs, on est souvent « l'emmerdeur ». Donc il faut dans l'entreprise, sensibiliser et convaincre. (A.P)

De rol van de interne preventieadviseur is belangrijk. Het is de taak van de interne preventieadviseur om wetenschappelijke kennis een plaats te geven in het preventie/promotiebeleid van een onderneming. Via de preventieadviseur druppelt wetenschappelijke kennis door. Maar de functie van interne preventieadviseur is te zwaar beladen. Eigenlijk hebben ze nu te veel te doen om het laatste veiligheidsnieuws te volgen. (J.V.P)

Du point de vue d'un acteur académique interviewé, les services internes et externes de prévention ont un rôle important à jouer en matière de transmission des connaissances scientifiques sur les questions de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels à l'aide de méthodes spécifiques d'intervention, sur le modèle du centre d'expertise VIGEZ. Un médecin du travail souligne la nécessité que du temps soit spécifiquement dégagé pour poursuivre cette mission.

Wetenschappelijke kennis kan worden overgedragen door methodieken te ontwikkelen. De externe preventiediensten doen hierbij goed werk. IDEWE is de meest academische georiënteerde, maar hun methode wordt overgenomen door andere diensten. (J.V.P)

La nouvelle réglementation tarifaire de SEPP pourrait ouvrir des nouvelles opportunités. Un des objectifs est de pouvoir dégager du temps pour d'autres actions de prévention, par exemple : développer une politique de bien-être au travail plus qu'une surveillance santé. (MT)

3. 6. Thème 6: La nécessité de rendre accessibles les connaissances scientifiques

De nombreuses personnes rencontrées attestent du fossé qui existe entre les résultats de recherches scientifiques et les pratiques mises en œuvre par les acteurs sur le terrain. Plusieurs raisons sont pointées.

Sur le plan de l'accessibilité des résultats produits, les centres de recherche ne se consacrent pas suffisamment à la traduction de leurs résultats sous forme d'outils directement mobilisables par les acteurs et ne diffusent pas suffisamment leurs résultats auprès d'autres acteurs, associatifs par exemple, engagés sur les questions de santé au travail. Un acteur du monde académique et un représentant du secteur associatif vont jusqu'à suggérer une obligation, dans les appels à projets, de produire une vulgarisation et à ce qu'une synthèse de l'ensemble des travaux de recherche puisse être disponible.

Daarom is het belangrijk dat wetenschappers ook publiceren in vaktijdschriften. Het zou bijvoorbeeld in de projectvoorstellen moeten staan dat er ook vulgariserend gepubliceerd moet worden (J.V.P.)

Les petites associations qui travaillent sur la santé au travail se trouvent en dehors de canaux de communication académiques et manquent d'information sur les conférences ou les recherches réalisées. Il serait intéressant qu'un centre de recherche puisse effectuer un travail de veille sur tous ce qui se produit au niveau académique et sur lequel on pourrait se nourrir. (S.B)

Plusieurs acteurs du monde associatif, médical et administratif soulignent l'intérêt des recherches-actions sur les questions de santé au travail, car elles ont le mérite d'associer directement les acteurs de l'entreprise engagés sur les questions de santé au travail à la construction de l'objet de recherche, aux choix des méthodes de recueil d'information appropriés et aux solutions les mieux adaptées à leur environnement de travail (en étant les acteurs comme experts de leur environnement de travail). L'initiative menée par l'Atelier santé à Charleroi sur les TMS dans le secteur du nettoyage est notamment pointé en ce qu'il a la promotion d'une dynamique locale porteuse de solutions.

Pour que les gens s'approprient les questions de santé au travail, il faut mener des recherches à partir des problématiques / besoins du terrain et pas l'inverse. (J.L)

L'objectif principal (SPF) c'est de donner des outils d'information pour le terrain, mais je crois que les solutions aux problèmes viendront du terrain. Nous ne sommes pas sur le terrain, par contre quand il y a quelqu'un de motivé (un conseiller en prévention, un syndicaliste ou un

patron) qui veut agir sur la prévention de la santé au travail il faut montrer qu'il y a des moyens au niveau méthodologique et au niveau de la réglementation qui permettent d'avancer sur l'amélioration des conditions de travail. (A.P)

Un acteur du monde de la santé souligne également le fait que les évidences scientifiques ne sont pas suffisantes pour faire reconnaître un problème de santé au travail. Le cas de la silicose l'illustre parfaitement dans la mesure où il a fallu presque 50 ans pour la faire reconnaître après que les preuves scientifiques ont été établies sur la causalité entre travail de la mine et silicose, soulignant, par-là, l'importance de l'environnement social et politique.

Enfin, les personnes rencontrées pointent deux éléments sur lesquels les chercheurs doivent être attentifs au niveau méthodologique. D'une part, ils doivent associer un maximum les acteurs de l'entreprise à l'élaboration de la recherche pour éviter les craintes des travailleurs par rapport à l'usage susceptible d'être fait de leurs témoignages. D'autre part, ils doivent s'engager à réaliser un « retour » de leurs résultats de recherches sur le terrain.

L'utilisation des questionnaires qui vient de l'extérieur conduit au mensonge, à occulter les problèmes, à se protéger face à la manière dont les résultats seront utilisés (qui, comment, dans quel but ?), ce qui a un effet sur la fiabilité des données recueillies. D'où l'importance d'impliquer les travailleurs dans la définition et la réalisation des actions (E.H)

Beaucoup de gens ont déjà participé à différentes enquêtes réalisées par des chercheurs mais ils n'ont pas forcément eu un retour sur les résultats obtenus ou des recommandations/mesures concrètes à mettre en place. (S.B)

3. 7. Thème 7 : Quels leviers d'action pour les médecins du travail ?

Deux médecins généralistes et un acteur du monde associatif mettent l'accent sur le besoin d'améliorer la collaboration entre les différents professionnels de santé engagés sur les questions de santé au travail (médecins du travail, médecins généralistes, médecins conseils).

Une des considérations porte sur les tâches dévolues au médecin du travail. Celui-ci ne considère généralement pas le champ de la promotion de la santé comme une de ses missions. Il sous-estime en outre le rôle qu'il est susceptible de jouer dans la diffusion des connaissances auprès d'autres acteurs de l'entreprise.

De arbeidsgeneesheer kan in de eerste plaats een rol spelen in de overdracht van wetenschappelijke kennis omtrent gezondheids promotie en –preventie naar de werkvloer. (L.B)

En outre, les personnes rencontrées soulignent que les interventions qui sont exclusivement centrées sur la surveillance médicale en cabinet peuvent porter préjudice non seulement à une appréhension, par les médecins, des conditions réelles d'exercice du travail et au développement d'une approche pluridisciplinaire qui permette la prise en compte des connaissances de tous les acteurs engagés sur les questions de santé au travail (ingénieurs en sécurité, psychologues, ergonomes,...).

Daardoor overinvesteren we in medisch onderzoek. Artsen hebben baat bij het behouden van het medisch onderzoek, want het gaat om een goed betaalde job zonder enige verantwoordelijkheid. (...) Ook al weten de artsen dat het niet werkt. Vb. de risico's m.b.t. asbest kan je niet voorkomen op basis van medische onderzoeken: op het ogenblik dat de geneesheer longdeficiënties vaststelt is het kalf verdronken: dergelijke medische onderzoeken hebben geen enkele preventieve waarde. Intensief gezondheidstoezicht door de arbeidsgeneesheer als basis van het preventiebeleid is duur en weinig effectief; hierover bestaat uitgebreid wetenschappelijk onderzoek. De bedrijfsgezondheidszorg moet dan ook gedemmedicaliseerd worden. Arbeidsgeneesheren hebben een te zwak ontwikkelde aandacht voor een structurele aanpak (J.V.P)

Actuellement le médecin du travail passe beaucoup de temps au cabinet, il manque de connaissances de la réalité du terrain. Par exemple, si on reçoit une personne qui travaille pour une entreprise de nettoyage, d'habitude on va lui demander « vous avez mal au cou, dos..etc... Il faut aller plus loin Que se passe-t-il quand, en fait, cette personne fait le nettoyage mais dans une usine de produits hautement toxiques ? Le principal problème n'est pas les TMS mais l'exposition aux agents CMR, donc le fait de ne pas connaître le lieu de travail réel, peut induire fortement en erreur. (MT)

Par ailleurs, ils éprouvent des difficultés à accéder et à comprendre les données disponibles par le Fonds des maladies professionnelles (il n'existe pas de cadastre ou de cartographie des risques au niveau territorial et sectoriel).

3. 8. Thème 8 : L'articulation entre démarches individuelles et collectives

Deux médecins, un chercheur et un responsable de l'administration pointent l'intérêt à privilégier des démarches qui engagent une responsabilité collective des acteurs de l'entreprise avant de mettre en œuvre des actions centrées sur les comportements individuels.

Les deux médecins du travail interviewés pointent le danger que les démarches individuelles de promotion de la santé au travail ne stigmatisent les individus les moins productifs en leur faisant porter la responsabilité de leurs problèmes de santé.

Aujourd'hui il a y une tendance à axer les actions de prévention de la santé au travail de plus en plus sur des mesures individuelles. Par exemple : apprendre comment fonctionne sa colonne vertébrale et les bons gestes à réaliser c'est très utile, mais les études scientifiques prouvent que si on ne change pas les conditions sur les lieux de travail, ce type de mesure ne sert à rien. Les seules mesures au niveau individuel ne marchent pas, elles peuvent être utiles comme un complément des mesures de prévention menées sur les conditions de travail. (A.P)

Je moet op de 2 niveaus (individueel en collectief) inwerken om een geslaagde interventie op de werkvloer te hebben (Jan Van Peteghem zegt dit eveneens). (L.B)

Le risque lié aux mesures individuelles c'est justement d'individualiser la problématique et que la personne atteinte par la maladie se dise « c'est parce que je suis faible » (E.H)

Des inquiétudes par rapport au message donné par certaines campagnes de promotion de la santé au travail : « faire tout ce qui est possible pour que le travailleur soit le plus rentable ». La promotion de la santé devrait être abordée en aval, une fois que des bonnes conditions de travail peuvent être assurées au sein de l'entreprise. (MT)

3. 9. Thème 9: Manque de moyens pour diffuser et capitaliser les connaissances

De manière transversale, l'insuffisance des moyens disponibles pour favoriser le développement de véritables politiques de promotion et de prévention de la santé au travail est pointée par un acteur issu du monde scientifique, un médecin du travail et un responsable de l'administration. Les actions soulignées sont celles susceptibles de favoriser la diffusion des outils existants, liées à la compilation des résultats de recherche existants et celles du contrôle du prescrit légal en matière de prévention des risques professionnels.

Un autre problème important, il n'y a pas d'institut de recherche belge pour la santé au travail (ex. l'INRS en France) un vrai institut de recherche pour créer des compétences et une expertise propre. (A.P)

Er moeten genoeg budgetten beschikbaar gemaakt worden. Positief is dat bepaalde externe diensten nu een aparte afdeling en budget hebben voor gezondheidspromotie op de werkvloer. Strikt wettelijk ligt algemene gezondheidspromotie nu buiten het budget dat dient voor het medisch toezicht door de arbeidsgeneesheer. (L.B)

La plupart du temps il y a un manque de soutien pour pérenniser la portée des projets recherche ex. cancers professionnels. (MT)

La loi n'est pas mal faite, mais pour le terrain on manque de moyens. L'inspection du travail manque de moyens pour inspecter la mise en place de la réglementation, il y a 60 ergonomes pour 3 millions et demi de travailleurs. (A.P)

Chapitre 4 : Etudes de Cas

Les précédents chapitres ont mis en lumière un constat partagé par de nombreux experts, qu'ils soient issus du monde de la recherche ou d'institutions engagées sur les questions de santé au travail, à savoir : l'écart persistant entre des mesures de prévention rendues obligatoires par la loi et la mise en œuvre de démarches concrètes de prévention sur les lieux de travail.

Pour analyser les stratégies de transfert des résultats de recherche vers le monde de l'entreprise (deuxième volet de l'appel à projets), il est nécessaire de comprendre les dynamiques locales susceptibles de favoriser ou de freiner l'appropriation, par les acteurs de l'entreprise, des démarches de prévention/promotion préconisées par la recherche. À cette fin, nous avons fait le choix de réaliser les **études de cas**. Cette démarche devait permettre d'éclairer les enseignements tirés des autres niveaux d'analyse (relevé de la littérature et entretiens de personnes-ressources) et de dégager des leviers d'action susceptibles de favoriser la mise en œuvre de démarches de prévention/promotion.

Le principal critère de sélection des études de cas a consisté à rechercher des initiatives de prévention ou de promotion basées sur un ou plusieurs « outil(s) » développés en collaboration avec le milieu universitaire (guides méthodologiques, etc.). Pour cerner les dynamiques propres à chaque initiative étudiée, nous avons fait le choix de **confronter les points de vue** d'au moins trois parties prenantes aux démarches examinées, à savoir : un représentant de la direction des ressources humaines, un représentant des travailleurs et un acteur de la santé dans l'entreprise. Les entretiens semi-directifs ont duré, en moyenne, une heure et ont été effectués sur le lieu de travail des personnes interviewées, en respectant la confidentialité des données.

Le **guide d'entretien** utilisé a été structuré autour des trois temps forts qui caractérisent la mise en œuvre des démarches de prévention/promotion sur le lieu de travail, à savoir : 1) les « éléments-déclencheurs » qui incitent les acteurs à se lancer dans une démarche de santé au travail 2) le processus d'introduction puis de mise en place des actions et 3) les usages, à plus long terme, des résultats obtenus. Chacun de ces volets se décline en plusieurs dimensions, mises en évidence lors de la phase du relevé de la littérature spécialisée, qui ont été approfondies pendant l'entretien.

Pour l'encodage et le traitement des données, nous avons élaboré une **grille d'analyse** propre à chaque type d'acteur, en vue de classer les éléments facilitant ou freinant l'implémentation de la démarche sur le lieu de travail. Sur cette base, des thèmes et des sous-thèmes ont été dégagés. Ensuite, nous avons pointé les éléments bloquants ou stimulants faisant l'objet d'un consensus, ceux qui révélaient des positions opposées et certains éléments spécifiques soulignés exclusivement par l'une des parties prenantes. Enfin, ce croisement des données nous a permis de dégager les dimensions principales de notre analyse transversale. En effet, les tableaux qui synthétisent l'analyse de chaque cas (voir ci-dessous) ont été construits sur base de ce découpage thématique issu du terrain.

Le présent chapitre fait état des principaux enseignements tirés des quatre études de cas. La présentation succincte des quatre cas est suivie de l'analyse transversale entre les cas. La présentation complète des résultats de chaque cas figure en annexe du présent rapport.

Tableau 1 : les 4 études de cas analysées

Type d'initiative	Secteur
1. Dépistage participatif des risques professionnels	Secteur public (organisme régional)
2. Analyse des risques psychosociaux (enquête)	Secteur public (organisme communal)
3. Interventie met stappenteller bij schoolpersoneel	Secteur public (enseignement)
4. Interventie met stappenteller in een bedrijf	Secteur privé

1. Études de cas menées par l'ULB

1.1. Étude de cas 1: La mise en place d'une stratégie de gestion des risques professionnels (SOBANE) au sein d'un organisme régional du secteur public

La stratégie SOBANE est un outil qui a pour principal objectif de favoriser le passage de démarches formelles de prévention sous forme d'actions concrètes. À cet effet, la mise en place du dispositif vise l'élaboration d'un diagnostic partagé réalisé sur la base d'une méthodologie dite de « retour d'expérience ».

Dans cette étude de cas, différents acteurs de l'institution concernés par la prévention des risques sur le lieu de travail se sont engagés dans la démarche, à travers un groupe d'experts réunissant les acteurs du SIPP, des membres du département des ressources humaines et des représentants des travailleurs.

Nous nous sommes principalement penchés sur la mise en œuvre du premier niveau de la stratégie, à savoir, la réalisation d'un dépistage participatif des risques liés à l'ensemble des aspects de la vie au travail. La méthodologie de travail préconisée par l'outil repose sur la mise en place de réunions avec les travailleurs de chaque service et poursuit un double objectif : d'un côté, examiner, de manière collective, l'ensemble des problèmes liés aux situations de travail et, de l'autre, associer les travailleurs à l'élaboration de pistes de solutions pour y faire face.

La démarche a été inscrite dans le plan d'action globale de prévention de l'institution et vise à toucher plus de 1000 salariés. Après un an de mise en œuvre de la démarche, 15 services ont participé à la réalisation d'un dépistage des risques participatif sur un total de 75. Durant l'enquête, nous avons rencontré 11 personnes étant partie prenante au groupe d'experts chargé d'accompagner la mise en place de la démarche : des membres du service de ressources humaines (3), des représentants des travailleurs (6) et des membres du SIPP (2).

Le tableau qui suit présente un aperçu synthétique des éléments qui ont facilité ou rendu difficile le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention des risques dans le contexte spécifique de l'institution analysée. Une lecture en miroir de ces éléments permet de faire ressortir les éléments

qui peuvent constituer des leviers d'action ou des freins à lever pour favoriser une prévention durable des risques professionnels. Pour une présentation détaillée de l'étude de cas, cf. annexe.

Tableau 2 : freins et éléments facilitants relatifs à la démarche de prévention – étude de cas 1

Freins	Facilitateurs
<i>Début du projet</i>	<i>Début du projet</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Les actions antérieures restées sans suite - Les inquiétudes relatives à la mobilisation du personnel pour réaliser des actions - Acteurs peu sensibles à l'intérêt d'une démarche globale de prévention. - Les craintes liées au coût qu'impliquerait une démarche concernant l'ensemble des services (moyens et temps) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le besoin ressenti par les acteurs d'approfondir l'analyse des sources des risques professionnels - Les aspects pratiques de l'outil - L'implémentation d'un outil qui permet d'aboutir à un diagnostic partagé des problématiques rencontrées - Une méthodologie de travail structurée et facilement transposable aux spécificités de l'institution - Le rôle de la nouvelle législation sur les RPS - L'association de toutes les instances de l'institution lors de la validation de la stratégie à mettre en place - L'accès à une formation spécifique pour les acteurs chargés de l'implémentation de l'outil - La mise en place de la démarche sur l'ensemble des services de l'institution - Le travail conjoint entre le CP SIPP et la DRH
<i>Mise en œuvre des actions</i>	<i>Mise en œuvre des actions</i>
Les canaux de communication/information	Les canaux de communication/information
<ul style="list-style-type: none"> - Une « culture d'entreprise » caractérisée par des canaux d'information descendants - La faible transmission de l'information au sein de la ligne hiérarchique - La transmission de l'information limitée aux canaux formels - L'incompréhension des informations transmises aux travailleurs par les managers de première ligne. - Le manque d'information sur les rôles et les missions des acteurs du SIPP 	<ul style="list-style-type: none"> - La mobilisation des canaux d'information descendants et ascendants - La mobilisation des canaux d'information informels - Les supports offerts par l'outil pour présenter la démarche au sein des équipes - Le rôle du SIPP pour s'assurer de la manière dont l'information descend vers les travailleurs
La participation des travailleurs	La participation des travailleurs
<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de décalages entre les éléments mis en lumière par le biais de l'outil et les problèmes habituellement exprimés sur le terrain - Les difficultés des travailleurs pour s'exprimer ouvertement - La crainte des travailleurs vis-à-vis de l'usage qui sera fait des résultats - La perception des travailleurs de l'utilité de la démarche de prévention - L'échec des expériences dites « participatives » 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'une démarche basée sur une approche participative - La prise en compte des connaissances des travailleurs et pas seulement des « spécialistes » - La reconnaissance des travailleurs comme experts de leurs conditions de travail - L'implication des travailleurs dans l'élaboration des pistes de solutions concrètes - La mise en lumière de la dimension collective et transversale des problèmes rencontrés - L'approche « bottom-up » pour faire remonter

<p>antérieures</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le non-respect du caractère volontaire de la démarche (personnes désignées par leur hiérarchie) - Le manque d' « outillage » des animateurs pour aborder les aspects psychosociaux au sein des réunions 	<p>des pistes de solutions qui viennent du terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'organisation des réunions de travail sans la présence des chefs de service pour faciliter la liberté d'expression
<p>La place de managers de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'un outil spécifique pour les managers pour réaliser la même démarche à leur niveau - L'absence de « guidelines/recommandations » sur la façon de procéder pour réaliser un feedback aux managers - Les injonctions paradoxales auxquelles les managers doivent faire face. - La marge de manœuvre des managers pour implémenter des améliorations proposées 	<p>La place des managers de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation d'un retour des résultats obtenus des réunions aux chefs de service - La manière d'aborder les problématiques rencontrées avec un manager est plus efficace si elle se base sur une démarche de recherche des solutions
<p>Les dispositifs de suivi et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - La faible/moyenne articulation avec d'autres acteurs de la santé au travail non impliqués directement dans la démarche - La crainte liée à la surcharge de travail des personnes référents « spocs » - La marge de manœuvre des personnes « référentes » pour assurer le suivi et la réalisation des propositions - Le faible niveau de transversalité entre les différentes « to do lists » de l'institution - La faible articulation de la démarche avec des actions menées au niveau du SEPP 	<p>Les dispositifs de suivi et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un groupe d'experts - La composition paritaire du groupe d'experts - La définition du groupe d'experts comme un espace de réflexion sur les aspects de forme et de fond - La définition des personnes « référentes » pour assurer le suivi et la réalisation des propositions - L'articulation des pratiques entre les membres du groupe d'experts et d'autres acteurs de l'institution impliqués dans la démarche
<p>Le soutien de la direction</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'écart entre le discours sur le bien-être au travail et le soutien spécifique pour aboutir aux actions concrètes sur le terrain - L'incompréhension des rôles et des missions des acteurs-clé de la santé au travail - Le faible niveau d'intégration de la dimension bien-être à la vision globale du management 	<p>Le soutien de la direction</p> <ul style="list-style-type: none"> - La validation de la démarche par la direction générale
<p>La poursuite de la démarche de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les craintes liées au type d'informations qui seront diffusées - L'absence de réponse concrète aux attentes créées au sein du personnel. Ou l'inaction ... 	<p>La poursuite de la démarche de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - La concertation sur le type d'informations qui seront diffusées - La mise en place des dispositifs pour assurer le suivi et la réalisation des mesures proposées - L'internalisation de la démarche favorise le développement d'une expertise et des connaissances en interne en santé au travail - Aboutir à un outil (rapport objectif) comme ressource pour pérenniser l'action de prévention

1. 2. Étude de cas 2: Réalisation d'une enquête sur les risques psychosociaux et mise en place d'un plan d'actions pour prévenir les risques psychosociaux (RPS).

La deuxième étude de cas réalisée par l'équipe du centre Metices de l'ULB examine deux actions qui font partie de la démarche de prévention entreprise au sein de l'institution communale analysée.

Il s'agit, tout d'abord, de la réalisation d'une enquête par le service externe pour la prévention et la protection au travail, qui a eu pour objectif d'examiner l'ensemble des éléments psychosociaux qui contribuent à diminuer ou à accroître la pénibilité du travail. L'ensemble des parties prenantes de l'institution ont été associées au démarrage du processus. La méthodologie choisie reposait sur l'implication de l'ensemble des travailleurs de l'institution par le biais d'un questionnaire développé par le SEPP et scientifiquement validé.

À l'issue de l'enquête, sur la base des recommandations faites par la conseillère en prévention aspect psychosociaux du SEPP, la deuxième action entreprise a consisté en la mise sur pied, par le comité de direction, d'un groupe de travail restreint pour définir les mesures concrètes d'un plan d'action destiné à répondre aux problématiques soulevées par les travailleurs. Un des enseignements tirés de cette étude de cas est précisément la difficulté à favoriser le passage de l'étape d'analyse de risques à l'élaboration du plan d'action et à sa mise en œuvre.

Pour le recueil des données, nous avons procédé à 5 entretiens semi-structurés auprès des différents services directement concernés par la prévention de la santé au travail : des membres de la direction/ressources humaines (2), des représentants des travailleurs (1) et des acteurs internes de la santé au travail (2).

Le tableau présenté ci-dessous offre un aperçu synthétique des éléments qui ont facilité ou rendu difficile le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention des risques sur le lieu de travail. Une lecture en miroir de ces éléments permet de dégager des leviers d'action ou des freins à la mise en œuvre d'une prévention durable des risques professionnels. Comme pour la première étude de cas, la présentation complète et détaillée de l'enquête de terrain figure en annexe du présent rapport.

Tableau 3 : freins et éléments facilitants relatifs à la démarche de prévention– étude de cas 2.

Freins	Facilitants
<i>Début du projet</i>	<i>Début du projet</i>
<ul style="list-style-type: none">- La portée limitée des actions antérieures- Les inquiétudes relatives aux coûts et au temps mobilisé pour réaliser les actions	<ul style="list-style-type: none">- L'intention de dépasser des actions ponctuelles et de s'orienter vers la définition d'un plan d'actions concrètes à mettre en œuvre pour l'ensemble de

	<p>l'institution</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence d'un membre de la direction qui porte le projet au plus haut niveau de la direction - Le rôle de la nouvelle législation sur les RPS
Mise en œuvre des actions	Mise en œuvre des actions
Les canaux de communication/information	Les canaux de communication/information
<ul style="list-style-type: none"> - La transmission de l'information court-circuitée par certains responsables peu sensibles à la problématique - Les inquiétudes sur le caractère complètement anonyme des données recueillies - Le sentiment de manque de transparence au sein des canaux de communication - ligne hiérarchique 	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'un questionnaire avec un langage simple et compréhensible - La communication sur l'objet de la démarche sur place (service par service) - La mise en place d'une personne de soutien pour faciliter la compréhension de la démarche - Le respect de l'anonymat lors de la réalisation de l'enquête.
La dynamique de participation	La dynamique de participation
<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de démarches de prévention conçues et définies de manière « top-down » - La faible sensibilisation de certains responsables pour encourager la participation de leurs équipes - La faible sensibilisation des travailleurs pour s'impliquer dans l'action - La faible motivation des travailleurs due à « l'inaction » dans le passé - La perception de la démarche comme inutile - Les inquiétudes des travailleurs sur l'usage des résultats obtenus - Les inquiétudes des travailleurs sur la méthodologie utilisée et sur le traitement fait des données - La réduction de la participation des travailleurs au niveau quantitatif ou à la seule consultation - La non-prévision d'un moment structuré de réflexion collective sur la définition des mesures du plan d'action 	<ul style="list-style-type: none"> - L'association de tous les services de l'institution - L'implication du plus grand nombre de travailleurs pour aboutir à des résultats représentatifs
Les dispositifs de suivi & accompagnement	Les dispositifs de suivi & accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> - L'écartement de certains acteurs lors de la phase décisionnelle (CP et syndicats) 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un GT au démarrage de l'action - L'implication des acteurs-clés pour la définition des critères de la démarche à suivre (démarrage) - L'association des syndicats (démarrage) - L'association des membres du GT pour une 1^o réflexion générale sur les résultats obtenus
Le soutien interne	Le soutien interne
<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté de traduire les discours sur le bien-être en pratique - Le manque de sensibilisation/prise de conscience des membres de l'institution sur les problématiques de santé au travail - Le manque d'intégration de la dimension bien-être dans la vision globale du management - Le besoin de davantage d'articulation des rôles et des missions des acteurs-clés au sein des organes de concertation 	<ul style="list-style-type: none"> - L'évolution des discours des membres direction et RH ces dernières années - L'implication d'un membre de la direction sensibilisé par la problématique des RPS - L'appui du top-management pour d'autres actions qui visent à favoriser la participation des employés - L'implication des acteurs pour se lancer dans l'action de prévention - L'articulation des pratiques entre le PC, MT, CP

- Le fonctionnement des SEPP dans le secteur public	« aspects psychosociaux » - L'implication du CP « aspects psychosociaux »
Le retour des résultats	Le retour des résultats
- Les délais trop longs entre l'enquête et le feedback aux membres du personnel - La faible visibilité du lien entre mesures du plan d'action et les problématiques soulevées - Les travailleurs perçoivent le moment dédié au retour des résultats comme un « exercice formel » - Le changement du CP RPS	- La présentation des résultats de l'enquête au sein des tous les services - La présentation des résultats accompagnée des pistes d'actions concrètes (plan d'action) - La présentation des mesures concrètes pour rassurer les membres du personnel sur la suite réservée à la démarche. - La mise en avant des limites de l'enquête
La poursuite de la démarche de prévention	La poursuite de la démarche de prévention
- Les résultats obtenus par l'enquête ne correspondent pas aux résultats attendus - Le manque de concertation pour la définition des mesures à mettre en place - La perception d'une adéquation faible entre les problématiques soulevées et les mesures proposées - La faible visibilité des améliorations mises en place - L'impact négatif des facteurs liés aux changements organisationnels - Les délais trop longs entre l'enquête et la mise en place des actions concrètes	- La traduction de l'analyse des RPS à l'élaboration d'un plan d'actions concret sur le court, moyen et long terme - L'implémentation de certaines mesures le plus vite possible

2. Etudes de cas menées par la VUB

2. 1. Casestudie 3: intervention avec podomètre auprès du personnel d'une école

La première étude de cas se base sur une recherche doctorale effectuée par Inge Bogaert, chercheuse à la VUB. Elle a dirigé une intervention centrée sur l'utilisation de podomètres auprès du personnel scolaire. Pour cette étude de cas, des interviews ont été réalisées par *l'Interface Demography* avec la chercheuse, deux coordinateurs de l'école et un participant à l'intervention. Cette étude de cas a fait apparaître différents facteurs freinant, d'une part, et encourageant, d'autre part, la mise en œuvre d'une intervention en matière de la promotion de la santé sur le lieu de travail. Un premier facteur important consiste en l'implication des participants dès la conception du processus d'intervention. L'approche *bottom-up* privilégiée par le biais d'un brainstorming sur le contenu de l'intervention a, à cet égard, été considéré comme une bonne pratique à l'occasion de cette démarche de promotion de la santé sur le lieu de travail.

Un deuxième facteur-clé a été le rôle des différents acteurs lors de l'intervention. Citons par exemple, la désignation de coordinateurs très motivés pour mettre le projet sur les rails et suffisamment disponibles pour en assurer l'organisation. L'appui et l'implication de la direction représentent un autre facteur ayant contribué au succès de l'intervention. Le chercheur qui a dirigé

l'intervention a également joué un rôle crucial. L'introduction de l'intervention par le chercheur lui-même s'est avéré un facteur positif. L'appui et le coaching ultérieurs du chercheur ont été considérés comme autant d'éléments fondamentaux pour maintenir l'intervention vivante. La mise en œuvre de la démarche a en outre été facilitée par la transmission d'instructions claires à tous les participants et par la mise en place d'une bonne infrastructure. Par exemple, une des écoles a mis à disposition une salle de sport où les activités ont pu être organisées.

En outre, il a été important de pouvoir tenir compte des contraintes temporelles du groupe-cible. Enfin la communication des résultats des interventions aux participants a été appréciée.

Le tableau 4 résume les principaux constats tirés de cette étude de cas. Les facteurs pouvant contrarier ou faciliter la mise en œuvre de l'intervention sont présentés en vis-à-vis. L'ensemble de ces facteurs contribuent à déterminer si une intervention se déroule bien ou pas et si l'intervention aura encore un effet sur les participants *a posteriori*.

Tabel 4: Belemmerende en faciliterende factoren – casestudie 3

Belemmerende factor ('bad practice')	Faciliterende factor ('good practice')
<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Interventie wordt volledig van bovenaf uitgewerkt en opgelegd (top-down) - Interventie voor te beperkte groep toegankelijk (afhankelijk van doelinstelling) 	<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Brainstorm: betrokkenheid van deelnemers om interventie vorm te geven (bottom-up) - Interventie die voor een grote groep toegankelijk is (afhankelijk van doelinstelling)
<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Mensen verplichten coördinator te zijn - Geen coördinatoren aanduiden - Eén coördinator is vaak te weinig - Coördinator is niet genoeg op school aanwezig - Coördinator moedigt achterban niet aan en organiseert geen activiteiten 	<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Enthousiaste coördinatoren aanduiden (mensen die er zelf zin in hebben) - Meerdere coördinatoren aanduiden die het project kunnen trekken - Coördinator moet vaak op school aanwezig zijn - Coördinator moedigt achterban aan en organiseert activiteiten
<u>Rol directie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig steun en betrokkenheid vanuit de directie 	<u>Rol directie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Veel steun en betrokkenheid vanuit de directie - Directie neemt deel aan de interventie
<u>Rol onderzoekers:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek wordt niet geïntroduceerd door de onderzoekers - Doelen van het onderzoek worden niet genoeg benadrukt - Weinig steun en coaching - Geen plaatsbezoeken - Enkel negatieve feedback - Verschillende onderzoekers, aanspreekpunt wisselt gedurende de interventie 	<u>Rol onderzoekers:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeker zit samen met coördinator en/of werkgroep - Onderzoek zelf introduceren naar alle deelnemers toe - Doelen van het onderzoek worden goed benadrukt - Veel steun en coaching - Plaatsbezoeken - Veel positieve feedback en aanmoediging - Eén duidelijke contactpersoon gedurende de

	interventie die begeleidt en coacht
<u>Draagvlak en sociale component:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen draagvlak gecreëerd - Coördinatoren, onderzoekers en deelnemers moedigen elkaar niet aan 	<u>Draagvlak en sociale component:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een draagvlak gecreëerd - Onderzoekers en coördinatoren moedigen de deelnemers aan - Deelnemers moedigen elkaar aan - Activiteiten voor leerkrachten en leerlingen samen organiseren
<u>Instructies en richtlijnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Instructies worden enkel mondeling of enkel schriftelijk meegedeeld - Instructies worden enkel aan de directie of coördinatoren meegedeeld 	<u>Instructies en richtlijnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke instructies en richtlijnen die zowel mondeling als schriftelijk/elektronisch gegeven worden - Alle deelnemers moeten de instructies krijgen (misverstanden voorkomen)
<u>Infrastructuur en materiaal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Geen infrastructuur ter beschikking (vb. sportzaal) - Materiaal is niet gebruiksvriendelijk en onbetrouwbaar - Niet genoeg budget voor gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal ter beschikking 	<u>Infrastructuur en materiaal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Interessante infrastructuur ter beschikking (vb. sportzaal) - Gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal gebruiken
<u>Tijd en timing:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig rekening houden met tijds patroon van de populatie - Geen rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie 	<u>Tijd en timing:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Rekening houden met tijds patroon van de populatie - Beweging inlassen in bestaande activiteiten werkt (voor leerkrachten) het beste - Activiteiten vooral tijdens de schooluren organiseren - Rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie
<u>Resultaten communiceren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie niet communiceren - Resultaten enkel communiceren naar de directie of coördinatoren 	<u>Resultaten communiceren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie communiceren naar iedereen (directie, coördinatoren, deelnemers)
<u>Continuïteit:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Slechts één interventie/actie omtrent gezondheid op het werk - Te vaak dezelfde initiatieven 	<u>Continuïteit:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmatig verschillende interventies/acties omtrent gezondheid op het werk

2. 2. Casestudie 4: interventie met podometer in een bedrijf

De tweede studie van casus is gebaseerd op de doctorale studie van de arbeidsgeneeskundige Kathleen Gysemans. Haar onderzoek richtte zich op een interventie met een podometer in een bedrijf. Voor deze studie van casus, werden interviews gehouden met de onderzoeker, een lid van de directie, een coördinator en drie deelnemers aan de interventie. Deze studie van casus heeft het mogelijk gemaakt om verschillende factoren te identificeren die remmen of bevorderen de uitvoering van een interventie gericht op het bevorderen van de gezondheid in de werkomgeving. Een van de positieve elementen is dat het personeel heeft deelgenomen aan de ontwikkeling van de initiatief. Een andere succesfactor is de betrokkenheid van een externe preventieorganisatie voor de praktische vragen die voortvloeien uit de interventie. Het is ook belangrijk geweest dat de interventie toegankelijk werd gemaakt voor een groot aantal werknemers en dat werknemers werden aangemoedigd om erin te participeren. De combinatie van een interventie met een podometer die werd geïmplementeerd naast een reeks sportieve activiteiten, is uiteindelijk succesvol geweest in dit geval.

In deze studie van casus, waren de coördinatoren ook de actoren die de basis vormden voor de uitvoering van de initiatief. Ze zijn erin geslaagd om een breed draagvlak te bereiken dankzij hun enthousiasme en zijn ondersteund op zowel sociaal als financieel vlak door de directie. Het rekening houden met verschillende professionele situaties van werknemers (bijvoorbeeld de organisatie van het werk in teams) bleek te zijn een belangrijk parameter in de context van de uitvoering van verschillende activiteiten. Uiteindelijk, de voortzetting van interventies gericht op het bevorderen van de gezondheid op het werk heeft een belangrijke rol gespeeld.

Tabel 5 vat de lessen die voortvloeien uit deze studie van casus samen. De factoren die een interventie kunnen bemoeilijken of vergemakkelijken worden ook inzichtelijk gemaakt. Alle factoren dragen bij tot het begrijpen of een interventie succesvol verloopt of niet en of de interventie vatbaar is voor het produceren van een effect op de deelnemers *a posteriori*.

Tabel 5: Belemmerende en faciliterende factoren – casestudie 4

Belemmerende factor ('bad practice')	Faciliterende factor ('good practice')
<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Interventie wordt volledig van bovenaf uitgewerkt en opgelegd (top-down) - Interventie voor te beperkte groep toegankelijk (afhankelijk van doelinstelling) 	<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Initiatief komt vanuit het personeel en krijgt vorm in samenwerking met externe preventiedienst (bottom-up + samenwerking) - Interventie die voor een grote groep toegankelijk is (afhankelijk van doelinstelling), gecombineerd met verschillende sporten (voor ieder wat wils)
<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatoren zijn niet enthousiast en voelen zich gedwongen coördinator te zijn - Coördinatoren moedigen achterban niet aan en organiseren geen activiteiten 	<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Enthousiaste coördinatoren (mensen die er zelf zin in hebben) - Coördinatoren zijn ook de initiatiefnemers van het project - Meerdere coördinatoren die het project kunnen

	<p>trekken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatoren moedigen achterban aan en organiseren activiteiten
<p><u>Rol directie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig steun en betrokkenheid vanuit de directie 	<p><u>Rol directie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Veel steun en betrokkenheid vanuit de directie (zowel sociale als financiële steun)
<p><u>Rol onderzoekers:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek wordt niet geïntroduceerd door de onderzoekers - Doelen van het onderzoek worden niet genoeg benadrukt - Geen contactmoment(en) tussen deelnemers en onderzoeker 	<p><u>Rol onderzoekers:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeker introduceert het onderzoek naar alle deelnemers toe - Doelen van het onderzoek worden goed benadrukt - Contactmoment(en) tussen deelnemers en onderzoeker
<p><u>Rol preventieorganen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen steun en betrokkenheid van preventieorganen 	<p><u>Rol preventieorganen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Praktische ondersteuning en betrokkenheid van preventieorganen - Aanmoediging door preventieorganen
<p><u>Draagvlak en sociale component:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen draagvlak gecreëerd - Deelnemers worden niet aangemoedigd - Deelnemers moedigen elkaar niet aan 	<p><u>Draagvlak en sociale component:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een draagvlak gecreëerd - Coördinatoren en ondersteunend personeel van preventieorganen moedigen de deelnemers aan - Deelnemers moedigen elkaar aan
<p><u>Instructies en richtlijnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instructies worden enkel mondeling of enkel schriftelijk meegedeeld 	<p><u>Instructies en richtlijnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke instructies en richtlijnen die zowel mondeling als schriftelijk/elektronisch gegeven worden aan alle deelnemers - Er wordt rekening gehouden met de werksituatie van verschillende soorten werknemers bij het overbrengen van de instructies
<p><u>Infrastructuur en materiaal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen infrastructuur ter beschikking gesteld - Materiaal is niet betrouwbaar - Online tools worden op de verkeerde momenten opengesteld en afgesloten 	<p><u>Infrastructuur en materiaal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interessante infrastructuur wordt ter beschikking gesteld (vb. badmintonnet) - Gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal gebruiken - Online tools op de juiste momenten openstellen en afsluiten
<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig rekening houden met tijds patroon van de populatie - Geen rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie 	<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekening houden met tijds patroon van de populatie (vb. shiften van productiearbeiders) - Zowel activiteiten binnen de werkuren (middagpauzes) als buiten de werkuren aanbieden - Rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie

<u>Resultaten communiceren:</u> - Resultaten van de studie niet communiceren	<u>Resultaten communiceren:</u> - Resultaten van de studie communiceren naar iedereen (directie, coördinatoren, deelnemers, preventieorganen)
<u>Continuïteit:</u> - Slechts één interventie/actie omtrent gezondheid op het werk - Te vaak dezelfde initiatieven	<u>Continuïteit:</u> - Regelmatig verschillende interventies/acties omtrent gezondheid op het werk

3. Analyse transversale

L'analyse transversale des quatre études de cas nous permet de mettre en lumière des dimensions-clés de la manière dont les actions de prévention et promotion de la santé se traduisent concrètement sur le lieu de travail.

Dans cette section, nous examinons les dynamiques qui sont pointées par tous les acteurs comme ayant favorisé ou freiné les quatre démarches spécifiques de prévention et promotion de la santé sur le lieu de travail (la réalisation d'un dépistage participatif des risques professionnels, la réalisation d'une enquête sur la charge psychosociale, une intervention avec un pedomètre dans des écoles, et une intervention avec un pedomètre dans une entreprise du secteur privé). Pour ce faire, nous examinons les éléments transversaux qui ressortent de quatre cas pendant les trois temps forts des démarches de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels : I) les éléments qui motivent les acteurs à se lancer dans une démarche de santé au travail II) le processus de mise en place de l'action et III) les usages à plus long terme des résultats obtenus.

Nous avons réalisé des catégories à des fins d'analyse mais ces catégories ne sont pas rigides. En effet, la plupart des éléments qui facilitent ou rendent difficile la mise en place des démarches de prévention et de promotion de la santé au travail se chevauchent tout au long du processus.

3. 1. L'introduction de la démarche sur le lieu de travail

Il ressort de la confrontation des études de cas que trois éléments principaux ont incité les acteurs à se lancer dans une démarche de prévention des risques professionnels/promotion de la santé au travail. D'abord, la décision de s'engager sur ce type de démarche a été stimulée par le besoin de **creuser** davantage **les causes** à l'origine des situations problématiques constatées au sein du lieu de travail.

Outre cela, le **niveau de sensibilisation et de connaissances sur les problématiques de santé au travail** des acteurs qui ont introduit l'action au sein du lieu de travail constitue un des éléments-clés pour donner l'élan aux démarches sur la santé au travail. Pour les démarches de promotion, on

notera que l'attitude favorable à l'égard du sport et des mouvements physiques a également joué un rôle. Par exemple, dans l'entreprise « Cartamundi », les démarches de promotion n'auraient pas été envisageables sans l'enthousiasme d'un certain nombre d'employés sportifs.

Enfin, l'**usage** de la **législation** relative au bien-être au travail pour valider la démarche au sein des institutions a également été mis en évidence.

3. 2. Le processus de mise en place de l'action

Le processus de mise en œuvre de toute action de prévention/promotion relève d'un **exercice complexe** tant en raison des caractéristiques propres à chaque type d'intervention mobilisé (outil) que du contexte d'utilisation de celui-ci.

Nous avons constaté cinq éléments principaux qui conditionnent la transposition sur le terrain des outils de prévention/promotion. Ces éléments renvoient tous, sous différentes formes et niveaux, à la question du soutien reçu en interne : le choix de la démarche, l'adhésion à la démarche, les dispositifs d'accompagnement, l'articulation des pratiques et le rôle de la direction.

Le choix de la démarche

En premier lieu, la manière de sélectionner une démarche de promotion/prévention est très importante. La démarche doit être **compatible avec l'entreprise (sa culture) et les préoccupations des travailleurs**. Pour cette raison, une dynamique participative permettant aux travailleurs de suggérer et de choisir une démarche de promotion/prévention est à privilégier. Une approche « bottom up » doit, en outre, être soutenue par des professionnels de santé (par exemple les services externes) et la hiérarchie de l'entreprise.

L'adhésion à la démarche

L'adhésion des acteurs-clés, à tous les niveaux, est un élément crucial pendant toute la durée de l'intervention (le démarrage, le processus de mise en œuvre et l'utilisation des résultats). A cet égard, plusieurs éléments ont été mis en évidence lors de la mise en œuvre de l'action.

Notons d'abord que l'engagement dans une démarche de promotion/prévention concerne tous les acteurs. Lors des actions de promotion de la santé dirigées par des équipes de recherche, la démarche implique également le/la chercheur/euse principal(e). La **présence du responsable** dans une intervention externe programmée est très importante – une des études de cas révèle par exemple que l'absence du responsable avait eu un effet démotivant pour les participants. L'engagement du responsable est important durant toute la durée de l'intervention, pour présenter l'objectif des actions, résoudre les problèmes et incertitudes et pour motiver les participants.

Pour cette raison, en général, une intervention de promotion ou de prévention de santé au travail a besoin d'une **bonne coordination**. Une personne clé doit coordonner l'intervention, qu'il s'agisse d'une initiative portée par la base qu'une initiative du management. Il faut en outre que le coordinateur soit convaincu de l'intérêt de l'étude et qu'il ait la capacité de mobiliser le reste de l'organisation. A cette fin, il paraît nécessaire que la personne soit bien ancrée sur le terrain et accessible pour ses collègues. Le choix du coordinateur paraît donc crucial, même si la démarche s'appuie sur une organisation en petits groupes présidés par des acteurs de profils différents.

Le fait que l'intervention soit coordonnée par un ou plusieurs responsables n'implique pas que les idées des travailleurs ne puissent pas nourrir l'intervention durant tout le processus. Des focus groups ou autres types de démarches participatives sont des outils pratiques, pour donner un caractère vivant à l'intervention, mais également pour **adapter l'intervention aux besoins spécifiques de certains groupes de travailleurs** et pour créer une dynamique de groupe. Plus spécifiquement dans les cas d'interventions en promotion de la santé, il est important que les différents participants (acteurs) **se motivent mutuellement** pour pérenniser les bonnes pratiques révélées par l'intervention.

Les canaux de **communication et d'information** privilégiés jouent un rôle majeur pour renforcer ou, au contraire, affaiblir le niveau d'adhésion à la démarche. Les études de cas montrent que, d'un côté, la manière dont **l'information est transmise au niveau des travailleurs** conditionne leur niveau d'implication dans la démarche ; d'un autre côté, les difficultés rencontrées au niveau de la **circulation de l'information entre les membres de la hiérarchie** peuvent entraver la mise en place des actions concrètes pour répondre aux constats soulevés par le terrain. Dans ce sens, les responsables doivent **prendre en considération la situation de travail des différentes catégories de travailleurs** : l'intervention doit être adaptée à toutes les situations de travail présentes dans l'organisation (par exemple, le travail en équipe, ou autres horaires flexibles).

En ce qui concerne **l'approche participative privilégiée**, nous pointons deux constats.

D'un point de vue de la méthode d'intervention utilisée, les acteurs signalent qu'il peut exister des **décalages** entre les éléments mis en lumière par le biais des outils (réunions de groupe de travail ou enquêtes) et les problèmes habituellement exprimés sur le terrain. Ces décalages peuvent résulter du contexte d'application de la démarche. Si les approches développées par chaque démarche privilégient des dynamiques de participation différentes (l'une basée sur un retour d'expérience de terrain et l'autre menée principalement de manière « top down », pour les cas de prévention) toutefois, les acteurs rencontrés convergent sur une série d'obstacles à surmonter liés aux caractéristiques du contexte d'utilisation des outils : les procédés des responsables de services pouvant biaiser la caractère volontaire du processus, les craintes des travailleurs de s'exprimer ouvertement, ou la perception d'une « inutilité » de la démarche due à l'inaction constatée par les travailleurs lors des expériences antérieures.

Malgré ces difficultés, le fait de mettre en place des actions de prévention des risques/promotion de la santé au travail qui visent à **associer** les travailleurs des tous les services est souligné comme un

levier d'action central pour parvenir à visibiliser les problématiques transversales et la dimension collective des problématiques rencontrées.

Les dispositifs d'accompagnement

Toujours en lien avec le soutien interne, il ressort des études de cas que le déroulement de toute action de prévention/promotion peut être facilité par la mise en place de dispositifs pour accompagner la transposition de la démarche sur le terrain.

La composition des **groupes de travail** avec une **représentation paritaire** de représentants de l'employeur et des travailleurs, **et la présence des conseillers en prévention** a été signalée unanimement comme un mécanisme pouvant favoriser un processus de suivi et d'accompagnement qui puisse aboutir à la mise en œuvre d'actions concrètes.

Ces dispositifs ont pour mission principale de rendre la **démarche opérationnelle**. Pourtant, là où ces groupes de travail sont devenus des espaces de **réflexion collective**, nous avons constaté une dynamique allant au-delà de la simple visée opérationnelle, et ceci à un double niveau : d'une part, le fait que le groupe de travail soit composé d'acteurs de profils différents renforce le crédit attribué aux constats et peut favoriser leur prise en compte par la ligne hiérarchique ; d'autre part, au niveau des travailleurs, la présence d'un groupe qui travaille sur la forme et le fond de la démarche permet de garantir qu'une suite sera donnée aux besoins exprimés.

Sur le plan pratique, toutes les ressources qui servent de support à l'intervention doivent être faciles d'accès et fiables. On pense, par là, aux outils électroniques d'encodage de données (par exemple un pedomètre), aux espaces destinés à réunir les acteurs, aux scénarios et guides pratiques destinés à faciliter l'implémentation des mesures, à la prise en charge des frais occasionnés par la participation à l'intervention, mais aussi au soutien et à l'accessibilité des professionnels de santé (services internes et externes de la prévention).

L'articulation des pratiques et des connaissances sur les rôles et missions des acteurs de la santé

Les études de cas montrent que l'évolution de chaque groupe d'accompagnement a connu des parcours différents. Pourtant, dans les deux cas de prévention, deux éléments sont mis en avant pour stimuler le passage de la phase d'analyse des facteurs de risque à celle de la définition des mesures à privilégier, à savoir : davantage **d'articulation des pratiques** entre les acteurs de la santé et une **meilleure définition des rôles et missions des acteurs de la santé**.

L'articulation des pratiques et **l'échange** des connaissances entre les membres du groupe de suivi et/ou d'autres acteurs directement concernés par la démarche (RH, médecins du travail, ...) permettrait de favoriser une définition partagée de la situation de départ (problèmes) et de mener une réflexion commune sur les mesures à envisager pour y faire face. En même temps, les acteurs regrettent le manque d'articulation entre les réflexions issues du groupe de suivi et les démarches

entreprises par d'autres acteurs de santé et d'autres acteurs de l'entreprise qui ont un lien direct ou indirect avec les sujets débattus.

Le **faible niveau de connaissances** au sein des membres du personnel sur les rôles et les missions des acteurs de la santé a également été souligné comme un obstacle à surmonter pour favoriser une meilleure intégration de la démarche de prévention dans la politique de prévention globale et pour **renforcer le soutien interne**.

Le rôle de la direction

Nous avons constaté que la portée des actions de prévention/promotion mises en œuvre est conditionnée par le niveau **d'intégration de la dimension bien-être** dans la politique globale de l'institution.

Les études de cas montrent que, parmi les éléments qui définissent le soutien reçu en interne pour mener à bien la démarche de prévention/promotion, le **rôle de la direction** constitue un élément-clé. En premier lieu, la direction doit soutenir l'intervention : elle doit **débloquer des ressources et octroyer du temps** au personnel pour qu'il puisse s'engager dans la démarche. Dans le cas des interventions plus pratiques (comme des actions de promotion de santé), l'implication active de certains membres de la direction s'est révélée être un atout. En tout cas, la **stabilité de la direction** est une condition fondamentale pour le succès d'une démarche dans le champ de santé au travail. Dans un des cas de promotion de la santé, un changement de composition de la direction a eu un effet néfaste pour l'intervention, parce que la démarche n'était plus soutenue par la nouvelle direction.

La direction joue un rôle important au moment de valider l'introduction de la démarche sur le lieu de travail. Toutefois, les acteurs pointent le fait que cette validation n'empêche pas l'existence d'un **écart** entre les **discours** portant sur le bien-être au travail et les **pratiques** concrètement mises en œuvre au niveau du top management. Cet écart s'exprime, entre autres, sous forme de **dissociations** récurrentes entre la planification et la mise en œuvre des mesures liées au bien-être au travail, d'un côté, et la planification et la mise en œuvre des mesures relatives à l'organisation du travail, de l'autre.

Il ressort donc que la portée des actions de prévention promues est conditionnée par des enjeux plus larges au niveau de l'organisation du travail. Autrement dit, le manque d'intégration de la dimension bien-être au sein de la politique globale de l'institution se révèle comme un des freins majeurs pour permettre le passage d'une prévention formelle à de actions concrètes sur le terrain. Les aspects liés aux **coûts** et au **temps** des actions engendrées a aussi été cité comme un des freins à soulever au moment de l'implémentation des améliorations.

3. 3. L'utilisation des résultats

Nous avons constaté deux aspects majeurs liés à la dernière phase de toute démarche de prévention/promotion : la manière dont les résultats obtenus sont communiqués (**feed-back**) et **l'usage** qui est fait de ceux-ci.

Le **retour de résultats** fait partie intégrante de toute démarche de prévention/promotion. Il ressort des études de cas un constat principal: la manière dont les acteurs sont informés des résultats de l'intervention a un effet sur «l'évolution» des démarches de prévention des risques professionnels/promotion de la santé au travail. Les stratégies privilégiées dans chaque cas pour réaliser le retour des résultats ont poursuivi des logiques différentes, mais à chaque fois, des facteurs bloquant la poursuite des démarches de prévention/promotion de la santé au travail sont apparus.

Une première expérience très démotivante est une rupture de communication entre l'équipe (externe) qui a coordonné l'intervention et les acteurs dans l'entreprise. C'est très important qu'après un effort considérable de tous les acteurs dans une entreprise, il y ait un moment de réflexion autour des résultats engrangés. L'entreprise ou les coordinateurs de la démarche doivent s'assurer que l'information sur les résultats atteint tous les participants.

Ensuite, les acteurs pointent la limite d'un retour auprès du personnel qui serait basé sur des **résultats trop globalisés (généraux)**, qui risque dès d'être perçu comme un exercice purement formel. D'un autre côté, les acteurs soulignent la difficulté à présenter les résultats auprès des responsables des services concernés. Dans les deux démarches de prévention, les acteurs considèrent que ces difficultés peuvent porter préjudice à la poursuite des démarches: que ce soit par le renforcement du sentiment d'inutilité de la démarche ou bien, par la déstabilisation de managers de première ligne qui se sentiraient visés mais sans lesquels toute initiative de changement est rendue encore plus complexe.

Par ailleurs, en ce qui concerne les éléments liés à **l'utilisation des résultats**, les études de cas mettent en évidence trois aspects-clés : la traduction de résultats en mesures concrètes, les temps pour l'implémentation de ces mesures et l'utilisation des données engrangées par la recherche comme « ressource » pour la mise en place d'une politique globale de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels. En outre, souvent des démarches assez simples (comme des conseils et pratiques concrètes agissant sur les comportements de santé) sont très difficiles à développer sur le long terme. Pour cette raison, la direction de l'entreprise et/ou les responsables de la démarche doivent faire des efforts continus pour que la démarche soit pérennisée.

Les études de cas montrent l'importance de la **transposition** des résultats obtenus sous forme **d'actions concrètes** à mener sur le court, le moyen et le long terme. L'importance de l'implémentation des certaines mesures, dans des délais courts, est plus spécifiquement soulignée afin de donner des signaux de réponse vis-à-vis du personnel. Au-delà des spécificités de chaque cas, les deux études sur la prévention des risques professionnels partent du même postulat : « ne pas

donner une réponse face au constats soulevés c'est pire que de ne rien faire comme démarche de prévention». Pourtant, des difficultés liées aux « temps de l'administration » et à l'emploi du temps du personnel pour pouvoir implémenter les mesures proposées ont été citées comme des éléments qui affaiblissent, entre autres, la visibilité et la portée des modifications engendrées.

En outre, il ressort des études de cas que les connaissances produites grâce aux différents outils mobilisés, constituent les bases pour l'élaboration des **mesures d'action concrètes**. Or, une approche globale de la santé au travail nécessite que ces mesures soient conçues comme une **ressource** disponible pour **pérenniser** les politiques de prévention de la santé sur le lieu de travail plutôt que comme une fin en soi.

Enfin, en ce qui concerne la manière d'aborder les questions de santé au travail sur le long terme, force est de constater que si le moment du **passage** du **diagnostic** des facteurs de risques à la mise en place des **actions** concrètes pour répondre à la situation est considéré comme le moment le plus complexe dans toute la démarche de prévention des risques professionnels c'est parce que se lancer dans une démarche de prévention implique en même temps la remise en question d'autres **enjeux liés à l'organisation du travail**.

Chapitre 5 : Conclusions transversales

De manière générale, on peut conclure que les différentes sources consultées – littérature, interviews avec des experts et études de cas – aboutissent à des conclusions plutôt probantes en ce qui concerne les conditions de transfert de connaissances sur la promotion et prévention de la santé au sein du monde de l'entreprise. De plus, les mêmes conditions préalables et principes de base s'appliquent aux interventions en matière de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels. Dans ce qui suit, nous tentons de dresser des résultats généraux en ce qui concerne la réalité quotidienne, en Belgique, en matière de promotion et prévention de la santé au travail. Nous nous arrêtons d'abord sur des conditions globales à la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels bénéfique. Suivra ensuite une réflexion sur des éléments plus concrets qui caractérisent des interventions performantes.

La législation. La législation belge relative au bien-être – et la direction qu'elle a prise depuis la mise en place de la « loi bien-être » de 1996 – peut être considérée comme le moteur des interventions en matière de prévention (et promotion) de la santé au travail. L'élément central de la législation relative au bien-être est **l'approche participative** de la promotion et la prévention de la santé sur le lieu de travail. Étant donné que cette approche participative est recommandée par de nombreux scientifiques et acteurs du terrain, il s'agit sans nul doute d'un élément positif. Cependant, des points faibles du cadre légal existant sont également mis en avant. Un premier point concerne sans aucun doute la répartition des compétences entre différents domaines (les départements Emploi, Travail et Concertation sociale et Santé publique) et niveaux de pouvoir (gouvernement fédéral et entités fédérées).

De plus, la transposition de la législation en mesures et plans d'action concrets ne se déroule pas toujours de manière optimale. Cela renvoie, notamment, à la clarté de la législation en matière de bien-être au travail pour certains acteurs mais aussi de la tendance de certains employeurs à se limiter au strict minimum en ce qui concerne les mesures à prendre. Cela se rapporte, d'une part, au contenu de la législation, qui porte essentiellement sur l'engagement et la prise de conscience de toutes les parties – et laisse donc beaucoup de marge et de place à d'interprétation. D'autre part, les nombreux mécanismes de contrôles légaux (trop limités) jouent également un rôle important.

La **culture qui règne** au sein des entreprises, en ce qui concerne le bien-être au travail, apparaît souvent comme une variable importante. Ce sont généralement les convictions et la prise de conscience de l'importance d'une bonne politique relative à la santé et au bien-être qui déterminent si les entreprises mènent ou non une politique active en la matière. *L'engagement* de l'organisation en ce qui concerne la sécurité et la santé au travail constitue donc un facteur essentiel. Cela peut être lié au fait que la législation se concentre davantage sur le fait de fournir des « efforts visant à améliorer » les situations existantes (obligation de moyens), que sur la réalisation de certains objectifs (obligation de résultat). Il faut une prise de conscience active en ce qui concerne

l'importance de la sécurité, du bien-être et de la santé. C'est la raison pour laquelle les entreprises qui ont des objectifs durables et non purement économiques sont avantagées. Leurs principes sont plus facilement conciliables avec les ambitions visant à créer un environnement sain et sûr. Cet aspect a pour conséquence que les interventions ne peuvent réussir que si elles font partie intégrante des objectifs d'une organisation et des convictions des différents acteurs. La notion selon laquelle l'attention portée à la santé et au bien-être au travail présente un « rendement sur le long terme » n'est pas toujours présente.

Lorsqu'il s'agit de la législation et de la mesure dans laquelle elle correspond à la réalité sur le lieu de travail, on en vient immédiatement à parler de la situation des **petites et moyennes entreprises**. On cite souvent l'argument selon lequel la législation actuelle en matière de bien-être (notamment en ce qui concerne la prévention des risques psychosociaux) et les pratiques existantes ne sont pas adaptées aux caractéristiques et à la situation particulière des petites entreprises. Il leur manque souvent les connaissances, le temps et les moyens de mettre sur pied une politique de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques de manière professionnelle.

Un climat de travail stable constitue également un élément crucial. Une forte rotation du personnel, des restructurations et réductions du personnel ainsi qu'une perturbation macro-économique constituent des facteurs qui entravent une bonne politique de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels. Ce sont des facteurs qui minent la confiance des travailleurs et qui éliminent la perspective à long terme nécessaire – surtout lorsqu'ils ont un impact direct sur les interventions en cours. À ce propos, on parle d'une sorte de « vase clos », où la politique des RH ou autres services du personnel n'est parfois pas adaptée (voire tout à fait contraire) à la politique du bien-être. De manière plus générale, les organisations qui se trouvent en « mode de survie » ne peuvent pas consacrer une énergie supplémentaire à la politique de bien-être – bien qu'elles auraient probablement tout à y gagner sur le long terme.

Le rôle crucial de la direction. De nombreux experts soulignent le rôle crucial des dirigeants de l'entreprise : s'ils jouent un rôle positif, cela peut s'avérer très profitable pour l'intervention. Le terme « leadership moral » fait ici son apparition. Ce leadership moral peut au mieux se traduire par une implication basée sur la confiance, avec des signes d'engagement (p.ex. participer, stimuler et motiver, donner des informations et offrir un cadre matériel et moral), sans vouloir intervenir de manière trop dirigiste. Cela entraverait une approche axée sur la participation des travailleurs.

Le rôle encore plus crucial pour le personnel. L'approche participative ne peut se concrétiser que par l'implication du personnel (à tous les échelons). Les travailleurs doivent être les acteurs-clés du processus d'intervention. Ce sont des acteurs actifs et non simplement des « objets » de l'intervention : il est crucial de faire appel aux connaissances réelles des travailleurs quant à leur situation professionnelle pour la réussite d'une intervention. La participation des membres du personnel suppose toutefois un effort de longue durée, qui doit débuter par la sensibilisation et l'information, afin de lutter contre la résistance et la méfiance. La participation aux interventions de promotion de la santé au travail ou de prévention des risques professionnels doit, en effet, toujours

se faire sur une base volontaire. Les travailleurs peuvent parfois trouver qu'une mesure empiète trop sur la sphère privée ou peuvent se sentir stigmatisés. Selon les experts consultés, il faut veiller à respecter ce principe en permanence.

La formation des acteurs professionnels sur le terrain. Un facteur qui s'écarte davantage du contexte d'implémentation immédiate concerne les contenus mis à la disposition des acteurs de la santé et du bien-être lors de leur formation. Plus concrètement, il s'agit des étudiants en médecine (du travail). Ils devraient mieux maîtriser les méthodes participatives des bonnes interventions en matière de santé et de bien-être, lors de leur formation.

Les modalités de partage des connaissances entre professionnels constituent également un élément essentiel. Les sous-disciplines et sous-domaines restent encore trop souvent indépendants les uns des autres. L'exemple le plus frappant concerne le manque de communication entre le contexte professionnel (préventif), le contexte de première ligne (curatif) et le domaine des organismes assureurs (médecin-contrôle de la mutualité). Ces trois acteurs devraient pouvoir se consulter de manière structurée – en respectant la vie privée et les intérêts du patient.

L'état des connaissances scientifiques. Les connaissances scientifiques et pratiques se situent parfois aux antipodes dans le domaine du bien-être au travail. Notre étude a mis en lumière certains exemples de « bonnes pratiques » au niveau de l'intégration des connaissances scientifiques sur le terrain. De nombreuses sources témoignent toutefois aussi de l'existence d'un fossé entre l'évidence scientifique et son application dans des mesures et actions concrètes sur le lieu de travail. Il s'agit par conséquent d'une responsabilité partagée des scientifiques et des professionnels de traduire les données scientifiques sur le terrain et de les mettre en pratique. Il est essentiel d'avoir de bons dispositifs – jusqu'ici sous-développés – pour identifier le niveau de preuve (*evidence*) des stratégies et interventions et partager les approches *evidence-based* avec le terrain. En outre, la production des connaissances scientifiques doit également être solidement enracinée dans la pratique. Les méthodes de « **recherche-action** » s'y prêtent particulièrement bien. Il est essentiel que les données scientifiques soient mises en contexte – en d'autres termes, qu'elles ne donnent pas seulement un aperçu de « ce qui » fonctionne mais aussi de « comment » et « dans quel contexte » fonctionnent certaines interventions. Les méthodes de recherche épidémiologiques classiques sont peut-être insuffisantes à ce niveau-là.

La pertinence politique des connaissances scientifiques. D'un point de vue critique, on peut faire référence à l'observation de certains de nos indicateurs selon laquelle les règles de la preuve scientifique ne sont pas toujours conformes aux règles du compromis politique. Autrement dit : la preuve scientifique ne constitue pas toujours une condition suffisante pour pouvoir orienter la politique. La logique visant à chercher un compromis délicat entre des groupes d'intérêt contradictoires est parfois plus forte que celle de la preuve scientifique. Les acteurs du terrain doivent en être conscients et comprendre que la production des connaissances n'est qu'une étape, qui doit parfois être suivie d'une recherche plus progressive d'un soutien commun avant que les données scientifiques puissent réellement servir d'appui aux politiques d'entreprises.

Le secret d'une intervention réussie ? Au regard de l'ensemble de ces considérations globales, toute tentative visant à percer le secret d'une intervention réussie peut sembler vouée à l'échec. Ne pas tenir compte des spécificités des secteurs économiques, de la nature des interventions (prévention, promotion, groupes à risque et domaine de santé) et du type d'entreprise et des catégories de travailleurs, relèverait d'une simplification grossière. Les auteurs de ce rapport ne s'aventurent donc pas à mettre en avant des mesures très spécifiques. Dans ce contexte, nous renvoyons le lecteur à l'inventaire détaillé des interventions étudiées. Malgré tout, nous nous risquons à dire que certaines caractéristiques très générales peuvent servir de fil conducteur pour l'ensemble des interventions étudiées. Nous les énumérons en guise de conclusion :

- Les interventions suivent de préférence une approche participative qui respecte les points de vue de tous les acteurs concernés et où on prend le temps de parvenir à l'élaboration des « solutions communes ». Le temps constitue l'élément essentiel, outre la clarté et le respect du rôle de tous les acteurs (dont les organes de concertation sociale traditionnels, composés des délégations syndicales et patronales dans la structure des CPPT).
- Un bon encadrement des interventions par la direction de l'entreprise constitue également un élément essentiel. Les chances de réussite sont limitées sans le soutien de la direction, qui se traduit par les installations matérielles et logistiques mais aussi par la mise à disposition d'un espace (temps) pour la charge de travail des différents acteurs.
- Les initiateurs des interventions sur le lieu de travail doivent de préférence occuper une position stable dans l'entreprise, afin de pouvoir suivre et soutenir tout le processus de l'intervention. Il en va de même pour la direction : un changement de direction peut s'avérer un facteur essentiel dans la non/moins bonne réussite d'une intervention.
- En outre, il faut également un bon accompagnement et encadrement professionnels. Cela se traduit par la création d'une structure de gestion claire (un groupe de travail ou groupe de pilotage) mais aussi par la sollicitation d'un soutien (externe) par une équipe de professionnels multidisciplinaire (notamment des médecins du travail, des psychologues, des ergonomes, des experts en organisation). Les services externes pour la prévention et la protection au travail peuvent jouer ici un rôle crucial.
- Une bonne information et communication des connaissances entre les acteurs concernés constituent un autre facteur essentiel. Les responsables de l'intervention jouent ici un rôle crucial. On a évoqué à plusieurs reprises la notion d'apprentissage par l'exemple (*learning by example*) : des bonnes pratiques (*best practices*) correctement mises en contexte, et des « bons exemples » peuvent s'avérer une excellente source d'inspiration ;
- Une implication réelle et soutenue des coordinateurs de l'intervention est essentielle. Les interventions où l'implication des acteurs-clés à la base de l'intervention (p.ex. un dirigeant, un chercheur ou consultant externe) est superficielle ou éphémère semblent vouées à l'échec ;
- L'application d'une perspective à long terme : les interventions relatives à la promotion de la santé au travail ou à la prévention des risques professionnels constituent un travail de longue haleine, où la réticence au changement doit peu à peu laisser la place à la confiance. Dans ce contexte, mieux vaut considérer les interventions non pas comme des projets éphémères mais comme des efforts à long terme ;

Chapitre 6 : Recommandations

Le message-clé issu des conclusions de la présente étude est que les caractéristiques générales de la législation belge relative à la santé et au bien-être au travail peuvent servir de base à une bonne politique en matière de promotion de la santé et de prévention des risques professionnels. Toutefois, malgré de bons exemples, une introduction généralisée et effective d'initiatives novatrices et efficaces reste encore trop limitée. Cette situation est inquiétante, étant donné que les problèmes de santé liés au travail sont loin d'avoir disparu dans le milieu professionnel en Belgique. Certains phénomènes, comme les troubles psychiques et les troubles musculosquelettiques sont même en augmentation.

Par ailleurs, les trois analyses que nous avons réalisées mettent clairement en lumière les contours d'une approche efficace. Il s'agit d'une approche où, en premier lieu, tous les acteurs (entre autres, la ligne hiérarchique, les travailleurs et leurs représentants, les professionnels sur le terrain) sont concernés de manière sincère et durable ; où on applique une « approche sur mesure », basée sur des preuves scientifiques multidisciplinaires ; et où tout se déroule dans un environnement stable qui offre des garanties de moyens suffisants en termes de matériel, de logistique et de personnel.

Nous sommes convaincus que des développements axés autour de quatre facteurs peuvent nous rapprocher considérablement de cette **politique idéale en matière de prévention et de santé**. Ces quatre facteurs sont les suivants : conscientiser, développer et partager les connaissances, encourager la collaboration d'un point de vue holistique et encourager un bon encadrement au niveau organisationnel.

Conscientiser

Nous avons souligné le fait que le management d'une entreprise ou d'une organisation joue un rôle crucial dans la réussite d'une politique de prévention et de santé. Ce rôle essentiel s'exprime dans plusieurs aspects, à savoir le soutien (matériel), la participation et le leadership. Toutefois, tout dépend de la **conscience** de l'intérêt d'une bonne politique de santé et de bien-être, non seulement pour les travailleurs de manière individuelle mais aussi pour la « santé » de l'organisation à long terme. Selon notre étude, cette prise de conscience n'est pas encore présente chez tous les dirigeants. Si tel est le cas, la politique de bien-être et de santé de l'entreprise se limitera à tenter de répondre aux normes légales, sans nécessairement améliorer significativement la qualité sur le terrain.

Il faut avant tout créer une plus grande prise de conscience grâce à la législation et traduire l'arsenal d'aides pratiques de manière appropriée selon le **caractère spécifique** propre à chaque contexte ou environnement de travail. La situation spécifique des PME, et particulièrement l'inadéquation de la

législation à leur réalité, à leurs moyens limités et au manque de structures (de concertation) formelles en leur sein, semble donc primordiale.

En outre, les dirigeants doivent prendre davantage conscience, durant leur formation mais aussi durant toute leur carrière, de l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des risques professionnels. Cela peut s'inscrire dans un **programme de formation** plus large, qui favorise une gestion d'entreprise durable.

L'*Institut national de Recherche et de Sécurité (INRS)*¹⁷, en France, peut servir d'exemple pour développer et promouvoir une culture de prévention en matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles. L'importance de la formation des acteurs de l'entreprise – en particulier les dirigeants – est considérée comme un élément essentiel pour renforcer la culture de la prévention. Les exemples de l'INRS se situent sur deux domaines :

Premièrement, on étudie les méthodes et on formule des recommandations pour **intégrer** l'analyse des conditions de travail **dans les programmes de formation** des futurs dirigeants et ingénieurs. En Belgique aussi, les options gestion d'entreprise et management manquent souvent d'une composante sur le thème de la santé et du bien-être des travailleurs. Il est essentiel d'introduire cet aspect important de gestion du personnel dans la formation. Toujours selon le modèle français, cela pourrait être soutenu par un « modèle de formation de référence », basé sur l'idée d'un réseau national pour la formation sur la santé au travail.

Deuxièmement, un tel **réseau national** peut également jouer un rôle important au niveau de la « formation permanente ». Le projet (en cours) soutenu par l'INRS, *Réseau francophone de formation en santé du travail*, assure une formation permanente en proposant aux cadres des outils pédagogiques dans le cadre de la formation sur la santé au travail. Le projet vise à s'étendre sur tous les pays francophones. À l'occasion du trentième anniversaire du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) a également souligné l'importance de la formation des acteurs de l'entreprise comme principal moteur pour améliorer les conditions de travail.

Des formations visant à augmenter une prise de conscience de la problématique chez les (futurs) dirigeants d'entreprise devront aussi favoriser l'approche participative et ascendante (« bottom-up »), généralement considérée comme la plus efficace. Cela suppose que les aptitudes communicationnelles et l'idée de dynamique de groupe doivent également figurer en haut du programme (de formation) des dirigeants (et autres acteurs concernés).

Le développement et le partage des connaissances comme moteur de la sensibilisation

Le besoin de prise de conscience amène automatiquement le débat sur le thème du développement et du partage des connaissances. Les initiatives actuelles visant à présenter les dispositions légales et

¹⁷ Institut national de Recherche et de Sécurité: <http://www.inrs.fr/>

les preuves scientifiques dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention des risques professionnels aux acteurs au sein des organisations, ne semblent pas encore suffisamment concrétisées. Les recommandations et directives sont encore trop abstraites à l'heure actuelle. En outre, nous avons constaté que les découvertes utiles dans la pratique n'entraînent pas encore suffisamment de preuves scientifiques.

Un plaidoyer pour la recherche-action. Le conflit décrit ci-dessus est en lien étroit avec le modèle de production des connaissances lui-même. On suit souvent les règles de la recherche biomédicale traditionnelle, où il y a une distinction stricte entre « l'intervention » et « la recherche scientifique » sur les conséquences. Si le but est de découvrir les lois de la physique générale, une telle approche prend tout son sens. Toutefois, si le but consiste à comprendre le contexte et la dynamique des processus sociaux – ce que sont finalement les interventions liées à la santé et au bien-être – ce modèle de développement de connaissances s'avère beaucoup trop distant et sans contexte.

Il semble beaucoup plus utile d'organiser le développement de connaissances de manière à permettre aux acteurs de se réunir et d'apprendre de la pratique. Les méthodes de recherche-action, où plusieurs types d'informations (données statistiques, données qualitatives issues d'interviews, observations, etc.) sont triangulées, semblent mieux adaptées. Le propre de cette méthode est que les interventions sur le lieu de travail prennent les faits et non la théorie comme point de départ et réunissent également la formation, la recherche et les actions visant le changement (Teiger et al., 2015; Teiger et al., 2013).

En France, le nombre de recherches sur la santé au travail, y compris les recherches-actions, ont fortement augmenté ces 10 dernières années. Ces recherches-actions sont caractérisées par un transfert de connaissances profanes et académiques dans deux directions. Ainsi, sur base d'un processus qui repose sur le développement mutuel de la connaissance, on met l'accent sur la manière dont les acteurs peuvent s'approprier les résultats. Le modèle de la recherche-action a donné, en France, des informations sur (1) les méthodes qui permettent aux acteurs de se doter de moyens de prévention ; et (2) des méthodes pour soutenir les acteurs de l'entreprise dans l'introduction de mesures de prévention concrètes.

Des exemples du premier type d'informations consistent en une méthodologie visant à développer un « management participatif de la sécurité et de la santé au travail » (Rocha et al., 2015) ; et des méthodes qui aident les syndicats à mettre au point des actions concrètes, afin de prévenir les risques psychosociaux sur le lieu de travail (Chassaing et al., 2011).

Des exemples du second type d'informations consistent en l'introduction d'une intervention visant l'accompagnement et le développement d'un projet sur la prévention durable des troubles musculosquelettiques (Caroly et al., 2007).

Vers des centres de connaissances sur la santé et le bien-être au travail. À différents moments de notre étude, nous suggérons l'idée de centraliser les connaissances au sein d'un centre d'expertise, afin de diriger les formations tant académiques que professionnelles (entre autres les formations

pour la médecine du travail, les conseillers en prévention, etc.) pour les acteurs concernés. Ce type de centre d'expertise pourrait également se charger de la centralisation des données sur le travail et la santé. Une option serait de renforcer le Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail (BeSwic)¹⁸, afin de pouvoir développer un institut sur le modèle finlandais¹⁹. Ce nouveau centre de connaissance aurait pour but de : (1) centraliser les résultats de recherches, recherches-actions et moyens qui sont développés ; (2) coordonner les recherches-actions et autres recherches, avec pour objectif de communiquer les résultats ; (3) centraliser les exemples d'initiatives concrètes dans un contexte professionnel ; (4) et encourager la création d'un réseau entre acteurs (issus du secteur de la santé, le monde de l'entreprise mais aussi des formations concernées).

Une autre initiative exemplaire est le **réseau de recherche en santé et sécurité du travail du Québec (RRSTQ)**. Il s'agit d'un des centres de recherches spécifiques en matière de santé au travail au Canada qui se penche déjà depuis plusieurs années sur le domaine du transfert de connaissances en ce qui concerne la santé au travail. Un des projets vise la création d'une « communauté pour le transfert de connaissances » dont le but principal est de proposer des activités où on échange des idées sur le transfert de connaissances sur la santé au travail, dans plusieurs disciplines scientifiques. Deux projets, qui ont été développés par cette communauté, semblent être une source d'inspiration intéressante pour la situation en Belgique :

Le guide sur le transfert des connaissances. À l'intention des chercheurs en santé au travail (Faye et al., 2007) est un outil de travail destiné aux chercheurs issus de différents domaines qui œuvrent pour le transfert des connaissances. Le travail est destiné à mettre en avant des éléments visant à approfondir les idées relatives aux processus de transfert de connaissances à travers les différentes phases de recherche.

La dynamique du transfert de connaissances. Perspectives centrées sur l'usage (Desmarais et al., 2011), est un ensemble d'expériences provenant de différents secteurs professionnels. Chacune de ces expériences propose des pratiques novatrices pour le partage de connaissances entre le monde de la recherche, les professionnels de la santé au travail et les acteurs du monde de l'entreprise. Il y est également question de la manière dont les connaissances des différents acteurs sont utilisées dans le cadre des actions collectives de promotion et de prévention.

Un centre de connaissances fédéral serait préférable mais cette tâche, qu'elle soit complémentaire ou pas à un tel centre de connaissances fédéral, peut aussi être réalisée par différents acteurs. On peut, en premier lieu, penser aux syndicats. **Les centres de formations au sein des syndicats** peuvent constituer l'endroit propice pour favoriser le partage de connaissances entre le monde académique et syndical afin d'encourager la production de connaissances utiles pour le monde du travail.

En Espagne, l'Institut syndical pour le Travail, l'Environnement et la Santé (ISTAS)²⁰ est une institution technique, syndicale et autonome qui vise à favoriser et améliorer les conditions de travail au niveau

¹⁸ Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail : <https://www.beswic.be/fr>

¹⁹ Nous faisons référence au Finnish Institute of Occupational Health (<https://www.ttl.fi/en/>)

²⁰ El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud: <http://www.istas.net/web/portada.asp>

de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail ainsi que la protection de l'environnement. Ils ont notamment développé des guides (guides pour les interventions syndicales au sein des organes de concertation en matière de santé au travail, guide de prévention des risques liés au travail destiné aux « délégués en prévention », guide pour la prévention des risques spécifiques, plus précisément les risques chimiques sur le lieu de travail ou les risques psychosociaux) et sont activement impliqués dans le travail d'étude sur le terrain. Une réalisation importante de l'ISTAS est le développement de méthodes d'intervention comme la « ergopar-méthode » qui est axée sur une ergonomie participative pour la prévention des troubles musculosquelettiques.

En Italie, l'**INCA-CGIL**²¹ (Syndicat général italien des travailleurs) accompagne les travailleurs pour la protection de leurs droits en matière de sécurité sociale et plus particulièrement, pour la reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles. L'INCA-CGIL a réalisé une vaste étude sur les troubles musculosquelettiques dans différents secteurs allant de l'industrie de la chaussure à la pêche, le secteur de l'automobile et du commerce de gros.

Les **fonds de formation sectoriels** pourraient également être (davantage) mobilisés pour le thème de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. Ils peuvent, notamment, se charger du partage des connaissances en organisant des formations sur la santé au travail. L'avantage des organisations sectorielles est qu'elles peuvent tenir compte des besoins spécifiques des différentes catégories de travailleurs. Étant donné que les directions des entreprises jouent un rôle essentiel tant dans le développement et l'introduction des initiatives de promotion et de prévention que dans l'utilisation des résultats, il semble utile de mettre l'énergie nécessaire dans les actions de sensibilisation développées dans ce domaine. Les fonds de formation sectoriels pourraient également jouer un rôle plus important dans la création d'une politique de promotion de la santé et de prévention adaptée pour les PME.

Notre étude a mis en avant le fait que le rôle des **services internes et externes pour la prévention et la santé au travail** n'était pas suffisamment défini au niveau de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. Ils devraient, en tout cas, redoubler d'efforts pour introduire davantage d'initiatives de promotion de la santé et de prévention des risques. Ils devraient élargir leur champ d'action au lieu de se limiter à des interventions rigoureuses (contrôles périodiques), afin de pouvoir accorder plus d'attention aux initiatives d'accompagnement à plus long terme. En général, le rôle des médecins du travail et des conseillers en prévention est aussi trop peu connu au niveau des actions de prévention des maladies professionnelles et de la promotion de la santé. Il serait bon, tant pour les acteurs de l'entreprise que pour les conseillers et médecins du travail de consacrer des modules de formation à ce thème, par exemple dans la **formation de base et la formation continue**.

Enfin, au niveau local, il faudrait pouvoir réunir les acteurs issus du secteur de la santé (généralistes et spécialistes, médecins-conseils des mutualités), des organisations concernées (centres locaux pour

²¹ Istituto Nazionale Confederale di Assistenza: <http://www.inca.it/>

la promotion de la santé), du monde de l'entreprise (partenaires sociaux mais aussi conseillers en prévention et médecins du travail) et du monde de la recherche dans des **plateformes locales pour la santé au travail**. Cela permettrait de collecter toutes les données existantes sur la santé au travail (données administratives de Fedris et données des recherches-actions ; données issues des analyses de risques au sein des entreprises qui sont faites de manière anonyme, etc.). Des moyens de sensibilisation peuvent également être développés, en lien avec les spécificités de l'emploi. Pour l'introduction de ces plateformes, il faudrait faire appel aux partenaires des réseaux et institutions qui existent déjà : notamment les « LOGO » (organisations locales de concertation en matière de santé), les centres de documentation locaux et régionaux pour la promotion de la santé ou les réseaux TRIO²².

L'encouragement actif à la collaboration dans le cadre d'une approche holistique

Il ressort, à plusieurs reprises, de notre étude que la collaboration, le partage des connaissances et des solutions soutenues par tous les membres de l'organisation constituent les « clés du succès ». Il ne faut dès lors pas s'étonner que la mise en place et la promotion d'une **approche participative** soit également l'une des principales recommandations. On retrouve également cette recommandation dans l'argumentation précédente relative à la sensibilisation, et dans les modèles de développement et partage des connaissances qui sont mis en avant. Des résultats similaires ont également été observés dans des recherches à l'étranger.

Après une évaluation des interventions sur la promotion de la santé au travail et la prévention des risques professionnels réalisée dans 19 institutions de santé publique en Suède, les auteurs ont fait la distinction entre les interventions de haute qualité et les interventions de faible qualité (Vinberg and Landstad 2014). Une intervention de haute qualité est caractérisée par un bon leadership, plusieurs interventions partagées et la participation, dans une large mesure, des travailleurs et du management durant le développement de l'intervention. D'autres facteurs de réussite importants concernent la collaboration avec les services externes et les organismes de sécurité sociale (lors de programmes de réhabilitation) et une routine bien développée dans l'organisation de l'intervention ou du programme de réhabilitation. De plus, il est important que les travailleurs et le management participent au planning et à la mise en place de l'intervention. Une intervention de faible qualité est, elle, caractérisée par un faible leadership, peu de participation et une intervention basée uniquement sur quelques problématiques de santé (pas d'approche holistique). Les chercheurs sont arrivés à la conclusion que pour avoir une intervention réussie, il fallait un grand taux de participation à la fois du management et des travailleurs. Une approche holistique ou une stratégie de changement plus vaste, liée à un bon leadership, sont des éléments qui facilitent le succès d'une intervention.

²² TRIO : Groupes d'échanges entre Médecins-Conseil, Médecins du Travail et Médecins Généralistes.

Une étude néerlandaise est arrivée à la même conclusion (Hale et al., 2010; Hale and Guldenmund, 2010). Entre 2003 et 2008, 17 projets de sécurité ont été évalués sur leurs chances de réduire le nombre d'accidents de travail et l'absentéisme et de créer une culture de sécurité durable. Ces projets ont été réalisés dans 29 entreprises et dans le secteur de l'agriculture. Presque tous les projets consistaient en des interventions composées de différents éléments, qui ont été réalisées sur une période considérable. Les chercheurs ont pointé les ingrédients suivants comme étant le gage d'une intervention réussie : (1) un dialogue solide entre le milieu du travail et la ligne hiérarchique ; (2) la mise à disposition d'indicateurs de performance critiques pour les managers pour leur permettre de suivre l'avancement du projet ; (3) la création d'un système de notification des incidents et des situations dangereuses, où tous les acteurs peuvent travailler dans un climat de confiance et de discrétion ; (4) la création d'une organisation qualifiante, où la communication et le suivi des actions qui en résultent sont pris au sérieux ; (5) la désignation d'un coordinateur de projet enthousiaste ; (6) le soutien d'un management bien formé ; (7) une direction d'entreprise qui met des moyens à disposition – le changement de comportement doit en effet être soutenu par un changement dans l'environnement ; et (8) une approche thématique qui offre une structure à l'intervention, ce qui évite que des initiatives « ne se chevauchent ». En cas d'interventions non réussies, le soutien du management est absent et le coordinateur considère l'intervention comme rien de plus qu'un élément routinier de l'ensemble de ses tâches. La formation des travailleurs est nécessaire mais pas suffisante pour garantir la réussite de l'intervention.

L'encouragement d'un bon encadrement au niveau organisationnel

Il était déjà clairement apparu dans la situation précédente, dans les organisations néerlandaises, qu'un management impliqué exprime également son implication en proposant l'encadrement nécessaire au niveau de l'organisation. Cet encadrement est matériel (entre autres investissements en sécurité et en santé) ; logistique (entre autres espaces pour concertation, mise en place d'une intervention, etc.) et lié au personnel (entre autres dispense des travailleurs concernés pendant les périodes indiquées, demandes d'encadrement interne ou externe).

La politique de promotion et de prévention devrait faire partie intégrante des piliers stratégiques des objectifs organisationnels. Nous avons vu que l'exécution correcte d'actions est souvent fastidieuse. Cela implique des coûts (p.ex. pour prévoir l'infrastructure nécessaire). Il faudrait prévoir un budget pour le suivi de l'action par une personne externe à l'entreprise/institution (p.ex. un SEPP ou un centre de recherches universitaire). On recommande un système qui fonctionne avec des **primes** issues des pouvoirs publics ou des fonds sectoriels pour les organisations qui procèdent à l'introduction d'actions novatrices en matière de promotion de la santé et/ou de prévention. Ce genre d'incitants matériels pourrait être augmenté pour les petites et moyennes entreprises. De cette manière, on peut envisager très concrètement d'attribuer une prime aux très petites entreprises (TPE) et aux petites et moyennes entreprises (PME) qui prévoient une ligne budgétaire dans leur business plan pour des actions de promotion de la santé et de prévention. Ces incitants

financiers ne permettent effectivement pas de neutraliser complètement un climat d'instabilité ou des situations avec des possibilités d'investissement limitées, mais ils permettraient d'éviter qu'une situation économique d'entreprise précaire ou incertaine ne relègue automatiquement au second plan le thème de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

Cependant il faut aussi reconnaître que les **mécanismes de contrôle** qui préservent l'application de la législation sur le bien-être doivent être renforcés. À cet effet, on peut encourager le développement d'une analyse d'impact par les acteurs. Cette mesure permettrait d'aller plus loin qu'une simple obligation de moyen et de viser une obligation de résultat. De plus, l'intégration et la liaison de données offre également la possibilité de mettre en évidence les lacunes et/ou l'absence de progrès dans le domaine de la sécurité, du bien-être et de la santé. Les profils de risques des entreprises qui peuvent ensuite être comparés avec les moyens du secteur pourraient faciliter un contrôle efficace. Nous pensons aux données relatives aux accidents de travail et maladies professionnelles, aux plaintes relatives aux risques psychosociaux, aux données d'incapacité de travail et/ou informations RH. Les organisations avec un profil de risque négatif évident pourraient être forcées à suivre une trajectoire d'amélioration et/ou de payer des cotisations sociales plus élevées.

Selon nous, un bon mélange d'incitants et de mesures de contrôle/sanction, assorti d'une approche sur mesure où tous les acteurs sont concernés, offre le plus de garanties d'avancées sur le terrain de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie.

Références

Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J-M., Daniellou F. (coord.) (2008). La prévention durable des TMS, Quels freins ? Quels leviers d'action ? Recherche-action 2004-2007. Rapport de recherche pour Direction Générale du Travail.

Chassaing K., Daniellou F., Davezies P., Duraffourg J, (2011) Recherche action « Prévenir les risques psychosociaux dans l'industrie automobile : élaboration d'une méthode d'action syndicale», Emergences-CGT-Ires.

Desmarais, L., Lortie, M. (2011). *La dynamique du transfert de connaissances. Perspectives centrées sur l'usager*. Laval : Presses de l'Université Laval. Collection Santé et sécurité du travail.

Faye, C., Lortie, M., Desmarais, L. (2007). « Guide sur le transfert des connaissances à l'intention des chercheurs en santé et sécurité du travail ». Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

Hale, A. and F. Guldenmund. 2010. "Veiligheidsverbetering: Wat Werkt Wanneer?" *Tijdschrift Voor Toegepaste Arbowedenschap* 2:50–56.

Hale, A. R., F. W. Guldenmund, P. L. C. H. van Loenhout, and J. I. H. Oh. 2010. "Evaluating Safety Management and Culture Interventions to Improve Safety: Effective Intervention Strategies." *Safety Science* 48(8):1026–35. Retrieved (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0925753509002033>).

Rocha R., Mollo V., Danieullou, « Les espaces de débat sur le travail : un outil pour développer un management participatif de la santé-sécurité au travail », in Jansou P., Drulhe M. (dir.) (2015) *Santé au travail : pour ne nouvelle dynamique. Constats et ouvertures*, Toulouse, Octares Editions, pp. 87-99.

Teiger, C. et Lacomblez, M., coordonnatrices. (2013). (Se) *Former pour transformer le travail. Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail*. Laval: Presses de l'Université Laval. Collection Santé et sécurité du travail.

Teiger C., Lacomblez, « Le formation des CHSCT à l'analyse critique du travail », in Théabaud-Mony A., Davezies P., Vogel L. Volkof S. (dir) (2015) *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à gagner*, Paris, La Decouverte, pp. 417-418.

Vinberg, Stig and Bodil J. Landstad. 2014. "Workplace-Based Prevention and Rehabilitation Programs in Swedish Public Human Service Organisations." *International Journal of Disability Management* 9:e1. Retrieved (http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1833855014000012).

Annexes

Annexe 1 : classification de la littérature portant sur la promotion et la prévention de la santé au travail en Belgique (chapitre 2) Error! Bookmark not defined.

Annexe 2 : références bibliographiques des 55 sources répertoriées (chapitre 2) .78

Annexe 3 : Etudes de cas (chapitre 4)83

1. Etude de cas 1: la mise en place d’une stratégie de gestion des risques professionnels (SOBANE) au sein d’un organisme régional du secteur public83

Présentation de l’outil de prévention de la santé au travail 83

Méthodologie 84

Analyse de la démarche de prévention au sein de l’institution 86

1. 1. Introduction de la démarche de prévention au sein de l’institution 86

1.1.1. Le début du projet..... 86

1.1.2. La présentation du projet aux participants 89

1. 2. Le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention..... 91

1.2.1. Les canaux de communication et d’information..... 91

1.2.2. La participation des travailleurs à la démarche 93

1.2.3. La place des managers de première ligne..... 97

1.2.4. Les dispositifs de suivi et d’accompagnement 99

1.2.5. Le soutien de la direction 102

1. 3. Les résultats 104

1.3.1. Les résultats de la démarche de prévention 104

1.3.2. La communication des résultats 105

1.3.3. Les effets de l’intervention 105

1.3.4. La poursuite de la démarche de prévention 106

Conclusion 107

2. Etude de cas 2 : Réalisation d’une enquête sur les risques psychosociaux et mise en place d’un plan d’actions pour prévenir les RPS..... 111

Présentation de la démarche de prévention mise en œuvre dans l’institution 111

Méthodologie 111

Analyse de la démarche de prévention au sein de l’institution 113

2. 1. L’introduction de la démarche de prévention au sein de l’institution 113

2.1.1. Le début du projet..... 113

2.1.2. La présentation de la démarche au sein de l’institution..... 115

2.1.3. La présentation de la démarche aux participants..... 115

2. 2. Le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention..... 116

2.2.1. Les canaux de communication et d’information..... 116

2.2.2. La dynamique de participation 117

2.2.3. Les dispositifs de suivi et d’accompagnement 119

2.2.4. Le soutien interne 120

2.2.5. L'articulation des pratiques entre les acteurs	123
2. 3. Les résultats	124
2.3.1. L'utilisation des résultats de l'enquête	124
2.3.2. Le retour des résultats	125
2.3.3. Les effets de l'intervention	126
Conclusion	129
3. Casestudie 3: Interventie met stappenteller bij schoolpersoneel	132
Inleiding: doel en beschrijving van de interventie	132
Methodologie van de casestudie	133
3. 1. Introductie van de interventie.....	134
3.1.1. Aanvang van het project	134
3.1.2. Introductie van het project bij de deelnemers	135
3.1.3. Het soort interventie: voor ieder wat wils?	136
3. 2. Verloop van de interventie	137
3.2.1. Rol coördinator(en)	137
3.2.2. Betrokkenheid en steun vanuit de directie	138
3.2.3. Rol onderzoeker(s)	139
3.2.4. Draagvlak project creëren – het belang van de sociale component	140
3.2.5. Duidelijke instructies en richtlijnen.....	142
3.2.6. Infrastructuur en materiaal.....	143
3.2.7. Tijd en timing	144
3. 3. Resultaten.....	145
3.3.1. Resultaten van de studie.....	145
3.3.2. Communiceren van de resultaten van de studie	145
3.3.3. Effecten van de interventie.....	145
3.3.4. Continuïteit: promotie van gezondheid op het werk levende houden.....	146
Conclusie	147
Referenties	149
4. Casestudie 4: Interventie met stappenteller in een bedrijf	150
Inleiding: doel en beschrijving van de interventie	150
Methodologie van de casestudie	151
4. 1. Introductie van de interventie.....	152
4.1.1. Aanvang van het project	152
4.1.2. Introductie van het project bij de deelnemers	153
4.1.3. Het soort interventie: voor ieder wat wils?	154
4. 2. Verloop van de interventie	156
4.2.1. Rol coördinatoren	156
4.2.2. Betrokkenheid en steun vanuit de directie	157
4.2.3. Rol onderzoeker(s)	158
4.2.4. Rol preventieorganen (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, CPBW)	159
4.2.5. Draagvlak project creëren – het belang van de sociale component.....	160
4.2.6. Duidelijke instructies en richtlijnen.....	162
4.2.7. Infrastructuur en materiaal.....	162

4.2.8. Tijd en timing	163
4. 3. Resultaten.....	164
4.3.1. Resultaten van de studie.....	164
4.3.2. Communiceren van de resultaten van de studie	165
4.3.3. Effecten van de interventie.....	166
4.3.4. Continuïteit: promotie van gezondheid op het werk levende houden.....	166
Conclusie	167
Referenties	169

Annexe 1 : classification de la littérature portant sur la promotion et la prévention de la santé au travail en Belgique (chapitre 2)

Tableau format paysager

Annexe 2 : références bibliographiques des 55 sources répertoriées (chapitre 2)

Bertrand F., Hansez I., & Peters S., (2005) « Maintien dans l'emploi des travailleurs âgés : enjeux et pistes de travail pour les entreprises » in *Médecine du Travail et Ergonomie*. Vol. XLII, n°3, pp. 83-89.

Bogaert, Inge (2016) "Promoting a physically active lifestyle among Flemish secondary school teachers; a pedometer-based intervention".

Delagrangé, H., & Arbeid, S. I. &. (2013). *Informatiedossier werkstresspreventie in de praktijk*, 70 p.

De Bourdeaudhuij, I., Stevens, V., Vandelanotte, C., & Brug, J. (2007). Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 33(25), 39–48.

De Cia J., Hansez I., Moreau C., Naedenoen F., Pichault F., Pepermans R., Van den Bossche V. (2012) « Recherche sur le bien-être au travail dans les centres d'appels (call centers) ». Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

De Cocker, K. A., De Bourdeaudhuij, I. M., & Cardon, G. M. (2010). The effect of a multi-strategy workplace physical activity intervention promoting pedometer use and step count increase. *Health Education Research*, 25(4), 608–619.

De Cocker, K., Veldeman, C., De Bacquer, D., Braeckman, L., Owen, N., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2015). Acceptability and feasibility of potential intervention strategies for influencing sedentary time at work: focus group interviews in executives and employees. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(22), 1–11.

De Cocker, K., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G., & Vandelanotte, C. (2015). Theory-driven, web-based, computer-tailored advice to reduce and interrupt sitting at work: Development, feasibility and acceptability testing among employees. *BMC Public Health*, 15(1), 959.

De Cocker, K., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G., & Vandelanotte, C. (2016). The Effectiveness of a Web-Based Computer-Tailored Intervention on Workplace Sitting: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(5), e96.

De Geus, B., Van Hoof, E., Aerts, I., & Meeusen, R. (2008). Cycling to work: Influence on indexes of health in untrained men and women in Flanders. *Coronary heart disease and quality of life. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18(4), 498–510.

De Greef, M., & Van den Broek, K. (2004). Making the case for workplace health promotion: Analysis of the effects of WHP. *European Network for Workplace Health Promotion*.

D' Haufayt D., Galle A., Léonard L., Letont V., Van Daele A., Ver Heyen W., Vanderbrande T. (2007) « Inventaires des outils et des bonnes pratiques en matière d'amélioration des conditions de travail dans l'aide à domicile », UMH, Mons / HIVA -K.U.Leuven, Leuven.

Delaunoy M., Malchaire J., Piette A. (2002) « Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise », Médecine du travail et ergonomie, Vol XXXIX N°1.

Delobbe N., Van Tolhuysen L., Berck P., Wattiaux F. (2009) « Bien-être au travail et performance de l'organisation », Direction Générale Humanisation du Travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Delobbe N., De Hoe R. (2012) « Le bien-être au travail est-il un facteur de performance organisationnelle ? Une étude multi-niveaux dans le secteur de la distribution alimentaire belge », Direction Générale Humanisation du Travail. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Doumont D., Libion F. (2001) « Prévention des lombalgies en milieu hospitalier et éducation par les pairs », série de dossiers documentaires, Université Catholique de Louvain, Unité d'éducation pour la santé.

Dubuy, V., De Cocker, K., De Bourdeaudhuij, I., Maes, L., Seghers, J., Lefevre, J., ... Cardon, G. (2013). Evaluation of a workplace intervention to promote commuter cycling: a RE-AIM analysis. BMC Public Health, 13(1), 587.

Eeckelaert L., Van den Broek K., Rasson M-N., Schittecatte B., Wlodarski O. (2014) « Analyse de risques dans le secteur de la coiffure », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Faulx D., (2004) « Modèle d'investigation des situations de harcèlement moral et de souffrance relationnelle au travail dans une perspective de diagnostic différentiel », 13^{ème} Congrès de Psychologie du Travail et des Organisations.

Flohimont, V., Lambert, C., Berrewaerts, J., Zaghdane, S., Deseilles M., Esseilles et Fuzfa (2013) « Guide d'aide à la prévention des risques psychosociaux au travail, Bruxelles, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 38 p.

Flohimont V., Lambert C., Ramioul M., Van Peteghem J., Deseilles M. & Berrewaerts, J. (2015) « Indicateur d'alerte des risques psychosociaux au travail. Mode d'emploi et outil », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Geens, T., Aerts, E., Borguet, M., Haufroid, V., & Godderis, L. (2015). Exposure of hairdressers to aromatic diamines: An interventional study confirming the protective effect of adequate glove use. Occupational and Environmental Medicine, 73(4), 221–228.

Godderis, L., Vanhaecht, K., Masschelein, R., Sermeus, W., & Veulemans, H. (2004). Prevention pathways: application of the critical path methodology in occupational health services. Journal of

Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine, 46(1), 39–47

Gysemans, K. (2015). GEZONDHEIDSBEVORDERING OP HET WERK EN GEDRAGSINTENTIE – VOLDOENDE BEWEGING.

Hambach R., Mairiaux P., François G., Braeckman L., Balsat A., Van Hal G., Vandoorne Ch., Van Royen P., Van Sprundel M. (2011) "Workers' Perception of Chemical Risks: A Focus Group Study", Risk Analysis, Vol. 31, N 2

Hansez I., Faulx D., Angenot A., Burnay N., Lurkin D., Braeckman L., Van Risseghem M. (2011) « Recherche sur la gestion des âges en entreprise », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Hansez I., De Cia J., Angenot A., Mairiaux P., Schippers N., Braeckman L., Firket P., Muller M. (2013) « Recherche sur la Burnout en Belgique », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Hublet, A., Maes, L., Mommen, J., Deforche, B., & De Bourdeaudhuij, I. (2016). Health promotion interventions in social economy companies in Flanders (Belgium). BMC Public Health, 16(1), 11

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schamphelleire J, De Troyer M, Kacenenbogen N, Offermans AM, Pierart J, Kohn L. (2011) « Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge », Health Services Research (HSR), Bruxelles Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Laphorn B., Hellemans C., Braeckman L., Delobbae N. (2014) « Résultats de l'enquête nationale sur les facultés de travail (WORKABILITY, VOW/QFT) dans 3 secteurs et comparaison des résultats des années 2007 à 2014 », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation social.

Lenderink, A., & Godderis, L. (2016). SIGNAAL, nieuwe gezondheidsrisico ' s uit de praktijk. Beroepsziekten, 24(2), 92–9

Leroy J-F., Faulx D., Devacht I., Antonissen D., (2009) « Agir sur les souffrances relationnelles au travail. Manuel de l'intervenant confronté aux situations de conflit, de harcèlement et d'emprise au travail », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Mairiaux P. (2005) « Travailleur lombalgiques. Bases scientifiques des programmes de "retour au travail" », INRS, Documents pour le Médecin du Travail N° 101, 1er trimestre 2015.

Mairiaux P., Mazina (2008a) « Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail. Recommandations de bonnes pratiques », SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Mairiaux P., Mazina (2008b). « Lombalgie au travail. Un guide pour l'employeur et les partenaires sociaux », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Mairiaux P., Schippers N., Kéfer F., Cornélis S., Donceel P., Somville P. (2012) « Retour au travail après une absence de longue durée » Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Malchaire J. (2000) "Strategy for prevention and control of the risks due to noise", *Occupational and Environmental Medicine* 57: 361-362.

Malchaire J. (2001). « Evaluation et prévention des risques lombaires : classification des méthodes », *Médecine du travail et ergonomie*, volume XXXVIII, N° 2.

Malchaire J. (2006) « Stratégie Sobane et guide de dépistage Deparis. Série stratégie Sobane, gestion des risques professionnels », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Nyssen AS., De Keyser V., Lamy M., Fagnart J.L, Baele P., (2003) « Développement d'un système de signalement d'incidents/accidents en milieu médical ». Programme d'appui scientifique à la Protection des travailleurs en matière de santé. Phase II XXX.

Nyssen AS, Gérimont C., Bidee J., Hansez I., Pepermans R. (2010) Bonnes pratiques en matière de conditions de travail physiques et psychiques pour les infirmiers : résultats de l'étude "Ergonomie infirmière 2009-2010", SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, 68p.

Peteghem, J. Van, & Hermans, V. (2013). AANDOENINGEN EN PSYCHOSOCIALE RISICO S Samenvatting van het onderzoek.

Piette A., Cock N., Malchaire J. (2001). « Pathologies musculosquelettiques des membres supérieurs: épidémiologie et prévention », *Médecine du Travail et Ergonomie* Vol. XXXVIII n°2

Poot O., Strauss P., Mairiaux P. (2009) « Le rôle du Fonds des Maladies Professionnelles en faveur de la réadaptation des patients lombalgiques », *Revue médicale de Bruxelles*.

Recherche-action en Pays de Charleroi « Les troubles musculosquelettiques » (2008), Journée Mondiale pour la Santé et la Sécurité au Travail, Charleroi.

Spittaels, H., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., & Vandelanotte, C. (2007). Effectiveness of an online computer-tailored physical activity intervention in a real-life setting. *Health Education Research*, 22(3), 385–396

Van Nieuwenhuysse A., Crombez G., Alex Burdorf A., Verbeke G., Masschelein R., Moens G., Mairiaux P., and the BelCoBack Study Group (2009) "Physical characteristics of the back are not predictive of low back pain in healthy workers: A prospective study", *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009, 10:2.

Vandenbrande T, Leonard L., Letont V., Van Daele A., Ver Heyen W. (2006) « Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête PROXIMA », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Vandersmissen, L., & Godderis, P. L. (2015). Evaluatie van de FINDRISC risicotest in een arbeidsgeneeskundige setting, 22–24.

Verbrugghe M., Kuipers Y., Vriesacker B., Peeters I., Mortelmans K. (2016) “Sustainable employability for older workers: an explorative survey of belgian companies”, Archives of Public Health 74:15.

Vidick S., Mairiaux P. (2008) « Les absences de longue durée pour lombalgie au sein du personnel soignant dans le secteur hospitalier », Santé publique, N° 20, p. 29-37.

Annexe 3 : Etudes de cas (chapitre 4)

1. Etude de cas 1: la mise en place d'une stratégie de gestion des risques professionnels (SOBANE) au sein d'un organisme régional du secteur public

Présentation de l'outil de prévention de la santé au travail

La stratégie de gestion des risques professionnels SOBANE a été développée par un projet de recherche mené au sein de l'unité Hygiène et Psychologie du Travail, sous la direction du Professeur Jacques Malchaire de l'Université Catholique de Louvain. La stratégie est proposée et diffusée gratuitement par la Direction Générale Humanisation du travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et a été développée avec le soutien du Fonds Social Européen.

La stratégie a été conçue pour aider à mettre en place une gestion dynamique et efficace des risques professionnels. Elle constitue ainsi un outil qui vise à favoriser le passage des démarches de prévention formelles vers des actions de prévention concrètes : « l'objectif de la stratégie est bien la prévention des risques; l'étude des risques n'est pas un but en soi mais n'est qu'une étape vers la prévention » (Malchaire, 1997).

De la sorte, la stratégie se réfère aux principes fondamentaux de prévention primaire définis au niveau de l'Union Européenne au travers de la directive-cadre relative à la sécurité et à la santé au travail (directive 89/391 CEE). La méthodologie de travail met donc l'accent sur la complémentarité des savoirs entre les acteurs et insiste sur le rôle crucial des travailleurs en tant qu'acteurs principaux de la démarche de prévention et non comme l'objet de l'action : « le travailleur est donc le seul détenteur d'un savoir indispensable à la prévention. Il a peut-être des difficultés à l'exprimer, mais il est le seul à pouvoir le faire et, dans la mesure où le but est le maintien ou l'amélioration de son bien-être (mais est-ce toujours le cas ?), aucune action pertinente ne peut être menée sans cette connaissance et donc sans lui. » (Malchaire 2006, p.16). En partant de ce postulat, la stratégie pointe en même temps l'importance de l'association des parties prenantes au sein d'un groupe d'accompagnement de la démarche de prévention. La mise en place d'un tel dispositif vise notamment l'élaboration d'un diagnostic partagé de la situation.

Du point de vue de la méthodologie proposée, la stratégie **SOBANE** comporte quatre niveaux d'intervention : le **Screening** (dépistage), l'**Observation**, l'**Analyse** et l'**Expertise**.

A partir de l'utilisation de méthodes précises pour chaque niveau, la stratégie vise à aborder l'ensemble des problèmes liés à la situation de travail en vue de déterminer ce qui peut être fait pour améliorer la situation dans l'immédiat et identifier les problèmes plus difficiles à résoudre. Pour les problèmes qui ne peuvent pas être résolus à l'issue des deux premiers niveaux d'intervention, les acteurs concernés demandent la réalisation d'une analyse approfondie de la situation et, à la fin, un

passage au dernier niveau est prévu pour les situations très complexes où le besoin de faire appel un à un expert demeure inéluctable.²³

En ce qui concerne notre étude de cas, nous présentons, de manière succincte, les caractéristiques de l'outil conçu pour aborder le premier niveau de la stratégie: le dépistage des risques professionnels. Les trois niveaux suivants (observation, analyse et expertise) n'ayant pas été abordés par l'intervention au moment de la réalisation de l'étude de cas.

Le premier niveau de la stratégie consiste donc à réaliser un dépistage participatif des risques sur tous les aspects de la vie au travail. En partant des connaissances des travailleurs sur leur situation de travail, la stratégie propose de mener un travail de réflexion collective sur les problèmes vécus, pour aboutir à la définition partagée de pistes de solutions pour les résoudre.

A cet effet le Guide de concertation *Deparis*²⁴ a été conçu pour outiller les acteurs de l'entreprise au moment de la réalisation du dépistage des risques. La méthodologie de travail repose sur la mise en place de réunions avec les travailleurs où l'ensemble des problèmes liés à la situation de travail sont examinés. Le but de la réalisation d'un dépistage participatif des risques, ne vise pas à constater ou à quantifier les situations problématiques. Au contraire, il s'agit de réfléchir sur ce qui peut être fait concrètement pour les améliorer. Les travailleurs sont donc amenés à envisager des pistes de solution concrètes pour améliorer leur situation à court terme et déterminer les problèmes plus difficiles à résoudre. Ces derniers éléments font l'objet du passage au deuxième niveau d'intervention : l'observation.

Afin de structurer les discussions au sein des réunions de travail, le guide *Deparis*, pour le secteur tertiaire, comporte 16 rubriques. Celles-ci ont été conçues pour aborder, le plus objectivement possible, l'ensemble des dimensions liées à la situation de travail, à savoir : l'organisation générale du travail, la sécurité sur le lieu de travail, les postes de travail, les facteurs d'ambiance et les facteurs psycho-organisationnels.

Chaque rubrique comporte une liste détaillée de points à passer en revue. Par la suite, des propositions d'améliorations concrètes doivent être signalées pour chaque point abordé. A l'issue de chaque réunion, les résultats obtenus sont synthétisés au travers de documents de travail : un tableau synoptique reprenant les observations faites par les travailleurs sur chaque point et un tableau récapitulatif des actions et études envisagées. Ce tableau constitue la base pour l'élaboration d'un plan d'action sur le court, moyen et long terme.

Méthodologie

Pour cette étude de cas, nous avons interviewé 11 personnes. Chaque entretien a été enregistré avec une durée approximative de 1h. Les entretiens ont été menés sur le lieu de travail de manière

²³ Cf. <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=4212>

²⁴ Le guide *Deparis générale* est décliné sur autant de secteurs spécifiques y compris pour le secteur tertiaire.

individuelle ou en duo. L’anonymat et la confidentialité des données recueillies ont également été garantis. Tout d’abord, un contact a été établi avec la personne responsable de l’introduction de la démarche dans l’institution (la conseillère en prévention du SIPP). Après une présentation de l’objet d’étude et de la démarche à suivre, elle nous a mis en contact avec les membres du groupe d’experts constitué pour la mise en œuvre de l’intervention : la directrice des ressources humaines, la deuxième conseillère en prévention du service interne et les représentants des travailleurs des trois syndicats présents sur le lieu de travail (FGTB- CGSP, CSC – service public, CGSLB-SLFP). Par la suite, d’autres acteurs du département des ressources humaines ont marqué leur intérêt pour être associés à la démarche : la collaboratrice bien-être et l’attachée de la cellule stratégique ont également été interviewées.

Les entretiens avec les deux conseillères en prévention du service interne de prévention et de protection (SIPP) et l’attachée de la cellule stratégique ont été réalisés de manière individuelle. Les entretiens avec la directrice des ressources humaines et la collaboratrice bien-être ont été réalisés en duo. Les entretiens avec les délégués de chaque syndicat ont également été réalisés en duo afin de respecter la parité linguistique.

Pour l’encodage et le traitement des données, nous avons procédé en quatre étapes.

Dans un premier temps, nous avons effectué une retranscription des informations concernant les sujets du guide d’entretien.

Deuxièmement, une grille d’analyse a été élaborée pour chaque acteur rencontré. Ce qui a permis de réaliser une première classification entre les éléments facilitant ou freinant l’implémentation de l’initiative de prévention sur le lieu de travail. Sur cette base, des thèmes et des sous-thèmes ont été dégagés pour chacun des acteurs.

Troisièmement, nous avons distingué les éléments partagés par le même type d’acteur. Cet exercice a été nécessaire là où plus d’un acteur par catégorie a été interviewé.

Quatrièmement, nous avons mis en évidence les éléments bloquant ou stimulant qui ont fait l’objet d’un consensus entre l’ensemble des parties prenantes, ceux qui révèlent des positions opposées et, enfin, certains éléments spécifiques soulignés exclusivement par l’une des parties prenantes.

Tableau 1 : entretiens réalisés pour l’étude de cas 1

Type d’acteur	Prévu	Réalisé
Acteurs internes de la ST	1 CP (SIPP)	2 CP (SIPP)
Représentant de la DRH	1 DRH	3 membres de RH

Représentant de travailleurs	1 DS	6 DS
Total personnes interviewées	3	11

Tableau 2 : le profil des acteurs rencontrés pour l'étude de cas 1

Acteur	Fonction	Rôle dans l'intervention
Acteurs internes de la santé	Responsable du SIPP. Conseiller en prévention	Responsable de la démarche, membre du groupe d'experts et animatrice des réunions
	Conseiller en prévention SIPP	Membre du groupe d'experts, animatrice des réunions
Représentants de la DRH	Directrice RH	Membre du groupe d'experts
	Collaboratrice RH	Membre du groupe d'experts (récemment associé)
	Collaboratrice RH	Animatrice des réunions
Représentant des travailleurs	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts
	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts
	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts
	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts
	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts
	Délégué syndical	Membre du groupe d'experts

Tableau 3 : le profil de l'institution 1

Secteur d'activité	<i>Secteur public (OIP)</i>
Zone	<i>Bruxelles Capitale</i>
Taille de l'institution	<i>1344 agents (ETP)</i>
Instances ST	<i>Comité de concertation de base, SIPP, SEPP</i>
Stade de l'intervention	<i>En cours</i>

Analyse de la démarche de prévention au sein de l'institution

1. 1. Introduction de la démarche de prévention au sein de l'institution

1.1.1. Le début du projet

Le début de la démarche de prévention a été marqué par deux éléments déclencheurs. Dans un premier moment, une enquête sur la charge psychosociale a été menée au sein de l'institution par le biais d'une sous-traitance à un consultant externe du service externe de prévention et protection au

travail (SEPP), afin de se conformer à l'évolution de la législation en matière des risques psychosociaux²⁵.

Dans un deuxième temps, en fonction des résultats obtenus par cette enquête, la question du « comment donner une suite à la politique de prévention de l'institution », tout comme le besoin d'aller plus loin dans l'analyse des sources des risques professionnels s'imposent. En effet, l'ensemble des acteurs internes concernés par la santé au travail, considère que les résultats obtenus par la démarche mise en place par le SEPP sont insuffisants. A ce propos, deux aspects ont été particulièrement remis en question: la représentativité des réponses obtenues et la pertinence des recommandations mises en avant; jugées trop globales par rapport aux spécificités des services de l'institution.

Les pistes de recommandations proposées étaient beaucoup trop généralistes. Cela tenait au fait que dans le questionnaire utilisé, compte-tenu des problématiques statistiques, on a dû globaliser des services entre eux. Il y a donc eu des retours où on ne savait pas où était le problème, dans quel service. Parfois, en ce qui concerne des services très gros, il y avait eu très peu de répondants par rapport à la masse de gens, donc on se demandait dans quelle mesure cela était représentatif. (...) A l'issue des résultats, on avait trop d'interrogations, il fallait aller plus loin dans l'analyse. (RH)

C'est ainsi que les acteurs du service interne de prévention et protection au travail (SIPP) et la direction des ressources humaines (DRH) se sont engagés dans une réflexion portant sur l'internalisation ou l'externalisation des démarches de prévention à mettre en place. Face au bilan mitigé vis-à-vis de la dernière initiative mise en œuvre, la responsable du SIPP propose l'utilisation de la stratégie Sobane et mener donc la démarche en interne.

La stratégie avait déjà été appliquée de manière concluante sur un nombre restreint de services. Cependant, le fait de lancer la stratégie à l'échelle globale de l'institution représentait un défi majeur pour les acteurs du SIPP, notamment en termes de moyens et de temps nécessaires pour y parvenir. Le choix du SIPP a finalement été motivé tant par l'approche participative proposée par la stratégie que pour ses caractéristiques en termes opérationnels, à savoir : la facilité à transposer l'outil à la réalité du terrain (la gratuité de l'outil, le bilinguisme, la disponibilité des informations sur internet, l'accès à une formation spécifique, etc...) et la possibilité d'avoir une méthodologie de travail structurée mais qui permet, en même temps, de l'adapter aux spécificités de l'institution.

Tout en reconnaissant le fait que l'approche participative de la stratégie Sobane est un point fort pour mener une démarche de prévention efficace, pour la conseillère en prévention du SIPP, il faut cependant noter que l'échec des expériences antérieures dites « participatives » constitue un frein possible pour l'implication des travailleurs.

²⁵ Loi du 28 février complétant la loi du 1996 quant à la prévention des risques psychosociaux, et l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail.

C'est une méthode participative qui marche bien : les gens se sentent concernés, on va sur leur poste de travail, ils peuvent s'exprimer sur les 16 items. A partir des problèmes qui sont mis en avant, on trouve des propositions de solutions qui viennent d'eux. (CP)

Il ne fallait pas lier les deux expériences, parce que la méthode CAF [cadre d'autoévaluation des fonctions publiques] a engendré beaucoup d'espérance des choses qui allaient changer vite mais qui n'ont pas eu lieu. (CP)

D'un point de vue formel, la présentation des résultats de l'enquête sur la charge psychosociale au sein du comité de concertation de base (CCB) a été l'occasion d'exposer la proposition du SIPP et, par la suite, de faire valider au niveau de la Direction Générale (DG) l'introduction de la stratégie Sobane au sein de l'institution. Pour ce faire, la présentation a porté sur l'objet de la démarche, les modalités à suivre pour sa mise en œuvre et, notamment, sur les canaux de communication envisagés pour faire descendre l'information par la ligne hiérarchique vers les équipes de travail. En même temps, cela a été l'occasion d'y associer les syndicats pour la planification et la mise en œuvre des actions.

D'un point de vue opérationnel, l'objectif visé a été la réalisation d'une analyse de risque participatif au sein de chacun des 75 services de l'institution. Pour le démarrage des actions, trois mesures ont été prises: la mise en place d'un groupe d'experts constitué des conseillers en prévention du SIPP, de représentants de la DRH et de représentants des travailleurs, la définition des binômes bilingues²⁶ pour assurer l'animation des réunions de travail au sein de chaque service, et la mise en place d'une journée de formation (SPF ETC) destinée aux animateurs des réunions et aux membres du groupe d'experts.

L'étape préliminaire n'a rencontré aucune difficulté majeure, c'est au moment de commencer la mise en œuvre des actions que certaines inquiétudes ont été relevées au sein des directions. Ce sont notamment les aspects liés au temps de travail et aux coûts engendrés par les actions. Pour surmonter ces *aprioris* à l'égard de la stratégie, les membres du SIPP ont procédé à une explication en détail du processus envisagé. En outre, deux éléments ont été mobilisés pour faire le point entre les parties: le rappel des obligations légales qui incombent à l'employeur en matière de bien-être au travail et l'importance d'avoir un soutien de toute la ligne hiérarchique avant d'avancer sur la mise en œuvre des actions.

L'analyse faite de la situation par la conseillère en prévention pointe la nécessité de l'implication des toutes les parties prenantes lors du démarrage de toute stratégie de prévention

Une fois que les questions sont sorties lors de ce premier passage, on a dû affiner la présentation de la modalité de travail envisagée et la portée de l'intervention. On comprenait que c'était important qu'ils puissent être mieux informés. En plus, si les managers sont aussi preneurs de la méthode, ils vont aussi donner « envie » aux équipes d'y participer. On n'allait pas faire des choses derrière le dos de qui que ce soit. Si on veut que ça amène du

²⁶ Chaque binôme est composé d'un conseiller en prévention du SIPP et d'une deuxième personne représentée par la personne de confiance ou par un membre de RH

changement et que les choses évoluent, il faut que toute l'entreprise, toute la direction soit porteuse du projet (...) Finalement, les décisions prises sont redescendues et, à partir de là, ça a été plus certain pour tout le monde. On voulait que toute l'institution porte le projet et pas juste le SIPP, même si on travaille beaucoup avec la DRH. (CP)

1.1.2. La présentation du projet aux participants

1.1.2.1. La présentation au sein des services

La stratégie d'évaluation des risques professionnels dans l'institution s'est donné comme objectif de mener la même intervention au sein de chaque service de l'institution sans aucune distinction entre le type d'activité développée par les services. Il convient de préciser que si la grande majorité de services réalise des activités administratives, d'autres services qui exercent des activités comme les techniciens de surface ou les travailleurs « cantine » font également partie de l'institution. La possibilité de disposer d'outils adaptés « Sobane filles ²⁷ » pour utiliser la même méthodologie pour l'évaluation des risques, tout en prenant en compte les spécificités des activités réalisées, a aussi été considéré comme un facilitateur pour transposer l'outil aux spécificités du terrain.

Comme nous l'avons évoqué, la stratégie vise l'élaboration d'un diagnostic partagé sur base d'une méthodologie de « retour d'expérience ». Tous les travailleurs de chacun des services ont été pourtant invités à participer, sur une base volontaire, aux réunions de travail. Dès la première intervention, les membres du groupe d'experts se sont accordés sur le fait qu'afin de diminuer les contraintes, les managers des services ne devaient pas être associés aux réunions de travail.

Pendant les réunions, ils sont sans les responsables, c'est important aussi. On leur donne un espace de temps et de parole, sur base d'une méthode acceptée par le CCB et la DG, où ils peuvent s'exprimer. On leur permet de parler sur le bien-être et le mal-être au travail, une chose sur laquelle on n'a pas trop réagi dans le passé, en tout cas, pas assez à leurs yeux, ils en profitent. (CP)

De manière générale, une présentation de la démarche de prévention a été diffusée sur la newsletter interne de l'institution. La présentation de la démarche aux responsables des services a été réalisée par les conseillers en prévention. D'abord un mail de présentation a été envoyé afin d'expliquer l'objectif de l'initiative et, deuxièmement, un contact a été établi pour faire le point sur les modalités de travail. Par la suite, ce sont les responsables de chaque service qui ont fait redescendre l'information au sein du personnel pour les inviter à participer aux réunions de dépistage des risques professionnel de leur service.

Etant données les difficultés rencontrées pour associer les travailleurs lors des premières rencontres, la stratégie de communication prévue initialement a été revue. Si les responsables des services sont informés sur l'objet de la démarche et les modalités de mise en œuvre opérationnelle sont définies

²⁷ Les modèles spécifiques (sectoriels) déployés à partir du modèle « mère ».

en amont avec les conseillers en prévention, une fois les aspects opérationnels réglés, ce sont également les conseillers en prévention qui envoient directement l'invitation aux travailleurs, en mettant toujours en copie le responsable du service. Nous y reviendrons.

1.1.2.2. La définition du cadre de travail et les étapes à suivre

Le cadre de travail pour le déroulement des réunions a été défini par le groupe d'experts sur base des recommandations théoriques de l'outil et ajusté en fonction des caractéristiques de l'institution. A titre d'exemple, la CP expose la situation concernant le temps théorique réservé aux réunions.

Très vite on s'est rendu compte qu'une séance ne suffisait pas, en 3h il n'est pas possible de boucler 16 rubriques sur la situation de travail: vous ouvrez la boîte de Pandore où les gens peuvent enfin s'exprimer et vous allez leur dire de faire plus vite ? (CP)

Des représentants d'un syndicat observent l'accroissement de la charge de travail.

Il s'agit de la première fois qu'on met en place un projet comme ça : on avance, mais on commet des erreurs aussi. Même au sein du « groupe d'experts », on n'est pas des experts, on est en train de se former depuis peu. Par exemple, il y a eu une sous-estimation de l'effort que ça allait demander, c'est une énorme charge de travail ! (DS)

Finalement, la démarche retenue a été de réaliser trois séances par service. En effet, une des conseillères internes met en évidence l'importance de la définition de l'endroit où les réunions doivent avoir lieu.

Un aspect important, c'est aussi de faire les réunions dans les bâtiments de chaque service. Quand on nous parle des problèmes rencontrés (aération, humidité, etc.) les animateurs qui ne font pas partie du SIPP ne connaissent pas forcément tous les bâtiments de l'institution. Il est important de pouvoir visualiser un peu de quoi les gens parlent pour pouvoir mieux retranscrire et mieux comprendre de quoi les gens nous parlent ». (CP)

La définition claire et précise du cadre de travail, de la portée de l'intervention, du traitement des données, et des résultats attendus, a aussi été soulignée comme un élément crucial lors du démarrage des actions avec les travailleurs.

A chaque réunion, il est primordial de bien définir le cadre de travail (...) Pour que les gens n'aient pas l'impression de parler et puis c'est fait, et le dossier est classé. On insiste toujours sur le fait qu'il y aura d'autres implications, mais le point de départ c'est vous. (CP)

Au travers des trois réunions, l'ensemble des points relatifs à l'évaluation des risques sont examinés dans le but de proposer des pistes de solutions concrètes pour chaque problématique soulevée. Le fait de ne pas se cantonner à la réalisation de constats à l'égard de situations problématiques mais d'associer les travailleurs dans la recherche de solutions concrètes est considéré comme un élément crucial pour favoriser une bonne réception de la démarche.

Le fait de se sentir écouté, que les gens sentent qu'on se met à leur disposition. Les solutions viennent du personnel, ça devient plus une discussion que d'imposer une solution. (DS)

Au bout des trois réunions, un rapport contenant le bilan de la situation et une « to do list » devient l'outil de travail pour le suivi et la réalisation des mesures concrètes visant à améliorer la situation de travail. Un retour des résultats est effectué à différents niveaux : au groupe d'experts, aux responsables du service, et un document de synthèse au sein du CCB.²⁸

Enfin, le groupe d'experts a décidé de mettre en place des personnes référentes « spoc » (*single point of contact*) au sein de chaque direction où des problématiques transversales ont été constatées (ex. facilités, IT, ...). De cette manière, la décision du groupe d'experts a visé à assurer la traduction des propositions faites au sein des réunions en améliorations concrètes sur les conditions de travail.

1. 2. Le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention

Les rencontres des différents acteurs concernés par la démarche ont mis en évidence toute une série de dimensions-clés sur le déroulement de la démarche de prévention au sein de l'institution. A partir de la confrontation des discours, nous nous attarderons sur les facteurs qui ont facilité ou qui ont rendu difficile l'implémentation de l'initiative de prévention sur le lieu de travail.

1.2.1. Les canaux de communication et d'information

La circulation de l'information relative à la démarche a été soulignée comme un point crucial et ceci depuis le moment de sa présentation officielle jusqu'à la phase de mise en œuvre des mesures concrètes.

D'abord, comme nous l'avons vu, la diffusion des informations sur l'objet et les étapes nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de prévention des risques professionnels, a rencontré difficultés entre le moment de la présentation formelle et l'annonce du démarrage d'actions sur le terrain. A cet égard, un des conseillers en prévention signale des problèmes liés à la transmission de l'information au sein de ligne hiérarchique.

Donc présentation avant les vacances d'été. (...) A la rentrée on a dit on va débiter et là les gens nous ont regardés « de quoi tu parles ? ». On avait présenté la démarche mais ...on a des managers, des managers de managers, etc...et tout en haut, eux, ils n'étaient au courant de rien. Il a fallu faire un travail par rapport à ça. Avant de lancer les actions il fallait avoir l'assentiment de nos plus haut strates de l'organisation parce que dans le Sobane aussi il y a parfois des choses qui sont mises à mal, l'idée ce n'est pas de juste déconstruire des choses et puis de s'en aller. On a du faire un re-explication, éclaircir certaines questions : qu'est-ce qu'on allait faire, comment, combien de temps ça allait prendre, combien ça allait coûter, qui allait participer, quelle organisation, ... (CP)

²⁸ Remarque : au moment de la réalisation des entretiens, le premier retour au sein du CCB n'avait pas encore eu lieu.

La travail conjoint de la conseillère en prévention et de la directrice RH pour défendre l'importance de la mise en œuvre de la démarche de prévention auprès du plus haut niveau de la direction, a favorisé la compréhension des enjeux et abouti à la validation de la mise en œuvre des actions.

Ensuite, la culture d'entreprise caractérisée par des canaux d'information descendante s'est avérée insuffisante pour assurer la transmission correcte de l'information vers les membres du personnel. Il ressort des entretiens que ceci a freiné la participation des travailleurs lors des premières rencontres. Face à ce constat, les membres du SIPP ont dégagé différentes hypothèses pour recadrer leur façon de travailler.

Si le manager n'a pas communiqué, on va le voir, c'est facile, on informe le manager qu'il doit communiquer. Ou bien, le manager communique mais ne donne pas les bonnes informations, ou encore il ne donne pas « l'autorisation » d'y aller en disant par ex. « on n'a pas le temps, on doit déménager, on a d'autres choses à faire ». Les gens ne vont pas oser dire « je vais y aller ». (CP)

Un autre élément mis en évidence est lié au manque d'information sur les rôles et les missions des acteurs du SIPP. Plus particulièrement, la perception de ces rôles et missions de la part des membres du personnel a été relevée comme un élément d'influence sur la motivation des travailleurs pour y participer. Le flou à l'égard des actions SIPP, a donc pu induire des confusions sur l'objet de la démarche proposée. Comme souligné par une des CP, nous pouvons constater que la manière dont la démarche est présentée a un impact sur la motivation des travailleurs.

On ne savait pas forcément comment redescendait l'information, qu'est-ce qu'on donnait comme information ? Est-ce que [le responsable du service] avait compris ce qu'on avait raconté ? On a une fonction chez X, et des fois les gens associent SIPP à certaines choses, pas forcément à l'analyse de risque Sobane. Si on arrive, les gens disent, ah! C'est l'exercice incendie, ou c'est pour faire de l'ergonomie, ou bien qu'il y a un problème que tu dois regarder (...) Donc dans les premiers moments je sais que les gens disaient « ils vont venir pour parler d'ergonomie » mais non. On va parler d'ergonomie mais c'est un item sur 16. Parfois, quand on commence la réunion et on demande « comment vous avez l'information ? », on voit que ce n'est pas ça du tout qu'on va faire, il faut recadrer l'histoire. Des fois on se dit que les gens ne sont pas venus parce qu'on a donné cette information et pour eux ce n'est pas intéressant. (CP)

Les difficultés rencontrées dans un premier moment, ont permis aux membres du groupe d'experts de tirer des apprentissages sur la façon de diffuser l'information auprès des travailleurs. Il a été décidé de garder des contacts avec les managers de première ligne, notamment pour la définition des aspects organisationnels. Or, ce sont les membres du SIPP qui ont pris en charge la diffusion de l'information directement vers les équipes de travail. Dans un deuxième temps, la mobilisation des canaux d'information plus « informels » s'est révélée plus efficace.

Enfin, des difficultés rencontrées au niveau de la circulation de l'information au sein de la ligne hiérarchique ont freiné la désignation des personnes de contact (spoc) qui sont chargées de la mise en œuvre des améliorations concrètes. Bien que la démarche avait été validée par la direction générale et par le comité de concertation de base, au moment de faire appel aux équipes des services, certaines directions ont manifesté ne pas être au courant des modalités de l'intervention. Telle que décrit par le représentant de la RH, cette situation reflète non seulement des faiblesses au niveau de la communication interne mais également le manque de vision globale du bien-être au sein de l'institution (nous y reviendrons).

La direction, qui était pourtant au courant qu'on allait lancer les Sobane, a pris conscience au moment où on est arrivé en disant « il nous faut des spoc pour faire le suivi au point de vue facilities, formation, etc. » (...) Subitement ils étaient assez frileux. Je pense qu'ils étaient d'accord sans savoir dans quel truc ils s'étaient embarqués. S'ils avaient été un peu plus documentés... on a expliqué la méthode Sobane mais c'était il y a un moment. Donc, quand on est arrivé en disant il nous faut des spoc, ce n'est pas nous qui allons voir individuellement « facilities »... oh là ! Ça a mis un temps certain avant d'en avoir. (CP)

1.2.2. La participation des travailleurs à la démarche

La réalisation d'un dépistage des risques basé sur une approche participative constitue un des principaux éléments cités par les acteurs comme un des points forts de la méthode proposée. En effet, il s'agit de la première fois qu'une initiative portant sur la prévention de la santé au travail est menée au niveau de tous les services de l'institution et sous une approche participative.

L'analyse de l'implication concrète des travailleurs sur la démarche a révélé des potentialités de transformation mais également des limites dans son implémentation, et ceci notamment par rapport à l'outil mobilisé ou encore à son contexte d'utilisation.

La participation des travailleurs dans l'évaluation des risques constitue le socle de toute démarche de prévention qui vise à améliorer les conditions réelles de travail. La planification d'une action de prévention sur base des seules connaissances techniques des conseillers en prévention est vouée à l'échec, selon les acteurs du SIPP.

La prévention de la santé au travail c'est d'abord faire l'inventaire des risques et puis agir sur les risques, répondre aux demandes des gens. Ce n'est pas dans son coin qu'on va faire de la prévention, il faut aller sur le terrain. (CP)

Il faut donner l'occasion aux gens de discuter de leur quotidien, de ce qu'ils vivent en tant que travailleurs, des fois des discussions qui se font à d'autres niveaux mais on n'est pas sur le terrain, donc on peut imaginer beaucoup de choses, on peut dire beaucoup de choses mais ça ne nous donne pas la réalité de ce qui est vécu dans les antennes, les services face aux public. Donc, l'importance d'être à l'écoute de ce qu'ils disent. (CP)

En effet, la méthode prévoit des réunions de travail pour faire un diagnostic sur base du récit des travailleurs. Néanmoins les acteurs signalent qu'il peut exister des décalages entre les éléments mis en lumière par le biais de l'outil mobilisé (réunions de groupe de travail) et les problèmes habituellement exprimés sur le terrain. L'un des acteurs, interroge *a priori* les limites de la méthodologie utilisée.

Comment réagir quand les gens ne veulent pas parler ? En effet, nous nous sommes retrouvés face à des situations où Sobane « disait » qu'il n'y avait aucun problème, alors que les échos du terrain disaient autre chose. (RH)

Les conseillers en prévention et des délégués syndicaux abordent certains éléments de compréhension liés au contexte de l'utilisation, sans pour autant pouvoir donner une réponse pour remédier à la situation.

Au début, c'est difficile de convaincre les gens d'y aller. Il y a une résistance, pas seulement vis-à-vis du responsable du service; entre collègues ça ne se passe pas toujours bien (...) Dans un des services, les personnes avaient peur de parler de leurs problèmes avec leurs collègues et, en même temps, peur des représailles ou des soucis de discrétion. (DS)

Souvent les gens font l'enquête mais après ils ne savent pas ce qu'on fait des résultats, toujours un peu frileux de donner leurs opinions. (CP)

Comme cela a déjà été souligné, la manière de diffuser l'information a un impact sur le niveau d'implication des travailleurs. Les acteurs considèrent qu'un autre élément qui conditionne le niveau de participation et la fiabilité des données réside dans la manière dont les travailleurs ont été amenés à participer. Dans cette optique, la stratégie propose l'association des travailleurs aux réunions sur base d'une démarche volontaire. Pourtant, l'expérience sur le terrain montre qu'il y a eu des situations où ce sont les managers qui désignaient les travailleurs qui devaient participer aux réunions. La CP donne un exemple de la manière dont le sens de l'intervention peut être biaisé.

A la fin de chaque réunion, nous avons l'habitude de remercier tout le monde pour sa participation et bonne volonté de faire partie des réunions. A ce moment, la réaction d'un des participants sera : ah ! C'était volontaire ? » (CP)

Une fois il nous est arrivé de n'avoir personne...bizarre que les gens n'ont pas envie de parler de leurs conditions de travail : soit la situation est super géniale, il n'y a aucun problème, mais on sait que ce n'est pas le cas, et puis on a des échos, on discute avec beaucoup de gens de manière informelle et on savait que dans beaucoup de cas ça n'allait pas du tout. Mais là ce qu'on nous renvoie comme information c'est que personne ne veut venir. On mobilise un peu nos réseaux et en fait, « on nous force la main pour y aller, on désigne qui doit aller, toi et toi parce qu'ils vont dire que des trucs positifs ». Ce n'était pas ça qu'on voulait entendre, on voulait que les gens viennent et se sentent libres de venir et surtout, libres de dire ce qu'ils ont envie, sans être conditionnés à l'avance. (CP)

En revanche, un des membres de RH pose un regard plus nuancé sur le caractère volontaire de la démarche, et l'effet éventuel que ce dernier peut avoir sur les résultats obtenus.

Évidemment les personnes que l'on voit n'est pas le service en entier, ces sont des volontaires, du coup cela est un peu biaisé. Car souvent quand les gens veulent s'exprimer, c'est malheureux, mais souvent c'est comme ça, c'est pour dire des choses négatives et pas tellement de choses positives. En même temps, cela nous permet de nous concentrer sur les problèmes. (RH)

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, la participation des travailleurs dans la démarche de prévention ne se limite pas à une consultation sur les facteurs des risques rencontrés. Cela vise également la co-construction de pistes d'action concrètes pour améliorer les conditions de travail. Or, les récits des acteurs montrent que la mise en place d'une telle dynamique de travail s'est avérée complexe, notamment en ce qui concerne la manière d'aborder la charge psychosociale.

Parmi les difficultés rencontrées, un élément a été particulièrement mis en lumière par tous les acteurs rencontrés : le manque d'un outil spécifique pour faire face aux problématiques concernant les aspects psychosociaux. Comme le souligne un des acteurs.

Nous avons trouvé beaucoup de solutions d'un point de vue pratique mais dès qu'on aborde la charge psychosociale, il n'y a pas vraiment de solutions car il est beaucoup plus compliqué de déterminer une souffrance interne. Ce problème reviendra toujours, même si on commence la discussion sur l'éclairage. Je n'arrive pas à comprendre comment travailler sur ce point. (DS)

Enfin, dans une réflexion plus large sur la portée de l'approche participative, un des délégués syndicaux met l'accent sur la distinction à faire entre la participation en termes de consultation et la participation en termes d'association au processus de prise de décision.

La méthode Sobane est limitée sur certains points comme la prise de décision par le travailleur et sa participation pour améliorer son cadre de travail. Quoi qu'il arrive, c'est la direction qui va prendre la décision finale. (DS)

Malgré les obstacles soulevés, la participation de travailleurs est considérée comme une dimension-clé de l'intervention. Différents angles d'analyse sont mis en évidence par les acteurs pour stimuler ce type de démarche de prévention.

D'abord, la portée de la démarche participative de prévention à l'échelle de l'institution permet de dégager les problématiques transversales rencontrées par les travailleurs. En plus, impliquer les travailleurs, non seulement dans la description de situations de risque, mais également dans la construction des propositions concrètes pour l'amélioration de leurs conditions de travail favorise la reconnaissance des travailleurs comme experts de leurs conditions de travail.

Le fait d'avoir des choses qui remontent qui sont transversales, oblige aussi l'institution à se poser des questions. Si 10 services pointent les mêmes choses, ça amène plus de poids au

changement. Pour les travailleurs aussi. Ce que je raconte, je ne suis pas le seul à la raconter : ça rassure, ils se sentent moins seuls dans leur difficulté, ça fait aussi avancer les choses et voir les choses beaucoup plus loin. (CP)

La philosophie Sobane est vraiment positive. On n'oublie pas les gens de terrain; leurs sentiments sont réellement entendus, on reconnaît les travailleurs en tant qu'experts. Maintenant le chef de service n'étouffe plus les problèmes de ses employés. (DS)

Ensuite, la mise en place d'un espace structuré pour s'exprimer et pouvoir proposer des pistes d'améliorations concrètes aux difficultés rencontrées quotidiennement, a également permis de visibiliser des problématiques présentes sur le lieu de travail depuis des années.

Les gens qui ont fait le Sobane se disent, on a pu s'exprimer, vider son sac sur une série des choses que de leur point de vue n'était jamais entendu jusque-là et ils ont en plus le sentiment que cette fois ci (même s'ils ne sont pas sûrs que ça changera pour autant) mais ils se disent « maintenant, on ne peut pas dire qu'ils ne l'ont pas entendu », que cela ne sera pas bloqué par le chef de service. Ici ça va plus loin » C'est une chose encourageante pour le personnel. (DS)

De la même manière, la conseillère en prévention reconnaît que la complexité de se lancer dans une telle approche implique de faire face aux dysfonctionnements existant mais rendus invisibles pendant des années.

Il fallait rattraper des situations graves depuis des années : ouvrir « la boîte de Pandore ». (CP)

Par ailleurs, un membre de RH pointe aussi l'importance du caractère participatif de la démarche et de la prise en compte de la parole des travailleurs.

Dans la plupart des cas, les réunions de dépistage participatif des risques n'ont fait que confirmer des hypothèses envisagées par les ressources humaines. Cependant, dans certains cas, ces réunions ont permis d'attirer l'attention des ressources humaines sur des situations spécifiques liées à l'organisation du travail qui jusqu'alors n'étaient pas considérées comme problématiques. La mise en évidence de ces aspects constitue, en effet, un élément pour pouvoir rendre les services plus efficaces, et ceci en fonction des besoins exprimés par les travailleurs.

Ça va aussi pointer là où il n'y pas d'offre de services pour pouvoir connaître les demandes. Par exemple, faire une session d'information sur la « promotion interne » est une chose qu'on n'avait jamais faite à partir de la DRH. Maintenant on sait qu'il y a une demande de différents services, donc on peut répondre. (RH)

En même temps, l'implication des travailleurs dans l'élaboration des propositions concrètes d'amélioration est considérée comme un élément permettant de rendre les travailleurs plus responsables de leur situation de travail.

La mise en place d'une telle démarche va montrer, d'un côté qu'il y a des choses qu'ils peuvent résoudre eux-mêmes, ça va aussi les responsabiliser. D'un autre côté, ça va montrer qu'il y'a des choses qui ne sont pas claires : le manque d'information, la communication, etc. Donc ça peut aider aussi à plus long terme pour rendre les choses plus efficaces. (RH)

Pour d'autres choses, ils se sont rendu compte qu'ils pouvaient proposer des choses et les prendre en main. Ex. un souci par rapport aux procédures qu'on a en interne, on pourrait fonctionner autrement, proposer directement au manager responsable, on sait que c'est faisable, on pourra le gérer, ça ne va pas être une décision qui vient d'en haut, on pourra prendre une décision et la faire perdurer. (CP)

Le fait de prioriser la dimension collective des problématiques rencontrées favorise la manière d'aborder la gestion des conflits internes.

Il faut dire que c'est moins agressif comme ça que quand on dépose par exemple une plainte collective au service de harcèlement. Ici ça se passe mieux parce que c'est mis dans l'ensemble du personnel. (DS)

Enfin, l'une des situations vécues par l'un des services, permet d'illustrer concrètement comment à partir d'un constat des travailleurs, des actions peuvent être mises en place pour renforcer, par exemple, le sentiment d'être reconnu dans leur travail.

Dans une antenne ils avaient envie de rendre compte de leur travail. Certaines antennes sont très conséquentes (antenne type « A »), d'autres moins (antenne type « C »). Les travailleurs « C » disaient « on a l'impression que le gens pensent qu'on ne travaille pas, parce qu'au niveau de quantité du public, on en a beaucoup moins. Mais, si on divise la quantité du public qu'on reçoit par la quantité de travailleurs, on a plus ou moins le même nombre de dossiers à traiter ». Donc ils avaient envie de tirer des chiffres pour pouvoir monter « on travaille aussi », et que le chiffre par agent est équivalent à une antenne A. Ils ont donc fait cette demande parce qu'ils avaient envie d'être reconnus dans leur travail. Ils ont proposé cette piste, c'est remonté, des chiffres ont été tirés on a fait le constat et effectivement on a pu dire c'est comme ça. Donc c'est valorisant pour eux d'être aussi reconnus dans leur travail. (CP)

1.2.3. La place des managers de première ligne

Le rôle des managers de première ligne, tout au long des différents temps de l'intervention, est signalé comme un élément central d'après les personnes rencontrées.

D'abord, les acteurs s'accordent sur une série d'éléments qui ont rendu difficile la mise en œuvre de l'outil de prévention et qui ont nécessité des adaptations à la réalité de terrain.

En ce qui concerne la phase de réunions de dépistage participatif des risques, la décision du groupe d'experts de ne pas faire participer les managers de première ligne aux réunions cherchait à favoriser la liberté d'expression des travailleurs sur les problématiques rencontrées au sein de leur service.

Néanmoins, après les premières expériences, les membres du groupe d'experts ont constaté un frein majeur : le fait de ne pas disposer d'un outil spécifique pour les managers afin de pouvoir mener la même démarche à leur niveau.

Les managers ont entendu toute la démarche et après ils nous ont dit : « mais nous aussi avons envie de le faire. Ce n'est pas parce qu'on est des managers qu'on n'a pas de problèmes ». Souvent les managers de première ligne se retrouvent entre l'« enclume » (l'équipe) et le « marteau » (le manager du manager). Dans la démarche de prévention, à la base, on ne voyait que les travailleurs, pas les managers. Mais en fait, c'est bête. Les managers ont aussi besoin de s'exprimer. Ce sont des questions auxquelles on n'avait pas pensé au départ. (CP)

Force est de constater que la mise en place de la démarche a ainsi été l'occasion de mettre en évidence des difficultés propres aux managers de première ligne, directement liées au style de management de l'institution.

La rencontre avec un des experts de la méthode a permis de dégager des pistes d'action pour la suite. Cependant, des spécificités propres à l'institution n'ont pas permis, pour le moment, d'avancer sur la transposition des recommandations méthodologiques au terrain.

Par ailleurs, un autre frein mis en lumière concerne la manière d'aborder les managers de première ligne à l'issue des réunions de dépistage participatif des risques. Le moment dédié au retour des résultats constitue une étape essentielle pour que les managers puissent s'appropriier le rapport produit par les membres de son équipe et en faire un levier d'action au sein de leur service. Or, l'absence de « recommandations » à suivre sur la manière de faire un retour des résultats aux managers a introduit des tensions entre les managers et les responsables de la démarche, notamment lors des premières expériences.

La manière d'aborder les responsables du service pour la présentation du rapport n'est pas expliquée dans la méthodologie. Comment transmettre une information assez sensible des membres du personnel vis-à-vis de leur chef ? Ce n'est pas une matière facile à faire passer, il fallait donc bien faire attention à comment formuler les phrases pour bien ménager tout le monde. (DS)

Nous sommes allées au clash. Le 1^o rapport c'est moi qui suis allée le présenter, si je pouvais faire marche arrière je le ferais. (...) Une erreur, on a minimisé la rédaction d'objectifs « smart », « c'est bien de se plaindre mais il faut amener des solutions » sinon pas constructifs et ça ne sert à rien. (...) Donc un peu maladroit nous sommes arrivées chez le responsable, on lui a présenté son addition. (...) Il a fallu un temps certain pour qu'on arrive à objectiver les résultats et qu'on arrive à amener des solutions acceptables pour les deux parties; pour l'équipe qui va se rendre compte qu'elle est entendue dans sa souffrance, et pour que le manager ne soit pas non plus mis à mal dans sa fonction. (CP)

L'analyse de la situation des managers de première ligne réalisée par le RH montre aussi que les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'un outil de prévention ne correspondent pas seulement au type d'intervention proposée mais qu'elles peuvent également être liées au contexte dans lequel l'initiative est mise en place. La directrice RH cite les injonctions paradoxales auxquelles les managers doivent faire face pour illustrer la situation.

Réflexion qui a commencé avec le comité stratégique sur quel type de management ont veut. Pas toujours d'une clarté phénoménale pour les managers. Parfois, on leur demande tout et son contraire. On demande d'être responsabilisant, responsabilisé, et en même temps, il existe une pyramide hiérarchique, quoi qu'on en dise, parce qu'on a un DG qui est pour la pyramide inversée mais dans la pratique on a encore un chef au-dessus. (RH)

De plus, la marge de manœuvre des managers, peut aussi constituer un frein pour implémenter des améliorations proposées par les membres du personnel.

Les résultats de Sobane sont amenés au niveau des n+1, mais si la relation entre les n+1 et les n+2 n'est pas idéale, ça peut expliquer que le n+1 ne s'autorise pas à traiter certaines demandes parce qu'il sent qu'il n'a pas l'autonomie ou qu'on ne lui donne pas la permission de le faire. (DS)

1.2.4. Les dispositifs de suivi et d'accompagnement

Pour favoriser l'implémentation des améliorations sur les conditions de travail, la définition de structures de suivi et des personnes de contact est considérée comme un élément central.

Le groupe d'experts constitue le lieu principal pour assurer le suivi et l'accompagnement de la démarche. Il est considéré non seulement comme un espace de discussion sur les aspects d'ordre opérationnel, mais également comme un lieu de concertation à l'égard de la stratégie et comme un espace de réflexion collective sur des questions de fond liées à l'organisation du travail.

Via le groupe d'experts, on vise à faire de la concertation à notre niveau pour prendre des décisions sur les actions à mettre en place suite aux résultats obtenus. (CP)

Au sein du groupe d'experts tout doit être rediscuté. Le but n'est pas qu'il y ait juste un stock de données qui ne donne rien, mais bien de mener un travail de réflexion sur le fond. (DS)

La dynamique de travail au sein du groupe d'experts est également considérée comme un élément stimulant. Cet espace est devenu un endroit pour aborder des questions plus larges liées à l'organisation du travail. Par exemple, les changements liés au déménagement d'un des bâtiments principaux de l'institution, ou à l'impact de la nouvelle philosophie pour les services, sont des questions qui sont abordées au sein du groupe.

À l'occasion du déménagement il y a une volonté de la direction de changer la manière dont on conçoit le travail. Pour le moment ça porte sur tout sur le mobilier, la possibilité d'avoir des

lieux de détente, les coffee corners. Ça suscite diverses réactions pour l'instant. Moi je crains qu'il y ait une institution à deux vitesses. Pour le top managers et les gens qui ont des tâches plus administratives et qui ne reçoivent pas le public, je pense que tout ce qui est annoncé peut fonctionner; leur organisation du travail va leur permettre ce mode de fonctionnement. Mais les gens qui doivent recevoir du public ont d'autres contraintes organisationnelles. Voilà, mon appréhension c'est sur la possibilité de scinder les membres du personnel avec cette nouvelle philosophie d'organisation du travail qui pourrait ne pas convenir à une partie. (DS)

Avec les nouveaux systèmes « flex-desk » quelqu'un qui reçoit du public, s'il doit chercher une demi-heure pour avoir un bureau qui est libre, pas possible, après la salle d'attente explose. (DS)

De plus, le groupe d'experts favorise l'articulation des pratiques entre les différents acteurs impliqués dans la démarche (ressources humaines, service interne de prévention, délégations syndicales). Cette articulation stimule ainsi le bon déroulement du processus à plusieurs niveaux. Vis-à-vis des travailleurs, l'existence du groupe est considérée comme un élément important pour garantir qu'une suite sera donnée aux propositions émises par les travailleurs.

On s'est mis d'accord avec la responsable SIPP pour y aller ensemble à la formation sur le « disability management », parce qu'il y a des aspects psychologique et des aspects plus liés aux conditions de travail. D'où l'intérêt de participer à cette formation pour permettre de mieux nous connaître. (RH)

Le fait de travailler en duo nous permet de communiquer entre nous. Nous progressons ensemble. (...) De plus en plus nous développons des synergies de fonctionnement, parce que le bien-être au travail recouvre plein de réalités. (RH)

Les gens sont sans les responsables, c'est important aussi, on leur donne un espace de temps et de parole où ils peuvent s'exprimer, sur base d'une méthode acceptée par le comité de concertation de base et la direction générale. De plus, il va y avoir un suivi puisque c'est nous qui sommes les garants qu'il doit y avoir un suivi. (CP)

En même temps, vis-à-vis de la hiérarchie, l'implication des différents acteurs permet de renforcer la prise en compte des propositions faites pour donner une réponse aux problématiques soulevées et donc d'aboutir à des actions plus efficaces grâce à l'articulation des champs d'actions d'acteurs.

On n'est pas tout seul, il y a les duos, le CBC, la DRH. Si on veut agir sur le bien-être, il faut faire des choses en commun. Si on met nos champs d'action ensemble, on va être beaucoup plus efficaces. (CP)

Si l'échange des pratiques entre les acteurs directement impliqués dans la démarche est un point souligné comme un facteur stimulant, certaines personnes pointent des manquements au niveau de l'articulation de ces pratiques avec des acteurs externes de la santé au travail ou par rapport aux autres initiatives de l'institution.

A cet égard, tant des membres de RH que des représentants des travailleurs font ressortir la faible articulation de la démarche avec les actions menées par le SEPP.

Le médecin du travail est plus concerné par les visites sur le lieu de travail, il fait les rapports systématiquement quand il rencontre une problématique en visitant tel ou tel lieu. (...) Lors de la dernière réunion en CCB, en aparté, j'ai posé des questions sur des pistes à prendre sur l'aspect psychosocial, mais de manière informelle, ce n'est pas quelque chose...pourtant il pourrait apporter énormément des réponses. Ça pourrait être intéressant de pouvoir être un peu plus outillé de son côté, qu'il nous donne des informations importantes. (DS)

Les médecins du travail a un rôle primordiale au bien-être du travail car nous ne pouvons pas parler de maladie, lui a une formation utile pour dresser les liens entre maladies au travail et santé. Mais nous n'arrivons pas à avoir des liens étroits avec la médecine du travail. Ce sont justement des aspects qui nous poussent à travailler ensemble. Car nous devons avoir des formations communes pour comprendre réellement le travailleur, cela permet aussi de tisser des liens avec les autres collaborateurs. (RH)

Certains acteurs indiquent le faible niveau de transversalité entre les différentes initiatives en cours pour mettre en œuvre des améliorations concrètes.

Il y a des listes « to do générales » et des listes « to do Sobane », donc il n'y a pas de transversalité. Donc pour les « to do Sobane » il a quand même fallu convaincre les directions concernées, parce qu'on disait « pourquoi je dois détacher un membre de mon personnel pour faire ça ? » ce n'était pas gagné d'avance. (DS)

J'ai l'impression que c'est vraiment scindé, saucissonné. (DS)

En même temps, il apparaît que différents acteurs considèrent les actions mises en place dans le cadre du « disability management » sont un élément intéressant pour illustrer la potentialité des créer des synergies entre la démarche de prévention Sobane et autres initiatives :

Un élément de transversalité que je vois, ça pourrait paraître éloigné mais ça se rapproche très fort, c'est avec le « disability management ». Là il y a quand même une procédure où le médecin du travail est beaucoup plus présent pour quelqu'un qui est absent de longue durée.... Ça commence à devenir beaucoup plus officiel, et ça fonctionne mieux. Là il y a quand même une rencontre [entre différentes initiatives] parce que je suis absent depuis six mois, parce qu'il y a avait beaucoup de tensions dans mon service, j'ai craqué, j'ai fait un burn-out, et je souhaite revenir. Donc c'est toujours bien de pouvoir faire ces connexions. Ça commence, petit à petit. (DS)

Par exemple, le Sobane a tiré la sonnette d'alarme sur un service et, en même temps, il s'agissait d'un service qui présente le taux d'absentéisme le plus élevé de l'institution. (...) Particulièrement avec la responsable du service, ce feedback dans le cadre du Sobane, a soulevé aussi des problématiques liées à l'absentéisme et, ça lui a fait évoquer les difficultés

qu'elle rencontre aussi. Donc ça nous a permis de rebondir et de dire, « très bien on va se plonger sur ta situation, avec le référent RH on va voir ce qu'on peut faire ». On va prendre ce service comme cas d'école pour la procédure de « disability management ». (RH)

Par ailleurs, un autre facteur crucial pour donner suite aux propositions faites par les travailleurs est la mise en place des « spoc » (*specific point of contact*). La désignation des agents-relais au sein des services a visé des objectifs multiples : faire face aux problématiques de manière transversale, assurer la mise en œuvre des améliorations et favoriser la communication sur l'état d'avancement au sein des services. A titre d'exemple, la conseillère en prévention décrit la modalité de travail avec les agents-relais.

A la fin des séances, on reprenait tous les points à travailler, on notait qui allait faire quoi. En fait ce qu'on constate, c'est qu'il y a des services qui sont souvent cités (services support : facilités, IT, SIPP, formation et RH : question promotion, gestion d'équipe, évaluation)

Donc pour chaque direction support on a désigné une personne de référence, un « spoc ». (...) Comme les personnes référentes des départements ont une meilleure connaissance de ce que font leurs services, ils pouvaient dire facilement, « ça n'est pas du tout faisable ». Ou bien, « pourquoi l'équipe propose ça si » Par exemple, au sein d'un service quelqu'un a demandé de mettre une chaine sur l'une des portes à l'arrière de l'antenne, pour pouvoir ventiler mais, sans que personne ne puisse rentrer. Avec une discussion avec la personne référent il est ressorti qu'il fallait réfléchir plutôt à un système d'aération. (CP)

Or, si la mise en place des structures de suivi et d'accompagnement de la démarche est unanimement considérée comme un facteur stimulant, la question de la marge de manœuvre réelle pour l'implémentation des actions est en même temps, interrogée par les acteurs. A cet égard, un des délégués examine encore la manière dont les personnes de contact ont été choisies.

Les gens qu'on a désignés pour être spoc, ne sont pas nécessairement des gens qui ont du poids dans leur direction pour faire bouger les choses !(DS)

1.2.5. Le soutien de la direction

Il ressort des entretiens que la mise en place de toute action de prévention nécessite un soutien de la direction pour la validation de l'initiative. Cependant, c'est également un élément qui influence fortement le passage de l'obligation de prévention aux mesures concrètes pour l'amélioration des conditions de travail.

Le récit des acteurs portant sur le niveau de soutien de la direction vis-à-vis des démarches de prévention converge vers une même perception : l'écart entre le discours sur le bien-être au travail et le soutien spécifique pour mener à bien des actions concrètes sur le terrain. La description de la situation faite par un membre de RH synthétise la question.

Au niveau du comité stratégique, conceptuellement Sobane est très bien mais quand on a dit « maintenant on a des « to do list » et on va faire des réunions to do avec les spocs de chaque service », « oui mais...combien de temps ça va nous prendre, la charge de travail, il ne faut pas court-circuiter les autres organes de gouvernance !! ». (RH)

L'écart entre le discours prôné et la pratique de terrain révèle ainsi le faible niveau d'intégration de la dimension bien-être à la vision globale du management. Ceci s'exprime de différentes façons.

Un membre de RH souligne le lien entre l'incompréhension des rôles et des missions des acteurs en termes de bien-être au travail et le manque de vision globale.

Par exemple, le fait d'avoir besoin de personnes de contact (spoc) dans les différents services pour mettre en place les améliorations. Au sein de certaines directions, ils perçoivent ça comme une demande d'un tiers (CP, RH en l'occurrence) mais, non, ce sont des demandes du personnel. (RH)

Justement, hier on a eu une discussion avec un « spoc » dont le rôle n'est pas complètement bien compris ou accepté par sa direction. (RH)

Dans la même optique, la perception de la conseillère en prévention montre le besoin de sensibilisation à faire au sein des services pour aboutir à des actions transversales de bien-être au travail.

Au début, la première inquiétude de la direction était : « est-ce qu'on allait monopoliser leurs équipes ? » Il faut faire comprendre que le « temps monopolisé » par Sobane pour faire les « to do list » c'est pour arriver à mettre en place des améliorations. (CP)

Comme souligné par un des délégués syndicaux, l'absence de sensibilisation de la part de la direction peut également conduire à de fortes incompréhensions sur l'objet visé par la démarche de prévention.

« C'est peut-être une chasse aux sorcières, un règlement de comptes ! ». (DS)

Ou encore, le fait que les démarches de prévention ne soient pas considérées comme prioritaires au plus haut niveau de la direction est également illustré par le récit d'un délégué syndical.

Pour l'instant, le soutien de la hiérarchie est très flou. On ne perçoit pas forcément de soutien. Quand on a besoin, on peut faire appel au comité, mais nous n'avons pas de proposition de la DG. Ce n'est pas leur priorité...Pour le top management, c'est une affaire en cours et quelqu'un d'autre s'en occupe. (DS)

Il ressort donc que le manque d'intégration de la dimension bien-être au travail dans la vision globale de management produit un « renversement » du diagnostic fait de la situation : la mobilisation de personnes de contact, pour concrétiser des améliorations, est perçue comme une monopolisation des équipes pour des demandes spécifiques d'un acteur de l'institution. Alors que, l'appel aux

personnes de contact est précisément fait parce que le caractère transversal des problématiques est mis en lumière lors de la démarche de prévention.

Dans ce cadre, des interrogations quant au traitement que les responsables donneront aux résultats de la démarche de prévention sont pointées par un des représentants de travailleurs :

Pour le moment, l'appréhension que j'ai est que quand les choses sont relativement simples et qu'il y a de solutions qui peuvent être apportées en interne, au sein d'une direction, je pense qu'effectivement ça devrait pouvoir bien fonctionner. Mais quand on va dans le domaine de la charge psychosociale, on touche à des problèmes beaucoup plus complexes... donc là je ne sais pas, mais je me dis, est-ce qu'il y aura vraiment une volonté, quand les problèmes sont aigus, de changer fondamentalement les chosesj'ai un point d'interrogation. (DS)

La crainte c'est que la direction auto-justifie ses actions. Est-ce qu'il y a réellement une volonté de changement ? (DS)

Il y a des choses tout à fait concrètes, par exemple s'il s'avère qu'une personne qui est tout à fait inadéquate pour une fonction, et c'est les managers, je l'impression qu'ils ne sont pas vraiment...qu'ils n'osent pas vraiment prendre la décision de le déplacer. (DS)

1. 3. Les résultats

1.3.1. Les résultats de la démarche de prévention

D'un point de vue d'une évaluation normative, à ce stade, les acteurs s'accordent pour dire qu'il est encore trop tôt pour dresser un bilan de la démarche en termes de résultats obtenus. La démarche a été inscrite dans le plan d'action globale de prévention de l'institution. Après un an de mise en œuvre de la démarche, 15 services ont participé à la réalisation d'un dépistage des risques participatif sur un total de 75.

En ce qui concerne les mesures concrètes d'amélioration mises en place : les analyses des rapports produits au sein des différents services ont permis de dégager des problématiques transversales, notamment en ce que concerne les services « support ». A cet effet, comme cité précédemment, des agents-relais au sein des services ont été désignés pour être responsables du suivi et de l'accompagnement des mesures à mettre en œuvre. En outre, des améliorations concrètes liées aux aspects de sécurité et hygiène ont pu être facilement mis en place à la suite des réunions.

Cependant, il apparaît que la principale difficulté rencontrée au moment de la définition de mesures concrètes d'amélioration a été la manière d'aborder et de traiter les informations concernant les aspects psychosociaux. A ce sujet, les acteurs s'accordent pour insister sur deux obstacles à soulever pour les prochaines étapes: le manque d'outillage des animateurs de réunions (qui ne sont pas des spécialistes en matière de gestion des RPS) et, en conséquence, les difficultés rencontrées au moment de déterminer ce qui peut être concrètement fait pour améliorer la situation dans

l'immédiat. Toutefois, ce constat a permis d'identifier les problématiques les plus difficiles à résoudre et qui feront l'objet d'un recours au soutien à des spécialistes sur les risques psychosociaux, seconde étape de la stratégie de prévention.

1.3.2. *La communication des résultats*

La mise en œuvre d'une démarche de prévention implique également la définition d'une stratégie sur la manière dont les résultats obtenus seront présentés, à savoir : le niveau de l'information qui sera diffusée et les personnes qui y auront accès.

Dans le sens d'une réflexion plus large, le représentant RH porte un regard plus critique vis-à-vis du cadre d'action prôné par la législation sur le bien-être au travail, notamment en ce qui concerne les demandes d'intervention collective et l'obligation de publicisation au sein des organes de concertation.

*Je comprends le but, mais pour les managers c'est un peu comme s'ils étaient au pilori et le but ce n'est quand même pas ça. Le but c'est que les choses s'améliorent pour l'équipe avec les managers qu'ils ont et qu'ils vont continuer à avoir. Le but c'est d'aller vers un mieux et on ne sait pas aller vers un mieux si la personne qui manage l'équipe est complètement cassée.
(RH)*

Dans la même optique, la conseillère en prévention présente la situation.

Puisque dans ces rapports il y a parfois du lourd vis-à-vis des responsables, donc des choses qu'on ne peut pas passer comme ça, à toutes les délégations syndicales. Le but ce n'est pas mettre à mal le responsable ou la hiérarchie, c'est d'améliorer les conditions de travail, en mettant, à certains moments, la hiérarchie à mal mais pas sur la place publique. (CP)

Dès lors, le groupe d'experts a convenu que leurs membres aient accès à l'ensemble des données et qu'une synthèse des résultats et la liste « to do » soit présentée au sein du CCB. Les acteurs se sont donc accordés pour focaliser l'attention des responsables sur les actions à mettre en place pour améliorer la situation plutôt qu'aux sources des problèmes rencontrés. Il convient de préciser qu'au moment de la réalisation des entretiens, le premier retour au sein du CCB n'avait pas encore eu lieu. Le thème était inscrit dans l'ordre du jour de la prochaine réunion à la suite de nos rencontres.

1.3.3. *Les effets de l'intervention*

La réalisation d'un dépistage participatif des risques professionnels à l'échelle de l'institution, a non seulement permis de mettre en lumière l'existence de problématiques transversales mais aussi de favoriser des dynamiques positives en ce qui concerne la manière d'aborder les questions de santé au travail.

Les acteurs s'accordent sur le fait que c'est là l'intérêt principal de la démarche, comme l'illustre le témoignage suivant :

Sobane nous apporte beaucoup, pas forcément des solutions mais nous pouvons en tirer des pistes de réflexion. Ça crée aussi un contexte relationnel en fait. Par exemple, ça offre l'occasion d'aborder des situations difficiles avec un manager mais tout en se positionnant dans une démarche de recherche des solutions. (RH)

Par ailleurs, il semble que le fait d'avoir internalisé cette première étape de la démarche de prévention a eu un effet positif : développer une expertise et des connaissances en interne en santé au travail.

La formation de tous les membres du groupe d'experts et des animateurs de réunions a demandé un effort important mais, en même temps, ça a été une opportunité pour créer des compétences au sein de l'institution. (DS)

Cette méthode m'apporte un plus à tous point de vue, car j'ai plus d'éclaircissement d'un point de vue gestion management. (DS)

En outre, des effets sont également introduits à d'autres niveaux. Le besoin de soulever les obstacles rencontrés à l'égard des risques psychosociaux et la définition des mesures concrètes pour améliorer la situation, a été l'occasion d'ouvrir le débat au sein du comité de concertation sur l'implication des acteurs du SEPP. Plus singulièrement sur la manière d'utiliser les unités de prévention à partir de la nouvelle tarification et sur la possibilité de se faire aider par le conseiller en prévention aspects psychosociaux du SEPP pour la mise en œuvre de la deuxième étape de la stratégie de prévention.

Demander au conseiller en aspects psychosociaux du SEPP d'avoir un soutien. On est en train de réfléchir à avoir une aide dans la participation à la deuxième partie de Sobane, notamment la partie des aspects psychosociaux. Une possibilité serait que le conseiller RPS participe d'office à cette partie pour pouvoir nous épauler. Pour cela, il faut d'abord qu'ils prennent conscience de ce qu'on vit. Chez nous, les conseillers en aspects psychosociaux ne sont pas sur le terrain. On va les voir quand la coupe est très pleine. S'ils viennent en amont on fait de la vraie prévention. (CP)

1.3.4. La poursuite de la démarche de prévention

L'usage réservé aux résultats des réunions de dépistage au sein de chaque service relève des enjeux multiples et à plusieurs niveaux.

D'abord, les acteurs s'accordent pour dire que la façon dont les données des réunions de travail seront utilisées a un impact direct sur l'implication des travailleurs dans les démarches de prévention.

Je pense qu'il y a une réelle attente. Maintenant il faut qu'on réalise quelque chose sur ces attentes, sinon ça sera foutu pour la suite. Qu'ils voient des avancées réelles et que ce soit relativement visible dans le to do réalisé. Qu'ils voient que ça vient des suites de Sobane et qu'on a fait ça, ça, ça et que nous-mêmes on pense à le dire. Il y a des choses qu'on fait dans

un autre cadre, mais il faut aussi dire, on fait ça parce que ça répond à une demande qui a été exprimée. (RH)

Ensuite, un point fort de la stratégie est le fait d'aboutir à la création d'un rapport objectif de la situation de chaque service analysé. L'intérêt d'un tel outil est illustré par les acteurs au travers des différents aspects qui permettraient de renforcer la pérennisation des démarches pour améliorer les conditions de travail.

La conseillère en prévention signale, par exemple, l'importance de s'emparer des résultats obtenus au sein de chaque service pour renforcer la notion que le bien-être au travail est une affaire de tous les acteurs de l'entreprise.

L'idée c'est que les responsables des services s'approprient [le rapport] et fassent eux-mêmes un Sobane. Pas forcément en étant formés mais qu'ils s'approprient le rapport et qu'ils en fassent un outil qui puisse participer à l'amélioration du bien-être chez nous. Le bien-être au travail ce n'est pas seulement une question des conseillers en prévention! (CP)

Pour les représentants RH, la production d'un rapport objectif au sein de chaque service est un élément important pour accentuer la responsabilité et la prise en compte des problématiques de santé au travail au plus haut niveau de la ligne hiérarchique.

Il s'agit d'outils structurés, qui passe par une série de choses : ça passe au CCB et à la DG, donc la hiérarchie va avoir les copies de rapports, donc on ne peut plus dire « je ne savais pas ». (RH)

Dans cette même optique, le fait de pouvoir se servir de cet outil sur le moyen et le long terme a un intérêt majeur pour un des délégués syndicaux.

C'est un outil concret dont on peut se saisir potentiellement si plus tard on rencontre des problèmes au sein des services, pouvoir faire le lien entre les différentes situations (même si ce n'est pas prévu par la méthode). Un outil qui pourrait permettre d'appuyer certaines choses (ex. pour dire ce n'est pas nouveau. (DS)

Il résulte de ce qui précède que l'utilisation des résultats obtenus à l'issue de la démarche mise en place, privilégie la conception des outils produits comme une ressource à saisir pour pérenniser les politiques de prévention de la santé sur le lieu de travail plutôt que comme une fin en soi.

Conclusion

Enfin, nous résumons les conclusions de cette étude de cas. Le tableau qui suit montre les éléments qui ont facilité ou rendu difficile le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention dans le contexte spécifique de l'institution analysée. Certes, une lecture en miroir de ces éléments permet de faire ressortir les éléments qui peuvent devenir des leviers d'action ou des freins à lever pour mener une prévention durable des risques professionnels.

Tableau 4 : freins et éléments facilitants relatifs à la démarche de prévention

Freins	Facilitateurs
<i>Début du projet</i>	<i>Début du projet</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Les actions antérieures restées sans suite - Les inquiétudes relatives à la mobilisation du personnel pour réaliser des actions - Acteurs peu sensibles à l'intérêt d'une démarche globale de prévention. - Les craintes liées au coût qu'impliquerait une démarche concernant l'ensemble des services (moyens et temps) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le besoin ressenti par les acteurs d'approfondir l'analyse des sources des risques professionnels - Les aspects pratiques de l'outil - L'implémentation d'un outil qui permet d'aboutir à un diagnostic partagé des problématiques rencontrées - Une méthodologie de travail structurée et facilement transposable aux spécificités de l'institution - Le rôle de la nouvelle législation sur les RPS - L'association de toutes les instances de l'institution lors de la validation de la stratégie à mettre en place - L'accès à une formation spécifique pour les acteurs chargés de l'implémentation de l'outil - La mise en place de la démarche sur l'ensemble des services de l'institution - Le travail conjoint entre le CP SIPP et la DRH
<i>Mise en œuvre des actions</i>	<i>Mise en œuvre des actions</i>
Les canaux de communication/information	Les canaux de communication/information
<ul style="list-style-type: none"> - Une « culture d'entreprise » caractérisée par des canaux d'information descendants - La faible transmission de l'information au sein de la ligne hiérarchique - La transmission de l'information limitée aux canaux formels - L'incompréhension des informations transmises aux travailleurs par les managers de première ligne. - Le manque d'information sur les rôles et les missions des acteurs du SIPP 	<ul style="list-style-type: none"> - La mobilisation des canaux d'information descendants et ascendants - La mobilisation des canaux d'information informels - Les supports offerts par l'outil pour présenter la démarche au sein des équipes - Le rôle du SIPP pour s'assurer de la manière dont l'information descend vers les travailleurs
La participation des travailleurs	La participation des travailleurs
<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de décalages entre les éléments mis en lumière par le biais de l'outil et les problèmes habituellement exprimés sur le terrain - Les difficultés des travailleurs pour s'exprimer ouvertement - La crainte des travailleurs vis-à-vis de l'usage qui sera fait des résultats - La perception des travailleurs de l'utilité de la démarche de prévention - L'échec des expériences dites « participatives » antérieures - Le non-respect du caractère volontaire de la 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'une démarche basée sur une approche participative - La prise en compte des connaissances des travailleurs et pas seulement des « spécialistes » - La reconnaissance des travailleurs comme experts de leurs conditions de travail - L'implication des travailleurs dans l'élaboration des pistes de solutions concrètes - La mise en lumière de la dimension collective et transversale des problèmes rencontrés

<p>démarche (personnes désignées par leur hiérarchie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'« outillage » des animateurs pour aborder les aspects psychosociaux au sein des réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche « bottom-up » pour faire remonter des pistes de solutions qui viennent du terrain - L'organisation des réunions de travail sans la présence des chefs de service pour faciliter la liberté d'expression
<p>La place de managers de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'un outil spécifique pour les managers pour réaliser la même démarche à leur niveau - L'absence de « guidelines/recommandations » sur la façon de procéder pour réaliser un feedback aux managers - Les injonctions paradoxales auxquelles les managers doivent faire face. - La marge de manœuvre des managers pour implémenter des améliorations proposées 	<p>La place des managers de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réalisation d'un retour des résultats obtenus des réunions aux chefs de service - La manière d'aborder les problématiques rencontrées avec un manager est plus efficace si elle se base sur une démarche de recherche des solutions
<p>Les dispositifs de suivi et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - La faible/moyenne articulation avec d'autres acteurs de la santé au travail non impliqués directement dans la démarche - La crainte liée à la surcharge de travail des personnes référents « spocs » - La marge de manœuvre des personnes référentes pour assurer le suivi et la réalisation des propositions - Le faible niveau de transversalité entre les différentes « to do lists » de l'institution - La faible articulation de la démarche avec des actions menées au niveau du SEPP 	<p>Les dispositifs de suivi et accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un groupe d'experts - La composition paritaire du groupe d'experts - La définition du groupe d'experts comme un espace de réflexion sur les aspects de forme et de fond - La définition des personnes référentes pour assurer le suivi et la réalisation des propositions - L'articulation des pratiques entre les membres du groupe d'experts et d'autres acteurs de l'institution impliqués dans la démarche
<p>Le soutien de la direction</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'écart entre le discours sur le bien-être au travail et le soutien spécifique pour aboutir aux actions concrètes sur le terrain - L'incompréhension des rôles et des missions des acteurs-clé de la santé au travail - Le faible niveau d'intégration de la dimension bien-être à la vision globale du management 	<p>Le soutien de la direction</p> <ul style="list-style-type: none"> - La validation de la démarche par la direction générale
<p>La poursuite de la démarche de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les craintes liées au type d'informations qui seront diffusées - L'absence de réponse concrète aux attentes créées au sein du personnel. Ou l'inaction ... 	<p>La poursuite de la démarche de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - La concertation sur le type d'informations qui seront diffusées - La mise en place des dispositifs pour assurer le suivi et la réalisation des mesures proposées - L'internalisation de la démarche favorise le développement d'une expertise et des connaissances en interne en santé au travail - Aboutir à un outil (rapport objectif) comme ressource pour pérenniser l'action de

	prévention
--	------------

Référence

Malchaire J. (1997), « Stratégie générale de prévention des risques professionnels », Cahier de Médecine du Travail et Ergonomie XXXIV, 3-4, pp. 159-165.

Malchaire J. (2006) « Stratégie Sobane et guide de dépistage *Deparis*. Série stratégie Sobane, gestion des risques professionnels », Direction générale Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

2. Etude de cas 2 : Réalisation d'une enquête sur les risques psychosociaux et mise en place d'un plan d'actions pour prévenir les RPS.

Présentation de la démarche de prévention mise en œuvre dans l'institution

Le questionnaire d'évaluation, scientifiquement validé, proposé par le SEPP de l'institution, a été développé dans le cadre des obligations définies par loi relative au bien-être au travail de 1996 et les dispositions légales de 2014 concernant les risques psychosociaux. L'outil vise ainsi l'analyse de ces risques à partir de la réalisation d'une enquête. L'enquête examine tous les éléments psychosociaux qui diminuent ou augmentent la pénibilité du travail, tels que définis par la réglementation en la matière: l'organisation du travail, le contenu du travail, les conditions de travail, les conditions de vie au travail et les relations interpersonnelles au travail.

La démarche proposée vise l'implication des travailleurs dans l'analyse des risques psychosociaux sur base d'un questionnaire fermé. Afin d'aborder l'ensemble des facteurs des risques psychosociaux fréquemment rencontrés sur le lieu de travail, le questionnaire comporte 8 volets, à savoir : le contenu du travail, l'environnement physique-conditions de travail, la gestion du travail, la gestion des ressources humaines, la communication et coordination, le leadership, les changements structurels et le climat psychosocial. Chaque thème est décliné en une série de dimensions spécifiques. Un dernier volet concernant les données relatives au profil professionnel des répondants fait également partie du questionnaire.

Pour chaque volet, une série d'affirmations sont faites auxquelles les répondants expriment leur niveau d'accord/désaccord. A la fin du questionnaire, il est demandé aux répondants de définir les trois affirmations qui méritent d'être améliorées de manière prioritaire.

En termes de résultats attendus définis dans l'outil, l'analyse et le traitement des données permet, d'une part, de déterminer et d'évaluer les risques psychosociaux et, d'autre part, de prendre des mesures de prévention.

Sur bases de l'analyse et du traitement des données, les résultats obtenus par l'enquête permettent de dégager des éléments pour identifier des situations qui peuvent engendrer des risques psychosociaux au travail. Ces éléments constituent ainsi les constats de départ pour l'élaboration des recommandations à destination de l'employeur.

Méthodologie

Pour cette étude de cas, nous avons interviewé 5 personnes. Chaque entretien a été enregistré avec une durée approximative de 1h. Les entretiens ont été menés sur le lieu de travail de manière individuelle ou en duo. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont également été garantis. Tout d'abord, un contact a été établi avec la personne responsable de l'introduction de la

démarche dans l'institution : le secrétaire communal. Après une présentation de l'objet de notre étude et de la démarche à suivre, il nous a mis en contact avec un des acteurs impliqués dans la démarche de prévention: la directrice support. Lors de cette rencontre, la personne de confiance a voulu être associée à la démarche. Par la suite, nous avons rencontré la conseillère en prévention du SIPP et un représentant des travailleurs. Il convient de préciser que le délégué syndical qui avait participé à la démarche a récemment pris sa retraite. De la sorte, le délégué syndical rencontré a répondu à l'interview en fonction de son implication dans la démarche en tant que travailleur.

Les entretiens avec le secrétaire communal, la conseillère en prévention du SIPP et le représentant des travailleurs ont été réalisés individuellement. L'entretien avec la directrice support et la personne de confiance a été réalisé au même moment, sous proposition des personnes interviewées. L'ensemble des entretiens a été réalisé sur le lieu de travail avec une durée approximative de 45min.

Pour l'encodage et le traitement des données, nous avons procédé en quatre étapes.

Dans un premier temps, nous avons effectué une retranscription des informations concernant les sujets du guide d'entretien.

Deuxièmement, une grille d'analyse a été élaborée pour chaque acteur rencontré. Ce qui a permis de réaliser une première classification entre les éléments facilitant ou freinant l'implémentation de l'initiative de prévention sur le lieu de travail. Sur cette base, des thèmes et des sous-thèmes ont été dégagés pour chacun des acteurs.

Troisièmement, nous avons distingué les éléments partagés par le même type d'acteur. Cet exercice a été nécessaire là où plus d'un acteur par catégorie a été interviewé.

Quatrièmement, nous avons mis en évidence les éléments bloquant ou stimulant qui ont fait l'objet d'un consensus entre l'ensemble des parties prenantes, ceux qui révèlent des positions opposées et, enfin, certains éléments spécifiques soulignés exclusivement par l'une des parties prenantes.

Tableau 5 : les entretiens réalisés pour l'étude de cas 2

Type d'acteur	Prévu	Réalisé
Représentant de la direction	1	1 secrétaire communal, 1 directrice support
Représentant des travailleurs	1	1 délégué syndical
Acteur interne de la ST	1	1 conseiller en prévention, 1 personne de confiance
Total personnes interviewées	3	5

Tableau 6 : le profil des acteurs rencontrés pour l'étude de cas 2

Acteur	Fonction	Rôle dans l'intervention
Représentant de la direction	Secrétaire communal	« Porteur » du projet
Représentants de la RH	Directrice support	Membre du comité de pilotage

Acteur interne de la santé	Conseiller en prévention (SIPP)	Membre du comité de pilotage
	Personne de confiance	Membre du comité de pilotage
Représentant des travailleurs	Délégué syndical	Participant

Tableau 7 : le profil de l'institution 2

Secteur d'activité	<i>Secteur public (organisme communal)</i>
Zone	<i>Bruxelles Capitale</i>
Taille de l'institution	<i>600 (570ETP)²⁹</i>
Instances ST	<i>Comité de concertation de Base, SIPP, SEPP</i>
Stade de l'intervention	<i>Enquête réalisée en 2015 – plan d'action en cours</i>

Analyse de la démarche de prévention au sein de l'institution

2. 1. L'introduction de la démarche de prévention au sein de l'institution

2.1.1. Le début du projet

Dans l'institution analysée, la décision de se lancer dans une démarche de prévention des risques psychosociaux a été prise en fonction d'un double constat : d'un côté, la présence de situations avérées de mal-être au travail et, d'un autre côté, la portée limitée des actions antérieures pour donner des réponses collectives aux problématiques rencontrées. En outre, le rôle joué par la réglementation constitue un élément-clé pour appuyer l'introduction de la démarche de prévention au sein de l'institution.

La présence de situations avérées de mal-être au sein du personnel, constitue le facteur fondamental qui a convaincu les acteurs rencontrés du besoin de creuser davantage les causes potentielles de la souffrance au travail, et d'interroger ainsi, la situation de l'administration vis-à-vis des facteurs de risque.

On se rendait compte qu'il y avait des services où il avait des problèmes, des gens en souffrance. Ce qui nous intéresse très fort c'est de pouvoir analyser pourquoi ça arrive dans certains services. (SC)

Quelle est notre situation ? Est-ce qu'on est dans un climat plutôt favorable à l'émergence de ce type de problèmes ? (Dir.)

²⁹ Le chiffre ne comprend pas les éducateurs (400) qui n'ont pas fait partie de l'enquête.

En effet, il s'agit de la première fois qu'une action de prévention spécifiquement ciblée sur les risques psychosociaux a été menée au sein de l'institution. Néanmoins, il est utile de souligner que si d'autres actions en lien avec la problématique avaient déjà été mises en place (ex. une enquête sur la satisfaction du public et du personnel, ou des actions individuelles), celles-ci se sont révélées insuffisantes. En conséquence, un des éléments qui ont motivé le besoin de mener une enquête spécifique sur les risques psychosociaux, réside dans le fait de dépasser des actions ponctuelles et de s'orienter vers la définition d'un plan d'actions concrètes à mettre en œuvre pour l'ensemble de l'institution.

Cela fait 5 ans qu'on y travaille, mais qu'il n'y a rien qui s'améliore. Des fois, on a trouvé une solution pour une personne, après ça commence pour une autre, donc on ne s'attaque pas à la base du problème. Pour sauver le travailleur, on prend de mesures spécifiques, ponctuelles (ex. le changer de service), on le fait dans l'urgence. (PC)

La conseillère en prévention SIPP partage le diagnostic fait de la situation par la personne de confiance, et insiste sur le besoin de dépasser les interventions ponctuelles sur l'urgence et parvenir à mettre en place de véritables actions de prévention pour donner une priorité à la prévention primaire.

Pour certains services, les choses avaient déjà été très loin. Il était temps de réagir, (...) il y a eu des interventions psychosociales, ce qui n'est pas la même chose : une intervention de première ligne, d'urgence. (CP)

De cette manière, l'existence de situations avérées de mal-être au travail et l'impact limité des actions antérieures pour y faire face se sont révélés être des éléments déclencheurs pour prendre la décision de lancer une démarche de prévention au sein de l'institution. Toutefois, il est intéressant de souligner le rôle joué par la législation pour appuyer l'introduction de la démarche dans l'institution et procéder à la mise en place des actions de prévention des risques psychosociaux sur base d'un système dynamique de gestion des risques.

Ça a été une occasion, la prise de conscience avait commencé. (...) Quand la législation est arrivée, ça nous a poussé, ça a été l'occasion de..., nous pouvons persuader et les autorités et le travailleur, le collègue et les responsables de services de le faire. (SC)

A partir du constat de départ, les acteurs internes (le directeur des ressources humaines, la directrice support et la personne de confiance) et externes (la conseillère en prévention de risques psychosociaux et le médecin du travail du SEPP) se sont mis autour de la table pour confronter leur point de vue sur la situation et, dès lors, réfléchir aux pistes d'action à mettre en œuvre pour se lancer dans une démarche de prévention des risques psychosociaux.

Du point de vue méthodologique, des critères spécifiques ont été soulignés pour favoriser l'efficacité de la démarche : l'intervention devait être la plus large possible, ne pas être trop longue pour pouvoir être remplie par tout le monde, être compréhensible et respecter l'anonymat pour que les gens n'aient pas peur de répondre.

La représentativité des résultats obtenus constitue donc un critère important pour l'élaboration d'un plan d'action efficace et en syntonie avec la réalité du terrain. Or, la directrice support pointe la faible sensibilisation des acteurs de l'institution sur l'importance de la prévention des risques psychosociaux, comme un premier frein pour aboutir à des résultats représentatifs. La perception des membres du personnel sur l'importance de la problématique est illustrée par les premières remarques à l'égard de l'enquête.

Il fallait qu'il y ait au moins un minimum de prise de conscience ou un souhait au moins de prendre ce type de problématique en compte. La Réaction a priori quand on amenait ce type de questionnement, c'était une réaction qui allait dans le sens de « c'est quoi ça, l'administration qui tourne sur elle-même et qui se préoccupe de son nombril ? » (Dir.)

Enfin, sur base de la recommandation de la conseillère en prévention de risques psychosociaux SEPP, le choix s'est porté sur la réalisation d'une enquête globale au travers de l'utilisation du questionnaire pour l'analyse de risques psychosociaux du SEPP.

2.1.2. La présentation de la démarche au sein de l'institution

La démarche de prévention a été présentée au sein du collège où un accord de principe a été obtenu pour lancer les actions de terrain. En termes généraux, le processus de validation de la démarche n'a pas rencontré de freins majeurs, au-delà des quelques inquiétudes par rapport aux coûts engendrés par les actions.

Par la suite, un groupe de pilotage a été formé en vue de renforcer l'accompagnement de la mise en place de l'intervention. Lors de la définition des membres du groupe, une première réflexion, en groupe restreint, a porté sur la place des représentants des travailleurs dans l'accompagnement de la démarche. Il a été décidé, sur base des recommandations des conseillers en prévention SIPP et SEPP, d'associer les syndicats au groupe d'accompagnement pour favoriser le démarrage des actions sur base d'une concertation sociale. Un comité de pilotage a donc été constitué avec des représentants de la direction, des représentants des travailleurs, la personne de confiance et des représentants du SIPP et du SEPP.

2.1.3. La présentation de la démarche aux participants

Après la validation de la démarche au sein du collège et la confirmation du groupe d'accompagnent, les membres de la direction et la personne de confiance ont procédé à la présentation de la démarche aux participants.

A ce propos, afin de favoriser une bonne communication au sein des services, le secrétaire communal, le gestionnaire et le directeur de ressources humains et la directrice support ont décidé de se rendre sur le lieu de travail de chaque service. De cette manière, une présentation des objectifs

de la démarche et des étapes à suivre pour remplir le questionnaire a été faite sur place. Une attention particulière a été donnée au caractère anonyme de l'enquête. De même, un soutien particulier a été proposé pour aider les personnes qui, éventuellement, rencontraient des difficultés de compréhension du questionnaire.

Dans un deuxième moment, la distribution du questionnaire a été réalisée par la remise en main propre, ou par l'envoi par courriel aux absents. Une période de trois semaines a été fixée pour remplir le questionnaire. Par la suite, les agents ont envoyé leur questionnaire par la poste directement chez le SEPP.

L'enquête a été menée au sein de tous les services de l'institution, à l'exception des éducateurs. En effet, l'ensemble des membres du personnel a été invité à remplir l'enquête, sans aucune distinction à l'égard du type de fonction réalisée dans l'institution (techniciens, ouvriers, administratifs, ...).

En fonction des résultats obtenus, un document reprenant les résultats et des recommandations sur les actions à mettre en œuvre pour répondre aux problématiques soulevées a été adressé aux responsables de l'institution

2. 2. Le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention

Nous examinerons les éléments qui ont facilité ou rendu difficile le déroulement de l'enquête et notamment la traduction des résultats obtenus au sein d'un plan d'action pour mettre en place des améliorations concrètes sur la situation de travail.

2.2.1. *Les canaux de communication et d'information*

La manière de présenter la démarche au sein du personnel et les canaux de communication privilégiés tout au long du processus sont des éléments essentiels pour assurer un bon déroulement de l'intervention. Une des premières réflexions au sein du groupe de travail a précisément porté sur la démarche à suivre pour favoriser une transmission correcte des informations aux participants. Les deux mesures prises mettent en lumière l'importance donnée au fait de se rendre sur le terrain pour expliquer l'objectif de la démarche et de prévoir un dispositif de soutien pour faciliter la bonne compréhension du questionnaire par tous les travailleurs.

*On avait aussi insisté sur une ouverture possible pour les aider dans cette démarche ou pour en discuter; certains travailleurs ont du mal à lire et à écrire. Les personnes pouvaient me contacter et revoir le questionnaire ensemble ou le réexpliquer de manière plus approfondie.
(PC)*

La personne de confiance signale pourtant que si cette piste n'a finalement pas été tellement exploitée, c'est aussi lié au manque de soutien de certains chefs de service qui ont désavoué l'enquête. Ces procédés ont notamment eu plus d'influence sur les personnes qui en avaient le plus besoin au moment de remplir l'enquête.

Il ressort des entretiens que la stratégie de communication joue aussi un rôle important au moment du retour des résultats obtenus par l'enquête et au moment de la mise en place des actions concrètes. La conseillère en prévention relève l'existence de problèmes de communication au sein de la ligne hiérarchique. Plus encore, elle considère que le processus de définition des mesures du plan d'action a été affaibli faute d'une meilleure communication à l'égard des acteurs concernés par la démarche.

C'est le comité directeur qui a repris la main, ou le comité de gestion, je ne sais pas. Moi, je n'ai plus eu vent de quoi que ce soit, à tel point que la liste de décisions d'actions, m'a été remise, seulement un an après. Entretemps, les actions avaient déjà commencé, mais on n'a pas fait le lien puisqu'on ne savait pas que le plan d'action avait déjà été présenté au sein du collègue. (CP)

2.2.2. La dynamique de participation

Pour stimuler l'implication des travailleurs dans la démarche, une attention particulière a été donnée aux caractéristiques de la méthode d'enquête utilisée (questionnaire fermé et anonyme) et aux modalités de mise en œuvre (présentation sur place, possibilité d'avoir une aide dans la compréhension des questions et renvoi des questionnaires directement vers le SEPP).

Plus particulièrement, le fait de prioriser une méthode d'intervention à partir d'un questionnaire (simple et rapide) a été pointé comme un élément facilitant la participation d'un plus grand nombre de travailleurs à l'analyse des risques qui les concernent et à l'implication de tous les services afin de dégager des problématiques transversales.

On estimait que ça allait prendre trop de temps si on travaillait service par service, donc on a pris l'initiative de faire une enquête globale, au sein de tout le personnel de l'administration pour pouvoir déceler les grandes lignes et, à partir de là, travailler sur un plan d'action. (Dir.)

Toutefois, le déroulement des actions sur terrain a rencontré divers obstacles qui ont limité la participation des travailleurs. Plusieurs difficultés ont été mises en évidence par les acteurs rencontrés, et ceci sous différents angles d'analyse.

En premier lieu, il ressort des entretiens que la participation des travailleurs peut se voir affaiblie par des contraintes véhiculées par les chefs de services, mais aussi, en fonction de la perception que les travailleurs se font de l'utilité de ce type de démarche de prévention.

Ça dépend des services et de la manière dont c'est perçu par certains membres de la hiérarchie. Je reste persuadé, si certains n'ont pas répondu, c'est parce que le chef a dit de ne pas répondre. J'ai des retours, certains ont désavoué cette enquête « de toute façon ça ne servira à rien ». (PC)

Selon ce que j'entends, le sentiment de pas mal de personnes, c'est qu'il y a beaucoup de vent, beaucoup d'apparence « oui, il faut qu'on fasse une enquête, il faut ceci, cela...mais il n'y a rien qui suit derrière ». (DS)

Les acteurs s'accordent donc sur le fait que l'un des freins à la participation des travailleurs est lié à l'image que les membres du personnel se font de la portée des démarches de prévention.

D'après le délégué syndical, un autre élément à prendre en considération pour saisir le niveau d'implication des travailleurs a trait aux expériences antérieures qui sont restées sans suite.

Je me souviens d'un contact avec une conseillère en prévention, il y a quelques années. Elle est passée, les collègues on dit « ça ça et ça ne vas pas », elle a dit « je prends note » et puis, après, rien ne s'est passé. Certains collègues avaient demandé pour avoir un tapis ergonomique pour le poignet, c'était un petit quelque chose facile à résoudre, ils ne l'ont jamais reçu. (DS)

Le manque de conscientisation sur les enjeux de la santé au travail tout comme l'impact d'initiatives antérieures laissées sans suite, représentent donc une des principales barrières à lever pour favoriser l'implication des travailleurs.

Deuxièmement, certains aspects liés au manque de clarté sur la méthodologie de travail utilisée, ont introduit des inquiétudes au sein du personnel. Parmi celles-ci, notons par exemple : la garantie du respect de l'anonymat, le traitement fait des données recueillies, ou encore, le caractère obligatoire de la démarche. Comme mis en évidence par la réflexion du représentant des travailleurs, ces éléments constituent un obstacle majeur en termes de qualité de données recueillies: les incertitudes sur l'outil mobilisé pour faire l'enquête peuvent introduire un biais dans la manière de répondre au questionnaire.

La chose qui nous a un peu interpellés c'est que ça a été présenté comme une enquête anonyme mais il y avait certaines questions dans l'enquête qui étaient troublantes (...) on pouvait facilement cibler la personne. Je pense que certaines personnes n'ont pas osé être à 100%. (DS)

Troisièmement, les acteurs pointent l'importance de la représentativité des données recueillies. Néanmoins, cette expérience montre que la réduction de la participation des travailleurs au niveau quantitatif ou à la seule consultation, peut introduire des difficultés au moment de l'élaboration du plan d'action, voire, un impact négatif vis-à-vis de la légitimité des résultats obtenus ou du sens des mesures des actions proposées.

A ce propos, la conseillère en prévention met l'accent sur les limites des démarches de prévention basées sur une approche du « haut vers le bas ». En fait, si le souhait d'impliquer tous les travailleurs a été un facteur stimulant au début du processus, l'association des travailleurs à d'autres phases de la démarche n'a pas eu lieu. Par exemple, une lecture du questionnaire montre qu'aucun espace n'est prévu pour faire des propositions.

Le manque d'association des travailleurs au moment de réflexion sur les mesures de prévention à envisager a joué un rôle sur la perception des travailleurs quant à la pertinence du plan d'action mis en œuvre. Pour certains acteurs, ceci a même accru le sentiment de se voir imposer des mesures d'en haut et d'un décalage entre les mesures proposées et les besoins du terrain.

Je pense qu'il faut faire l'inverse, prendre le terrain et dire voilà, nous avons constaté quelles sont les difficultés par rapport au questionnaire, nous pensons que le fait d'avoir trop de personnel, est ... qu'est-ce que vous en pensez ? Quel sont vos difficultés de terrain, quelle sont les propositions que vous pouvez faire, quel est votre vécu ? Puis remonter tout ça, et en fonction de ça agir. (CP)

En dernier lieu, la manière d'impliquer les travailleurs dans la démarche de prévention peut donc avoir une influence sur le niveau d'adéquation entre les résultats obtenus et les résultats attendus (certaines problématiques ne sont pas ressorties).

A cet égard, les membres de la direction, conscients des limites de la méthodologie d'évaluation utilisée, afin de rassurer les travailleurs et ne pas les décourager, soulignent l'importance d'explicitier les limites et le caractère non figé des résultats obtenus.

On n'a pas pu au travers de l'enquête, identifier ce que nous on attendait. Du coup, on a insisté pour que la secrétaire donne le message : « les résultats de cette enquête représentent une photo d'un moment donné ». Dans aucun cas on voulait renvoyer un message pour le personnel, « si vous rencontrez des problèmes à votre niveau, en fait vos problèmes n'existent pas parce que notre enquête dit que... » Il fallait laisser la place à ce que les gens peuvent avoir comme vécu au quotidien ». (Dir.)

2.2.3. Les dispositifs de suivi et d'accompagnement

Un autre élément important pour assurer le bon déroulement du processus est la définition de dispositifs d'accompagnement spécifiques pour la démarche. Une fois l'initiative validée au sein du comité de gestion, il a été décidé de conformer un groupe travail spécifique avec les principaux acteurs concernés par la santé au travail. L'analyse transversale des entretiens montre que l'association des acteurs concernés dans la définition des critères pour lancer les actions sur le terrain, est considérée comme un élément central pour le bon démarrage des actions.

Tout le travail de préparation du questionnaire et tout ça on a fait ensemble, ce n'est pas la conseiller en prévention du SEPP qui a fait tout de son côté. Il y avait un groupe de travail, en faisant le pour et le contre des questions, de la manière de les présenter, etc. pour ne pas influencer non plus. (PC)

L'importance de travailler sur base du modèle de concertation sociale, d'associer les représentants des travailleurs dès le début de l'initiative, a également été appuyée par les conseillers en prévention du service interne et du service externe.

On a mis en place un groupe de pilotage et moi j'ai fortement insisté, et ça a été suivi, pour que les syndicats y soient associés. Parce que tout ce qui se décide au niveau bien-être au travail et prévention, passe ici au comité spécial de concertation mais si on n'associe pas déjà tous les partenaires ...il y a des communes où ça s'est passé, il y a eu un rejet. Ils sont allés au bout de la démarche et puis il y a eu rejet, là c'est la catastrophe. Donc on a été associé, moi, la conseillère en prévention risques psychosociaux, la personne de confiance, le médecin du travail selon ces disponibilités, et les syndicats et des membres de la direction. (CP)

En faisant un bilan de l'expérience, la directrice support considère cet élément comme particulièrement constructif. Lors du démarrage de l'action, l'ensemble des acteurs de la santé dans le lieu de travail ont été associés au groupe de travail. A l'issue de l'enquête, une réflexion conjointe a eu lieu sur les résultats obtenus et grandes lignes d'action à prendre en considération. Cependant, l'ensemble des parties prenantes au début du processus, n'a pas été associée à la phase décisionnelle. Nous y reviendrons.

2.2.4. Le soutien interne

Il ressort des entretiens que la perception des acteurs à l'égard du soutien reçu en interne est examiné au travers de différentes dimensions, fortement liées au contexte d'utilisation de la démarche de prévention.

Tout d'abord, pour se lancer dans une action de prévention, le fait d'avoir un soutien fort au niveau d'un membre de la direction sensibilisé par la question, est cité comme un élément majeur pour faciliter l'introduction de la démarche au sein de l'institution.

Avoir un échevin du personnel qui était sensible à la problématique, c'était important. On a eu à ce moment la possibilité de se dire, on a au sein du collège quelqu'un qui va pouvoir porter le projet et faire en sorte qu'il soit accepté au niveau du collège, le faire accepter au plus haut niveau. (Dir.)

L'évolution dans le discours porté par la direction concernant la dimension bien-être au sein de l'institution a également été souligné.

Cela fait déjà quelques années déjà que le comité de gestion a décidé de prendre comme « mission statement » le bien être des travailleurs. (SC)

De même, des décisions fortes, allant jusqu'au licenciement en cas de harcèlement, ont été prises pour remédier à une situation spécifique. Notamment pour marquer clairement la position de la direction face à la gravité de certaines problématiques.

Comme on dit souvent, il faut un accident de voiture pour qu'on mette des feux à un carrefour, c'est un peu la même chose. On s'est rendu compte qu'il y avait des problèmes, du coup ça devenait trop grave, on a eu un cas dans un des services. On a dû prendre des mesures avec des licenciements, très lourds, avec le problème que certains trouvaient que

j'exagérais. J'ai été harcelée pendant 10 ans. On me disait « tu es trop sensibilisée à ça », « oui mais vous ne vous rendez pas compte de l'emprise que ça a sur vous, ça détruit votre santé ». Donc j'étais assez sensibilisée. (SC)

En plus, la directrice-support et la personne de confiance s'accordent pour dire que le soutien reçu en interne est tributaire de l'existence d'un bon climat de travail. Un bon climat de travail s'exprime, par exemple, en fonction du bon degré de participation des travailleurs lors de la mise en place de différentes activités. Il peut également se voir renforcé par le soutien reçu de la part des autorités pour leur mise en œuvre.

On a eu à plusieurs reprises des actions mises en place pour rapprocher le personnel. Ex. : groupe eva « évolution de l'administration » des groupes de travailleurs qui veulent arriver à certains objectifs et finalement ça favorise aussi les relations entre travailleurs. Les autorités ont accepté à chaque fois et il y a toujours eu un accord, même financièrement, pour que les choses puissent se faire. On ne nous met pas des bâtons dans les roues, ils ont donné leur aval, aussi bien au niveau financier que pour les heures de travail pour ces groupes. (PC)

Or, en même temps, les réflexions des personnes rencontrées montrent que la portée de ces leviers d'action pourrait être nuancée au regard d'un des freins majeurs couramment mis en évidence en matière de bien-être au travail : le décalage entre les discours et les pratiques.

Dans les faits, les aspects qui ont été mis en évidence permettent d'illustrer concrètement comment le soutien interne peut être affaibli. Ces situations, constituent des obstacles à surmonter pour faciliter la mise en œuvre des démarches de prévention. Pour y faire face, il apparaît que des efforts doivent être menés sur trois aspects : la sensibilisation des membres du personnel, la prise de conscience du rôle du management comme acteur-clé de la prévention et l'intégration de la dimension bien-être dans la vision globale de l'organisation du travail.

Certes l'évolution constatée au niveau du discours porté par la direction implique une avancée considérable du point de vue de la prise de conscience des enjeux de la santé au travail. Toutefois, la sous-estimation ou la non-reconnaissance des situations de burnout restent encore importantes. Pour la directrice-support, ces situations expriment la nécessité de travailler davantage sur la prise de conscience de l'impact de la problématique sur la santé au sein des membres du personnel.

Un discours « bien-pensant » sur le bien-être, mais, dans la pratique, on garde, même parmi les travailleurs eux-mêmes, que quelqu'un qui est absent pour des raisons étant liées à une charge liée au travail, que ce soit physique ou psychosociale, ça reste très négatif. (...) On a déjà eu dans l'administration, des cas que je considère comme des cas avérés de burnout, mais il n'y a jamais eu une acceptation pour considérer que, effectivement, on était face à un cas de burnout. (Dir.)

Le besoin de renforcer la prise de conscience sur la problématique des risques psychosociaux est aussi un élément important pour renforcer le soutien des chefs de service lors de la mise en place des améliorations concrètes sur le lieu de travail.

Le problème, c'est quand les gens ne voyaient pas la nécessité, notamment dans les services qui étaient en souffrance. Ex : pour la propreté publique, il faut se battre avec le chef du service. Il ne voit pas pourquoi les travailleurs devraient avoir accès à des bornes internes, « c'est quoi ça ? Ils vont s'amuser ». La difficulté c'est la prise de conscience et de dire « comment ça va se passer, qu'est-ce que je vais faire, est-ce que ce ne sont pas des trucs en plus pour m'embêter ? » Les gens vont à une formation, suivent une conférence, tout le monde dit Ah oui oui, c'est grave ! », et après...voilà, on passe vite à autre chose. (SC)

L'évolution du discours introduit aussi des attentes au sein du personnel par rapport à l'adéquation entre les mots et les actes. A ce propos, la place du haut-management constitue un élément important pour donner l'élan aux démarches de prévention, notamment concernant la concrétisation des mesures proposées.

Il y a des bonnes idées, comme pour le plan d'action, mais le dynamisme, le suivi et la mise en œuvre sont vraiment compliqués. Aucun point du plan d'action n'est insurmontable. Mais on s'est mis énormément de chantiers sur le dos et, quelque part, il nous manque actuellement un peu de liant au niveau du haut-management pour mettre de la dynamique là-dedans. (Dir.)

Par ailleurs, le soutien du *middle-management* peut être freiné par les difficultés rencontrées pour traduire sur le terrain des mesures de prévention. Et ceci notamment en fonction de leur position caractérisée par des pressions multiples.

D'un côté, on dit que les managers doivent avoir comme tâche principale d'être dans l'accompagnement du personnel, mais leur préoccupation c'est que les dossiers doivent sortir. Donc, quand on dit « on voudrait que dans vos services il y ait des personnes ressources par thématiques transversales », et aussi que « d'autres puissent s'engager de manière volontaire », en plus, en plus, en plus. Au lieu réfléchir à des mesures pour simplifier les choses, c'est aussi perçu comme un plus dans leur charge de travail (Dir.)

Pour certains acteurs, la faiblesse du soutien interne, réside aussi dans le manque d'intégration de la dimension bien-être dans la vision globale du management. De cette manière, l'accent est mis sur l'influence que le climat organisationnel a sur l'efficacité des démarches de prévention.

A partir d'une réflexion plus large, la vision du délégué syndical pointe la manière avec laquelle le style de management prôné au sein des services publics aura un impact sur le bien-être du personnel. Dans ce cadre, tant qu'on ne visera pas à s'attaquer aux sources du problème, la portée de ce type de démarches de prévention ne peut constituer que des changements de type cosmétique.

Tout ceci (ex. les enquêtes) c'est beaucoup de vent ! Il y a une problématique qui est la pression au travail, le rendement. Pour le service public, je constate, quand même, qu'on passe de plus en plus vers le côté « privé » ; on veut absolument un rendement, la population

ne cesse pas d'augmenter et le personnel diminue (...) Je ne pense pas qu'avec ça (enquête) ça va changer quelque chose. Ça va être de pire en pire. (DS)

2.2.5. L'articulation des pratiques entre les acteurs

Il ressort des entretiens, que la perception du soutien reçu en interne ne se limite pas au rôle joué par la hiérarchie et les managers, l'implication d'autres acteurs-clés de la santé au travail est aussi pointée comme un élément crucial pour affaiblir ou renforcer le niveau de soutien interne vis-à-vis de la mise en œuvre des démarches de prévention. A ce propos, une dimension principale a été mise en lumière : la manière d'articuler les pratiques entre les acteurs directement concernés par la santé au travail.

Pour renforcer le soutien interne aux démarches de prévention, certains acteurs insistent sur le besoin de porter une réflexion sur la manière d'aborder les questions de santé au travail au sein des organes de concertation et sur l'articulation des pratiques entre les acteurs de l'institution.

Pour la directrice-support, lors des réunions du comité de prévention et de protection, la discussion est fréquemment limitée aux aspects liés au respect des obligations légales et à une présentation de la situation au sein de l'administration à partir des données statistiques qui ne permettent pas forcément de saisir les éléments qui expliquent la présence du problème soulevé.

Je trouve qu'il y a toujours un décalage entre les thèmes qu'on aborde là et ce que moi je perçois comme étant les thèmes prioritaires de l'administration. (Dir.)

En ce qui concerne la définition des rôles et missions des acteurs de santé, un des acteurs examine la nécessité de dépasser la vision du conseiller en prévention prioritairement lié à une évaluation normative du respect de la législation. En effet, il faudrait prioriser la fonction du conseiller en prévention interne dans son rôle d'articulateur dans le partage de connaissances entre les problématiques du terrain et les caractéristiques de l'institution.

Je pense qu'on devrait essayer d'aller vers une approche où on serait plus dans une interaction entre les différentes composantes où le conseiller interne pourrait faire le lien, et connaissant les difficultés ou les problématiques de l'administration; conseiller l'administration sur les manières de trouver au mieux les solutions, compte-tenu des problèmes qu'il rencontre. Ici, il me semble qu'on reste fort dans du théorique actuellement. (Dir.)

Par ailleurs, la conseillère en prévention insiste sur l'importance d'être près du terrain pour établir une relation de confiance avec les travailleurs et pour pouvoir saisir le niveau d'adéquation entre les mesures prises par la direction et la perception des travailleurs.

Moi, je vais voir tout le monde. Hier j'étais en visite des lieux, les gens parlent, les gens me connaissent, pour le médecin du travail pareil, on a d'autres retour de ce qu'on peut avoir au

sommet. Dernièrement, par exemple, il y a des gens qui ne savent pas si leur fonction va rester. Un malaise que je ne vous dis pas, mais qu'on ne perçoit sans doute pas au-dessus. (CP)

Le rôle du médecin du travail est également cité comme un maillon-clé pour favoriser le passage d'une prévention formelle à des actions concrètes.

Heureusement qu'on a des excellents contacts avec le médecin du travail et la conseillère en prévention RPS du SEPP. Toujours très bien passé, une confiance mutuelle, des contacts qui se prennent régulièrement pour telle ou telle situation, ce qui est important. Les infos passent bien. (PC)

L'implication des conseillers en prévention du SEPP (conseillers en prévention en risques psychosociaux et le médecin de travail), a joué un rôle important dans cette démarche spécifique, non seulement dans l'introduction de la phase d'analyse des risques psychosociaux mais également dans la proposition des recommandations à mettre en place. Néanmoins le fonctionnement des SEPP dans le secteur public, est un élément qui constitue un frein pour favoriser la bonne connaissance des caractéristiques du lieu de travail et des acteurs concernés.

Un élément ! C'est très administratif, mais comme on est tenu par la loi sur les marchés publics, je trouve que dans un secteur comme celui-là, devoir à chaque fois passer un marché public pour designer nos médecins du travail (tous les 4 ans) à ce niveau-là je trouve qu'il est tellement important qu'il y ait une continuité et un suivi. (Totalement décalé par rapport aux matières traitées, à tout l'historique de l'institution) (Dir.)

2. 3. Les résultats

2.3.1. L'utilisation des résultats de l'enquête

Le traitement des données a été réalisé par la conseillère en prévention de risques psychosociaux du SEPP. En fonction des résultats obtenus, un document reprenant les résultats et des recommandations sur les actions à mettre en œuvre pour répondre aux problématiques soulevées a été adressé aux responsables de l'institution.

Le rapport d'évaluation a fait l'objet d'une discussion, d'abord au sein de la direction, et puis au niveau du comité d'accompagnement. Par la suite, le comité de direction a mis en place un groupe de travail restreint pour définir les mesures concrètes du plan d'action et leurs modalités de mise en œuvre.

Sur base des recommandations faites par la conseillère en prévention aspect psychosociaux du SEPP à l'issue de l'enquête, un plan d'action a été élaboré pour répondre aux problématiques soulevées. Le plan d'action comporte 14 dimensions qui englobent l'ensemble des mesures à mettre en place : les obstacles au travail, les interférences des tâches, les conditions matérielles et physiques favorables, la qualité de l'évaluation du personnel, la gestion des changements structurels, la qualité

de l'encadrement, management préventif et le management par la pression. De même, trois mesures supplémentaires portant sur la mise en place d'un plan de prévention des assuétudes, la revalorisation des salaires de niveau E et la révision d'échelles barémiques sur une durée plus longue.

En termes des résultats obtenus, si le plan d'action s'étale jusque fin 2018, certains changements ont été mis en œuvre dans des délais les plus courts possibles pour donner des signaux positifs de l'engagement pris par la direction vis-à-vis des membres du personnel. Les mesures prises impliquent l'introduction des changements au niveau des conditions/organisation du travail comme au niveau des comportements individuels. Citons à titre d'exemple : l'installation des « bornes » de connexion dans les sites où se trouvent les agents ne disposant pas d'accès internet afin de rendre l'information le plus accessible possible pour l'ensemble du personnel ; la mise en place des formations pour les managers pour qu'ils puissent assurer un meilleur accompagnement des collaborateurs; la désignation d'une personne responsable pour promouvoir une plus grande transversalité entre les services ; la revalorisation des salaires de niveau E, ou encore, la mise en place d'un plan de prévention des assuétudes.

2.3.2. Le retour des résultats

Le retour des résultats aux membres du personnel est un moment faisant partie intégrante de toute la stratégie de prévention. Son importance réside non seulement dans la communication des résultats qui ressortent de la démarche réalisée mais il constitue également un espace pour dessiner les premiers signaux des pistes d'action pour donner suite aux constats soulevés. En outre, il ressort des entretiens que la manière dont le retour de résultats est conduit peut avoir un effet sur le bilan que les travailleurs font quant à la portée de la démarche réalisée, ou encore sur leur implication dans des initiatives futures.

Parmi les difficultés rencontrées, il ressort des entretiens que la manière dont les résultats ont été présentés a conduit à réduire l'action à un exercice plutôt formel. Une première présentation a été réalisée auprès du collègue et, c'est seulement presque un an plus tard que les résultats ont été communiqués à l'ensemble du personnel. Le délai trop long entre la réalisation de l'enquête et le feed-back aux équipes est alors signalé comme un des principaux facteurs qui ont rendu difficile la correcte communication aux équipes.

Le feed-back a été lent et chaotique. L'analyse a pris beaucoup de temps, CP externe est tombé malade et c'est seulement en avril 2015 qu'on a reçu les résultats, déjà fort long. Suite à ça, une présentation au comité d'accompagnement et par conséquent au CSC. Une présentation a eu lieu au collègue et au comité de gestion, et on a travaillé sur les pistes d'action. (Dir)

En conséquence, un constat partagé par tous les acteurs est mis en évidence: le temps entre la réalisation de l'enquête et la dévolution concernant les résultats obtenus et les mesures du plan d'action s'est avéré tellement long que la visibilité du lien entre les problématiques soulevées et les actions planifiées pour y répondre est devenue très floue.

De manière plus spécifique, la direction reconnaît également des difficultés rencontrées dans la manière dont l'information a été transmise aux différents membres de la ligne hiérarchique, au risque de mettre à mal la position du *middle-management*.

Là où on a un peu loupé l'histoire, c'est le middle-management en fait. Il y a eu une présentation au collègue et au comité de gestion, par contre, les responsables de services ont été informés en même temps que le personnel. Il n'aurait pas fallu les mettre dans la situation où ils découvraient les résultats. (Dir.)

Contrairement aux inquiétudes signalées par le membre de la direction, une lecture différente est faite de la situation par le délégué syndical. Selon lui, l'inefficacité du retour des résultats réside, entre autres, dans le fait de ne pas avoir abordé les spécificités des services en question.

Il y a eu un feed-back mais général, donc ça ne veut rien dire. Parce que le malaise d'un service n'est pas le malaise d'un autre service. Par exemple, (de manière hypothétique) s'il y a un souci de hiérarchie et les employés profitent de cette enquête pour se plaindre, si après on fait un truc général, la hiérarchie n'est pas inquiétée, ça passe dans le tas. (DS)

Enfin, l'intention de vouloir travailler sur des pistes d'actions à mener avant de présenter les résultats a visé à rassurer les membres du personnel sur la suite réservée aux problématiques soulevées et à donner un signal fort sur l'engagement de la direction dans des actions concrètes.

Néanmoins, les délais trop longs pour réaliser le *feed-back* ont finalement accentué la sensation de se trouver plutôt face à un exercice formel qu'à un moment de réflexion collective sur les constats qui sont ressortis de l'enquête.

Il n'y a pas de retour direct aux travailleurs. Il ne fallait pas le reporter trop loin dans le temps, parce qu'on allait peut-être créer un problème ou un manque parce que il n'y avait pas eu de réaction à un besoin, quelque chose qui était exprimé, c'est pire que de ne rien faire. (CP)

Entre l'enquête et les résultats de cette enquête, les délais étaient beaucoup trop longs. Quand on fait un truc comme ça, si on veut que ce soit constructif, on ne doit pas attendre 1 an pour avoir les résultats. (DS)

2.3.3. Les effets de l'intervention

Un bilan de la démarche de prévention en termes des effets directement ou indirectement induits par l'intervention, nécessite une lecture en termes des usages faits des résultats obtenus.

Nous l'avons déjà évoqué, l'analyse des risques psychosociaux a abouti à l'élaboration d'un plan d'actions. Pourtant, il apparaît que la manière dont le plan d'action a été conçu se heurte à des éléments qui rendent son implémentation plus difficile. Les personnes interviewées s'accordent ainsi sur la complexité du passage de l'étape d'analyse de risques à l'élaboration du plan d'action et à sa mise en œuvre. A ce propos, différents éléments spécifiques ont été mis en évidence pour chacun d'entre eux.

Comme cité précédemment, lors du démarrage de l'action de prévention, un groupe d'accompagnement a été mis en place. Néanmoins, lors de l'étape consacrée à l'élaboration du plan d'action, l'implication des acteurs présents au début du processus a été insuffisante. Un des acteurs considère que les obstacles rencontrés lors de la phase décisionnelle résident tant dans le faible niveau de concertation entre les parties prenantes à l'égard des mesures du plan d'action, que dans le manque de consultation des membres du personnel concernant les mesures envisagées pour répondre aux problématiques soulevées.

Le terrain n'a pas du tout été consulté et même le comité de pilotage à un moment donné a été mis sur une voie de garage puisque on n'a pas eu la suite. On avait travaillé ensemble, puis les décisions ce sont faites en « boîte noire », ce qui est souvent le cas ici malheureusement. Après, on dit « on veut que les gens s'impliquent » mais les gens ne peuvent pas s'impliquer s'ils n'ont pas été dans la démarche à leur niveau et sollicités, leur retour, etc. (CP)

Il y a eu des réunions préparatoires qui ont été faites, et où la DS a participé. Après ça, le syndicat n'a plus été informé de la suite, puis « ploup » il y a un texte qui est apparu. Le syndicat a participé aux premières réunions, à la discussion des points importants et puis il a été un peu oublié pour le rapport final et la décision finale. C'est dommage. (DS)

Outre le manque de concertation pour l'élaboration d'un plan d'action définitif, les incertitudes sur la manière de traiter les données par le SEPP ou encore la faible visibilité des changements concrets sur les conditions de travail à l'issue de l'enquête, constituent des arguments mis en avant par le délégué syndical pour remettre en question la portée de ce type de démarche de prévention.

Ça a abouti à ceci [le plan d'action] que j'ai reçu de la RH, ok un plan d'action RPS à mettre en place. Mais ils auraient dû prendre en compte certaines remarques qui ont été faites à l'époque qui n'ont servi à rien du tout. Est-ce que toutes les informations ont bien été transmises ? Est-ce qu'ils ont pris en compte les informations ? Ou est ce qu'ils ont juste pris les informations qui les intéressaient dans le rapport et ils ont fait abstraction des autres éléments ? Ça je ne sais pas. (...) On a beaucoup discuté avec nos collègues, on savait vers où allait cette enquête (améliorer le bien-être), mais par contre ça n'a abouti à rien. Je suis désolée mais cette enquête n'a abouti à rien. (DS)

Les difficultés rencontrées pour adopter des actions concrètes suite aux constats relevés par l'enquête sont élégamment mises en lumière par le représentant de la direction. Un défi majeur réside dans le fait d'aboutir à la mise en place d'actions qui soient à la fois suffisamment proches des constats soulevés par le terrain et des actions transversales pour agir sur l'ensemble de l'institution. C'est-à-dire, l'importance du niveau d'adéquation des mesures proposées et les constats soulevés par l'enquête. En plus, le temps nécessaire au sein d'une administration publique pour concrétiser les actions freine également leur processus de mise en œuvre.

Je pense qu'ici on est un peu entre les deux. Il y a eu un plan d'action, mais voilà. Dans ce genre d'exercice, quand, à un moment donné, on a des constats qui ressortent suite à une enquête, c'est toujours difficile d'arriver à mettre en place des actions qui restent suffisamment proches des problèmes. En termes de proximité de terrain, on arrive souvent, ici il y a des choses qui restent relativement concrètes, mais on a eu des fois des mesures où on ne savait plus nous-mêmes quel était le lien avec le problème de départ ! Ça devient tellement général...c'est vraiment une difficulté. (Dir.)

Rester suffisamment proche des constats de terrain pour prendre des mesures qui vont répondre aux aspects très concrets du fonctionnement, sinon le personnel ne retrouve pas le reflet de ce qu'il a pu amener comme problématique, sur ce qu'on va proposer comme solution. (Dir.)

Finalement, la conseillère en prévention signale son désaccord par rapport à certaines mesures établies par le plan d'action. Elle met en évidence de fortes contradictions entre les problématiques soulevées lors de l'enquête, les mesures prises pour y donner une solution et des autres mesures prises sur l'organisation du travail en général.

Le comité de gestion a pris les décisions sur les mesures à mettre en place. Personnellement, je trouve ça pas du tout convaincant (...) Je vais prendre deux idées générales. Vous avez reçu le plan d'action ? Un des constats, c'est qu'il y avait des personnes qui avaient beaucoup trop de personnes sous leurs ordres, ce qui est très difficile à gérer. Aucun problème avec ça, ce qu'il en est sorti c'est deux choses pour lesquelles je n'adhère pas : on est en train de diviser des services de manière arbitraire, les gens sont très mal à l'aise avec ça, très mal vécu au niveau du terrain. (...)Puis, on a décidé d'un organigramme et personne n'a vu la relation entre le plan d'action des améliorations apportées et ce nouvel organigramme. Je ne suis pas la seule à le ressentir. (CP)

Dans la même optique, le délégué syndical, associé à la discussion sur la redéfinition d'un organigramme, pointe que si, théoriquement, la décision prise par la direction vise à améliorer le bien-être du personnel; par contre cette mesure a été très mal perçue au sein du personnel.

Ils peuvent raconter que c'est pour le bien-être du personnel, comme ça un directeur a moins de charge (...) Je vois ça autrement, on crée des nouvelles places A6, A7 pour une augmentation de salaire, c'est tout. Ce changement est extrêmement mal vécu au sein du personnel. (DS)

La directrice-support relève également les difficultés rencontrées à cet égard.

On est occupé à mettre en place un nouvel organigramme, ça amène pas mal de changements et du coup pas mal des questions, et d'inquiétudes aussi. (...) on aplatit l'organigramme. On a eu des retours au niveau du personnel « mais oui, évidemment pour les hautes fonctions, il y a de quoi donner de l'argent, par contre quand on demande des renforts

parce qu'on ne s'en sort pas dans les services, rien » Ca génère beaucoup de questions sur « un tel on l'a poussé en avant » Ce n'est pas une période facile par rapport à ça. (Dir.)

En effet, cette situation illustre l'importance de tenir en compte des liens étroits qui existent entre une démarche de prévention et d'autres changements en cours dans l'organisation. Il apparaît que la perception des travailleurs sur l'efficacité de la démarche de prévention est conditionnée par l'impact négatif des facteurs liés aux changements organisationnels.

En somme, parmi les obstacles mis en évidence il semble que deux enjeux majeurs traversent le processus de mise en œuvre du plan d'action : l'un lié au décalage entre les problèmes révélés et les solutions proposées et l'autre relatif à l'articulation des pratiques de prévention avec la vision globale de l'organisation du travail.

Conclusion

Enfin, nous résumons les conclusions de cette étude de cas. Le tableau qui suit montre les éléments qui ont facilité ou rendu difficile le processus de mise en œuvre de la démarche de prévention dans le contexte spécifique de l'institution analysée. Certes, une lecture en miroir de ces éléments permet de faire ressortir les éléments qui peuvent devenir des leviers d'action ou des freins à lever pour mener une prévention durable des risques professionnels.

Tableau 8: freins et éléments facilitants relatifs à la démarche de prévention – étude de cas 2

Freins	Facilitants
<i>Début du projet</i>	<i>Début du projet</i>
<ul style="list-style-type: none"> - La portée limitée des actions antérieures - Les inquiétudes relatives aux coûts et au temps mobilisé pour réaliser les actions 	<ul style="list-style-type: none"> - L'intention de dépasser des actions ponctuelles et de s'orienter vers la définition d'un plan d'actions concrètes à mettre en œuvre pour l'ensemble de l'institution - La présence d'un membre de la direction qui porte le projet au plus haut niveau de la direction - Le rôle de la nouvelle législation sur les RPS
<i>Mise en œuvre des actions</i>	<i>Mise en œuvre des actions</i>
Les canaux d'communication/information	Les canaux de communication/information
<ul style="list-style-type: none"> - La transmission de l'information court-circuitée par certains responsables peu sensibles à la problématique - Les inquiétudes sur le caractère complètement anonyme des données recueillies - Le sentiment de manque de transparence au sein des canaux de communication - ligne hiérarchique 	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'un questionnaire avec un langage simple et compréhensible - La communication sur l'objet de la démarche sur place (service par service) - La mise en place d'une personne de soutien pour faciliter la compréhension de la démarche - Le respect de l'anonymat lors de la réalisation de l'enquête.
La dynamique de participation	La dynamique de participation
<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de démarches de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - L'association de tous les services de l'institution

<ul style="list-style-type: none"> - conçues et définies de manière « top-down » - La faible sensibilisation de certains responsables pour encourager la participation de leurs équipes - La faible sensibilisation des travailleurs pour s'impliquer dans l'action - La faible motivation des travailleurs due à « l'inaction » dans le passé - La perception de la démarche comme inutile - Les inquiétudes des travailleurs sur l'usage des résultats obtenus - Les inquiétudes des travailleurs sur la méthodologie utilisée et sur le traitement fait des données - La réduction de la participation des travailleurs au niveau quantitatif ou à la seule consultation - La non-prévision d'un moment structuré de réflexion collective sur la définition des mesures du plan d'action 	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication du plus grand nombre de travailleurs pour aboutir à des résultats représentatifs
Les dispositifs de suivi & accompagnement	Les dispositifs de suivi & accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> - L'écartement de certains acteurs lors de la phase décisionnelle (CP et syndicats) 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un GT au démarrage de l'action - L'implication des acteurs-clés pour la définition des critères de la démarche à suivre (démarrage) - L'association des syndicats (démarrage) - L'association des membres du GT pour une 1^o réflexion générale sur les résultats obtenus
Le soutien interne	Le soutien interne
<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté de traduire les discours sur le bien-être en pratique - Le manque de sensibilisation/prise de conscience des membres de l'institution sur les problématiques de santé au travail - Le manque d'intégration de la dimension bien-être dans la vision globale du management - Le besoin de davantage d'articulation des rôles et des missions des acteurs-clés au sein des organes de concertation - Le fonctionnement des SEPP dans le secteur public 	<ul style="list-style-type: none"> - L'évolution des discours des membres direction et RH ces dernières années - L'implication d'un membre de la direction sensibilisé par la problématique des RPS - L'appui du top-management pour d'autres actions qui visent à favoriser la participation des employés - L'implication des acteurs pour se lancer dans l'action de prévention - L'articulation des pratiques entre le PC, MT, CP « aspects psychosociaux » - L'implication du CP « aspects psychosociaux »
Le retour des résultats	Le retour des résultats
<ul style="list-style-type: none"> - Les délais trop longs entre l'enquête et le feedback aux membres du personnel - La faible visibilité du lien entre mesures du plan d'action et les problématiques soulevées - Les travailleurs perçoivent le moment dédié au retour des résultats comme un « exercice formel » - Le changement du CP RPS 	<ul style="list-style-type: none"> - La présentation des résultats de l'enquête au sein des tous les services - La présentation des résultats accompagnée des pistes d'actions concrètes (plan d'action) - La présentation des mesures concrètes pour rassurer les membres du personnel sur la suite réservée à la démarche. - La mise en avant des limites de l'enquête
La poursuite de la démarche de prévention	La poursuite de la démarche de prévention
<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats obtenus par l'enquête ne correspondent pas aux résultats attendus - Le manque de concertation pour la définition 	<ul style="list-style-type: none"> - La traduction de l'analyse des RPS à l'élaboration d'un plan d'actions concret sur le court, moyen et long terme

<p>des mesures à mettre en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - La perception d'une adéquation faible entre les problématiques soulevées et les mesures proposées - La faible visibilité des améliorations mises en place - L'impact négatif des facteurs liés aux changements organisationnels - Les délais trop longs entre l'enquête et la mise en place des actions concrètes 	<ul style="list-style-type: none"> - L'implémentation de certaines mesures le plus vite possible
---	---

Référence

« Questionnaire scientifiquement validé pour l'analyse de risques psychosociaux », Service externe de Prévention et de Protection « X », mars 2015. (*Document confidentiel*)

3. Casestudie 3: Interventie met stappenteller bij schoolpersoneel

Inleiding: doel en beschrijving van de interventie

Doordat de fysieke inactiviteit en het sedentair gedrag toenemen in vele landen, waaronder België, stijgt ook de prevalentie van ziektes zoals obesitas, diabetes en hart- en vaatandoeningen. Beweging kan de bevolking echter helpen om hun lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid te verbeteren. De promotie van een fysiek actieve levensstijl kan dus als een belangrijk onderdeel worden beschouwd voor de bevordering van de algemene gezondheid (Bogaert, 2016).

De werkomgeving wordt vaak aangewend voor het organiseren van projecten ter promotie van fysieke activiteit. Tot nu toe kregen de werknemers van scholen echter maar weinig aandacht. Regelmatig bewegen zorgt niet enkel voor een betere fysieke gezondheid, het zou ook specifieke gezondheidsproblemen waar leraren mee te kampen hebben, zoals een hoge mate van stress, kunnen verlichten. Daarenboven kunnen interventies ter promotie van beweging op de werkvloer de sociale cohesie onder collega's versterken. Het doel van het doctoraat van Inge Bogaert (promotoren: Prof. Dr. Kristine De Martelaer en Prof. Dr. Evert Zinzen) was om een interventie ter promotie van beweging bij schoolpersoneel van het secundair onderwijs te ontwikkelen en te implementeren, en de effecten hiervan op hun bewegingsgedrag te analyseren (Bogaert, 2016).

Alvorens de interventie opgezet werd, werd er een enquête gedaan over beweging en gezondheid bij ongeveer 1.000 leerkrachten in Vlaanderen. Vervolgens werden er focusgroepen georganiseerd met leerkrachten uit scholen uit de Brusselse rand. De bedoeling van deze focusgroepen was het exploreren van mogelijkheden om meer te bewegen binnen de leerkrachtenpopulatie. Uit deze focusgroepen kwam naar voor dat bewegen op de werkvloer beperkt is omdat het niet tot de kernactiviteiten van de job behoort. Leerkrachten waren sceptisch omtrent interventies omdat ze de ingrepen praktisch moeilijk realiseerbaar achtten. Daarenboven kent het lerarenkorps grote verschillen in leeftijd, conditie, etc. wat het selecteren van geschikte activiteiten bemoeilijkt. Vandaar werd er gekozen voor een laagdrempelige interventie, namelijk een pedometer-interventie (stappenteller), geïnspireerd op het bestaande '10.000 stappen op het werk'-programma. Deze interventie werd geïmplementeerd in tien interventiescholen (Bogaert, 2016).

Bij een nulmeting werd er aan het schoolpersoneel gevraagd een vragenlijst in te vullen omtrent hun fysieke activiteit. Daarna werden de pedometers uitgedeeld en moesten de participanten één week lang hun stapgedrag bijhouden en noteren in een stappendagboek. Daarna volgde de interventie: de werknemers mochten zes maanden lang de stappenteller gebruiken als motivatietool. Ondertussen was het de bedoeling dat de scholen vier activiteiten organiseerden om de fysieke activiteit te bevorderen. Na deze periode werd de vragenlijst van tijdens de nulmeting opnieuw ingevuld en volgde er opnieuw een week waarin de werknemers hun stappen bijhielden en meedeelden. De gegevens

over de fysieke activiteit van de werknemers werden geanalyseerd aan de hand van multilevel lineaire regressieanalyses. De effecten van de interventie op de fysieke activiteit, de zittijd en psychosociale determinanten van fysieke activiteit werden op deze manier nagegaan (Bogaert et al., 2016).

Methodologie van de casestudie

Voor deze casestudie werden er in totaal vier interviews uitgevoerd. Eerst werd de onderzoekster, Inge Bogaert, geïnterviewd. Zij bracht ons in contact met andere betrokkenen bij de interventie. Zo werden nog twee coördinatoren van twee scholen (waarvan één ook deelnam aan de interventie) en één deelnemer geïnterviewd. In de twee scholen waar de geïnterviewden werkten, verliep de interventie niet altijd even vlot. Dit is echter niet representatief voor de tien scholen waar de interventie plaatsgevonden heeft. De interviews waren telkens semigestructureerd en werden uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst. Tijdens de interviews werd er gevraagd naar de initiatiefnemers van de interventie, de aanvang van de interventie, hoe de interventie verlopen is, wie welke rol speelde tijdens de interventie, welke factoren de interventie bemoeilijkten dan wel faciliteerden, wat het effect was van de interventie na afloop, etc. De interviews waren open en de vragenlijst diende als een richtsnoer en checklist voor het interview, zodat zeker alle relevante topics bevestigd werden. Alle interviews werden opgenomen met een audiorecorder. Achteraf werd de bruikbare informatie uit de interviews uitgetypt en geanalyseerd.

Tabel 1: Geïnterviewde actoren voor casestudie 3

Actor	Positie	Rol in interventie
Onderzoekster	Onderzoekster/doctoraatsstudente VUB	Algemene coördinatrice interventie
Coördinator school A	Leerkracht LO in school A	Coördinator interventie in school A
Coördinatrice school B	Studiebegeleidster in school B	Coördinatrice interventie + deelnemster in school B
Deelnemster school B	Leerkracht in school B	Deelnemster interventie in school B

3. 1. Introductie van de interventie

3.1.1. Aanvang van het project

Om scholen te vinden die bereid waren deel te nemen aan de interventie heeft de onderzoekster die de interventie leidde haar onderzoek voorgesteld aan de directies van verschillende Brusselse scholen tijdens een vergadering van scholengroep Brussel. Met de scholen die interesse toonden heeft de onderzoekster daarna contact opgenomen. Sommige scholen zegden toe uit interesse, zoals het geval was bij school B, waar de (toekomstige) coördinatrice ook tijdens deze vergadering aanwezig was:

*En dat was echt – we dachten ‘Ouh, dat moeten we doen. Daar gaan we op ingaan’.
(Coördinatrice school B)*

Bij anderen is deze beslissing ook gevoed door het feit dat directies een beleidsplan moeten schrijven met allerlei actiepunten. De interventie kan hierbinnen passen. Andere scholen hadden het echter te druk. Zij gaven aan geen tijd te hebben voor de interventie aangezien dit geen prioriteit was.

Bij de scholen die wilden meewerken werd er meestal eerst een gesprek georganiseerd tussen de onderzoekster en de directie. Daarna (of tegelijkertijd) sprak de onderzoekster met de mensen die aangeduid werden als coördinatoren van het project in de deelnemende scholen. In de GO-scholen waren dit meestal de al bestaande gezondheidscoördinatoren die deze rol op zich namen. In katholieke scholen werd er vaak gekozen voor personeelsleden die al met gezondheid bezig waren (bijvoorbeeld LO-leerkrachten, zoals in school A) of werd er bijvoorbeeld gekozen voor de voorzitter van een al bestaande werkgroep gezondheid. In een andere school verliep het initiatief via een secretariaatsmedewerker en vond er geen contact plaats met de directie. Het enthousiasme van de directie blijkt van in het begin een belangrijke factor te zijn:

Zij [onderzoekster] kwam dat voorstellen. [...] Dat was wel interessant. En onze toenmalige directeur was een leerkracht LO, dus die vond dat wel heel interessant. En zo zijn wij op de kar gesprongen. (Coördinatrice school B)

In de meeste scholen die wilden meewerken werd er een werkgroep opgestart en werden er brainstormvergaderingen georganiseerd. Aan de coördinatoren werd gevraagd om ambassadeurs te kiezen/vragen om in de werkgroep te zetelen en dus deel te nemen aan de brainstorm. De

deelnemers kregen achteraf het label van ambassadeur voor het project. In sommige scholen bestond er al een werkgroep rond gezondheid. In deze gevallen werd er met deze groep gebrainstormd. De bedoeling van de brainstormvergaderingen was dat het schoolpersoneel nadacht over hoe zij wilden dat het 10.000-stappen-project in hun school geïmplementeerd werd. Het was de bedoeling dat elke school vier activiteiten zou organiseren om beweging te stimuleren. Concreet dienden de deelnemers tijdens de brainstorm na te denken over haalbare activiteiten/initiatieven omtrent beweging die in hun school georganiseerd konden worden. Op die manier kregen de scholen zelf inspraak in hoe de interventie best op hun school georganiseerd kon worden en kon er rekening gehouden worden met de specifieke kenmerken/noden van de scholen. Verder was het de bedoeling dat de ambassadeurs betrokken werden bij het plannen van de activiteiten. De brainstormvergadering diende vooral om het draagvlak binnen de school voor de interventie te vergroten. In vele scholen heeft de brainstorm voor de coördinator een vertrouwen gegeven dat zijn/haar achterban geïnteresseerd was in het project. Op dat vlak was dit een belangrijke stap in het proces. De brainstorm was echter niet per definitie een succesfactor voor het verdere verloop van de interventie. Er waren namelijk ook scholen waar de brainstorm een succes was, maar waar achteraf bijna niets uitgewerkt werd. Zo'n brainstorm is dus slechts één factor in het welslagen van een interventie.

Na de brainstorm werd er aan de scholen gevraagd een plan op te maken met activiteiten en door te sturen naar de onderzoekster. Dit bleek een moeilijke opgave want slechts enkele scholen hebben dit effectief gedaan. Een belangrijke belemmerende factor hier was de timing: de zomerperiode waarin de leerkrachten vakantie genieten.

3.1.2. Introductie van het project bij de deelnemers

De communicatie over het project naar de deelnemers werd overgelaten aan de coördinatoren van de scholen. De onderzoekster gaf aan dat ze een projectfiche met het doel van de studie, de gezondheidsvoordelen van meer beweging, de planning en het gebruik van de stappenteller aan de coördinatoren gaf. De informatie over gezondheidsvoordelen werd ook verspreid in een nieuwsbrief naar het schoolpersoneel. Verder werd er aan de coördinatoren voorgesteld om affiches en stappentellen op te hangen (vb. 'zoveel stappen als je te voet naar het station stapt', 'Neem de trap in plaats van de lift en verzamel X stappen').

In zowel school A als school B werd er aan de leerkrachten via smartschool gevraagd of ze wilden deelnemen aan het project. Zowel de coördinator van school A als die van school B gaven aan dat ze een samenkomst georganiseerd hebben voor de geïnteresseerden. Tijdens deze samenkomst werd er een praktische uitleg over de interventie gegeven door studenten van de VUB, werden documenten ingevuld en werden de stappentellers uitgedeeld. De namen van de deelnemers werden daarna aan de onderzoekster meegedeeld. Achteraf bekeken, had het volgens de onderzoekster beter geweest dat zij zelf de interventie aan het schoolpersoneel had uitgelegd en de voordelen voor de gezondheid had besproken. Op die manier zijn de deelnemers meer betrokken – ze zien de onderzoekster zelf aan het woord – wat voor sommigen motiverend kan werken. Verder is een mondelinge communicatie

waarschijnlijk effectiever dan een schriftelijke, aangezien het onduidelijk is in welke mate de nieuwsbrief gelezen werd.

Een gevolg hiervan is dat 'het waarom' van de interventie misschien niet genoeg in de verf gezet is voor de deelnemers van de interventie. De onderzoekster vermeldde tijdens het interview dat bewegen vaak wordt gerelateerd aan fysieke gezondheid. Maar bewegen kan ook een effect hebben op de mentale en sociale gezondheid. Leerkrachten zijn namelijk niet specifiek een problematische groep qua bewegingsgedrag. Ze krijgen echter wel vaak te kampen met andere problemen: musculoskeletale klachten, stijgend absentisme, psychosociale problemen inclusief burn-out, jobontevredenheid, hoge werklast, etc. Meer bewegen kan ook deze klachten milderden. Indien de onderzoekster zelf de interventie had voorgesteld aan de deelnemers, had ze het belang van de interventie in al zijn facetten beter kunnen benadrukken.

3.1.3. Het soort interventie: voor ieder wat wils?

In school A waren het volgens de coördinator van school A vooral personeelsleden die niet sportief waren, die aangetrokken werden om mee te doen aan de stappenteller-interventie. De coördinator van school A was ook van mening dat de interventie bedoeld was voor mensen die niet genoeg bewegen. Meer actieve activiteiten/sportactiviteiten vond de coördinator interessanter (persoonlijk) aangezien dat – als leerkracht LO – dicht bij zijn eigen voorkeuren lag. De stappenteller-interventie vond hij wel ideaal om minder sportieve mensen aan het bewegen te krijgen.

Als die sportievelingen niet mee doen is dat niet erg, he. Die hebben hun sport buiten de schooluren. ... Ikzelf ben ook sportief, ik zou dat ook niet echt doen eerlijk gezegd... Dat interesseert mij eigenlijk niet hoeveel stappen dat ik... alé... Maar dat hoeft ook niet, vind ik. Ik moet ook niet gemotiveerd worden. Ik vind dat wel goed dat dat er is voor die niet-sportievelingen. Alé, dat is wel een goede instap, vind ik, om die mensen toch ook bewust te maken van... en stappen kan iedereen... dus ja... (Coördinator school A)

De coördinatoren van beide scholen hadden niet de indruk dat het tellen van de stappen een stigma creëerde/zou creëren bij niet sportieve leerkrachten. Leerkrachten die van zichzelf beseften dat ze wat meer moesten bewegen, waren juist aangetrokken tot het project, volgens de coördinator van school A. In school B deden zowel sportieve als minder sportieve leerkrachten mee aan het project.

De twee. Dat was echt een mengeling. Want er waren er die zeiden 'Ja, maar ik ben niet sportief. Dan zei ik 'Ik ook niet, eh!' - 'Ahja, dan doe ik ook mee'. (Coördinatrice school B)

De onderzoekster erkent dat sommige leerkrachten niet meededen aan de interventie omdat ze al genoeg aan sport deden. Voor sommigen was het bijvoorbeeld belangrijk hun beginsituatie in te schatten. Als ze zagen dat ze aan de norm voldeden zagen ze het nut er niet van in om nog mee te

doen. Volgens de coördinatrice van school B was nieuwsgierigheid effectief een belangrijke motivatie om deel te nemen aan de interventie. Dit was ook het geval voor de geïnterviewde deelnemster van school B:

Ik vond dat weleens een leuk onderzoek en ik zeg het – ik ben iemand die probeert om thuis ook een beetje te bewegen. Momenteel is dat wat minder, maar ik probeer regelmatig een keer te gaan lopen of in de zomer fietsen. Ik wou ook wel weten – gewoon omdat ik veel rondloop als ik lesgeef – ik vond dat wel interessant om eens te weten van ‘Kom ik gewoon met les te geven en overal rond te stappen aan mijn 10.000 stappen per dag?’. En dat was toch wel het geval. De dagen dat ik een volledige dag les gaf – zo merkte ik dat ik wel heel veel beweeg in de klas. Ik ben geen type leerkracht die neerzit, ik sta altijd recht. Ik loop rond. Het was meer uit nieuwsgierigheid van ‘Beweeg ik eigenlijk wel voldoende?’. (Deelnemster school B)

De onderzoekster merkt echter op dat een interventie nooit kan werken voor iedereen. Dit is uiteraard normaal. Wat wel had kunnen helpen is de psychosociale component benadrukken tijdens de introductiesessie. Nu was de achterliggende idee namelijk vooral dat bewegen nodig is voor de fysieke gezondheid.

3. 2. Verloop van de interventie

Uit de interviews bleek dat er verschillende factoren zijn die het welslagen van een interventie beïnvloeden. Hieronder bespreken we deze stimulerende en belemmerende factoren voor de stappenteller-interventie bij schoolpersoneel.

3.2.1. Rol coördinator(en)

Uit de interviews bleek dat de connectie die de coördinator had met het schoolpersoneel heel belangrijk was om de activiteiten wat betreft fysieke activiteit van de grond te doen komen. De coördinator van school A was deeltijds tewerkgesteld in school A en bijgevolg maar twee dagen per week op school aanwezig. Dit maakte het moeilijk de interventie goed op te volgen. Moest hij voltijds gewerkt hebben op de school, zou het makkelijker zijn het project te coördineren:

Dan zie je de leerkrachten vaker, heb je vaker contact en kan je vaker dingen organiseren. Dat heeft ook meegespeeld. (Coördinator school A)

Ook gaf hij aan dat het beter is als verschillende mensen het project coördineren:

Het zou beter zijn moesten er bijvoorbeeld 4 à 5 mensen dat project mee trekken dan alleen. Maar je hebt al veel groepjes en projecten op school... Leerkrachten gaan niet zo happig zijn om te zeggen ‘Jaja, geef maar, ik doe wel mee’. Zo zijn er weinig. (Coördinator school A)

Ook de coördinatrice van school B had een gelijkaardige ervaring:

We waren vooral met twee die dat zo vooral een beetje draaiende hielden. En wij hadden eerder gehoopt dat de sportleerkrachten ons zouden stimuleren. Dat was eigenlijk niet het geval. Als ze dan iets deden, was dat om mij een plezier te doen, maar ja... Zo van 'Ik zal eens afkomen...' mja neen... Dat had beter kunnen zijn. (Coördinatrice school B)

Ook het motiveren van mensen om de stappenteller te gebruiken en deel te nemen aan activiteiten is een moeilijke zaak. Het was vooral vermoeiend om mensen te overtuigen te blijven volhouden.

Maar het was wel moeilijk om de mensen gemotiveerd te houden, om dat altijd netjes in te vullen. Dat was een beetje mijn taak, en dan zo 'Alé mannen' – in smartschool zette ik dan altijd zo'n berichtje 'Het is 't moment, vergeet het niet in te vullen'. En dan waren er waarvan de kinderen het hadden ingevuld enzo – 'Oh mijn kinderen waren ermee gaan stappen'. (Coördinatrice school B)

Het motiveren van mensen is een belangrijke taak van de coördinatoren. Vandaar dat het ook belangrijk is dat de coördinatoren vaak op school aanwezig zijn. De coördinator van school A werd weleens aangesproken door deelnemers over hoeveel stappen ze hadden gezet en dergelijke, maar echte aanmoediging tussen coördinator en deelnemers of deelnemers onderling ontbrak grotendeels.

3.2.2. Betrokkenheid en steun vanuit de directie

Ook de steun vanuit de directie bleek een cruciale factor te zijn. De onderzoekster gaf aan dat de directeurs van sommige scholen van in het begin sterk betrokken waren. In andere scholen werd ze direct doorverwezen naar een (potentiële) coördinator. In scholen waar de directeur het project mee trok, was de interventie vaker succesvol. De directeur kan fungeren als de spilfiguur om de interventie goed te laten verlopen. De directeur is vaak iemand die met iedereen van het personeel contact heeft. Hij heeft een sociaal netwerk dat gebruikt kan worden om mensen te motiveren. De rol van directeur als spilfiguur kan zich volgens de onderzoekster op twee manieren uiten bij het personeel. Enerzijds kan het personeel zich verplicht voelen om deel te nemen aan de interventie aangezien dit aangestuurd wordt door de directie. Anderzijds kan een trekkende directie het personeel motiveren door interesse te vertonen in het project. De onderzoekster gaf het voorbeeld van een directeur die op school iedereen verzamelde om samen te voet naar een studiedag te gaan die op een andere locatie plaatsvond. Hij verplaatste zich vaak te voet en vond het goed om zijn personeel dat ook te laten doen. Hier waren veel positieve reacties op gekomen. Ook in scholen A en B kreeg het project steun van de directie. Het ging echter om 'passieve steun': de directie stond achter het project, maar was niet actief betrokken bij het project.

In school B bleek een directiewissel een belemmerende factor te zijn voor het welslagen van de interventie. Volgens de coördinatrice van school B verliep alles anders en was de 'stuwende kracht' er niet meer.

Jaja, maar die [vorige directie] zou zelf daar ook gestaan hebben, he. Die deed dan mee. Ja, dat is een totaal andere persoonlijkheid, eh. Dat doet toch wel veel hoor. En dan sportleerkrachten ook – als we hier onder de middag staan en ze zien het nog niet of dat wordt niet geapprecieerd, ja dan heb je de moed niet meer om het te doen. Dus die appreciatie is zo belangrijk. Die schouderklopjes die er niet meer waren... Alhoewel dat ze [nieuwe directie] er ook achter stond, maar ja, ze toonde dat minder. (Coördinatrice school B)

3.2.3. Rol onderzoeker(s)

Zoals hierboven al aangegeven, is de onderzoekster van mening dat het beter was geweest dat ze haar project zelf gaan voorstellen was aan alle deelnemers. Het infomoment, georganiseerd door de coördinatoren van de scholen, was dan ook eerder praktisch van aard, en handelde niet uitgebreid over de filosofie van bewegen of 'het waarom' van de interventie. De deelnemers hebben nooit een gezicht kunnen plakken op de onderzoekster. Een mondeling contact met de onderzoekster had waarschijnlijk motiverend kunnen werken voor sommige deelnemers. Op die manier kon de interventie van start gegaan zijn met een andere dynamiek. De coördinatrice van school B gaf ook aan dat de onderzoekster haar enthousiasme op de werkgroep had overgebracht:

Ze heeft haar enthousiasme op die mensen goed overgebracht. Dat waren dan ook wel enthousiaste mensen. Er was zelfs een collega die van school ging veranderen en die zei 'Mag ik nog meedoen?' (Coördinatrice school B)

Vermoedelijk was de betrokkenheid van de onderzoekster bij de deelnemers dus ook een stimulerende factor geweest.

Een positieve factor waren de nieuwsbrieven die door de onderzoekster werden verstuurd. Aangezien ze zelf de infosessie voor de deelnemers niet geleid had, probeerde de onderzoekster de deelnemers te informeren via nieuwsbrieven (over bijvoorbeeld de positieve effecten van bewegen op de gezondheid).

Verder is het ook belangrijk dat de interventie door de onderzoekers goed opgevolgd wordt. De onderzoekster was niet van plan om tijdens de interventie de scholen te bezoeken, maar ze merkte via telefoongesprekken dat het niet in alle scholen even vlot liep (geen affiches, geen activiteiten, geen promotie). Daardoor nam ze de beslissing om wat sturender te werken. Ze vroeg de scholen dan ook om een korte procesevaluatie, en plande achteraf een bezoek aan de scholen om bij te sturen en te coachen. Ze stuurde ook een nieuwsbrief uit na de kerstvakantie om de draad terug op te pikken.

Een ander belangrijk element is dat de scholen een vaste persoon hebben waar ze op kunnen terugvallen, die hen opvolgt en coacht tijdens de interventie. Aangezien de opstart van de interventie in de verschillende scholen gelijktijdig plaatsvond, was het voor de onderzoekster onmogelijk om overal aanwezig te zijn. Doordat de onderzoekster gedurende zo'n drukke periodes haar taken noodgedwongen moest laten overnemen door andere leden van het onderzoeksteam (o.a. studenten), was er een zeker gebrek aan continuïteit qua opvolging voor de interventie in school B:

Zij [onderzoekster] was zo het enthousiasme. Dat heeft ze op ons overgebracht. En dat enthousiasme is zo gemilderd, ja, de mensen die dat dan aanbrachten of haar vervingen – sommigen waren dan enthousiast maar dat was dan iemand anders – dat was telkens een ander gezicht of een student die dat dan kwam ophalen die stappentellers. (Coördinatrice school B)

Een ander probleem dat zich voordeed was de relatie met de studenten die langskwamen in de scholen om de interventie op te volgen. Toen de studenten de stappentellers kwamen ophalen, werden niet alle stappentellers ingeleverd.

Dat was een slechte ervaring geweest. Zo ons aanvallen eigenlijk he ‘Jullie zitten in een voorbeeldfunctie’ – zo verwijten – ‘Je kan zelf niet op tijd alles binnen geven’. Ik vond dat er ver over. Je doet de moeite om mee te doen aan iets en... die beseffen niet dat we hier ook veel andere verplichtingen hebben... en dan nog zo op die manier. Want dat maakt natuurlijk dat je op de duur zegt ‘Als ze nog eens afkomen met zo’n onderzoek – vergeet het’. Aléja, dat is zo eh. (Deelneemster school B)

Volgens de coördinatrice van school B is het dan ook belangrijk één centrale persoon te hebben om op terug te vallen, die de deelnemers en coördinatoren op een positieve manier coacht:

Jaaa ja dat is echt belangrijk. En die ook eens komt kijken – maar dat ging niet eh – dat zou wel fijn – die ons eens kwam coachen en zeggen ‘Jullie doen het goed’ – niet van ‘Jullie vullen hier jullie papieren slecht in’. Zij deed dat niet eh. Niet iedereen deed dat, maar ja. [...] Er waren mensen die wat op hun tenen getrapt waren. (Coördinatrice school B)

3.2.4. Draagvlak project creëren – het belang van de sociale component

De onderzoekster had een positief gevoel in de voorbereidingsperiode. Door bezoeken te doen aan de scholen, kreeg ze een heel positieve indruk. In het begin zijn de mensen heel enthousiast. Ze verklaart dit doordat het meettoestel een zekere aantrekkingskracht had en dat de mensen het gevoel hadden dat er voor hen iets ging gebeuren. Dat enthousiasme blijkt ook uit de getuigenis van de deelneemster uit school B toen haar gevraagd werd of de interventie leefde onder het schoolpersoneel:

Ja, dat wel eh. Zeker die eerste keer, he. Maar die tweede keer, dat was er denk ik te veel aan. De eerste keer in de week zo ‘En? Kom jij aan uw 10.000?’ ‘Jaja’. Er werd wel over gediscuteerd en vergeleken ‘Ah ik heb zo veel’. Dat wel. (Deelneemster school B)

Maar bij velen nam dit enthousiasme af in school B:

We hebben twee keer een week gehad. De eerste week zeker, heb ik zo van het begin tot het einde goed meegedaan. Maar de tweede week heb ik af en toe zo een keer... Ik vond het toen ook, het stak mij tegen, ik ga heel eerlijk zijn. Na die eerste week had ik al iets van ‘Ouh neen, en dan moet ik dat binnenkort nog een keer...’. Het stak tegen, echt waar. Gewoon zo heel de dag met dat bakje rondlopen en dan alles moeten noteren. Maar vooral zo dat bakje, da je

daar constant mee moest rondlopen. Dat zat gewoon in de weg. En dan vroegen mensen 'Wat is dat?' - en dan moet je 100 keer hetzelfde gaan zeggen. (Deelneemster school B)

In school A spraken de deelnemers de coördinator soms wel aan over hoeveel stappen ze hadden gezet, maar volgens de coördinator leefde het project niet echt op school:

Maar het was niet dat dat echt leefde, neen. Maar daarvoor had ik misschien iets meer initiatief moeten nemen. Of ik tezamen met mijn collega's LO wat meer initiatief nemen, omdat die er vaker zijn. (Coördinator school A)

Volgens de coördinatrice van school B was 'aanmoedigende concurrentie' belangrijk om de mensen te motiveren:

...dat je kon vergelijken – dat dat ook een beetje een concurrentie was – want tussen die die het invulden was dat wel 'Seg, hoeveel stappen heb jij?' 'We doen het beter dan de LO'ers' – zo eh. Dat was wel fijn. (Coördinatrice school B)

Elkaar helpen is ook een belangrijke component:

Een aantal poetsvrouwen hadden ook zo een stappenteller – maar die hadden het dan moeilijk – ja, die spreken geen Nederlands – om die beginsituatie en die eindsituatie in te vullen. Maar wij hebben daar dan mee geholpen, he. En ik weet dat wij dan badminton gespeeld hebben met de poetsvrouwen en met de kinderen – en dan zo regelmatig – maar dat is dan ook verwaterd. (Coördinatrice school B)

Door in projecten te stappen die beweging promoten en erover te spreken op school, kunnen leerkrachten elkaar ook aanmoedigen om meer te bewegen. De coördinatrice van school B gaf aan dat ze iemand anders aanzette om met de tram plus een stukje te voet naar school te komen in plaats van met de auto:

Maar ik moet wel zeggen, vanaf dat moment ben ik zelf meer beginnen met de tram komen. Ik kwam vroeger met de wagen. En dan dacht ik 'Maar ik ga met de tram komen' en ik kom nu nog altijd met de tram – behalve als ik grote dingen moet meesleuren. Dus dat heeft mij wel – aléja – doen stappen. Mij persoonlijk he. En die andere collega waarmee ik badmintonde – die zei ook wel 'Ah seg, kom, ik kom ook met de tram'. Dus er zijn een aantal mensen die zo een klik gemaakt hebben en die gedacht hebben 'We zitten niet meer in de file – we zitten in Brussel'. (Coördinatrice school B)

De coördinatrice van school B vertelde ook dat ze de leerlingen probeerden te betrekken in het project:

En ik denk zelfs dat er – we hadden dat dan ook aan – we hadden zo leerlingen die ons moesten coachen, die ons moesten aanmoedigen. Dat ze zo 'Seg mevrouw, mijn lerares heeft al meer stappen dan jij'. Dus dat hebben we wel zo – we hadden onze persoonlijke coach eh. [...] Ze zien dat dan en we hebben dat uitgelegd 'Kijk, we hebben dat hier voor gezondheid op het werk' en er waren er zo een aantal... en dan zei ik 'Jij moet mij in 't oog houden he. En dan

niet de lift nemen. Als ik naar het 1^e verdiep ga, zal ik via het 2^e gaan'. En zo waren er een aantal leerlingen die hun favoriete leerkracht... En dan kwamen ze tegen mij zeggen 'Mijn leerkracht heeft al meer, he!'. 'Ik zal mijn best doen!'. (Coördinatrice school B)

Door leerlingen te betrekken zou het draagvlak voor het project vergoot kunnen worden. Projecten moeten niet altijd op leerlingen of leerkrachten gericht zijn. De combinatie kan misschien een sleutel zijn tot het creëren van een breder draagvlak op school.

De onderzoekster gaf verder het voorbeeld van een actieve pedagogische studiedag die georganiseerd werd op een school. Dit was een studiedag met daarin een blok 'bewegen'. Verder werd tijdens de lunch het eten en drinken op verschillende plaatsen van de zaal verspreid, zodat de leerkrachten meer moesten stappen. Dit was een laagdrempelig initiatief waar iedereen aan deelnam.

Maar de mate waarin er een draagvlak gecreëerd wordt, hangt sterk af van de motivatie van de coördinatoren en in welke mate ze ondersteund werden. De onderzoekster gaf aan dat het succes van de interventie dan ook sterk verschilde tussen de scholen:

In sommige scholen gaat alles goed. In sommige scholen is er geen achterban. Je probeert een afspraak te maken en je moet keilang wachten... (Onderzoekster)

De coördinator van school A vertelde dat hij geprobeerd had om activiteiten te organiseren tijdens de middagpauze, bijvoorbeeld een lunchwandeling, maar daar kwam weinig respons op. Hij had ook aan het fitnesscentrum in de buurt gevraagd of leerkrachten aan een goedkoper tarief konden gaan fitnessen, maar daar was ook niet veel interesse voor. Hij zei dan ook dat het moeilijk was om het project op gang te krijgen en een draagvlak te creëren. (Coördinator school A)

Volgens de coördinator van school A zou het misschien beter zijn om een project op te starten vanuit de leerkrachten zelf (in school A heeft er geen brainstorm plaatsgevonden). De coördinator haalt aan dat het wel goed is dat de directie beslist om mee te stappen in een project (ook al komt het soms een beetje verplichtend over), maar het moet wel gedragen worden door het personeel. Persoonlijk zou hij liever zelf iets organiseren met het groepje dat rond gezondheid werkt op school. Hij haalt aan dat de groep van LO zelf eens kan nadenken over hoe ze de leerkrachten aan het bewegen kunnen krijgen.

3.2.5. Duidelijke instructies en richtlijnen

Het is ook belangrijk dat de coördinatoren en deelnemers duidelijke instructies en richtlijnen krijgen omtrent de interventie. Algemeen gezien bleek uit de interviews dat dit goed verlopen is (buiten het incident bij het ophalen van de stappentellers in school B). In school B dacht het personeel ook dat ze de stappentellers mochten behouden. Dit bleek om een misverstand te gaan. Een combinatie van een duidelijke mondelinge uitleg en daar bovenop nog eens een samenvatting op papier/elektronisch (bijvoorbeeld een korte PowerPoint) die bezorgd wordt aan alle coördinatoren en deelnemers lijkt dus wel aangewezen om misverstanden te vermijden.

3.2.6. Infrastructuur en materiaal

Als er een interventie wordt gedaan waarbij bepaald materiaal gebruikt moet worden is het belangrijk dat dit materiaal goed werkt. Dit was blijkbaar niet altijd het geval met de stappentellers:

Maar de metingen zelf ook he. Het was ook niet altijd... alé... Ik merkte bijvoorbeeld, ik reed met de auto naar huis en die stappenteller telde stappen. Ik denk dat dat redelijk onbetrouwbaar was. Opeens had ik 'ik-weet-niet-hoeveel', maar ik had eigenlijk niets gedaan. De verplaatsing naar huis... gewoon de schokken in de auto ofzo, weet ik veel, hop, die registreerde stappen. Ik vond het redelijk onbetrouwbaar. Alé, dat is mijn ervaring. (Deelnemster school B)

De onderzoekster vertelde ook dat sommige deelnemers het vervelend vonden om een stappenteller aan hun heup te dragen en telkens alles te noteren tijdens de meetweken. Dit blijkt ook uit de interviews:

Ik denk gewoon dat het onderzoek mij tegenstak. Het feit dat je dat van 's ochtends als je opstond moest aanhebben tot 's avonds als je ging slapen. En dan alles noteren. Ik weet niet meer zelfs wat je allemaal moest noteren, maar het uur dat je opstond en wat je allemaal deed enzo. Activiteiten, zo'n zaken. Ik denk dat ik daar heel slordig in geweest ben de tweede week zo. Na zo veel maanden moesten we dat nog een keer doen, en dat ik dan niet meer zo stipt was omdat het mij gewoon tegenstak. (Deelnemster school B)

Sommigen hebben dan ook hun stappen beginnen registeren met hun smartphone, maar dit is minder betrouwbaar. Ze erkent dat er bij een volgende stappenteller-interventie gezocht moet worden naar een meer betrouwbare stappenteller die alles elektronisch registreert (synchronisatie met smartphone, zodat de stappen automatisch op de smartphone of de laptop gezet kunnen worden). Op die manier is het niet meer nodig een stappendagboek bij te houden, wat tijdsintensief was voor de deelnemers. Dit soort materiaal is echter duurder en dat was budgettair niet mogelijk voor deze interventie.

Verder was gepaste infrastructuur een belangrijk gegeven voor het organiseren van activiteiten. In school B hadden ze bijvoorbeeld fietsen ter beschikking op school die het personeel vrij kon gebruiken. Hier werd bijvoorbeeld gebruik van gemaakt om naar een vergadering te gaan die op een andere Brusselse locatie doorging. Ook het ter beschikking hebben van een LO-zaal op school was bevorderend voor de interventie in school B. Eénmaal per week werd de zaal vrijgehouden voor de leerkrachten om er samen te badmintonnen.

We hebben hier een sporthal. En op dat moment konden we ook nog een uurtje de sporthal huren voor onszelf na de schooluren. En dan hebben we direct voor het volgende schooljaar een uurtje voor ons ingelast – dat we zo – ik denk dat het op donderdag was – onmiddellijk na de schooluren heel die sporthal voor onszelf hadden voor de leerkrachten en hun kinderen enzo. (Coördinatrice school B)

3.2.7. Tijd en timing

Een andere belangrijke belemmerende factor voor zowat elke interventie (wat betreft de sportieve activiteiten) bij leerkrachten is 'tijd'. Al de geïnterviewden haalden aan dat leerkrachten niet veel tijd hebben om deel te nemen aan extra activiteiten tijdens de schooluren:

De pauze is drie kwartier. Tegen dat ze hun klas uit zijn, zijn er al 10 minuten voorbij. Dan moet je nog eten en drinken en een keer naar toilet. En dan zou je nog moeten sporten. Dat gaat niet. In de privé kan je misschien zeggen 'ik heb een uur middagpauze en ik ga eens een toertje gaan lopen' en die hebben misschien de mogelijkheid om te douchen enzovoort, maar dat is hier allemaal niet zomaar voorhanden he. (Deelneemster school B)

In de lerarenkamer had ik een blad opgehangen om te zien wie er tijdens de middag zin had om mee te gaan wandelen. Maar daar kwam ook zo heel weinig... Ze moesten hun naam daar dan opzetten. Er was heel weinig reactie. Misschien had ik dat ook nog eens kunnen mailen ofzo. Maar het probleem is ook, vooral, als je in een drukke periode zit, dan is iedereen zo bezig met zijn vak en bijles te geven onder de middag en dan, jah... dat is niet te onderschatten. (Coördinator school A)

Tijd vrijmaken is belangrijk, bijvoorbeeld één middag per week sport. Maar dan vallen er heel veel weg omdat ze die middag niet op school zijn of toezicht hebben. Als je in de lerarenkamer gaat kijken, zie je dat er niet zo veel leerkrachten zijn. Die zitten daar 20 à 25 minuten en zijn dan weg. Tijd en tijdsdruk zijn een groot probleem. (Coördinator school A)

Ook na de schooluren is het voor vele leerkrachten moeilijk om aan activiteiten deel te nemen. De geïnterviewde deelneemster uit school B gaf aan dat ze na de schooluren haar kinderen van school moet afhalen en dat ook de meeste andere leerkrachten andere verplichtingen hebben.

Volgens de onderzoekster waren activiteiten tijdens de schooluren meer succesvol in de meeste scholen. Dit was een beetje onverwacht aangezien er verwacht werd dat leerkrachten geen tijd hebben voor beweging/sport tijdens de schooluren. Activiteiten zoals een actieve pedagogisch studiedag of lunchwandelingen zijn echter wel mogelijk, en nemen geen 'extra tijd' in beslag.

Een voorstel dat naar voor kwam uit de interviews is meer sportieve momenten/acties/interventies te organiseren voor leerkrachten en leerlingen samen. Dit kan passen binnen activiteiten/projecten met leerlingen en kan tijdens de schooluren doorgaan. Zulke acties worden dan gekenmerkt door zowel een sportieve als een sociale component, waarbij leerkrachten en leerlingen elkaar kunnen steunen en motiveren.

3.3. Resultaten

3.3.1. Resultaten van de studie

Uit de analyses van de vragenlijsten (vergelijking tussen eerste en tweede meetweek) is gebleken dat de interventie een aantal positieve effecten teweeggebracht heeft bij het schoolpersoneel. De onderzoekster vond een verhoging van het aantal stappen bij vrouwen na de interventie ten opzichte van voor de interventie. Verder vond ze een verhoging van het aantal stappen in het weekend in de tweede meetweek. Het lijkt erop dat de leerkrachten het idee van voldoende bewegen vooral meenamen naar hun thuiscontext. Voor de gehele steekproef botste ze echter op een algemene daling van het aantal stappen bij de tweede meting ten opzichte van de eerste meting. Dit is echter niet zo vreemd: in het begin zijn mensen vaak enthousiast: de interventie is nieuw, het apparaatje is nieuw. Na een tijd ebt dit 'speelgoedeffect' echter weg. Ook het seizoen en het weer spelen sterk mee. Bij goed weer zullen de mensen meer bewegen dan bij slecht weer.

3.3.2. Communiceren van de resultaten van de studie

Aangezien de hoofdonderzoekster tijdelijk werd vervangen, heeft zij zelf niet meer met de scholen gecommuniceerd over de resultaten van haar onderzoek. Haar vervanger heeft met de ruwe data een fiche gemaakt per school over hun prestaties. Op de fiche werd het stappenprofiel van de school vergeleken met dat van de hele steekproef. Verder werd er meegedeeld dat er meer uitgebreide analyses gedaan zouden worden in het kader van het doctoraatsonderzoek van de hoofdonderzoekster. De fiche met deze informatie werd doorgestuurd naar de coördinatoren en de directie van de scholen. Ongeveer een jaar later werd aan de coördinatoren meegedeeld dat het doctoraat gefinaliseerd was en dat ze een exemplaar konden krijgen als ze geïnteresseerd waren. Of de fiches gecommuniceerd werden aan de deelnemers weet de onderzoekster niet.

Uit het interview met de coördinatrice van school B bleek dat ze zich niet goed meer herinnerde of ze gebriefd was over de resultaten van de studie. Mogelijks is de fiche dus verloren geraakt in haar mailbox. Deelnemers van interventies zijn nochtans geïnteresseerd in de resultaten van de interventie:

Bwa, de resultaten, ja... Wat is daar nu uitgekomen? Wat hebben jullie daarmee gedaan? Want je doet daaraan mee en je weet van niets uiteindelijk nadien he. Wat is daaruit gekomen? Wat waren jullie bevindingen? (Deelneemster school B)

Aangezien de deelnemers van interventies het interessant vinden om te weten wat nu juist de resultaten zijn van de interventie waar ze aan deelgenomen hebben, zou het interessant zijn om zo'n fiche door te sturen naar alle deelnemers. Op die manier komt die informatie ook bij de deelnemers terecht als de coördinator het vergeet.

3.3.3. Effecten van de interventie

Achteraf werd er niet meer naar de scholen gegaan om te onderzoeken in welke mate de interventie een verandering in intentie of gedrag teweeggebracht heeft. Het is wel belangrijk te weten te komen

of er zich veranderingen hebben voorgedaan wat betreft de fysieke activiteit van het schoolpersoneel en of de school nog maatregelen genomen heeft om het personeel meer te laten bewegen. De coördinatrice van school B vertelde dat de interventie geen grote effecten teweeg gebracht had, maar eerder kleinschalig hier en daar mensen gemotiveerd heeft:

Er zijn wel mensen die een stappenteller gekocht hebben, of zo op hun iPhone, die een app gebruiken, en die nu nog eigenlijk over hun stappen vertellen, en dat dan komen vertellen. Het leeft nog hoor. Het heeft zeker nut gehad. (Coördinatrice school B)

De poetsvrouw haar kinderen die kwamen dan – die zitten ook in de lagere school. Dus eigenlijk dankzij de poetsvrouwen is dat moment sporthal toch niet echt een mislukking geworden. En dan de zaalwachter deed mee en dan de mensen die klaarstonden om het volgende uur in te nemen. Wat was da? Dat was zo een soort van dans, niet echt zumba maar gymnastiek op dans – die kwamen wat vroeger en die deden met ons mee. En dan was er zelfs iemand die zich dan ingeschreven heeft in die club. Dus het is niet dat het 0,0 was het effect he. Dus niet in massa maar wel in kleine groep heeft dat wel iets, alé resultaat gehad zo eh. (Coördinatrice school B)

Maar uiteraard is dit niet voor iedereen het geval:

Dat heeft mij niet aangezet om opeens meer te gaan sporten of meer te wandelen of wat dan ook. Zeker niet. Bij mij had dat totaal geen effect, om mij meer te doen bewegen. (Deelnemster school B)

Verder zei de coördinatrice van school B dat het ook fijn was geweest moesten ze ook een lichamelijke proef gedaan hebben voor en na de interventie.

De coördinator van school A daarentegen denkt dat de interventie geen echte effecten heeft gehad op zijn school:

Neen, helemaal niets. Ja, dat kan aan mij gelegen hebben, dat ik niet meer initiatief of enthousiasme, meer gevraagd of meer gesteund van 'Hoe zit het nu?'. Na de interventie is dat zowat een stille dood gestorven... Daarmee dat ik ook zeg dat het misschien niet slecht is om dat nog eens te herhalen. Eventueel met stappentellers van de school dat je dat regelmatig kunt doen. (Coördinator school A)

3.3.4. Continuïteit: promotie van gezondheid op het werk levende houden

Beide geïnterviewde coördinatoren gaven aan dat ze interventies ter promotie van gezondheid op het werk, zoals de pedometerinterventie, nuttig vinden. Ze zijn ervan overtuigd dat er regelmatig acties moeten ondernomen worden om werknemers en studenten bewust te maken omtrent bijvoorbeeld voldoende beweging of gezonde voeding. Dit gebeurt ook op beide scholen. Telkens nieuwe acties (bijvoorbeeld de stappenteller-interventie, auto loos naar school gaan aanmoedigen, drankfontein tjes met water op school voorzien, gezond ontbijt organiseren) zijn nodig om het thema gezondheid levende te houden.

Ik denk dat er regelmatig wel iets komt van ‘gezondheid is belangrijk’ maar dat ze dat dan zowat verdringen terug zo... Dat gaat zo met ups en downs, maar ik denk dat die wel ergens beseffen dat dat belangrijk is gezondheid. (Coördinator school A)

Misschien is dat wel vaak met interventies [dat ze achteraf niet veel effect meer hebben] maar dat kan zeker geen kwaad. Dat is zeker niet nutteloos en dat kan wel... als je dat regelmatig doet... dat kan wel ideeën geven voor een school... Stel dat wij dat nu zouden doen met die stappentellers, dat we er vijf zouden aankopen en je zegt dat in het begin van het jaar ‘wie geïnteresseerd is’... en als dien tool – ik weet niet of die nog online is – die registratietool – en je kan dat ingeven bijvoorbeeld. Wie weet zijn er zo gemotiveerden en krijg je zo wel mensen aan het bewegen. (Coördinator school A)

Het lijkt beide coördinatoren wel aangewezen dat er voldoende afwisseling beoogd wordt. Een stappenteller-interventie kan eventueel een tweede keer, maar toch liever een nieuwe interventie.

In de specifieke werkcontext van scholen, vinden beide coördinatoren en de onderzoekster ook dat het interessanter zou zijn om leerlingen en leerkrachten samen te betrekken in projecten. Acties zijn nu vaak op leerlingen gericht. De pedometerinterventie was enkel op leerkrachten gericht. Een interventie die gericht is op beide doelgroepen zou fijn zijn, aangezien leerlingen en leerkrachten elkaar dan ook kunnen aanmoedigen en er een sterkere groepsdynamiek gecreëerd kan worden. De coördinator van school A gaf het voorbeeld van sportwedstrijden tussen leerkrachten en leerlingen. De coördinatrice van school B vertelde ook dat ze bij de pedometerinterventie de leerlingen een beetje probeerden te betrekken, en dat dit wel fijn was (zie supra). Volgens de onderzoekster zou het mooi zijn moest er hieromtrent een samenwerking ontstaan met het CLB dat zich focust op het welzijn van leerlingen.

Conclusie

In Tabel 2 worden de bevindingen van deze casestudie samengevat. De factoren die een interventie kunnen belemmeren of faciliteren worden naast elkaar gezet. Al deze factoren bepalen mee of een interventie goed verloopt of niet en of de interventie achteraf nog effect heeft bij de deelnemers.

Tabel 2: Belemmerende en faciliterende factoren – casestudie 3

Belemmerende factor ('bad practice')	Faciliterende factor ('good practice')
<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Interventie wordt volledig van bovenaf uitgewerkt en opgelegd (top-down) - Interventie voor te beperkte groep toegankelijk (afhankelijk van doelinstelling) 	<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Brainstorm: betrokkenheid van deelnemers om interventie vorm te geven (bottom-up) - Interventie die voor een grote groep toegankelijk is (afhankelijk van doelinstelling)

<p><u>Rol coördinatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensen verplichten coördinator te zijn - Geen coördinatoren aanduiden - Eén coördinator is vaak te weinig - Coördinator is niet genoeg op school aanwezig - Coördinator moedigt achterban niet aan en organiseert geen activiteiten 	<p><u>Rol coördinatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthousiaste coördinatoren aanduiden (mensen die er zelf zin in hebben) - Meerdere coördinatoren aanduiden die het project kunnen trekken - Coördinator moet vaak op school aanwezig zijn - Coördinator moedigt achterban aan en organiseert activiteiten
<p><u>Rol directie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig steun en betrokkenheid vanuit de directie 	<p><u>Rol directie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Veel steun en betrokkenheid vanuit de directie - Directie neemt deel aan de interventie
<p><u>Rol onderzoekers:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek wordt niet geïntroduceerd door de onderzoekers - Doelen van het onderzoek worden niet genoeg benadrukt - Weinig steun en coaching - Geen plaatsbezoeken - Enkel negatieve feedback - Verschillende onderzoekers, aanspreekpunt wisselt gedurende de interventie 	<p><u>Rol onderzoekers:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeker zit samen met coördinator en/of werkgroep - Onderzoek zelf introduceren naar alle deelnemers toe - Doelen van het onderzoek worden goed benadrukt - Veel steun en coaching - Plaatsbezoeken - Veel positieve feedback en aanmoediging - Eén duidelijke contactpersoon gedurende de interventie die begeleidt en coacht
<p><u>Draagvlak en sociale component:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen draagvlak gecreëerd - Coördinatoren, onderzoekers en deelnemers moedigen elkaar niet aan 	<p><u>Draagvlak en sociale component:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een draagvlak gecreëerd - Onderzoekers en coördinatoren moedigen de deelnemers aan - Deelnemers moedigen elkaar aan - Activiteiten voor leerkrachten en leerlingen samen organiseren
<p><u>Instructies en richtlijnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instructies worden enkel mondeling of enkel schriftelijk meegedeeld - Instructies worden enkel aan de directie of coördinatoren meegedeeld 	<p><u>Instructies en richtlijnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke instructies en richtlijnen die zowel mondeling als schriftelijk/elektronisch gegeven worden - Alle deelnemers moeten de instructies krijgen (misverstanden voorkomen)
<p><u>Infrastructuur en materiaal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Geen infrastructuur ter beschikking (vb. sportzaal) - Materiaal is niet gebruiksvriendelijk en onbetrouwbaar - Niet genoeg budget voor gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal ter beschikking 	<p><u>Infrastructuur en materiaal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interessante infrastructuur ter beschikking (vb. sportzaal) - Gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal gebruiken
<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig rekening houden met tijds patroon van de populatie 	<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekening houden met tijds patroon van de populatie

<ul style="list-style-type: none"> - Geen rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie 	<ul style="list-style-type: none"> - Beweging inlassen in bestaande activiteiten werkt (voor leerkrachten) het beste - Activiteiten vooral tijdens de schooluren organiseren - Rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie
<p><u>Resultaten communiceren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie niet communiceren - Resultaten enkel communiceren naar de directie of coördinatoren 	<p><u>Resultaten communiceren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie communiceren naar iedereen (directie, coördinatoren, deelnemers)
<p><u>Continuïteit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Slechts één interventie/actie omtrent gezondheid op het werk - Te vaak dezelfde initiatieven 	<p><u>Continuïteit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmatig verschillende interventies/acties omtrent gezondheid op het werk

Referenties

Bogaert, I. (2016) Promoting a physically active lifestyle among Flemish secondary school teachers; a pedometer-based intervention. Doctoral dissertation. Vrije Universiteit Brussel. Brussels.

Bogaert, I., Zinzen, E., Clarys, P., Deforche, B., & De Martelaer, K. (2016) A pedometer-based intervention among Flemish secondary school employees; effects on physical activity, sedentary time, and psychosocial correlates. Unpublished article.

4. Casestudie 4: Interventie met stappenteller in een bedrijf

Inleiding: doel en beschrijving van de interventie

Een goede gezondheid is cruciaal om goed te kunnen functioneren op de werkvloer. Aangezien werknemers langer zullen moeten werken, is het belangrijk om de gezondheid van werknemers te bevorderen. De eerste stap naar gezondheidsbevordering op het werk is de gedragsintentie te verhogen (Gysemans, 2016; Nutbeam, 1999). De doelstelling van de masterproef van Dr. Kathleen Gysemans (promotor: Prof. Dr. Lode Godderis) was dan ook het effect te evalueren van de Fit4Work-interventie 'voldoende beweging' op de gedragsintentie aangaande beweging van werknemers.

Om deze doelstelling te realiseren werd er een interventie met een stappenteller uitgevoerd bij Cartamundi NV³⁰, een bedrijf gevestigd te Turnhout, Vlaanderen, gespecialiseerd in het vervaardigen van kaarten en spellen. 85 werknemers (waaronder zowel productiemedewerkers als bedienden) van de ongeveer 300 werknemers van het bedrijf participeerden op vrijwillige basis aan de interventie tussen mei en oktober 2015. Eerst werd er een bewegingsscreening met fitheidstest (stepstest en hartritmemetingen voor en na) uitgevoerd door twee preventiedeskundige-verpleegkundigen. Verder werd ook een PAR-Q-test³¹ en bloeddrukmeting gedaan. Het resultaat hiervan werd kort besproken. De werknemers die onvoldoende bewogen of onder het gemiddelde scoorden werden doorverwezen naar een ergonomoom. Verder werd de 10.000-stappen-interventie nog kort toegelicht en werd een stappenteller meegegeven. Aan de participerende werknemers werd gevraagd om voor de bewegingsscreening aan het begin van het onderzoek, en na de zes weken durende interventie een vragenlijst ('Gedragsintentie - Voldoende beweging Fit4Work') in te vullen. De vragenlijst bevatte vragen over persoonsgebonden kenmerken, gedragsintentie en andere determinanten van beweeggedrag. De eerste keer werd de vragenlijst aan de coördinatoren gegeven en verdeeld via de receptie aan de medewerkers, zodat ze deze op voorhand konden invullen. Na de afspraak bij de verpleegkundigen, moesten de werknemers deze vragenlijst inleveren bij Dr. Kathleen Gysemans, die nakeek of de vragenlijst correct was ingevuld. Indien nodig (vb. bij werknemers met mogelijke contra-indicaties voor de fitheidstest) duurde de afspraak met Dr. Kathleen Gysemans iets langer. Deze afspraken vonden telkens plaats van 11u20 tot 14u30. Daarna volgde een korte bespreking tussen de coördinatoren, de verpleegkundigen, de ergonomoom en de onderzoekster. Nadien werd er een 10.000 stappen competitie georganiseerd met een stappenteller gedurende zes weken. Aangezien er veel deelnemers waren, werd de competitie in zeven groepen georganiseerd. Deze groepen startten met de stappenteller-competitie in de periode mei tot september 2015. Het doel was om 'voldoende beweging' te promoten, aan de hand van een stappencompetitie waarin verschillende groepen

³⁰ De directie van het bedrijf Cartamundi gaat ermee akkoord dat de naam van hun bedrijf gebruikt wordt in deze studie.

³¹ PAR-Q-test (Physical Activity Readiness Questionnaire): De PAR-Q-test is een vragenlijst waarmee kan beoordeeld worden of het verstandig is om te beginnen met meer bewegen zonder het advies van een arts.

werknemers tegen elkaar streden om zo veel mogelijk te stappen. Na de interventie kregen de werknemers een tweede vragenlijst via de post. De vragenlijst werd dan teruggestuurd naar Dr. Kathleen Gysemans in een gefrankeerde omslag die ze bij de vragenlijst kregen. Van de 85 werknemers die deelnamen aan de interventie hebben 81 werknemers de vragenlijst de eerste keer ingevuld en 61 de tweede keer.

Dit Fit4Work-project is opgezet volgens de criteria van de European Network for Workplace Health Promotion 2007³². Dit is een Europese richtlijn om valide strategieën op te zetten inzake gezondheidsbevordering op het werk. Aspecten die de effectiviteit van een interventie bevorderen volgens deze richtlijn zijn het analyseren van de noden van het bedrijf, betrokkenheid van het management, betrokkenheid van de werknemers, integratie in de strategie van het bedrijf, etc.

Belangrijk is ook dat deze Fit4work-interventie werd opgenomen in het Cartamotion-project dat ongeveer gelijktijdig begonnen is. Cartamotion is een project dat ontstaan is binnen het bedrijf Cartamundi Turnhout. Twee personeelsleden van Cartamundi hebben zelf een project opgestart, ondersteund door de directie, dat tot doel heeft de werknemers meer te doen bewegen en sporten. Zij organiseerden op regelmatige basis verschillende sportactiviteiten, zowel tijdens de middagpauzes als na de werkuren. De casestudie behelst bijgevolg zowel het Cartamotion-project als het Fit4Work-project.

Methodologie van de casestudie

Voor de tweede casestudie werden er in totaal zes interviews uitgevoerd. Eerst werd de onderzoekster, Dr. Kathleen Gysemans, geïnterviewd. Zij verwees ons door naar andere actoren. Zo werden één coördinator, één directielid, twee bedienden (samen geïnterviewd) en één productiearbeidster van Cartamundi geïnterviewd. De interviews waren telkens semigestructureerd en werden uitgevoerd aan de hand van een vragenlijst. Tijdens de interviews werd er gevraagd naar de initiatiefnemers van de interventie, de aanvang van de interventie, hoe de interventie verlopen is, wie welke rol speelde tijdens de interventie, welke factoren de interventie bemoeilijkten dan wel faciliteerden, wat het effect was van de interventie na afloop, etc. De interviews waren open en de vragenlijst diende als een richtsnoer en checklist voor het interview, zodat zeker alle relevante topics bevraagd werden. Alle interviews werden opgenomen met een audiorecorder. Achteraf werd de bruikbare informatie uit de interviews uitgetypt en geanalyseerd.

Tabel 3: Geïnterviewde actoren voor casestudie 4

Actor	Positie	Rol in interventie
Onderzoekster	Onderzoekster interuniversitaire opleiding	Onderzoekster arbeidsgeneesheer +

³² <http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html>

	master in de arbeidsgeneeskunde, UGent-UA-VUB arbeidsgeneesheer Leuven	KUL- + IDEWE
Coördinatrice	Bediende Cartamundi	Coördinator interventie, deelneemster interventie
Directielid	Directielid Cartamundi	Deelnemer interventie
Deelneemster A	Bediende Cartamundi	Deelneemster interventie
Deelneemster B	Bediende Cartamundi	Deelneemster interventie
Deelneemster C	Productiearbeidster Cartamundi	Deelneemster interventie

4. 1. Introductie van de interventie

4.1.1. Aanvang van het project

Het idee om van start te gaan met Cartamotion is ontstaan in 2014. De aanleiding was een loopevenement in Turnhout, 'Dwars door Turnhout'. Binnen de afdeling van de coördinatrice werd er op vrijwillige basis deelgenomen aan dit event, en zo is de idee ontstaan om sport en beweging meer te integreren in de werkcontext bij Cartamundi. De coördinatoren (twee sportieve werknemers van Cartamundi) binnen Cartamundi spitsten zich eerst en vooral toe op lopen. Zij stelden loopschema's op voor medewerkers van Cartamundi en liepen ook mee om de doelstellingen van de collega's te helpen bereiken. De coördinatoren merkten echter op dat lopen niet voor iedereen fysiek mogelijk is en dat sommige mensen eerder geïnteresseerd zijn in andere sporten. Daarom organiseerden zij een bevraging bij het personeel om te zien waar de interesses lagen. Daaropvolgend werd er ook een budget gevraagd aan de directie om sport- en beweegactiviteiten te organiseren. Eén daarvan is fietsen. Om de 14 dagen gaan medewerkers van Cartamundi op vrijwillige basis fietsen in het weekend. Loop- en fietskledij worden gesponsord door het bedrijf. Een directielid van Cartamundi beschrijft het Cartamotion-project als volgt:

Zo is het Cartamotion-programma gegroeid – dat we mensen niet enkel op basis van stappen in gang krijgen, maar ook door twee personen die hier een programma hebben opgestart dat mensen heeft doen badmintonnen onder de middag; er zijn fietsen aangekocht geweest voor mensen die snel even onder de middag willen gaan shoppen en dan die fietsen kunnen gebruiken. Euh voetballen – dan vaak na de uren 's avonds in een zaaltje... euh golven, gaan kajakken in groep in een weekend. Er zijn eigenlijk een heel aantal initiatieven opgestart om mensen aan te zetten om te starten met bewegen. (Directielid)

Het Fit4Work-project van preventiedienst IDEWE paste dan ook binnen de activiteiten die georganiseerd werden voor Cartamotion. De coördinatoren van Cartamotion wouden dan ook graag meestappen in het Fit4Work-project, maar wilden wel graag (een eigen) inbreng geven. Zij vroegen een fitheidstest, aangezien gebleken was uit de werknemersbevraging dat de werknemers dit wensten. Dit werd dan ook effectief geïmplementeerd in het project in samenwerking met IDEWE. Ondertussen was Dr. Gysemans van start gegaan met haar masterthesis omtrent gezondheidsbevordering op het werk. Zo is ook Dr. Gysemans in het Fit4Work-project gestapt.

4.1.2. Introductie van het project bij de deelnemers

Om het Fit4Work-project voor te stellen aan de bedienden, werd er door de coördinatoren een e-mail gestuurd naar de personeelsleden (bedienden) van Cartamundi. Daarin werd meegedeeld dat er een infosessie gegeven zou worden voor geïnteresseerden in de refter tijdens de middagpauze. Tijdens de infosessie gaven de coördinatoren en de ergonoom van IDEWE uitleg over het project. Volgens werknemers A en B werd er ook ingegaan op het 'waarom' van het project:

Voor de gezondheid he. Want heel veel mensen hebben een zittend beroep eh. En dat scheelt wel veel als je dan wat meer rechtstaat en beweegt. (Deelneemster B)

Om het project te introduceren bij de productiewerkers werd er op een andere manier gewerkt. Informatie over nieuwe initiatieven of updates worden altijd uitgehangen op een centraal bord dat de productiewerkers kunnen raadplegen. Daar werd ook de stappenteller-interventie geïntroduceerd. Deelneemster C dacht eerst niet deel te nemen omdat ze niet sportief is, maar doordat het project uitgelegd werd en doordat er benadrukt werd dat je helemaal niet sportief moet zijn, deed ze toch mee:

Dus eerst werd het stappenteller-project voorgesteld en ja, ik had daar eigenlijk geen idee van want ik had niets nog nooit gedaan. Ik ben eigenlijk niet zo geweldig sportief. Ik heb weleens gaan lopen met Evy [start to run]. Evy uit de kast gehaald – en dat ging wel. Maar eigenlijk vind ik geen enkele sport leuk, eerlijk gezegd. Maar wij doen hier genoeg sport [beweging tijdens het uitvoeren van de arbeidstaken] en ik ben actief genoeg. Ik ben niet zo iemand die veel zit, ligt, hangt. Dus ik ben wel een actieve, maar niet echt een sportieve. Dus als ze dat zeiden van die stappenteller, zei ik 'Dat kan ik niet want ik ben niet sportief. Ik ga niet meer lopen...'. (Deelneemster C)

Ze hebben in groepjes uitgelegd hoe het werkte – dus groepjes bij elkaar gevraagd om dat allemaal uit te leggen. [...] Bij ons heeft Marie³³ dat gedaan. Ze hebben in elke ploeg iemand gekozen om dat aan hun ploeg uit te leggen, want wij staan in ploegen he. Dus een ploegvertegenwoordiger. Marie heeft dat goed uitgelegd. En ik zei 'Ja, ik wil wel meedoen'. Ik ben wel actief genoeg dus... (Deelneemster C)

³³ Pseudoniem

Deelnemster C vertelt verder dat ze op een later moment een voor een bij de medewerker van IDEWE geroepen werden. Zij gaf de verdere uitleg omtrent de stappenteller-interventie en deelde ook de stappentellers uit.

Dan werd iedereen een voor een naar de meestergast geroepen. De meestergast zei dan 'Nu is het uw beurt', 'Ga jij nu maar', 'Jij mag nu je stappenteller gaan halen'. En dan werd er nog eens uitgelegd hoe het in zijn werk ging, hoe het allemaal op de stappenteller terecht kwam, hoe je het aantal stappen moest ingeven op de computer, ... Ja, dat ging eigenlijk heel vlot. (Deelnemster C)

Algemeen gezien heerste er veel enthousiasme op de werkvloer om aan het project te beginnen.

4.1.3. Het soort interventie: voor ieder wat wils?

De coördinatrice lichtte toe dat Cartamotion een project is dat voor iedereen toegankelijk is. Ze voorzien zowel activiteiten voor sportievelingen als voor mensen die niet sportief zijn:

Dus waar staat Cartamotion voor? Het is eigenlijk voor iedereen toegankelijk, het is laagdrempelig – sommige activiteiten eh – als je gaat fietsen, 75km, dat is wel wat moeilijk voor iedereen. Maar we proberen daarom – we zijn ook dit jaar gaan wandelen. Bowlen gaat door in januari. En de mensen hebben hier ook altijd de mogelijkheid om darts te spelen tijdens de middagpauze. Dat bedoelen we dus met die laagdrempeligheid. (Coördinatrice)

Binnen Cartamotion werden er verschillende sporten en activiteiten aangeboden zoals wandelen, badminton, darts, bowlen, spinning, wielrennen, trampoline, etc. Veel van die activiteiten sloegen aan, maar andere zoals de trampoline niet. Het was blijkbaar een drempel om op de trampoline te springen terwijl andere werknemers je konden zien. Met het budget dat voorzien is door de directie werd er ook materiaal aangekocht (sportieve kledij, badmintonnet, etc.). Het stappenteller-project dat opgenomen werd in Cartamotion is een laagdrempelig project waar iedereen aan kon deelnemen. Volgens de geïnterviewde coördinatrice waren er geen mensen die niet wilden meedoen uit schaamte dat ze te weinig bewogen. Verder werden ook de mensen die al veel bewogen gestimuleerd door het competitief karakter van de interventie. Ze nam zichzelf als voorbeeld:

Ik vind het interessant om te weten – als ik nu niet sport – hoe ik het op die andere dagen doe. Want ik moet zeggen – vorig jaar was ik de eerste en dit jaar was ik ook de eerste – maar dat komt gewoon omdat ik veel beweeg. Je merkt toch wel dat je dat tikkeltje extra gaat doen. Ik vind dat wel. (Coördinatrice)

Sommige mensen deden echter niet mee aan het stappentellerproject aangezien ze van zichzelf wisten dat ze al sportief genoeg waren.

Volgens de flowchart van de Fit4work-interventie 'voldoende beweging' konden werknemers die onvoldoende scoorden op de PAR-Q-test, normaal gezien niet deelnemen aan de steptest en bijgevolg

ook niet aan de stappenteller-interventie. Nadat de betrokken productiearbeiders aangegeven hadden dat ze hierover teleurgesteld waren, is dit herzien in samenspraak met de coördinatoren en IDEWE. De werknemers die de steptest niet mochten uitvoeren wegens contra-indicaties, mochten dan toch deelnemen aan de 10.000 stappen competitie na afweging van de dagelijkse beweging op de werkvloer door de onderzoekster. Het gaat immers niet om hevige fysieke inspanningen.

De werknemers ervoeren de stappenteller-interventie als motiverend aangezien de stappenteller hen bewust maakte van hoe veel/weinig ze bewogen. Het zette hen dan ook aan om meer te gaan bewegen:

Ja, ik vond het wel tof. Bewustwording op sommige dagen van hoe weinig je doet en ook op sommige dagen hoe veel dat je doet he. (Deelneemster A)

Het is 16u en je hebt nog maar 3.000 stappen gedaan, dan denk je 'Ik moet eigenlijk echt nog veel bewegen. Ik heb amper rondgelopen'. Je probeert dan toch wel recht te staan, een keer een blok rond de computers te wandelen. Eigenlijk zit je heel veel stil. Je schrikt daar soms van. (Deelneemster B)

Ja, uiteindelijk als je meedoet, wil je er een beetje voor gaan he. Ik wou gewoon zien wat het effect was. Ik was er heel sceptisch over. Ik dacht 'Ik zal wel zien... dat zal wel zijn dat ik meer ga stappen', maar eigenlijk, dan denk je 'Ow jong' en dan doe je dat toch. Ik deed dat wel. En ik was daar ook fier over als ik dan heel veel stappen had gezet. Dan dacht ik 'Woow, kijk'. Dan deed ik nog tennis en dan had ik in één keer 17.000 stappen en dan dacht ik 'Ooooh'. Dan weet ik 'Ik heb een hele goede dag gehad'. Ik vond dat wel plezant. Als het laag stond, deed ik soms nog een blok rond omdat ik er echt niet geraakte. En ook voor te printen, in plaats van recht naar daar – dan deed ik zo een toertje – dat deed ik ook – als ik wat papier moest gaan halen, een toer extra – zodat ik een beetje meer stapte. (Deelneemster B)

Ik denk nu wel, als we de stappenteller aanhebben en er moet iets gehaald worden – collega's onderling, zo van 'Ik ga wel, dan heb ik nog wat extra stappen op mijn stappenteller staan'. Dus ze houden er rekening mee. Ze gaan sneller gaan wandelen onder de middag. Dat zag je ook dat er meer wandelaars waren in die periode. (Coördinatrice)

Deelneemster C die in de productie werkt, werd niet aangezet tot meer bewegen door de stappenteller. Ze vond dan ook dat het idee van meer te bewegen meer gericht was op de bedienden:

Ik denk – niet voor iedereen – want in de productie zijn ze nog heel actief – maar eigenlijk meer op de bureaus – als ik heel de dag achter een bureau moet zitten, dat is toch een groot verschil met in de productie staan, eh. Dus ik denk dat dat project meer naar de bureaus gericht is – er zijn ook wel jobs in de productie waarbij je niet zo veel moet bewegen – zoals de drukkers, die moeten ook niet zo veel bewegen, die staan achter hun drukpers eh. Dus het hangt ervan af welke job je doet. (Deelneemster C)

Deelnemster C deed dan ook mee uit nieuwsgierigheid en omdat ze het weleens leuk vond om aan zo'n activiteit mee te doen (sociale component: zie infra):

Ik zei 'Ik zal maar meedoen'. Ik spreek hier over mijn ervaring, eh. Want ik weet niet hoe dat bij de rest gegaan is, he. Maar bij mij was dat van 'Bewegen doe ik genoeg'. Maar ik dacht 'Het is eens leuk' – het is ook leuk om te weten hoeveel kilometers dat je per dag aflegt door gewoon te werken. (Deelnemster C)

Wel was het zo dat er in verhouding veel meer bedienden (70% van de deelnemers) dan productiewerkers (30% van de deelnemers) meegedaan hebben aan de stappenteller-interventie. Een mogelijke reden hiervoor die werd geopperd is dat werkers sowieso al meer stappen door de aard van hun werk en dat ze misschien geen zin hebben aan de interventie mee te doen aangezien zij al een fysiek zwaardere job hebben. Verder is het voor werkers moeilijk om sport en beweging in te plannen aangezien ze in strakke shiften werken en soms andere attitudes hebben dan de bedienden.

4. 2. Verloop van de interventie

Tijdens de interventie waren er verschillende factoren die de interventie faciliteerden/belemmerden. Hieronder worden ze per thema overlopen.

4.2.1. Rol coördinatoren

Goede, gemotiveerde coördinatoren die het project begeleiden zijn van cruciaal belang voor het slagen van een interventie. De twee coördinatoren van Cartamotion zijn twee gemotiveerde medewerkers van Cartamundi die zelf ook heel sportief zijn en het belangrijk vinden dat werknemers goed in hun vel zitten en veel bewegen om gezonder te zijn. De coördinatoren volgden het project goed op en probeerden de werknemers ook te motiveren tijdens het project. De administratie van het Fit4Work-project lieten ze echter over aan de externe preventiedienst:

We proberen zo veel mogelijk mensen erbij te betrekken. We weten ook dat we niet alles met twee kunnen trekken, want dat komt naast de job he, de job gaat voor. Dus als er iets georganiseerd wordt, zoals via IDEWE, de 10.000 stappen – dan zeggen we wel van 'We proberen mensen ervoor warm te maken, maar jullie moeten het regelen. Jullie moeten het registreren'. Wij proberen zo weinig mogelijk het administratieve gedeelte te doen, want daar komt zo veel bij kijken... (Coördinatrice)

Bij nieuwe initiatieven informeren de coördinatoren de werknemers via e-mail en door middel van infosessies of via het bord voor de productiewerkers. Als werknemers niet kunnen komen naar de infosessie, kunnen ze altijd achteraf bij de coördinatoren terecht voor uitleg. Verder proberen ze ook mondeling individuele werknemers te motiveren. Verder proberen ze zelf zo veel mogelijk aan de sport- en beweegactiviteiten deel te nemen:

Er kruipt heel veel werk in, maar dat is na de uren. Als je iets organiseert – we zijn ook gaan minivoetballen – dan moet je ook proberen van daar ook aanwezig te zijn of te supporteren. Soms komt dat dan niet uit met uw gezinsleven. Dus dat is soms wel een beetje zoeken. (Coördinatrice)

4.2.2. Betrokkenheid en steun vanuit de directie

Een andere belangrijke factor is de steun die het project krijgt van de directie. De coördinatoren zijn met hun ideeën omtrent Cartamotion naar de directie gegaan. De directie vond dit een goed initiatief en heeft dan ook een budget vrijgemaakt om het project te ondersteunen. Met dit geld kon er bijvoorbeeld sportkledij of een badmintonnet aangekocht worden:

Er is een budgetje voor dat soort evenementen te organiseren... dat er bijvoorbeeld een badmintonnet moet aangekocht worden. Vaak is het ook zo dat er een bijdrage van de werknemer gevraagd werd. Als ze extern gaan golfen bijvoorbeeld – dat er soms een deel van het bedrijf en een deel van de werknemer wordt gevraagd. (Directielid)

Belangrijk is wel dat ook bij de directie het idee leeft dat gezonde werknemers betere werknemers zijn. De directie heeft dan ook al geïnvesteerd in andere gezondheidsgerelateerde maatregelen, zoals ergonomie. Het directielid van Cartamundi vertelde dat er bijvoorbeeld een programma opgestart is rond ergonomisch werken (juiste houding aannemen en risicoprofielen). Verder werd er ook geïnvesteerd in verstelbare zit/sta bureaus, zodat bedienden zowel zittend als staand kunnen werken:

Iets waar we ondertussen ook sterk in investeren zijn van die zit/sta bureaus – dat je rechtstaand kan werken. Als je in de verschillende bureaus gaat kijken, zijn er al verschillende mensen die dat gebruiken – rechtstaan en gaan zitten combineren op een dag. Dat initiatief is van bepaalde personen gekomen in het bedrijf die dat extern gezien hebben – in onze fabriek in Dallas bijvoorbeeld werd dat ook al gedaan. Mensen die rugproblemen hebben, kunnen dat aanvragen als ze dat willen. Nu zie ik steeds meer mensen die rechtstaand zijn beginnen werken. (Directielid)

Enkele leden van het management zelf deden ook mee aan de stappenteller-interventie. Dit gaf een signaal van betrokkenheid.

Ik heb zelf ook meegedaan. Ik moet eerlijk zeggen – heel veel mensen hier – dat was een stukje competitie eh – elke week werden er 10 mensen gescreend en op het moment dat je bij die arts geweest was om uw conditieniveau te bepalen, kon je dan in dat programma stappen en kreeg je een soort van competitie van de meeste stappen in dat groepje van 10 of 15 die er dan waren. Elke week was er dan een nieuw groepje dat aansloot tot iedereen aan de beurt gekomen was. En ik denk dat er redelijk wat mensen uit de directie – dat er redelijk wat mensen hebben meegedaan. (Directielid)

Het directielid relateert echter de rol van de directie en benadrukt dat vooral het groepsgevoel en de motivatie tussen collega's onderling belangrijk was:

Het kwam uiteindelijk vanuit de mensen eh. De mensen hebben dat niet gedaan omdat de directie dat ook deed ofzo. Wij staan nogal heel dicht bij de mensen hier. Dat dat nu positief of negatief is – het is niet positiever of negatiever – maar de meesten van de directie hebben gewoon meegedaan. Er zijn ook wel wat mensen, zoals van de HR-dienst, die loopt marathons en alé – het bewegen is echt wel – er wordt over gesproken, er wordt over sport gesproken en de werknemers motiveren elkaar – zeker. (Directielid)

Ook de coördinatrice geeft aan dat de directie gezondheid heel belangrijk vindt en dat ze goed gesteund worden met hun initiatieven omtrent beweging en gezondheid:

Overall in de fabrieken is er ook water voorzien. Je kan ieder moment van de dag vers water, fris of sprankelend of licht bruisend nemen. Dus ze doen ook enorm hard hun best omdat ze merken dat het wel leeft onder de mensen. Het versterkt ook het groepsgevoel sowieso. Als je samen dingen kan doen, samen kan sporten, samen kan afzien... Dat is toch wel een meerwaarde. (Coördinatrice)

4.2.3. Rol onderzoeker(s)

Naast de directie, kunnen ook de onderzoekers een belangrijke rol spelen in interventies. Mogelijk had het een meerwaarde geweest moest de onderzoekster mee de stappenteller-interventie geïntroduceerd hebben bij het personeel. Op die manier was het duidelijker voor het personeel dat er een masterthesis geschreven zou worden over de interventie. De deelnemers hebben allemaal een informatie- en toestemmingsformulier omtrent de studie gelezen en ondertekend voor ze aan de studie begonnen. Dit formulier was vergezeld van een begeleidende brief waarin de doelstellingen van de studie beschreven stonden. Deelnemers A en B herinnerden zich echter niet meer dat er een thesis geschreven ging worden op basis van de stappenteller-interventie. Deelnemer A was wel aanwezig wanneer de resultaten van de thesis voorgesteld werden door de onderzoekster in een vergadering van het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW). Deelnemer C herinnerde zich wel dat er een studie gemaakt ging worden. Een introductiesessie samen met de onderzoekster was echter niet meer mogelijk, aangezien zij haar onderzoek pas gestart is wanneer het Fit4Work-project net van start gegaan was.

De deelnemers hebben kort contact gehad met de onderzoekster bij de start van de interventie wanneer zij de eerste keer hun vragenlijst moesten overhandigen. Verder werden werknemers ook naar haar doorverwezen als ze een medisch probleem hadden.

Tot slot werden zowel de vragenlijst als de resultaten van de studie respectievelijk bij aanvang en na de interventie door de onderzoekster gepresenteerd op het CPBW (zie infra).

4.2.4. Rol preventieorganen (externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, CPBW)

Een volgende belangrijke speler bij interventies ter promotie van gezondheid op de werkvloer zijn de preventieorganen. De coördinatrice legt uit dat Cartamundi een heel goede band heeft met hun externe preventiedienst IDEWE. Cartamundi heeft dan ook al verschillende keren met IDEWE samengewerkt rond verschillende projecten (rugschool, screening til- en liftwerk, etc.) en zal dit ook in de toekomst nog doen. Het Fit4Work-project is zo'n samenwerking:

Het was in samenwerking. Wij hebben gezegd 'Wij willen niet alleen 10.000 stappen. Wij willen eerst dat de mensen weten voor wat ze staan, hoe ver het staat met hun gezondheid'. We hebben eigenlijk gewoon samengezeten met IDEWE. We hebben gezegd van 'Kijk, we willen een project dat de mensen tot beweging aanzet – maar we willen het laagdrempelig – we willen het iedereen mogelijk maken'. En dan zijn zij met dat idee gekomen en we hebben toen gezegd van 'We willen niet alleen het stappen maar we willen ook het voortraject en het natraject, hoe de mensen evolueren'. Dus ja, IDEWE had dat nog nooit geïmplementeerd bij bedrijven. Wij waren de eersten. En aangezien dat zo een succes was, denk ik dat dat wel ook in andere bedrijven zeker aan bod is gekomen. (Coördinatrice)

De samenwerking met IDEWE voor het Fit4Work-project verliep vlot. De administratieve en organisatorische taken werden vooral uitgevoerd door IDEWE. Het was vooral een ergonoom binnen IDEWE die het project opvolgde. Het motiveren en samenbrengen van werknemers was dan weer een taak van de coördinatoren binnen Cartamundi. De sportactiviteiten die georganiseerd werden binnen het Cartamotion-project werden ook georganiseerd door de coördinatoren.

De deelnemers van het stappenteller-project waren zeer tevreden over de service en opvolging van IDEWE. Het project werd duidelijk uitgelegd door de ergonoom van IDEWE en in geval van vragen en problemen konden ze altijd bij de ergonoom terecht. Deelnemster A zei bijvoorbeeld dat ze een probleem had met het ingeven van haar stappen en dat ze vlot werd geholpen door de ergonoom. Ook deelnemster C heeft de ergonoom gecontacteerd en werd vlot geholpen. De deelnemers konden ook altijd bij de coördinatoren terecht met hun vragen.

De samenwerking met IDEWE liep ook heel vlot omdat Cartamundi een goede relatie heeft met de ergonoom die hun projecten coördineert bij IDEWE. Voor elk project wordt er ook overlegd en feedback gegeven aan IDEWE. Voor een ander project ('van 4 naar 5') waarin Cartamundi haar werknemers probeerde aan te moedigen om één keer per week op een ecologische manier naar het werk te komen, verliep de samenwerking moeilijker aangezien de persoon die hun projecten normaal gezien coördineerde afwezig was. Dit project is dan ook niet zo goed gelukt. De coördinatrice benadrukt dan ook dat het belangrijk is iemand te hebben die alles goed opvolgt, die de werknemers stimuleert, mails stuurt naar deelnemers als ze merkt dat ze hun stappen niet invullen, etc.:

Wij sturen e-mails rond, wij hangen info aan het bord, en toch zijn er mensen die zeggen 'Ouh, ik wist van niks'. Er zijn heel veel mensen die echt bij de hand moeten genomen worden en dan doen die mee. Dat is eigenlijk soms erg, maar het is echt zo. (Coördinatrice)

Buiten de coördinatoren binnen Cartamundi en de mensen van IDEWE zijn er geen andere actoren betrokken in het Fit4Work-project. Het project alsook de vragenlijst werden wel voorgesteld en goedgekeurd op het CPBW voor de aanvang van de studie, in aanwezigheid van de preventieadviseur en afgevaardigden van de werkgever en de vakbonden.

4.2.5. Draagvlak project creëren – het belang van de sociale component

Er heerste veel enthousiasme om aan het Fit4Work-project te beginnen. Het enthousiasme van de ergonoom van IDEWE en de coördinatoren spelen hier een belangrijke rol in. Heel belangrijk hierbij is het creëren van een draagvlak. Dit lukte goed omdat het project een groepsgevoel aanwakkerde:

Ja, ik vind dit heel tof. Ik hoop dat ze dat blijven verder doen. Ja, wat maakt dat zo leuk...? (Deelneemster B)

Origineel eh – en als je veel mensen meekrijgt – dat is vooral het leukste eh – want dan leeft dat echt binnen uw bedrijf he. (Deelneemster A)

Werknemers konden elkaars prestaties ook zien via de online tool (www.10000stappen.be). Dit zorgde ervoor dat ze elkaar konden controleren en motiveren wat voor een leuke sfeer zorgde:

Eigenlijk bij ons op de afdeling deed heel veel volk wel mee. We waren met heel veel. En dat was dan ook wel plezant want je kon van iemand anders het aantal stappen zien. En dan werd je eigenlijk ook aangemoedigd van 'Komaan!'. (Deelneemster B)

Je ziet dan zo iemand van 'Seg – jij had gisteren niks – komaan he – heb je heel de dag in de zetel gezeten ☺?' (Deelneemster B)

Of zo van 'Awel 'deelneemster B', een luie dag gehad gisteren ☺?' Dat is wel plezant om te zeggen. (Deelneemster A)

Bij mensen waar je dan mee in contact staat, was dat zo van 'Jij bent keigoed bezig!' – dus dat heb je wel eh. Jan³⁴ bijvoorbeeld, die stond in mijn groep als 1^e of 2^e, dus heel goed, en dat is een sportieve man – en dat vind ik dan tof. (Deelneemster C)

De opdeling in groepen over de afdelingen van het bedrijf heen was voor sommige werknemers wel een minpunt:

Maar bij ons was het wel spijtig omdat de start van sommige deelnemers ver uit elkaar lag. Bijvoorbeeld Lies³⁵ ... Er waren verschillende groepen, maar niet alle groepen startten samen. Er waren zelfs mensen die hun stappenteller al hadden ingeleverd en zij moest nog beginnen. Dat

³⁴ Pseudoniem

³⁵ Pseudoniem

was helemaal niet meer motiverend voor haar. Dus zij heeft niet meer meegedaan.
(Deelneemster A)

Deelneemsters A en B hadden het fijner gevonden moest iedereen van dezelfde afdeling in dezelfde groep zat, aangezien dat de mensen zijn die elkaar het best kennen, en elkaar dan ook kunnen motiveren.

De tweede keer hebben we daar echt achter gevraagd met onze afdeling om samen in de groep te zitten zodat we elkaar konden aanmoedigen en motiveren. (Deelneemster B)

Je gaat niet naar iemand van de boekhouding gaan van 'Kom jong, doe eens uw stappen'.
(Deelneemster A)

Langs de andere kant, soms kwam het voor dat je in de keuken kwam en dat je iemand tegenkwam... Maar meestal, de mensen die rondom jou werken, die kan je het meest motiveren he. (Deelneemster B)

Deelneemster C en de geïnterviewde coördinatrice vonden het dan weer leuk dat de groepen zo divers waren:

De positieve neveneffecten, ja, je merkt toch wel dat je een betere groepssfeer hebt nu hier. Het is ook een communicatiestarter want als iedereen met een stappenteller rondloopt, is dat snel van 'Ah doe jij ook mee? Hoeveel stappen heb je al?'. Dus mensen van verschillende afdelingen praten met elkaar. Eigenlijk heb je niks met elkaar voor het werk te maken, maar door die stappenteller ga je toch met elkaar communiceren. Of in dezelfde groep zitten en zeggen 'Amaai, ik zie dat jij zo veel stappen doet. Wat doe jij allemaal?' (Coördinatrice)

Maar ook deelneemster A erkent de voordelen van deze optie:

Ik heb dat weleens meegemaakt met mensen die ik minder goed ken – je begint dan te babbelen en zo leer je elkaar wel kennen – dus dat heeft ook voordelen eh. Ja, het is echt dubbel. (Deelneemster A)

Het is echter niet zo dat elke deelnemer die enthousiast was over het project, ook meer ging stappen dan gewoonlijk. Deelneemster C zag bijvoorbeeld dat ze al genoeg stappen zette en heeft dan ook geen moeite gedaan om meer te stappen. Deelneemsters A en B hadden dan weer wel de neiging om meer te stappen.

Het aspect competitie vonden de deelnemers minder belangrijk. Ze denken dan vooral aan competitie 'om te winnen'. Het tikkeltje competitie dat ervoor zorgde dat mensen elkaar aanmoedigen, was echter wel belangrijk.

Mensen hebben ook wel wat concurrentie nodig om dat tikkeltje meer te doen. Als je zegt '10.000 stappen, registreer je stappen maar gewoon' – maar je kan het aantal stappen van de anderen niet zien – dan gaan mensen minder gemotiveerd zijn. Nu is dat van 'Ouh, die heeft zo veel stappen'. (Coördinatrice)

Het tweede stappenteller-project werd ook in een ander competitief kleedje gestoken: de uitdaging was om met z'n allen fictief naar de internationale vestigingen van Cartamundi te kunnen stappen. Verder zorgden de coördinatoren er ook voor dat de winnaars van de projecten in de bloemetjes werden gezet door een prijs uit te reiken zoals een bon van een sportwinkel.

Een ander belangrijk aspect om een draagvlak te creëren, is dat de sportactiviteiten georganiseerd worden door mensen die de deelnemers goed kennen. Dit heeft een positieve impact op het aantal deelnemers bij sportactiviteiten:

We hebben in het weekend mountainbike gedaan en we hebben dat volledig laten sturen door mensen van de productie, door arbeiders. We hebben echt gezegd van 'Kijk willen jullie daaraan meedoen?' 'Ouh ja'. Die hebben dat volledig uitgewerkt, een volledig parcours. Fantastisch eigenlijk. Beginners, gevorderden in orde gebracht, en dan merk je wel dat er meer arbeiders deelnemen. De bowling gaan we nu ook door iemand anders laten regelen zodat er meer commitment is, zo van 'Het zijn niet alleen die twee, maar 'ouh' die organiseert dat'. Plus, als je iemand kiest van een bepaalde afdeling, dan ga je al makkelijker die afdeling kunnen warm maken – zo van 'Ouhja mijn collega organiseert dat!'. (Coördinatrice)

4.2.6. Duidelijke instructies en richtlijnen

Voor de bedienden werd er een infosessie georganiseerd om het stappenteller-project toe te lichten. De infosessie was goed en duidelijk voor de deelnemers. Bedienden die niet aanwezig konden zijn, konden verdere uitleg vragen aan de coördinatoren. Bij de productiearbeiders werd de uitleg in groepjes gegeven tijdens de pauze. Ook dit werd als positief ervaren. Infomomenten voor allerlei activiteiten en projecten worden over het algemeen zo veel mogelijk georganiseerd tijdens pauzes of voor of na shiften.

De deelnemers vonden de instructies die ze kregen omtrent de stappenteller-interventie heel duidelijk. Dit is ook belangrijk om de interventie vlot te laten verlopen. De manier om het aantal stappen in het programma in te geven werd bijvoorbeeld uitgelegd aan de hand van slides en printjes.

Ook de communicatie omtrent de sportactiviteiten die georganiseerd werden, was duidelijk. De coördinatrice maakte telkens een PowerPointpresentatie met wat ze wanneer organiseerden en dit werd via mail rondgestuurd. Voor de arbeiders werd alle informatie op het 'Cartamotion-bord' opgehangen.

4.2.7. Infrastructuur en materiaal

De stappenteller Omron® die de deelnemers moesten gebruiken, was een gebruiksvriendelijk instrument. De stappenteller registreerde het aantal stappen en kon met een computer worden verbonden om het aantal stappen op de website in te geven na het inloggen. Bij fietsen was het de bedoeling dat de deelnemers de stappenteller niet aandeden en het aantal minuten/uren fietsen ingaven op de website. Op die manier werd het equivalent in stappen berekend door het programma. Dat het stappen ingeven niet elke dag moest gebeuren, was ook dankbaar:

Dat was een heel goed systeem. Daar valt niets op aan te merken. Want elke dag op uw computer – ik ben nu niet zo vaak aan het werk op de computer – dat was een paar seconden eh – dat openklikken en je moest dat invullen en klaar eh. Maar ja, soms had je geen zin of had je geen tijd en dan kon je toch 5 of 6 dagen later nog zien hoeveel stappen je had gedaan en ze achteraf ingeven. (Deelneemster C)

Anderen hadden toch wel wat problemen met de stappenteller:

Ik vind dat systeem qua optellen van die stappen niet zo correct. Ik denk dat dat ook een reden is voor velen dat ze niet meer wilden meedoen met het tweede stappenteller-project. Omdat ze fietsen ingaven en dat waren dan in één keer heel veel stappen. Het is eigenlijk vooral een uitdaging. Je moet het alleen doen voor uzelf, niet als 'groep tegen groep' want die stappen, zo correct is dat eigenlijk niet he. Sommige mensen beginnen ook voor de begindatum start al stappen in te geven – dus dat wordt er allemaal al bijgeteld. Ik begon denk ik de 2^e keer en er waren mensen die al op 100.000 stappen stonden. Ik dacht van 'okeeee'. [...] Ze moeten dat dan ook echt blokkeren dat dat ook niet kan, en al die andere stappen van dat vorige project er ook uithalen want dat telde bij sommigen gewoon door. Alé, dat klopte gewoon niet de tweede keer. (Deelneemster A)

Deelneemster A gaf aan dat deze problemen zich vooral voordeden bij de tweede stappenteller-interventie, maar ook bij de eerste waren er blijkbaar mensen die verder hadden doorgedaan en stappen hadden ingegeven na de voorziene zes weken.

Sommige deelnemers zijn gestopt met de interventie omdat ze hun stappenteller vergaten om te doen of omdat ze hem verloren waren:

Je krijgt wel een nieuwe stappenteller als je dat gaat vragen, hoor. Maar dan mis je een stuk. Dan heb je een paar dagen of een week dat je niet hebt ingevuld he. Je gaat ook eerst zoeken of je hem nog hebt he. Dat is wel spijtig. Daarom dat ik even gestopt ben. (Deelneemster B)

Voor de sportactiviteiten binnen Cartamotion werd er materiaal aangekocht (financieel gesteund door de directie). Dit werd sterk geapprecieerd door coördinatoren en werknemers.

4.2.8. Tijd en timing

De infosessies en screenings vonden steeds plaats tijdens pauzes of vlak voor of na de werkuren. Soms namen ze een deel van de productietijd in beslag, maar dit bleef beperkt aangezien productietijd heel belangrijk is in een privébedrijf. De onderzoeken vonden bijvoorbeeld telkens plaats tussen 11u20 en 14u30. Er werden telkens 20 minuten per deelnemer voorzien en de timing was strak. De onderzoekster had het bijvoorbeeld nuttig gevonden moest ze de deelnemers iets langer had kunnen zien, maar ze begreep dat dit moeilijk is in een productieomgeving. Dat infosessies en screenings deels in de pauze of privétijd van werknemers georganiseerd werden, kan ervoor gezorgd hebben dat bepaalde werknemers niet wilden deelnemen aan de interventie.

De activiteiten vonden plaats tijdens pauzes, na de werkuren of soms ook tijdens het weekend. Voor productiemedewerkers is het echter minder interessant om mee te doen aan activiteiten aangezien zij in shiften werken. Hun werkuren sluiten dan niet goed aan met de activiteiten.

Ik denk omdat de productiemensen wat minder interesse hebben. Ten eerste werk je in ploegen – de productie werkt in ploegen. Als dat in de week iets 's avonds is, dan ka, je niet meedoen want je doet de vroege shift, de late shift of de nacht. En plus, ik denk dat de mensen in de productie daar minder interesse voor hebben, want dikwijls zitten ze daarover te zagen – eh 'ja ze gaan dit en dat' – je kent dat zo – gezaag – en dan zeg ik 'Ja maar, zou je willen meedoen?' 'Nee'. Dat zijn zo van die mensen – die vinden hun dan benadeeld – wat niet terecht is – want als je aan iets wilt meedoen, dan kan je meedoen. (Deelnemster C)

Of sommigen hebben om 14u gedaan... als die dan nog eens terug moeten komen. Bijvoorbeeld de golf dat was vrijdagavond om 18u, of iets later dan 18u – die hebben om 18u gedaan, dus die kunnen nog mee aansluiten. Maar de mensen die de vroege shift werken, die hebben al gedaan en die komen niet meer terug, he. (Coördinatrice)

Een activiteit als fietsen die in het weekend doorgaat, heeft dan weer wel veel succes bij de productiewerkers:

Alhoewel dat er heel veel – zoals nu die fietsclub – daar doen er heel veel van de productie aan mee. Jaja, heel veel. Dat is dikwijls in het weekend wel. (Deelnemster C)

Een andere belangrijke factor is de periode waarin activiteiten en projecten georganiseerd worden. De coördinatrice beschreef het verschil in timing tussen de eerste en de tweede stappenteller-interventie:

Vorig jaar hebben we dat tijdens de zomerperiode gedaan, dit jaar was het in september-oktober, en je merkt wel dat het moeilijker gaat. 's avonds begint het dan sneller donker te worden, 's morgens nog wat donker, kouder ook. In de zomer gaan mensen zeggen 'Ouh, het is goed weer, ik ga met de fiets, ik ga wat meer stappen'. Maar nu was het zo van 'Hmmm joah' – wat minder zo eh. (Coördinatrice)

4. 3. Resultaten

4.3.1. Resultaten van de studie

De resultaten van de studie wijzen uit dat 85,2 % van de deelnemers de 10.000-stappen-uitdaging gedurende zes weken volgehouden heeft. Uit de analyses van de vragenlijsten blijkt dat vijf parameters van gedragsintentie significant verhoogd zijn bij de werknemers van Cartamundi na zes weken interventie, namelijk 'bewustzijn van eigen fitheid', 'kennis over voldoende beweging', 'vaardigheden om bewegingsactiviteiten te kunnen uitvoeren', 'sociale steun van collega's aangaande voldoende beweging' en 'actieplanning omtrent het inlassen van voldoende beweging'. Als we naar

het verschil tussen bedienden en productiewerkers kijken, zien we dat bij de bedienden zeven parameters van gedragsintentie significant verhoogd zijn, namelijk 'bewustzijn van eigen fitheid', 'kennis over voldoende beweging', 'vaardigheden om bewegingsactiviteiten te kunnen uitvoeren', 'attitudes aangaande voldoende beweging', 'bekrachtiging van collega's omtrent lichaamsbeweging', 'sociale steun van collega's aangaande voldoende beweging' en 'actieplanning omtrent het inlassen van voldoende beweging'. Bij de productiewerkers was dit maar één parameter, namelijk 'bewustzijn van eigen fitheid'. De intentie was al 6,25 gemiddeld (op een 7-punt-likertschaal) wat enorm hoog is. Bij de tweede bevraging was er een lichte niet significante vermindering tot 6. De parameter 'gedragsintentie' ('Ik neem mij voor om de komende drie maanden te blijven bewegen') was gedaald bij de mensen die niet genoeg bewogen bij T0. Mogelijk waren deze mensen ontgoocheld aangezien ze minder bewogen tijdens de interventie dan ze initieel vooropgesteld hadden. Bij werknemers die van in het begin onvoldoende bewogen, zijn er slechts twee parameters (bewustzijn en kennis) verhoogd en was er een subtiele vermindering van gedragsintentie te bemerken. Een vertekening die mogelijk opgetreden is, is dat de werknemers die deelnamen aan de interventie sowieso al meer intentie hadden om in de toekomst meer te bewegen.

De deelnemers hadden het ook fijn gevonden moesten ze na de interventie een fitheidstest hebben kunnen doen. Dan zouden ze kunnen zien of ze er ook fysiek op vooruit gegaan zijn door de interventie.

4.3.2. Communiceren van de resultaten van de studie

De resultaten van de interventie werden door de onderzoekster gepresenteerd op het CPBW in aanwezigheid van de preventieadviseur, de arbeidsgeneesheer (Turnhout) van Cartamundi en afgevaardigden van de werkgever en vakbonden. De coördinatoren van de studie waren uitgenodigd doch deze waren verhinderd. Het verslag van de bijeenkomst werd uitgehangen op een uithangbord op verschillende plaatsen in het bedrijf. Het is natuurlijk de vraag hoeveel mensen deze notulen effectief hebben gelezen.

De interne preventieadviseur van Cartamundi zal contact opnemen met de coördinatoren voor een bespreking van de resultaten en de wijze waarop de resultaten verder gecommuniceerd kunnen worden naar de werknemers. Uit de interviews blijkt alvast dat de coördinatoren en deelnemers benieuwd zijn naar de resultaten van de studie:

Maar de feedback zal dan ergens nog bij de directie hangen, denk ik, en niet tot bij ons gekomen zijn, want dat staat nog altijd in mijn agenda 'Wat wijst dat onderzoek nu uit?'. Daar zijn wij ook benieuwd naar natuurlijk. (Coördinatrice)

Verder zou de coördinatrice het ook interessant vinden, moest er iets met de resultaten van het onderzoek gedaan worden:

Misschien kunnen de resultaten van dit project gebruikt worden bij andere bedrijven. Het is toch interessant dat je kan zeggen van 'Dat bedrijf heeft daaraan meegedaan en kijk eens hoe zij geëvolueerd zijn'. (Coördinatrice)

Tot slot heeft Cartamundi met het Cartamotion-project het nieuws gehaald. Dit werd wel gecommuniceerd naar de werknemers van Cartamundi in een speech van de CEO:

Dat is gecommuniceerd naar de werknemers. 2 of 3 keer per jaar is er een bijeenkomst waarbij onze CEO de werknemers toespreekt en dat is daar ook aan bod gekomen. Dus dan was er een presentatie – kort over de resultaten en waar we staan met de fabriek en dergelijke – en daar is ook het luik ‘bewegen’ aan bod gekomen – dat we daarmee het nieuws gehaald hebben en dat X en Y [coördinatoren] in dit verhaal trekkende kracht zijn. (Directielid)

4.3.3. Effecten van de interventie

De stappenteller-interventie heeft zeker een effect op langere termijn binnen Cartamundi:

Sindsdien is er meer een bewustwording gekomen bij alle mensen van ‘Ik moet zo veel stappen doen en we moeten toch wel meer bewegen dan we voordien deden’. Dus dat is echt wel – ik moet zeggen dat er een enorme bewustwording gecreëerd is. (Directielid)

Bij vele deelnemers heeft de stappenteller-interventie nog steeds een invloed op hun beweeggedrag:

Ik denk daar nu soms wel aan. Als ik rechtsta ‘Ik ga langs daar’ of ‘Ouh, wat maakt dat nu uit of ik nu even een omweg maak’. Ik denk daar soms wel aan – zo een keer extra rechtstaan en rondlopen – dat wel. (Deelneemster B)

Er is iemand naar mij toegekomen en die heeft gezegd ‘Amaai, nu pas beseft ik hoe belangrijk het is dat ik toch ga sporten’. Die persoon zei ‘Ik heb direct een fitnessabonnement genomen’. Alé, daaraan merk je al dat het zijn effect gehad heeft. Er zijn ook mensen die zeggen van ‘Ik doe mee want anders beweeg ik niet’. Het is echt wel een motivatie om meer te bewegen. (Coördinatrice)

Deelneemster A gaat nu nog regelmatig wandelen tijdens de middagpauze met enkele collega's van haar afdeling. Bovendien hebben sommige deelnemers na de interventie zelf een stappenteller of een fitbit aangekocht. Door het Cartamotion-project blijven ook bepaalde sportactiviteiten die opgestart zijn binnen het project bestaan. De projecten hebben dus ook op langere termijn mensen meer doen bewegen. Het is echter moeilijk te zeggen of dit nu een effect is van het Fit4Work-project of het Cartamotion-project in zijn geheel. Het is vooral belangrijk dat er een blijvend effect is, en dat er telkens nieuwe dingen georganiseerd worden (zie infra).

4.3.4. Continuïteit: promotie van gezondheid op het werk levende houden

Cartamundi is een bedrijf dat gezondheid sowieso hoog in het vaandel draagt. Ze stapten dan ook al in verschillende projecten met IDEWE (vb. rugschool, ergonomie, Fit4Work, ‘van 4 naar 5’). Er werden al twee stappenteller-projecten gedaan. Nog eens een stappenteller-project zouden de meeste werknemers niet zien zitten. Al de geïnteresseerden kennen ondertussen hun stappenprofiel en het bewustzijn van het belang van veel bewegen is gecreëerd. In het Cartamotion-project werden heel wat sporten geïntroduceerd, namelijk wandelen, lopen, bowlen, fietsen, golfen, kajakken, trampoline,

badminton en darts. De werknemers gaven aan dat ze die initiatieven en de grote variëteit aan activiteiten erg appreciëren. Werknemers mogen hun pauze ook flexibel invullen zodat ze bijvoorbeeld kunnen sporten tijdens de middag en daarna een beetje later doorwerken. Verder wordt er ook aandacht besteed aan gezonde voeding:

Dat is eigenlijk ons actiepunt, de gezonde voeding. Wij merken ook wel doordat wij dat fruit aanbieden – mensen gaan beginnen na te denken voor te trakteren – de jarigen – die gaan er altijd eens iets gezond tussensteken. Dat is ook een enorme vooruitgang. We hebben ook extra frigo's moeten installeren, gewoon omdat mensen ook veel meer slaatjes begonnen te eten. Vroeger zaten die frigo's niet vol en nu zitten die vol met verse groentjes. (Coördinatrice)

Wat wij ook doen is – je hebt het bewegen – maar we hebben ook iets van 'gezondheid'. Dus iedere eerste maandag in de maand geven wij fruit of gratis soep. Fruit in de zomermaanden en soep in de wintermaanden. Dus dan staat dat hier maandagochtend om 10u voor de mensen van de vroege ploeg, om 12u, om 18u en dan voor de nacht – iedereen krijgt lekkere warme soep. (Coördinatrice)

Verder deden Cartamundi-medewerkers ook mee aan 'dagen zonder vlees'.

Het bedrijfsmanagement heeft ook geïnvesteerd in sportieve kledij, zit/sta bureaus, deskbikes, vers water op verschillende plaatsen in het bedrijf, poolfietsen om tijdens de middag of na het werk te gebruiken voor bijvoorbeeld boodschappen te doen.

Die bewustwording willen we daar ook in houden. Dat Cartamotion-programma blijft doorlopen en het feit dat wij mensen meer aan het bewegen krijgen – we hebben daar mensen meer in beweging door gekregen – het feit dat wij dan – die zit/sta bureaus – we hebben hier een tijdje ook van die fietsen onder desks gehad om onder uw bureau te fietsen – dus dat blijft ook – het feit dat wij geïnvesteerd hebben in die fietsen om eens extern te gaan. (Directielid)

Samenvattend zijn ze bij Cartamundi dus sterk bezig met gezondheid. Cartamundi heeft zelfs de publieksprijs bij de 'NV Gezond Award' van VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) gewonnen voor hun Cartamotion-project.

Conclusie

Tot slot vatten we de bevindingen van deze casestudie samen. In Tabel 4 worden de factoren die een interventie kunnen belemmeren/faciliteren naast elkaar gezet op basis van de bevindingen van deze casestudie. Al deze factoren bepalen mede of een interventie goed verloopt of niet en of de interventie achteraf nog effect heeft bij de deelnemers.

Tabel 4: Belemmerende en faciliterende factoren – casestudie 4

Belemmerende factor ('bad practice')	Faciliterende factor ('good practice')
<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Interventie wordt volledig van bovenaf uitgewerkt en opgelegd (top-down) - Interventie voor te beperkte groep toegankelijk (afhankelijk van doelinstelling) 	<u>Keuze en invulling van de interventie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Initiatief komt vanuit het personeel en krijgt vorm in samenwerking met externe preventiedienst (bottom-up + samenwerking) - Interventie die voor een grote groep toegankelijk is (afhankelijk van doelinstelling), gecombineerd met verschillende sporten (voor ieder wat wils)
<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Coördinatoren zijn niet enthousiast en voelen zich gedwongen coördinator te zijn - Coördinatoren moedigen achterban niet aan en organiseren geen activiteiten 	<u>Rol coördinatoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Enthousiaste coördinatoren (mensen die er zelf zin in hebben) - Coördinatoren zijn ook de initiatiefnemers van het project - Meerdere coördinatoren die het project kunnen trekken - Coördinatoren moedigen achterban aan en organiseren activiteiten
<u>Rol directie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig steun en betrokkenheid vanuit de directie 	<u>Rol directie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Veel steun en betrokkenheid vanuit de directie (zowel sociale als financiële steun)
<u>Rol onderzoekers:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek wordt niet geïntroduceerd door de onderzoekers - Doelen van het onderzoek worden niet genoeg benadrukt - Geen contactmoment(en) tussen deelnemers en onderzoeker 	<u>Rol onderzoekers:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeker introduceert het onderzoek naar alle deelnemers toe - Doelen van het onderzoek worden goed benadrukt - Contactmoment(en) tussen deelnemers en onderzoeker
<u>Rol preventieorganen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Geen steun en betrokkenheid van preventieorganen 	<u>Rol preventieorganen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Praktische ondersteuning en betrokkenheid van preventieorganen - Aanmoediging door preventieorganen
<u>Draagvlak en sociale component:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen draagvlak gecreëerd - Deelnemers worden niet aangemoedigd - Deelnemers moedigen elkaar niet aan 	<u>Draagvlak en sociale component:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Er wordt een draagvlak gecreëerd - Coördinatoren en ondersteunend personeel van preventieorganen moedigen de deelnemers aan - Deelnemers moedigen elkaar aan
<u>Instructies en richtlijnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Instructies worden enkel mondeling of enkel schriftelijk meegedeeld 	<u>Instructies en richtlijnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke instructies en richtlijnen die zowel mondeling als schriftelijk/elektronisch gegeven worden aan alle deelnemers - Er wordt rekening gehouden met de werksituatie van verschillende soorten werknemers bij het overbrengen van de instructies
<u>Infrastructuur en materiaal:</u>	<u>Infrastructuur en materiaal:</u>

<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt geen infrastructuur ter beschikking gesteld - Materiaal is niet betrouwbaar - Online tools worden op de verkeerde momenten opengesteld en afgesloten 	<ul style="list-style-type: none"> - Interessante infrastructuur wordt ter beschikking gesteld (vb. badmintonnet) - Gebruiksvriendelijk en betrouwbaar materiaal gebruiken - Online tools op de juiste momenten openstellen en afsluiten
<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig rekening houden met tijds patroon van de populatie - Geen rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie 	<p><u>Tijd en timing:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekening houden met tijds patroon van de populatie (vb. shiften van productiewerkers) - Zowel activiteiten binnen de werkuren (middagpauzes) als buiten de werkuren aanbieden - Rekening houden met het seizoen bij het plannen van een interventie
<p><u>Resultaten communiceren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie niet communiceren 	<p><u>Resultaten communiceren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultaten van de studie communiceren naar iedereen (directie, coördinatoren, deelnemers, preventieorganen)
<p><u>Continuïteit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Slechts één interventie/actie omtrent gezondheid op het werk - Te vaak dezelfde initiatieven 	<p><u>Continuïteit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelmatig verschillende interventies/acties omtrent gezondheid op het werk

Referenties

Gysemans, K. (2016) Gezondheidsbevordering op het werk en gedragsintentie – voldoende beweging. Masterthesis Interuniversitaire opleiding Master in de Arbeidsgeneeskunde.

Nutbeam, D. (1999) Evaluatie van oorzaak en gevolg in gezondheidsbevorderingsprojecten: aanpassing van onderzoeksmethoden aan interventiemethoden. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 77, p.15-23.

Fondation Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure.

La Fondation est, en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.

Ses valeurs principales sont l'intégrité et la transparence, le pluralisme et l'indépendance, le respect de la diversité et la promotion de la solidarité.

Ses domaines d'action actuels sont la pauvreté et la justice sociale, la philanthropie, la santé, l'engagement sociétal, le développement des talents, la démocratie, l'intégration européenne, le patrimoine et la coopération au développement.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.

kbs-frb.be Abonnez-vous à notre [e-news](mailto:e-news@kbs-frb.be) bonnescauses.be

Suivez-nous sur [Facebook](#) | [Twitter](#) | [YouTube](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#)

Fondation Roi Baudouin, fondation d'utilité publique

Rue Brederode 21 1000 Bruxelles info@kbs-frb.be 02-500 45 55

Les dons à partir de 40 euros sur notre compte IBAN: BE10 0000 0000 0404 – BIC: BPOTBEB1 bénéficient d'une réduction d'impôt de 45 % du montant effectivement versé.