

Promotion de la santé en milieu de travail : modèles et pratiques

Workplace health promotion: models and practice

Michel Muller ^{(1) (2)}, Philippe Mairiaux ⁽¹⁾

Résumé : Dans le cadre des synergies croissantes entre promotion de la santé et gestion de la santé au travail, cet article se propose d'analyser les interactions entre ces deux champs et leur intégration éventuelle. Il analyse les concepts existant en promotion de la santé et utilisés en santé au travail : action dans les milieux de vie et création de milieux favorables, participation et action communautaire, actions éducatives en vue du développement des aptitudes personnelles, réorientation des politiques publiques, intersectorialité. Quatre modèles d'action sont définis et leurs caractéristiques expliquées : la santé et sécurité au travail, l'application de techniques, principes et stratégies de promotion de la santé pour la gestion de la santé et sécurité au travail, les actions d'éducation pour la santé « généraliste » en milieu de travail, et les démarches intégrées (ou l'approche écologique centrée sur les milieux de vie).

Mots-clés : Promotion de la santé - milieu de travail - santé au travail - modèles.

Summary: Acknowledging the synergies between occupational health and safety and health promotion, this paper aims to analyze the interactions between these two fields and their possible integration. It looks at the different health promotion concepts used in occupational health: creation of health-promoting settings, participation and community action, education and development of personal skills, re-orientating public policies, and inter-sectoral collaboration. Four models of action are defined and their characteristics are explored: occupational health and safety; use of health promotion principles, strategies and techniques for occupational health and safety management; general health education actions at the workplace, and integrated approaches (or settings-based ecological approaches).

Keywords: Health promotion - workplace - occupational - models.

(1) Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique, Santé au travail et Éducation pour la Santé.

(2) AristA Liège, Service Externe de Prévention et Protection - rue Grétry 74, B-4020 Liège, Belgique
michel.muller@arista.be.

Introduction

La promotion de la santé au travail (PST) inclut des pratiques au carrefour de deux disciplines : la santé au travail et la promotion de la santé. Ces disciplines, bien que touchant toutes deux à la prévention, divergent par de nombreux aspects : paradigmes de base, formation des intervenants, méthodologies, etc. Leurs interactions réciproques étaient d'ailleurs plutôt rares, mais un rapprochement est cependant perceptible depuis quelques années [10, 20]. Afin de comprendre les facteurs qui contribuent à ce rapprochement et de mieux en cerner les enjeux, cet article se propose de présenter quelques modèles existants en matière de promotion de la santé en milieu de travail, de passer en revue les priorités et stratégies en promotion de la santé telles que définies notamment par les différentes chartes et déclarations de l'OMS, et de préciser leur importance dans la pratique de la santé au travail.

Les concepts et stratégies analysés sont la création d'environnements favorables, le développement de politiques publiques saines, la participation et l'action communautaire, l'intersectorialité, les démarches éducatives en vue du développement des pratiques individuelles et sociales, l'action dans les milieux de vie et le développement de politiques publiques promotrices de santé [26-28].

L'analyse des différents modèles de promotion de la santé au travail montre que l'accent est mis soit sur les comportements de santé, soit sur l'environnement de travail, ou encore qu'il y a intégration de ces deux composantes. Ces différences de perspective se retrouvent dans les définitions de la promotion de la santé ou de la promotion de la santé au travail. Par exemple, O'Donnell, en 1989, décrit une démarche de promotion de la santé au travail basée sur la définition suivante de la promotion de la santé : « ... la science et l'art d'aider les gens à modifier leurs habitudes de vie en vue d'un état de santé optimal... Ce changement de style de vie est facilité par une combinaison d'efforts pour augmenter la prise de conscience, modifier le comportement et créer des environnements qui supportent ces bonnes pratiques de santé... » [25]. L'objet de la démarche présentée ici est d'abord le comportement individuel.

Par contre, le Réseau européen de promotion de la santé au travail définit, en 2001, la promotion de la santé au travail comme « ... les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, la promotion de la participation active, et de l'encouragement du développement personnel... » [16].

Le réseau promeut donc plutôt une démarche intégrée dans laquelle l'action sur l'organisation et l'environnement de travail est citée en premier lieu.

Ces deux exemples de définitions témoignent de la recherche, souvent difficile, d'un équilibre entre les actions sur les comportements individuels et celles visant les déterminants collectifs de ces comportements. Cette préoccupation est présente dans tous les domaines de la promotion de la santé et se retrouve dans les différents modèles de promotion de la santé sur

les lieux de travail [8]. Quatre modèles de promotion de la santé au travail peuvent être distingués et nous les passerons en revue en soulignant leurs caractéristiques principales.

Premier modèle : la santé et la sécurité au travail

Dans ce modèle, il faudrait plutôt parler de protection de la santé que de promotion de la santé : le but principal est la diminution des risques physiques et chimiques d'origine professionnelle et la réduction de l'incidence des maladies et accidents liés au travail [30]. À la fin du XIX^e siècle, les accidents du travail étaient si nombreux et les conditions de travail si effroyables qu'un modèle de protection centré sur les facteurs d'environnement est apparu indispensable. Ce mouvement s'est concrétisé dans plusieurs pays d'Europe par une législation sur la sécurité du travail et par la création d'organismes chargés de l'inspection des lieux de travail. Des services médicaux ayant pour mission d'assurer des soins aux travailleurs (et souvent à leur famille également) sont ensuite progressivement apparus à l'initiative des entreprises elles-mêmes. Ce mouvement ne concernait cependant que les grandes entreprises, et s'inscrivait dans une conception plutôt paternaliste du rôle de l'entreprise. Les services de médecine du travail, au sens moderne du terme, ont été rendus obligatoires en 1946 en France et en 1965 en Belgique, pour tous les employeurs et tous les travailleurs. Dans cette conception de la médecine du travail et de la santé au travail, les actions sont du domaine de la prévention primaire (modification des postes de travail, de l'équipement, port d'équipements de protection...), secondaire (dépistage précoce des affections d'origine professionnelle), et tertiaire (réhabilitation des personnes handicapées et adaptation des postes de travail ou du travail à leur état de santé). Dans la lignée des pionniers de l'hygiène publique du XIX^e siècle, les médecins du travail, les hygiénistes industriels et le législateur se sont, en premier lieu, intéressés aux environnements physico-chimiques et biologiques et leur action a montré une efficacité importante dans la réduction de ces risques [30]. Dans ce contexte, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) a édité un manuel d'actions à destination des employeurs pour améliorer l'environnement de travail [34].

Les préventions secondaire (examens médicaux réguliers) et tertiaire (reclassement à un poste de travail adapté des travailleurs présentant des problèmes de santé) ont longtemps constitué la base de la médecine du travail, avec les visites des lieux de travail. La prévention primaire systématique (évaluation et gestion des risques professionnels) n'apparaît que plus tard dans la législation. Elle est définie de façon claire et explicite dans la directive européenne de 1989, dite directive « Cadre » sur l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail [1]. La pratique d'aménagement de milieux favorables est la plus importante et la première à avoir été appliquée en santé et sécurité au travail sans qu'il n'y ait pour autant participation des travailleurs ou encouragement à l'action communautaire.

Deuxième modèle : l'application de techniques, principes et stratégies de promotion de la santé pour la gestion de la santé et sécurité au travail

Ce second modèle ne diffère pas beaucoup du premier, dans le sens où l'objectif reste toujours la prévention de risques professionnels. En vue de rendre les actions plus efficaces, les préventeurs s'inspirent cependant de concepts présents en promotion de la santé.

Les actions éducatives en vue du développement des aptitudes personnelles

Les premières stratégies utilisées en santé au travail ont été les démarches éducatives. Elles ont consisté d'abord en de simples campagnes d'information sur les risques professionnels, les attitudes devant ces risques et les comportements permettant de les éviter (« La sécurité, j'en fais mon affaire », promotion du port des équipements de protection individuelle...).

Puis ont suivi des démarches de formation à des gestes ou attitudes particuliers (formations « gestes et postures », formations à la manutention des malades...) ou encore des démarches de promotion d'une culture de sécurité. Un autre exemple, dans le domaine psychosocial, est l'organisation de programmes psycho-éducatifs de gestion du stress. D'autres exemples innovants de formations des travailleurs dans le domaine des risques professionnels et faisant appel notamment à la notion d'empowerment sont décrits dans un numéro spécial de l'*American Journal of Industrial Medicine* [36]. D'autres stratégies consistent en des actions structurées basées sur des modèles de changement comportemental [8, 9]

La participation et l'action communautaire

Une deuxième stratégie utilisée est la participation, présente d'abord à travers un système de représentation paritaire, pilier des modèles de concertation sociale depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Les structures de concertation (les comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) en France, les comités pour la prévention et la protection au travail (CPPT) en Belgique) permettent aux travailleurs et à leurs représentants de donner leur avis et de participer à la politique de sécurité et de santé au travail de leurs employeurs, à tout le moins lorsque la taille de l'entreprise impose ce type de structure.

Mais la représentation n'implique pas en soi une participation véritable. Les professionnels de santé au travail s'intéressent de plus en plus aux stratégies de participation directe en vue de l'amélioration des conditions de travail, et cet intérêt se manifeste par exemple par le développement du courant de l'ergonomie participative [18, 24]. Différents outils créés ces dernières années mettent aussi l'accent sur l'aspect participatif dans l'évaluation de différents risques : cercles de santé au travail pour l'analyse et la suppression ou la réduction des risques professionnels [32], méthode Déparis de dépistage participatif des risques [23], méthode Fifarim pour l'analyse des risques dorso-lombaires [21, 22, 35], démarche Toxtrainer pour l'évaluation des risques chimiques [3]. Ces méthodes s'inscrivent aussi dans un contexte d'émergence de stratégies patronales de management participatif. Les cercles de santé au travail par exemple constituent une démarche simi-

laire aux « cercles de progrès », une méthode managériale reposant sur la participation des travailleurs à la gestion de la qualité.

Dans la pratique, la nature et le type de collaboration entre l'employeur, la ligne hiérarchique et les travailleurs et les structures mises en place dépendent notamment de la taille, du climat social et organisationnel de l'entreprise, ainsi que du type de relations interpersonnelles influencé notamment par l'organisation du travail. Dans certains cas, le terme de participation est utilisé de façon abusive pour définir des actions où les travailleurs sont simplement consultés pour l'élaboration d'un diagnostic sans être associés à toutes les autres étapes d'un processus de changement ou d'amélioration de la situation de travail.

Mais dans d'autres cas, la participation est effective et peut déboucher sur une véritable action communautaire avec action concertée de toutes les composantes de l'entreprise pour résoudre des problèmes locaux ou modifier une situation globale. La modification des processus de décision et des flux d'information induite par ces processus, peut être à l'origine d'une modification du climat social de l'entreprise ou de facteurs psychosociaux parmi le personnel [31].

L'intersectorialité

Sous l'impulsion du législateur, la gestion de la santé au travail tend de plus en plus vers une approche multidisciplinaire. Le code belge du bien-être au travail précise ainsi l'importance et les modalités de collaboration entre les différents spécialistes de santé au travail : médecin du travail, ingénieur, ergonomiste, psychologue et toxicologue. Pour assurer le succès d'une démarche de prévention en entreprise, les auteurs insistent aussi sur l'importance de la concertation et de l'implication de toutes les composantes de l'entreprise (ligne hiérarchique, direction, service des ressources humaines, service logistique et entretien, travailleurs et leurs représentants...) dans le processus mis en place [29]. En favorisant la concertation du médecin du travail avec les autres préventeurs et les différents acteurs en relation avec l'entreprise, cette démarche est un petit pas vers une approche intersectorielle en devenir. Mais dans la pratique, une vraie multidisciplinarité implique une action concertée et une réelle intégration des spécialités des différents préventeurs (santé au travail, sécurité, ergonomie, hygiène industrielle, psychologie du travail...) et non une simple juxtaposition de leurs actions.

Troisième modèle : les actions d'éducation pour la santé de type « généraliste » en milieu de travail

Au départ, ce modèle cherche principalement à corriger des facteurs de risques individuels liés au style de vie. Sa mise en place en entreprise est jugée attractive, notamment parce que les « préventeurs » disposent dans celle-ci d'un public-cible captif [10]. Ce modèle est particulièrement développé aux USA, car les employeurs interviennent dans les coûts médicaux des travailleurs. Ils cherchent donc à maîtriser ces coûts, notamment en essayant de diminuer des facteurs de risques liés aux habitudes de vie.

Les programmes concernent une série de thèmes déjà familiers dans d'autres contextes : prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et d'autres

assuétudes, éducation à une meilleure hygiène alimentaire, programme de dépistage de certaines maladies ou bilans de santé, etc. Ils sont centrés principalement sur le développement d'aptitudes personnelles et la modification de comportements individuels. La revue *American Journal of Health Promotion* donne de nombreux exemples de ce type d'approches. Un exemple de programme complet de ce type est celui de la compagnie DuPont de Nemours aux USA, qui intègre à la fois l'éducation pour la santé et des stratégies de réduction des coûts de soins de santé à charge de l'entreprise [4].

Comme expliqué plus haut, en Europe, les démarches éducatives en entreprise sont surtout centrées sur les risques professionnels. Certaines actions centrées sur les facteurs de mode de vie peuvent toutefois être répertoriées [17], notamment en matière de tabagisme (coexistence fumeurs/non-fumeurs), de prévention cardiovasculaire [5] ou de prévention de l'alcoolisme [12].

Ces programmes d'éducation à visée individuelle sont souvent considérés avec suspicion par les travailleurs et les syndicats, car ils estiment qu'ils reviennent à faire porter la responsabilité de la maladie seulement sur le travailleur (« *blaming the victim* ») [10]. Il faut aussi tenir compte de la crainte d'ingérence de l'employeur dans la vie privée des travailleurs.

Quatrième modèle : les démarches intégrées, ou l'approche écologique centrée sur les milieux de vie

Les modèles intégrés consistent à organiser des programmes de prévention suivant une démarche bien précise et en agissant simultanément sur plusieurs facteurs (personnels et collectifs, comportementaux et environnementaux, professionnels et extra-professionnels) pour obtenir un effet de synergie [10]. Un exemple de ce type de programme, aux USA est l'étude « *Working well* » de prévention du cancer en entreprise, qui intègre à la fois des actions sur les comportements (tabagisme, consommation d'alcool, nutrition...) et des actions de réduction de l'exposition professionnelle à des carcinogènes [2]. Un autre exemple, en Europe, est l'étude conduite dans l'entreprise Brabantia aux Pays-Bas. Ce programme intégré a, dans un premier temps, procédé à une analyse des besoins des membres du personnel. Puis, les concepteurs du projet ont combiné une approche éducative, la mise en place de programmes et de structures de bien-être et une action sur l'organisation du travail en vue de diminuer le stress et améliorer le bien-être des travailleurs. Une bonne partie des actions mises en place ont, en outre, été pilotées par un groupe d'employés de l'entreprise qui s'est investi dans le projet aux côtés des chercheurs [19].

D'autres programmes relevés en France ont mis sur pied des démarches éducatives sur des thèmes intégrant le bien-être au travail et dans la vie privée [6, 11].

Polanyi et al. [30] ont proposé un modèle intégré baptisé « Promotion des déterminants de santé en milieu de travail ». Ce modèle combine des aspects de changement organisationnel, de recherche action ou de recherche participative, et de promotion de la santé généraliste. Ces objectifs sont atteints par

un processus démocratique d'identification des besoins, d'analyse, de recherche des solutions et d'action.

Ce modèle est à mettre en rapport avec la stratégie de promotion de la santé dans les milieux de vie. Cette stratégie a trouvé des concrétisations dans une série de réseaux internationaux : écoles en santé, hôpitaux promoteurs de santé, villes en santé, ainsi que lieux de travail en santé pour lesquels plusieurs réseaux internationaux existent : Europe [7,13-16] et région Pacifique Ouest [7]. Ces réseaux permettent de regrouper des professionnels de différentes disciplines et d'amorcer une réflexion sur les modèles à appliquer en promotion de la santé au travail [7, 13, 14]. Une telle approche est susceptible d'être la plus efficace, en tout cas sur les facteurs de style de vie [2, 33].

Questionnements et enjeux

Les différentes notions liées à la promotion de la santé au travail soulèvent une série de défis, d'enjeux et de questionnements. En voici une liste non exhaustive.

Le lieu de travail n'est pas seulement un espace-temps physiquement déterminé dans lequel un public cible est facilement accessible pour des programmes de promotion de la santé. C'est aussi un espace social, avec ses règles et lois, ses codes de conduite, et surtout ses relations de pouvoir dont il faut tenir compte dans l'élaboration et le suivi d'un programme. Ces relations de pouvoir ont des répercussions sur les interactions des préventeurs avec l'entreprise. Il est en général recommandé d'obtenir l'accord de l'employeur et de travailler en collaboration avec lui avant de lancer un programme de promotion de la santé en entreprise. Pourtant, cette attitude peut avoir des répercussions sur l'image du préventeur parmi le personnel (être perçu « du côté du patron ») et sur les possibilités de toucher le public-cible.

Un programme de promotion de la santé peut aussi avoir des conséquences sur les relations de pouvoir préexistantes dans l'entreprise, soit par l'attitude du préventeur qui peut les modifier ou les renforcer, soit par la structure-même du programme, par exemple en agissant sur l'empowerment des travailleurs. Ces conséquences possibles peuvent être un frein à l'acceptation du programme par l'employeur. Pour qu'un programme de promotion de la santé en entreprise soit efficace, il est important d'obtenir la collaboration de tous les acteurs dans l'entreprise.

C'est pourquoi il est essentiel de travailler dans la transparence, d'expliquer les enjeux et les buts du programme à réaliser, mais aussi de rendre explicites les enjeux du programme pour les différents acteurs de l'entreprise. Par exemple, un effet attendu par l'employeur d'un programme de promotion de la santé en entreprise peut être une meilleure productivité des travailleurs ou une diminution des coûts de l'entreprise, par l'amélioration de leur état de santé. Il est aussi utile de rendre explicites les injonctions contradictoires auxquelles peuvent être soumis les travailleurs (par exemple du type « maintenir mon état de santé passe par des gestes qui prennent plus de temps et sont donc moins productifs à court terme »). De leur côté,

les travailleurs peuvent voir dans le programme un moyen pour gagner plus de contrôle, d'autonomie dans leur travail, pour améliorer leur qualité de vie au travail.

Un programme de promotion de la santé en entreprise ne sera efficace qu'avec la collaboration de tous les acteurs ou groupes d'acteurs présents dans l'entreprise. Si cet objectif est déjà difficile à atteindre dans les grandes entreprises disposant de services structurés de prévention et de gestion des ressources humaines, la simple conscientisation de tous les acteurs est un véritable défi dans les PME, qui sont souvent les parents pauvres de la protection des risques liés au travail.

Un autre défi est la difficulté d'agir sur les facteurs psychosociaux, car une action de cette nature se heurte souvent à toute une série d'obstacles et de freins institutionnels (organisation du travail, jeux de pouvoir dans l'entreprise ou l'institution...).

Il est important que les experts en santé au travail s'ouvrent aux concepts de participation, d'action communautaire, d'*empowerment* des travailleurs, de multidisciplinarité et d'intersectorialité. En acceptant de descendre de leur « tour d'ivoire » et en intégrant ces notions, ils rendront leurs actions plus efficaces. Une nouvelle stratégie de promotion de la santé en milieu de travail pourrait être de réaliser des actions sur des thèmes transversaux ayant des origines et/ou des implications à la fois privées et professionnelles (tels que l'alcoolisme, les relations entre fumeurs et non-fumeurs, les substances carcinogènes, le rythme veille-sommeil...).

Conclusion

Le lieu de travail est donc un lieu de vie qui pose de multiples défis du point de vue de la promotion de la santé. Mais les nouveaux besoins qui apparaissent – pensons au stress et à tous les problèmes psychosociaux au travail – rendent nécessaires ces approches et les ouvertures entre les deux milieux de la promotion de la santé et du bien-être au travail. Nous espérons que ce dossier pourra y contribuer.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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, 89/391/CEE, Journal Officiel, 29-6-1989 (1989).
2. Abrams DB, Boutwell WB, Grizzle J et al. Cancer control at the workplace - The Working well trial. *Prev Med* 1994;23(1):15-27.
3. Balsat A, Vandoorne C, Mairiaux Ph. Une démarche structurée d'évaluation du risque chimique : intérêt, limites et perspectives en terme d'approche participative - Communication à la journée MET - Bruxelles, 3 décembre 2001. -8. 2002. Bruxelles.
4. Bertera RL. Commentary - Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. *Settings for health promotion - Linking theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000. p. 160-6.
5. Braeckman L, Maes L, Bellemans M et al. Workers participation in a nutrition education programme. *Arch Public Health* 1998;56:275-289.
6. Caulier F. Dormir, c'est vivre aussi. Etablissement industriel de maintenance du matériel SNCF, Hellemmes (59). Actes du 26^e Congrès National de Médecine du Travail, Lille, 6-9 juin 2000 Disponible sur : URL: <http://www3.univ-lille2.fr/medtrav2000/forumdebat/text13.htm>. Consulté le 25 novembre 2007.

7. Chu C, Breucker G, Harris N et al. Health-promoting workplaces - international settings development. *Health Prom Int* 2000;15(2):155-67.
8. Dejoy DM. Behavior change versus culture change: Divergent approaches to managing workplace safety. *Saf Sci* 2005;43(2):105-29.
9. Dejoy DM. Theoretical models of health behavior and workplace self-protective behavior. *J Saf Res* 2007;27:61-72.
10. Dejoy DM, Southern DJ. An integrative perspective on work-site health promotion. *J Occup Med* 1993 December;35(12):1221-30.
11. Delahaigue D. État de bien-être, Sollac site de Montataire (60). Actes du 26^e Congrès National de Médecine du Travail, Lille, 6-9 juin 2000 Disponible sur: URL: <http://www3.univ-lille2.fr/medtrav2000/forumdebat/text14.htm>. Consulté le 25 novembre 2007.
12. Deschepper MH, Coulombel G, Duquesne D. Prévention de l'alcoolisation excessive en milieu de travail, Ville de Villeneuve d'Ascq (59). Actes du 26^e Congrès National de Médecine du Travail, Lille, 6-9 juin 2000 Disponible sur: URL: <http://www3.univ-lille2.fr/medtrav2000/forumdebat/text15.htm>. Consulté le 25 novembre 2007.
13. European Network for Workplace Health Promotion. Criteria and models of good practice for Workplace Health Promotion in SMEs. -113. 2001. Essen, BKK Bundesverband. Small, healthy and competitive. New strategies for improved health in small and medium-sized enterprises.
14. European Network for Workplace Health Promotion. Healthy employees in healthy organisations. Recommendations for promoting workplace health action. Essen: BKK Bundesverband; 2001.
15. European Network for Workplace Health Promotion. Report on the current status of workplace health promotion in small and medium-sized enterprises. -82. 2001. Essen, BKK Bundesverband. Small, healthy and competitive. New strategies for improved health in small and medium-sized enterprises.
16. European Network for Workplace Health Promotion. The Lisbon statement on workplace health in SMEs. Essen: BKK Bundesverband; 2001.
17. Godfraind B. Mieux connaître votre santé. Bruxelles: Prevent ASBL; 2000.
18. Kuorinka I, Patry L. Participation as a means of promoting occupational health. *Int J Ind Ergon* 1995;15:365-70.
19. Maes S, Verhoeven C, Kittel F, Scholten H. Effects of a Dutch work-site wellness-health program : the Brabantia project. *Am J Public Health* 1998;88(7):1037-41.
20. Mairiaux P. Quelle promotion de la santé en milieu de travail ? *Education Santé* 1999 Jun;12-4.
21. Mairiaux P, Demaret JP, Freyens S., Masset D, Vandoorne C. FIFARIM - Fiche d'identification des Facteurs de Risques liés à la Manutention. Bruxelles: Commissariat Général à la Promotion du Travail; 1998.
22. Mairiaux, P, Demaret, JP, Freyens S, Masset D, Vandoorne C. Manutentions manuelles - Guide pour évaluer et prévenir les risques. Bruxelles: Commissariat Général à la Promotion du Travail; 1998.
23. Malchaire J. DEpistage PArticipatif des RISques dans une situation de travail - Méthode DEPARIS. *Med Trav Erg* 2002;XXXIX(4):149-68.
24. Malchaire J, Laigle F, Huberlant JM, Hees M. Le recueil des opinions des travailleurs. *Cahiers Méd Trav* 1993;30(4):187-90.
25. O'Donnell MP. How to design workplace health promotion programs. Keego Harbor: American Journal of Health Promotion; 2000.
26. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS; 1986.
27. OMS. Sundsvall statement on Supportive Environments for Health. Genève: OMS; 1991.
28. OMS. The Jakarta declaration on health promotion in the 21st century. Jakarta: OMS; 1997.
29. Paiement M, Martin C. L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail. [4], -48. 1999. Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Santé Société. Ancil H. and Martin C.
30. Polanyi M, Frank J, Shannon H, Sullivan T, Lavis J. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. *Settings for health promotion - Linking theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999. p. 138-60.
31. Rasmussen K, Glascock DJ, Hansen ON et al. Worker participation in change processes in a danish industrial setting. *Am J Ind Med* 2006;49:767-79.
32. Schröer A, Sochert R. Cercles de santé au travail. Une nouvelle approche à la promotion de la santé au travail. Modèles et réalisation en pratique. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2000.
33. Sorensen G, Barbeau EM. Integrating occupational health, safety and worksite health promotion: opportunities for research and practice. *Med Lav* 2006;97(2):240-57.
34. Thurman JE, Kogi K, Louzine AE. Higher productivity and a better place to work: Action manual. Genève: International Labour Office; 1988.
35. Vandoorne C, Mairiaux P. Les manutentions manuelles. *Education Santé* 1999 June;(139):15-7.
36. Wallerstein N, Weinger M. Health and safety education for worker empowerment. *Am J Ind Med* 1992;22(5):619-35.

