



Association pour le Développement des
Études et Recherches Épidémiologiques
en Santé Travail

**Livret Journée thématique ADEREST
22 septembre 2020**

FIAP Jean Monet, 30 rue Cabanis, Paris 14^e

Programme Journée thématique ADEREST

8.45 Accueil présentiel

9.30 Introduction - Dr Ariane LEROYER, Présidente de l'Aderest

Session 1 : Modérateurs : Madeleine VALENTY & Pascal DUPRAT

9.35 « L'enquête Sumer, un outil pour les préventeurs », Thomas COUTROT, Chef du Département des conditions de travail et de santé, Dares, Ministère du Travail, & Dr. Véronique TASSY, Médecin inspecteur du travail, Pays de la Loire

10.30 « Evrest, un outil pour la prévention en entreprise ? », Dr Laétitia ROLLIN, Maître de Conférence – Praticien Hospitalier, Université de Rouen / CHU Rouen

11.25 Pause

11.40 « Otagies du personnel navigant commercial : principaux déterminants relevés dans l'étude de 470 cas d'une grande compagnie aérienne et conséquences pour la prévention », Dr Michel KLERLEIN, Service Médical, Air France

12.35 Déjeuner libre

Session 2 : Modérateurs : Lynda BENSEFA-COLAS & Michel KLERLEIN

14.00 « Actions de prévention en santé au travail : évaluer pour valoriser », Charles PARMENTIER, chargé de mission, Anact

14.55 « L'évaluation économique pour favoriser la prévention : comment mobiliser différents niveaux d'acteurs », Christian TRONTIN & Bertrand DELECROIX, Laboratoire Gestion et Organisation pour la Santé et Sécurité au Travail, Département Homme au Travail, INRS

15.50 Discussion générale

16.00 Assemblée Générale de l'Aderest

17.00 Fin

L'enquête Sumer, un outil pour les préventeurs

Thomas COUTROT, Chef du Département des conditions de travail et de santé, Dares, Ministère du Travail

Véronique TASSY, Médecin Inspecteur Régional du Travail, Pays de Loire

L'enquête Sumer ambitionne de fournir une cartographie nationale représentative des expositions des salariés en France. Elle est pilotée par l'Inspection médicale du travail (DGT) et la Dares, et réalisée par les médecins du travail et leurs équipes auprès d'un échantillon représentatif des salariés dont ils assurent le suivi. Déjà effectuée en 1994, 2003, 2010 et 2017, elle permet également de suivre dans le temps l'évolution des risques professionnels.

Sumer constitue en premier lieu un outil pour guider les politiques publiques. On le montrera à partir de trois exemples récents au plan national: les plans santé-travail, le compte pénibilité, la pandémie Covid 19. Mais Sumer est également utilisée au plan régional, dans le cadre des PRST.

Sumer constitue ensuite un outil à la disposition des préventeurs pour repérer de façon précise les expositions, par métiers, par secteurs, par taille d'établissement... afin de préparer des campagnes ou des interventions de prévention. Des fiches détaillées sont mises à la disposition des préventeurs sur le site web de la Dares.

Sumer est également un outil pour la recherche, dont les résultats, largement diffusés auprès des médecins enquêteurs, peuvent contribuer à orienter leur pratique. Outre les tableaux croisés présentant les principales données issues de l'enquête, l'équipe Sumer publie des travaux originaux, par exemple sur les liens entre organisation du travail et risques psychosociaux, sur le droit de retrait, sur le télétravail ou sur les organisations capacitanes (à paraître). Par surcroît, la Dares finance des recherches menées par des équipes extérieures pour valoriser les données de Sumer : ainsi ont été menés des travaux quantitatifs sur l'épidémiologie des RPS, sur les inégalités sociales d'expositions aux agents cancérigènes, mais aussi des recherches qualitatives sur la prévention des risques dans les TPE, les conditions de travail et d'emploi dans l'industrie automobile. Afin de mieux comprendre les conditions de réalisation de l'enquête et de préparer son évolution, sont aussi menés des travaux réflexifs sur les pratiques des médecins du travail lors de la collecte de l'enquête SUMER.

Ces travaux réflexifs ont d'ailleurs mis en évidence un quatrième usage de SUMER par les préventeurs : un outil pour la formation permanente des médecins et des équipes pluridisciplinaires. *« L'enquête s'insère pour les médecins du travail débutants, ou pour les collaborateurs médecins, dans un parcours pédagogique ; pour les plus confirmés, elle reste une opportunité d'apprendre, d'approfondir certains éléments que leur quotidien professionnel ne leur laisse généralement pas le temps d'approfondir. En cela, elle constitue une méthode de travail propice au défrichage de situations mal connues et ainsi potentiellement à la découverte de nouvelles expositions ».*

Evrest, un outil pour la prévention en entreprise ?

Dr Laétitia ROLLIN, Maître de Conférence – Praticien Hospitalier, Université de Rouen / CHU Rouen

Introduction

Le dispositif Evrest (ÉVolutions et RELations en Santé au Travail), mis en place en France en 2008, est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs, pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé des salariés [1-3]. Il est coordonné par un Groupement d'intérêt scientifique réunissant divers établissements publics et privés.

Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court, qui tient sur un recto-verso, proposé par les équipes santé travail volontaires (médecin ou infirmier) lors des entretiens et consultations de santé au travail [4]. Ce questionnaire a été pensé pour être proche du déroulement habituel de l'entretien de santé au travail, afin de s'intégrer au mieux dans la consultation. Les questions portent sur les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé lors de l'entretien. Les données sont recueillies après information des salariés interrogés, puis saisies et exploitées en respectant la confidentialité des informations (déclaration CNIL n°906290 du 7 février 2007, modification n°906290VI du 4 mars 2008).

Ce dispositif vise d'une part à constituer une base nationale en vue de travaux scientifiques, à partir d'un échantillon aléatoire de salariés vus par les médecins et infirmiers du travail volontaires pour participer à Evrest (tous les salariés nés en octobre d'une année paire jusqu'en 2016, puis tous les salariés nés en octobre à partir de 2017), d'autre part à permettre à chaque médecin participant (ou à un groupe de médecins qui décideraient de se coordonner) de produire et d'exploiter ses propres données pour nourrir les réflexions sur le travail et la santé dans une collectivité de travail.

Environ 900 médecins du travail participent chaque année à l'observatoire depuis 2008, permettant la collecte d'environ 12 000 questionnaires par an pour la base nationale ainsi qu'environ 25000 questionnaires pour leur usage propre. En outre, l'observatoire est construit de façon à pouvoir identifier les salariés qui auraient été interrogés à plusieurs reprises au fil du temps, permettant ainsi des analyses longitudinales. Il existe donc plusieurs niveaux d'utilisation des données Evrest. L'objectif de cette présentation est de montrer en quoi l'observatoire Evrest peut représenter un outil pour la prévention à ces différents niveaux. Le secteur hospitalier sera pris comme exemple d'illustration.

Matériels et méthodes

A partir de différentes publications réalisées à partir de l'observatoire Evrest, nous illustrerons en quoi Evrest peut représenter un outil dans la prévention.

La première publication étudiée est le rapport national [4], produit chaque année à partir des questionnaires collectés les 2 années précédentes. Plusieurs types de résultats y sont décrits : des résultats globaux, redressés, représentant l'ensemble des salariés, des résultats par secteur d'activité, par catégorie socio-professionnelle, par région française, par âge, par genre. A partir des

données du rapport 2018 sur les données collectées en 2016-2017, des graphiques représentant la proportion des salariés exposés aux contraintes physiques et psycho-sociales et la proportion des salariés présentant des troubles musculo-squelettiques ou neuropsychiques seront présentés selon leur secteur d'activité.

D'autre part, nous étudierons une publication nationale réalisée sur le secteur hospitalier (NAF 861 Activités hospitalières), données recueillies par l'observatoire en 2016-2017, auprès 1492 salariés [5]. Une analyse par âge et par groupes professionnels y est réalisée (groupe des infirmiers, groupes des aides-soignants/agents de services hospitaliers et groupe des non soignants). Un graphique présentant les horaires de travail par âge et groupe professionnel sera étudié.

Enfin, nous prendrons l'exemple d'une enquête Evrest à l'échelon d'une entreprise [6]. L'étude avait été menée par une équipe de santé au travail auprès d'un échantillon aléatoire de salariés d'un Centre Hospitalier Universitaire comprenant 10 000 salariés dans le cadre du plan risques psycho-sociaux mis en place par l'établissement. Un échantillon aléatoire de 260 salariés avait été interrogé en 2014. Les résultats étaient présentés par groupe professionnel et étaient comparés aux résultats nationaux tous secteurs d'activité confondus et secteur hospitalier. Les éléments qualitatifs entendus lors des entretiens venaient compléter l'analyse et développer l'interprétation des résultats quantitatifs.

Résultats

Rapport national Evrest

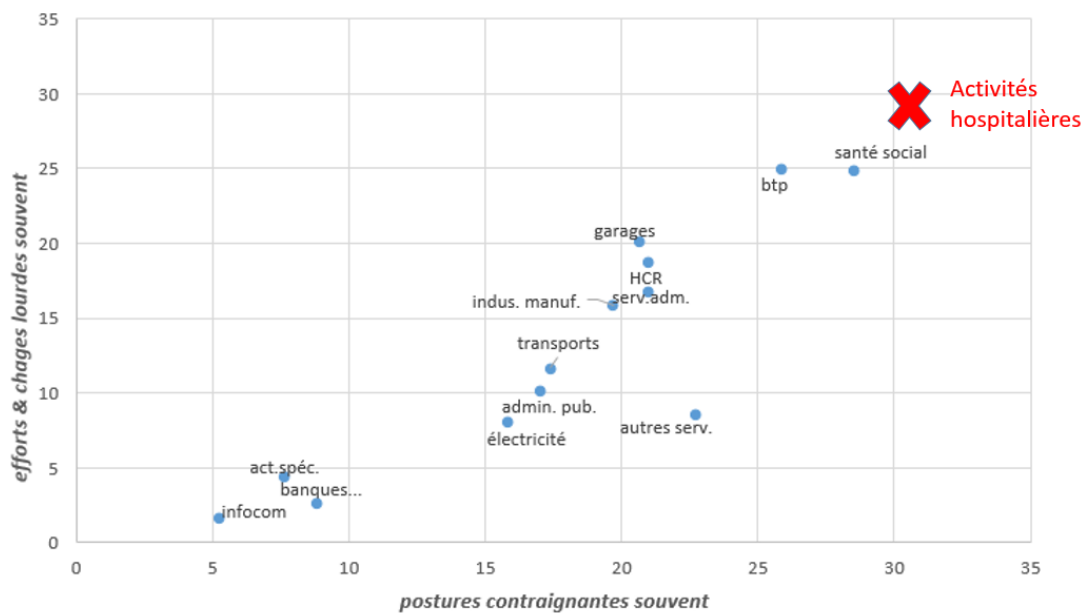
La figure 1 montre un exemple de représentation des résultats par secteurs. La part des salariés du secteur hospitalier exposés aux contraintes physiques, aux risques psycho-sociaux du type « intensité du travail » est plus importante que dans les autres secteurs. En revanche, la part des salariés déclarant des risques psycho-sociaux du type « ennui » ou « manque de soutien » dans le travail n'est pas plus importante que dans la plupart des autres secteurs. Enfin, concernant la santé, la part des salariés présentant des troubles neuropsychiques et les troubles musculo-squelettiques est plus importante que dans les autres secteurs.

Ce type de résultat peut contribuer à l'identification des problématiques spécifiques par secteur d'activité et ainsi permettre d'établir des plans d'action ciblés sur les risques identifiés. De plus, la réalisation de ces rapports, chaque année, permet d'obtenir des indicateurs qui peuvent être suivis et ainsi contribuer à l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre.

Publication sur un secteur d'activité

La figure 2 illustre les analyses possibles au sein d'un secteur. Dans le secteur hospitalier où les horaires atypiques de travail représentent une contrainte certaine pour les salariés, une analyse par âge et par groupes professionnels est réalisée. La proportion de salariés travaillant en horaires atypiques tend à diminuer avec l'âge chez les infirmiers ; cette tendance n'est pas observée chez les aides-soignants/agents de service hospitalier. Ce type de résultat peut contribuer à l'identification des problématiques spécifiques du secteur d'activité et ainsi permettre d'établir des plans d'action ciblés sur les risques identifiés.

Les secteurs selon deux ratios de "charge physique" au travail



Les secteurs selon deux ratios de "troubles ostéoarticulaires"

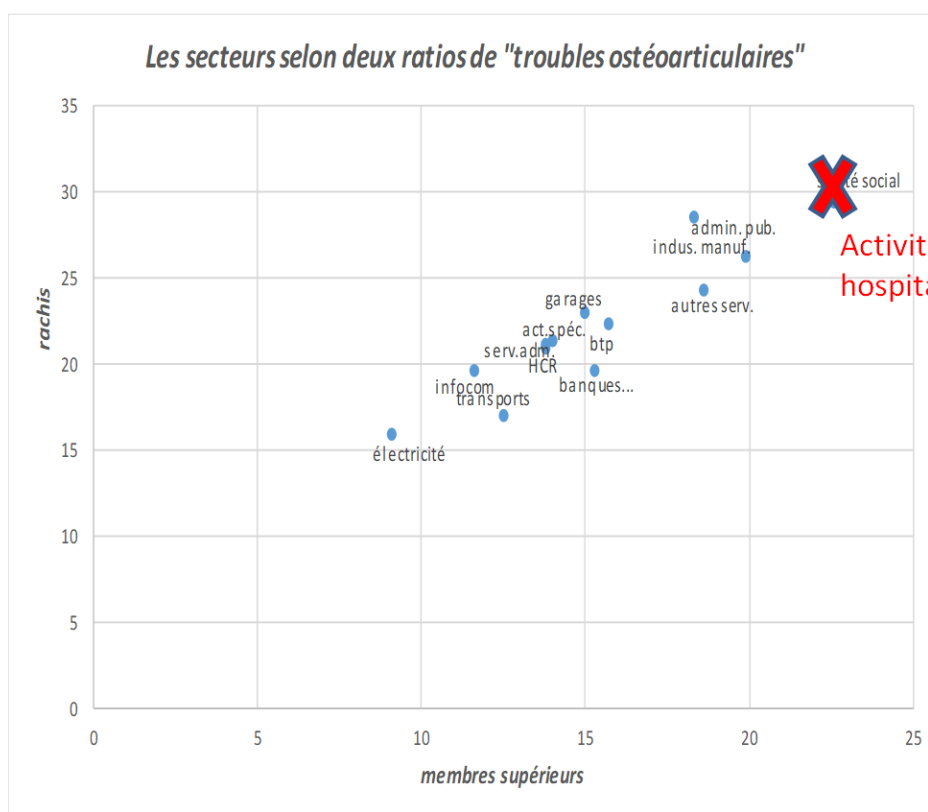


Figure 1 : exemples de représentation des résultats par secteurs

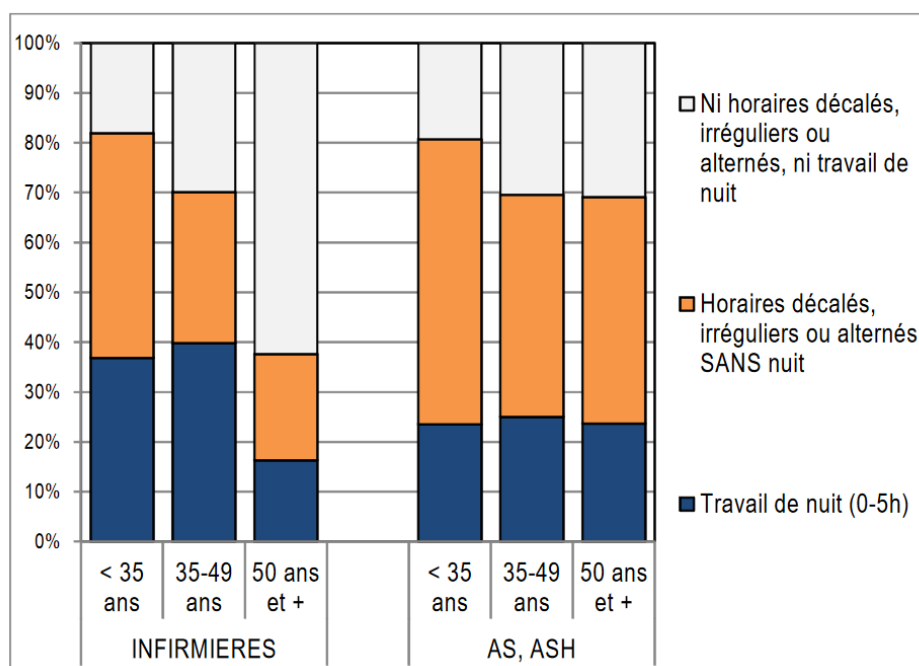


Figure 2 : types d'horaires de travail des soignants dans chaque groupe d'âge.
Extrait de l'étude « Evrest résultats : travailler à l'hôpital, quels enjeux avec l'avancée en âge ».

Publication sur une enquête Evrest réalisée à l'échelon d'une entreprise

Dans cette étude, les auteurs ont comparé les résultats obtenus auprès d'un échantillon aléatoire de salariés d'un centre hospitalier aux résultats nationaux globaux et à ceux du secteur hospitalier. Par exemple, la proportion de salariés déclarant ne pas pouvoir choisir eux-mêmes la façon de procéder était de 43% chez le personnel médical, ce qui était bien supérieur aux chiffres nationaux. Les éléments qualitatifs entendus lors des entretiens cliniques venaient expliquer les raisons qui avaient conduit les personnels à ces réponses. La confrontation des résultats chiffrés et des éléments qualitatifs explicatifs a permis aux acteurs de l'établissement de mieux comprendre les contraintes et d'envisager des actions de prévention ciblées.

D'autre part, dans cette étude, des résultats concernant la santé des travailleurs sont présentés. La proportion de troubles neuropsychiques chez les salariés de cet établissement était de 22% contre 8% dans le secteur hospitalier au niveau national. Une analyse multivariée avait été menée afin d'identifier les contraintes de travail associées à ces troubles. Il s'agissait principalement de la pression temporelle, de possibilités insuffisantes d'entraide et de la peur de perdre son emploi. Ces différentes observations ont conduit l'établissement à mettre en œuvre des mesures de prévention ciblées sur les indicateurs spécifiques mis en évidence.

Discussion

L'utilisation de comparaisons, par exemple entreprise vs secteur d'activité, secteur d'activité vs autres secteurs est une méthode intéressante dans l'objectif d'inciter à améliorer les conditions de travail. Il faut cependant ne pas oublier que ces comparaisons doivent être prises avec précaution. Les moyennes auxquelles on se réfère ne constituent pas des objectifs à atteindre mais indiquent

le niveau où se trouvent d'autres groupes de travailleurs. Par exemple, être dans la moyenne, voire « meilleur », ne signifie pas toujours que la contrainte soit acceptable et qu'une action de prévention n'est pas nécessaire.

D'autre part, la possibilité de relier les indicateurs de conditions de travail et la santé représente un élément important dans la compréhension des contraintes de travail liées à la santé (que ces contraintes induisent des problèmes de santé ou que ces contraintes représentent une difficulté supplémentaire en cas de problème de santé).

Enfin, Evrest permet de réaliser des enquêtes à différentes dates (enquêtes transversales) mais aussi à différents temps dans la vie professionnelle des mêmes salariés (enquêtes longitudinales de cohorte), ce qui est important pour l'évaluation des résultats de plans de prévention [7].

Conclusion

L'observatoire Evrest s'avère être un outil de prévention intéressant à plusieurs niveaux, que ce soit au niveau national, tous secteurs confondus, à l'échelon d'un secteur ou d'un groupe de travailleurs jusqu'au niveau de l'entreprise, voire à des niveaux encore plus fins comme ceux des ateliers de travail.

Références

1. Bardouillet M-C, Buisset C, Bardot F, Molinié A-F, Leroyer A. L'observatoire Evrest, une démarche de mise en place d'indicateurs collectifs en santé au travail. Document pour le Médecin du Travail, 2011, N°126, 213-223.
2. Leroyer A, Molinié A-F, Buisset C, Archambault C, Volkoff S. et les membres de l'Equipe Projet Nationale Evrest. Mise en place d'un observatoire pluriannuel par questionnaire en Santé au Travail : le dispositif Evrest. Santé Publique, 2008, suppl.3 : 49-56.
3. Molinié A-F, Leroyer A. Suivre les évolutions du travail et de la santé : Evrest, un dispositif commun pour des usages diversifiés. Pistes, 2011, 13(2).
4. Evrest. <http://evrest.istnf.fr>. Consulté le 1/7/2020.
5. Molinié AF, Equipe Projet National Evrest, Rollin L. « Evrest résultats : travailler à l'hôpital, quels enjeux avec l'avancée en âge ? » <http://evrest.istnf.fr/page-33-0-0.html#menu>. Consulté le 1/7/2020.
6. Lesueur N, Gehanno JF, Lefebvre A, Michelot F, Leroyer A, Rollin L. Facteurs de risques psychosociaux et état de santé du personnel hospitalier : Une étude comparative dans un centre hospitalier universitaire français. Sciences & Bonheur, 2020, 4(1), 54-72.
7. INRS-Anact. Précis d'évaluation des interventions en Santé au Travail – pour une approche interdisciplinaire appliquée aux RPS et TMS, Octarès, Toulouse, 2017.

Otalgies du personnel navigant commercial : principaux déterminants relevés dans l'étude de 470 cas d'une grande compagnie aérienne et conséquences pour la prévention.

Dr Michel KLERLEIN, Service de Santé au Travail, Air France

Mme Catherine CORBEL, Direction Santé Sécurité Qualité de Vie au Travail, Air France

Contexte

Une précédente étude avait permis de définir que les otalgies étaient pour le personnel navigant (PN), la première cause d'accidentologie au travail.

En 2017, le taux de fréquence des accidents de travail pour otalgies est de 22 pour le personnel navigant commercial (PNC) (549 otalgies pour 24 522 167 heures travaillées) et de 10 pour les pilotes (79 otalgies pour 7 859 432 heures travaillées).

Un questionnaire a été mis en place dans le but de :

- Confirmer les hypothèses initiales, et notamment les raisons invoquées par les PN pour partir en vol bien que se sachant susceptible d'avoir une otalgie
- Comprendre l'influence des conditions travail des personnels navigants sur les otalgies, et notamment les expositions au froid.

Méthodes

Un questionnaire a été élaboré sous Interview® et envoyé par la médecine du travail de façon anonyme à l'ensemble des personnels navigants (pilotes ou PNC) ayant déclaré une douleur aux oreilles sur la période septembre 2018 à mai 2019.

Les données recueillies ont été traitées par tri à plat sous Excel.

Résultats

Sur les 957 personnes à qui le questionnaire a été envoyé par le biais de l'outil Interview®, 470 personnes ont répondu, soit un taux de réponse de 49%.

Les 470 répondants ont les caractéristiques suivantes : 74% de femmes et 26% d'hommes (contre 68% de femmes et 32% d'hommes dans la population PNC)

46% de répondants travaillent sur Long Courrier, ce qui semble indiquer que la problématique otalgie n'est pas limitée au secteur du Court- et Moyen-Courrier

- *Déclenchement de l'otalgie*

Pour 90% des répondants, l'otalgie s'est déclenchée pendant le vol. Et majoritairement sur les premiers (43%) et second (35%) tronçons.

- *Connaissance des moyens de prévention*

66% des répondants précisent que le sujet otite barotraumatique a été abordé par le médecin lors de la visite médicale. Les répondants du MC/CC estiment à 72% avoir été informés, contre 61% des répondants du LC.

- *Motifs de non consultation avant vol*

- La première raison invoquée est l'absence de symptômes évidents
- La crainte d'une déstabilisation du planning est également une raison essentielle pour 70% des répondants.
- La perte financière et l'évolution de carrière sont également des raisons plus importantes pour les femmes.

- *Contre-mesures*

81% des répondants qui ont perçus des symptômes avant départ ont utilisé une contre-mesure. Une large majorité a utilisé l'automédication (58%) ou le système connu sous le terme « Oreilles de Mickey »

- *Facteurs de risques*

- Manger lors de la descente : 51% des répondants considèrent que manger en descente constitue un risque
- Exposition au froid : 73% des répondants déclarent avoir été exposés au froid lors de la mission. Les femmes se déclarent encore plus incommodées par le froid que les hommes (75% contre 64%).
- L'interdiction de l'APU (réacteur auxiliaire) au contact des aérogares qui ne permet pas le chauffage de la cabine
- Les descentes rapides
- L'oubli de l'annonce début de descente
- Le contact avec les clients, les collègues avec transmission facilitée des pathologies infectieuses
- Le programme densifié, sans période de pause au retour à la base principale

- *Connaissance des dispositifs de prévention*

Concernant la connaissance du dispositif de prévention, on observe une dynamique marquée suivant l'âge/ ancienneté des répondants.

- Les moins de 35 ans se distinguent avec une connaissance très nettement inférieure des dispositifs : vidéos, forums, risques métiers, manager, secteur, numéros d'urgence, référentiel SST.
- Concernant le genre, aucune différence sur la connaissance du dispositif de prévention, à l'exception marquante des forums de prévention, que 76% des femmes interrogées déclarent connaître, contre seulement 56% des hommes.
-

Conséquences pour la prévention

1- Améliorer l'efficacité du dispositif de prévention

Améliorer la visibilité du dispositif de prévention des otalgies, en clarifiant pour chaque média / support : les objectifs, cibles et messages. Prévoir une offre dans les forums qui soit également adaptée aux hommes.

2- Clarifier « l'offre médicale »

Inciter les PN à se faire prescrire un traitement en amont, et en cas de récurrence à être suivis par un ORL.

Diffuser les « règles » et possibilités de consulter à toutes les étapes du parcours du PN. Améliorer l'accès à un test (préciser les lieux où cela peut être fait sur le parcours PN, comment agir en cas de doute, ...). Envisager de mettre à disposition un appareil sur le circuit départ.

3- Veiller à la prise en compte de la Santé et la Sécurité au Travail dans les arbitrages avec le domaine environnement

4- Traiter la problématique du froid

Compléter le dispositif de prévention par la prise en compte des problématiques spécifiques au LC (Air Chiller) et au CC/MC (portes ouvertes). Autoriser le port de l'écharpe ? Autres dispositifs.

5- Envisager une règle de stabilité planning en cas de retrait

Améliorer les règles afin de garantir une « vraie » stabilité planning en cas d'arrêt maladie pour otalgie, et statuer sur les impacts RH (carrière, etc.) des arrêts maladie répétés.

6- Tester des dispositifs innovants : rechercher l'impact potentiel du port des bouchons individuels moulés en phase de descente pour lisser les gradients de pression.

Actions de prévention en santé au travail : évaluer pour valoriser.

Charles PARMENTIER, chargé de mission, Anact

Les démarches de prévention et d'amélioration des conditions de travail n'échappent pas aux questions qui se posent concernant l'évaluation des politiques publiques, que ce soit pour justifier l'usage des fonds qui y sont destinées ou pour s'assurer de l'efficacité des méthodes employées. La diversité des contextes d'actions ainsi que la nature des effets attendus des démarches de prévention rendent cependant difficile l'élaboration de méthodes d'évaluation qui paraissent pertinentes aux yeux des acteurs qui les mettent en œuvre. L'Anact a conduit plusieurs projets sur l'évaluation : sur l'évaluation des actions internes des entreprises (en partenariat avec l'université de Laval au Québec), sur l'évaluation des interventions de prévention des RPS et TMS (en partenariat avec l'INRS), et plus récemment sur l'évaluation des démarches «Qualité de Vie au Travail». Ces travaux ont permis de proposer des démarches de prévention adaptées aux besoins des acteurs de la prévention mais aussi et surtout de tirer des enseignements sur l'évaluation dans le domaine de la santé au travail. Après avoir rappelé les différentes formes possibles d'évaluation, nous présenterons les principaux enseignements issus de ces travaux. En premier lieu l'importance de distinguer ce qui relève des processus mis en œuvre d'une part, et les résultats obtenus d'autre part. En second lieu, il est important de rappeler qu'il faut identifier la succession chronologique des effets attendus d'une action, pour adapter le contenu de l'évaluation en fonction du moment où elle se réalise. En troisième lieu, les démarches d'évaluation imposent de croiser le regard d'acteurs différents qui n'auront pas les mêmes attentes ni les mêmes représentations de l'action conduite et des effets attendus. Si cette dimension plurielle de l'évaluation lui donne de la légitimité, elle montre aussi les limites d'une évaluation qui se voudrait «objective». En conclusion, il s'agit de montrer que si l'évaluation est une contrainte qui s'impose de plus en plus aux acteurs de la prévention, elle peut être une occasion de mettre en évidence l'intérêt des actions mises en œuvre et les évolutions qu'elles ont favorisées. Cette valorisation des actions par l'évaluation peut être utile aux acteurs de la prévention, aux commanditaires et financeurs, ainsi qu'aux bénéficiaires (entreprises, associations et établissements publics).

L'évaluation économique pour favoriser la prévention : comment mobiliser différents niveaux d'acteurs.

Christian TRONTIN & Bertrand DELECROIX, Laboratoire Gestion et Organisation pour la Santé et Sécurité au Travail, Département Homme au Travail, INRS

Depuis plusieurs années, l'INRS développe et mobilise différentes approches de l'évaluation économique pour inciter les entreprises à intensifier leurs pratiques de prévention en montrant que celles-ci peuvent leur permettre d'améliorer leur performance économique. Chaque approche s'adresse à un acteur partie prenante, interne ou externe à l'entreprise.

Cette communication vise à présenter trois de ces approches et l'usage qui peut en être fait pour inciter les entreprises à engager ou intensifier leurs pratiques de prévention.

1/ L'évaluation du coût total des accidents du travail ou des maladies professionnelles

Il est d'usage de considérer que le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles est constitué de deux dimensions : le coût direct et le coût indirect. Le coût direct représente le montant des frais pris en charge par la cotisation AT/MP réglée par l'entreprise. Le coût indirect concerne les dépenses assumées par l'entreprise (remplacement de la victime, pertes et retards de production, frais administratifs liés à la gestion de l'accident...).

Pour celles de petite taille, le coût direct supporté par les entreprises n'est pas dépendant de la fréquence ou de la gravité des sinistres. Aussi ces entreprises peuvent avoir l'impression de ne pas être impactées, en termes de coût par la survenue d'un sinistre, et ainsi ne sont pas incitées à s'engager dans des démarches de prévention. En revanche, le coût indirect est supporté par toutes les entreprises et lors de la survenue de tout sinistre.

Certains coûts sont cependant difficiles à évaluer, même s'ils occurred effectivement, tels que les coûts liés à l'altération du climat social dans l'entreprise, la perte d'image de l'entreprise, la perte de parts de marché...

Ces évaluations permettent de proposer aux entreprises plusieurs indicateurs :

- Le coût global supporté par l'entreprise
- Le coût par jour d'arrêt suite à AT
- Le ratio coût direct / coût indirect

Dès lors, proposer à l'entreprise des méthodes d'évaluation des coûts liés aux AT/MP pourra lui révéler une source d'économie non négligeable.

2/ Les « analyses coût-bénéfice » pour mesurer le retour sur investissement de projets de prévention

Les analyses coût-bénéfice (ACB) peuvent être mobilisées par le préventeur, comme outil d'aide à la décision pour éclairer le décideur vers une solution optimale en prévention. Les ACB consistent à mesurer la rentabilité espérée d'un investissement. Dans le domaine de la prévention des risques professionnels, il s'agit d'identifier l'ensemble des coûts d'un projet de prévention (d'une population particulière, contre un type de risque particulier) et les bénéfices espérés.

Parmi les postes de coût, on distingue les investissements matériels (achat de matériel, coûts architecturaux, maintenance...) et immatériels (liés au temps passé sur le projet, la formation, le suivi...).

Parmi les bénéfices espérés, le premier et le plus important à considérer est celui lié à la réduction de la sinistralité. En effet, l'objectif d'un projet de prévention est de réduire la sinistralité soit d'une population particulière, soit liée à un risque particulier. L'évaluateur aura besoin de l'expertise du préventeur ou de retours d'expériences de projets analogues déjà réalisés dans des activités similaires pour identifier la réduction de sinistralité espérée. Celle-ci sera évaluée par la réduction espérée du nombre de jours d'arrêt de travail suite à un AT, et valorisée selon la méthode développée ci-dessus. D'autres bénéfices peuvent être considérés : gains de productivité, gains de qualité, gains liés à la réduction de l'absentéisme ou du turn-over.

Si identifier les coûts d'un projet est relativement simple, lui associer des bénéfices est parfois plus complexe. Il est nécessaire, pour proposer une évaluation pertinente et estimée au plus juste, de pouvoir justifier du lien de causalité entre l'investissement et les bénéfices. En effet, la réduction de la sinistralité est-elle bien uniquement due au projet de prévention, ou à d'autres facteurs ? La question se pose également pour les gains en productivité, en qualité, ou en réduction de l'absentéisme. Une démarche prudente conduit bien souvent à une surestimation des coûts et surtout une sous-estimation des bénéfices.

L'évaluation ACB fournit essentiellement deux indicateurs :

- Le retour sur investissement indique la durée à partir de laquelle l'investissement a été rentabilisé, c'est-à-dire la période nécessaire pour que les gains couvrent l'ensemble des coûts
- Le bénéfice net indique, pour une période donnée, les gains nets permis par l'investissement en prévention.

Nous montrerons par un exemple comment cet outil a été particulièrement mobilisé par un service prévention dans un hôpital pour justifier le choix entre deux projets visant à réduire la sinistralité due au tirer-pousser d'une équipe de brancardiers, le premier particulièrement coûteux mais prometteur en termes de réduction de sinistralité, et le second très peu onéreux, mais dont les préventeurs attendaient une faible réduction de sinistralité.

Cet outil d'évaluation constitue un dispositif utile au préventeur comme aide à la décision du financeur des projets de prévention.

3/ Les analyses économétriques du lien entre prévention et performance

L'INRS mène actuellement plusieurs évaluations économétriques pour renforcer les messages des fédérations professionnelles et des pouvoirs publics en faveur de la prévention des risques professionnels.

Ces analyses, menées à un niveau macro et dont les résultats sont actuellement en cours de traitement, visent à évaluer le lien entre d'une part l'effort de prévention des risques professionnels menés par les entreprises et leur performance économique d'autre part.

Ces évaluations économétriques mobilisent des bases de données volumineuses et vont tester la validité de modèles élaborés par l'INRS et fondés sur des théories économiques. Trois niveaux d'évaluation sont en cours :

- Au niveau européen, en utilisant des bases de données EUROSTAT rassemblant les données des différents pays de l'Union européenne, nous analysons le lien entre la sinistralité (nombre d'AT) et la productivité du travail, mesurée par le rapport entre la valeur ajoutée et le volume d'emplois. La limite de ce travail réside notamment par la qualité hétérogène des données disponibles selon les pays.
- Au niveau national, en mobilisant les données sectorielles fournies par l'INSEE et la CNAM, nous testons le lien entre la fréquence et la gravité des AT/MP et la performance économique, mesurée par des indicateurs tels que la valeur ajoutée par travailleur, ou des indicateurs de rentabilité.
- Par ailleurs, sur l'ensemble des entreprises françaises, identifiées par le SIRET, nous utilisons et mobilisons les données économiques fournies par l'INSEE, appariées avec les données de sinistralité de la CNAM et les données de l'enquête Conditions de Travail de la DARES pour évaluer le lien entre les pratiques de prévention des entreprises et leur performance économique.

Montrer un lien positif entre prévention des risques professionnels et performance économique pourra constituer un argument important pour les pouvoirs publics ou les représentants des entreprises (syndicats, fédérations professionnelles) pour élaborer des campagnes de sensibilisation et d'incitation à la prévention.

Une limite de ces analyses cependant réside dans l'écueil à déterminer le lien de causalité entre les mesures de prévention et de performance économique : le lien est simplement stipulé par le modèle économique théorique testé.

Conclusion

L'usage de l'évaluation économique de la prévention est un argument important à mobiliser auprès des entreprises pour les inciter à renforcer leurs pratiques de prévention. L'évaluation du coût global des accidents du travail peut être un indicateur, pour le gestionnaire de l'entreprise, d'une source de coûts à surveiller et mieux maîtriser. Ce surcoût peut notamment être maîtrisé par une meilleure prévention. C'est d'ailleurs l'objet des analyses coût-bénéfice d'estimer quelles seront les solutions de prévention les plus rentables à mettre en œuvre. Cet outil est cependant à utiliser avec attention et précaution, puisque si la prévention peut constituer un levier de performance économique, c'est bien la réduction de la sinistralité qui doit en être le premier objectif.

ADEREST 

Association pour le Développement des
Études et Recherches Épidémiologiques
en Santé Travail