



**Master Pilotage des Politiques et des
Actions en Santé Publique**

Promotion : **2009 -2010**

Date du Jury : **Juin 2010**

**La place des mutuelles dans la
démarche de prévention et de
promotion de la santé réalisée auprès
des entreprises**

Clémentine BRENEOL

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Marick FEVRE mon maître de stage, à la mutuelle SMP Radiance pour son accueil, sa disponibilité et pour tout ce que j'ai appris en travaillant à ses côtés.

De même, je remercie Eric Legrand, chargé d'enseignement à l'EHESP qui m'a accompagné tout le long de la réalisation de mon mémoire.

Je remercie très sincèrement les personnes de SMP Radiance, qui m'ont réservé un très bon accueil et qui m'ont fait découvrir les différentes activités de la mutuelle.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour me recevoir en entretien et répondre à mes questions.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	1
Introduction	1
Première partie : Vers la prévention et la promotion de la santé : penser la diversification du champ mutualiste.	6
Chapitre 1 : Une activité régie par l'histoire	6
1.1.1 Les premières formes de mutuelles	6
1.1.2 Les mutuelles, de la Révolution Industrielle au début du XXème siècle	7
1.1.3 La mise en place des Assurances Sociales en France	8
1.1.4 La naissance de la Sécurité Sociale en 1945	9
Chapitre 2 : Les mutuelles au sein du système de santé actuel	10
1.2.1 Les mutuelles, des assureurs de la complémentaire santé	11
1.2.2 Les mutuelles, une fonction de régulateur dans le parcours de soins coordonné	12
1.2.3 La prévoyance	13
1.2.4 Les Services de soins et d'accompagnement mutualistes	14
Chapitre 3 : Les mutuelles face à un nouveau contexte d'exercice : vers plus de concurrence	14
1.3.1 Les mutuelles dans l'Union Européenne : mutations et nouveaux défis	15
1.3.2 La mutualité française, son organisation et sa gouvernance	17
1.3.3 Les mutuelles d'assurance et les institutions de prévoyance	19
1.3.4 Les mutuelles comme acteurs de prévention et promotion de la santé : une activité nouvelle, des financements dédiés	21
1.3.5 Le choix des interventions dans le champ de la prévention et promotion de la santé	25
Seconde partie : Les principes de construction de la démarche préventive et de promotion de la santé en entreprise	30
Chapitre 1 : Les concepts de prévention et de promotion de la santé	31

2.1.1 Vers une définition positive de la santé	31
2.1.2 La prévention	32
2.1.3 L'éducation pour la santé	33
2.1.4 La promotion de la santé	34
Chapitre 2 : Appréhender la prévention et la promotion de la santé en milieu du travail	35
2.2.1 La politique de santé au travail en France	37
2.2.2 Quelle législation en matière de santé au travail	40
2.2.3 L'inscription de la santé au travail dans la santé publique	45
2.2.4 Quels sont les acteurs de la prévention en entreprise ?	46
Chapitre 3 : La place et la légitimité des mutuelles dans la démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises	56
2.3.1 Les mutuelles, des acteurs reconnus	56
2.3.2 L'impact du marché des contrats collectifs	58
Troisième partie : Exemple d'implication d'une structure dans la mise en place d'une démarche de prévention en entreprise : la mutuelle Radiance.	61
Chapitre 1 : Les enjeux et les freins de la démarche de prévention en entreprise	61
3.1.1 Les enjeux de la démarche de prévention en entreprise pour les mutuelles	61
3.1.2 Des inégalités entre les grandes et les petites entreprises	64
3.1.3 La santé, un besoin mis à mal ?	66
Chapitre 2 : Des atouts multiples au service des objectifs de la démarche	67
3.2.1 Une connaissance des partenaires œuvrant dans le champ de la santé au travail : l'exemple de la journée d'information et d'échange sur la prévention des RPS	67
3.2.2 Un atout territorial : une relation de proximité	70
3.2.3 La maîtrise des moyens de communication	71
3.2.4 Une approche innovante	71
3.2.5 Les mutuelles, un poids financier non négligeable	72
Chapitre 3 : Un outil au service de la valorisation de l'entreprise	74

<i>3.3.1 Une reconnaissance auprès des acteurs économiques</i>	74
<i>3.3.2 Une reconnaissance auprès des acteurs de la santé au travail</i>	77
<i>3.3.3 Quelles thématiques et quelles modalités d'actions pour les mutuelles, dans la démarche de prévention et de promotion de la santé ?</i>	79
Conclusion	83
Bibliographie	85
Liste des annexes	88

Liste des sigles utilisés

ACP : Autorité de Contrôle Prudentiel

ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

ARACT : Association Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CE : Comité d'Entreprise

CGT : Confédération Générale du travail

CMR : Cancers chimiques cancérogènes, mutagène

CMU : Couverture maladie universelle

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DIRECCTE : Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DRASS : Direction Départementale des Actions Sanitaires et Sociales

DRP (CRAM) : Département des Risques Professionnels de la CRAM

FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IPP : Incapacité Permanente Partielle

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

MFB : Mutualité Française Bretagne

MIRTMO : Médecin Inspecteur Régionale du travail et de la Main d'œuvre

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PME : Petites et moyennes entreprises

PRSE : Plan Régional de Santé Environnement

PRSP : Plan régionale de Santé Publique

PRST : Plan Régionale de Santé Travail

PST : Plan Santé Travail

RPS : Risques Psychosociaux

SST : Service de Santé au Travail

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

Les mutuelles sont définies juridiquement comme des organismes régis par le Code de la Mutualité. Elles sont définies comme des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Les mutuelles « *mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie* » (article L 111-1 du Code de la Mutualité).

Les mutuelles se distinguent des sociétés d'assurance sur quatre points principaux : la solidarité, la liberté, la démocratie et la responsabilité :

- Les **mutuelles fonctionnent sur le principe de la solidarité** entre tous les adhérents. Dans une mutuelle, le risque maladie est mutualisé et les coûts répartis de manière solidaire : chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Combattant l'exclusion et la discrimination, les mutuelles ne sélectionnent pas leurs adhérents. L'accès à une mutuelle ne peut être refusé sous prétexte de son âge ou pour des raisons de santé.
- Les mutuelles se caractérisent également par **leur mode de fonctionnement démocratique** : elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer, les garanties sont définies par l'assemblée générale des adhérents. Leurs représentants sont élus par des adhérents selon la base du fonctionnement démocratique : "Une personne, une voix".
- **La liberté**. Les mutuelles sont des sociétés de personnes, libres d'adhérer et d'agir ensemble. Elles sont indépendantes de tout pouvoir politique, financier, syndical ou philosophique.
- **La responsabilité**. Le mouvement mutualiste cherche à responsabiliser les personnes et à faire de chacun un acteur de sa santé. Il fait preuve de transparence et de rigueur dans le fonctionnement de ses institutions

La création de la Sécurité sociale en 1945, a bouleversé l'activité des mutuelles mais ces dernières ont su s'adapter pour devenir des organismes majeurs de l'assurance maladie complémentaire, en France. Cependant, avec la construction de l'Union Européenne, la concurrence s'est considérablement accrue sur le marché de la complémentaire santé avec de nombreux acteurs comme les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance, et les banques. Les mutuelles n'ont pas pu réussir à faire reconnaître leurs spécificités par l'Union Européenne et de ce fait, elles sont soumises aux mêmes contraintes que les organisations marchandes. Ainsi, en 2002, un nouveau Code de la mutualité a été adopté, celui-ci modifie l'ensemble des règles applicables aux mutuelles (instances, statuts, offre, partenariats et règles prudentielles). Ayant des contraintes budgétaires, de plus en plus importante, les mutuelles se voient dans la nécessité d'opérer des fusions et des regroupements pour s'imposer face au secteur à but lucratif ;

Dans ce contexte, les mutuelles doivent redéfinir des stratégies commerciales de développement, des spécificités pour s'imposer sur ce marché afin d'attirer de nouveaux adhérents et de fidéliser les anciens, tout en sauvegardant leurs principes de solidarité et de démocratie. Dans cette logique, les mutuelles proposent de nouveaux services à leurs adhérents, tel que la prévention et la promotion de la santé. Ainsi, « *les mutuelles conduisent, seules ou en partenariat avec d'autres groupements, des actions de prévention* », précise la Charte d'engagement de la Mutualité française.

Le concept de prévention est classiquement défini comme « *l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* »¹. Cependant, cette notion axée sur la pathologie est perçue aujourd'hui comme trop restreinte et s'intègre dans le concept de « promotion de la santé » tel qu'il est défini dans la Charte d'Ottawa de 1986 : « *la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et améliorer celle-ci [...]. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être*² ».

¹ « Prévention et promotion de la santé », JL. San Marco et P. La moureux, in *Traité de santé publique*, 2004, p.125

² Cf. Charte d'Ottawa en annexe

En France, la démarche de prévention et de promotion n'est pas beaucoup développée en comparaison avec d'autres pays comme la Belgique et le Québec. En effet, le système de santé français n'a pas été conçu ni aménagé pour prendre en charge, l'objectif de « prévention et de promotion de la santé » dans l'organisation des soins primaires. La structuration des acteurs, leurs modes de négociation, principalement tournés vers les tarifs et les filières de soins, privilégient d'autres préoccupations. Les Caisses de sécurité sociale ont largement tendance à se polariser sur « la gestion du risque ».

Une étude publiée par la DRESS témoigne de cela : Les dépenses de prévention, y compris celles incluses dans la consommation de soins, atteignent en 2005 la somme de 12 milliards d'euros, soit 0,7% du PIB, contre 10,5 milliards en 2002.

Dans ce système de santé basé sur une approche curative, les mutuelles ont dépassé leur rôle traditionnel de complémentaire santé pour investir le champ de la prévention aux côtés de multiples acteurs. Mais, depuis quelques temps, les mutuelles investissent un nouveau segment celui de la prévention en entreprise. Dès lors il convient de s'interroger sur la place spécifique qu'elles peuvent avoir étant donné le nombre déjà important d'acteurs dans le champ de la santé au travail. Dans quelle mesure les mutuelles ont-elles actuellement une légitimité pour agir dans ce domaine ?

Pourquoi les mutuelles souhaitent-elles développer une démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises ? Quels sont les enjeux ? Et quelles difficultés peuvent-elles rencontrer ?

Afin de réfléchir sur cette problématique, nous prendrons l'exemple de la mutuelle SMP Radiance, qui est le lieu où je réalise mon stage de fin d'études.

SMP Radiance est une mutuelle interprofessionnelle régie par le livre II du Code de la mutualité. Elle protège 65 000 personnes dont 50 000 en contrat individuel et 15 000 en contrat collectif. Cela représente 7% de la population en régime complémentaire sur le Morbihan et l'Ile et Vilaine.

La mutuelle Radiance est née en 1989 de la volonté de plusieurs mutuelles régionales de constituer une alliance pour mieux répondre aux attentes des adhérents. Actuellement, l'union Radiance est composée de 10 mutuelles qui sont soit des mutuelles membres, soit des mutuelles partenaires. SMP Radiance est une mutuelle partenaire, ce qui la rend indépendante et autonome vis-à-vis de l'union. L'appartenance à l'union lui permet de

commercialiser des produits communs en matière de protection sociale, d'avoir une communication collective (exemple, les spots TV), et aussi d'avoir un système informatique uniforme. Le regroupement au sein d'une union permet donc des économies d'échelle ainsi qu'un poids et une représentation plus importante face à la concurrence.

En Bretagne, historiquement les mutuelles ont été créées à Vannes et à Rennes en 1947. En 1969, ces deux mutuelles géraient l'assurance maladie des artisans et commerçants au travers d'un conventionnement auprès du RSI pour la région Bretagne (délégation de gestion). En 1989, elles élargissent leur métier à la prévoyance et à l'épargne, puis à la gestion des garanties en entreprises. En 1990, elles créent le Groupe Mutuelle Action et en 2003, elles décident de leur avenir au sein de Radiance. Le 1^{er} janvier 2005, CPSM et SMPIV fusionnent pour donner naissance à SMP Radiance et le 1^{er} janvier 2006, l'union Radiance a fusionné avec l'uni mutualité pour devenir Radiance Groupe Apri et depuis peu Radiance Groupe Aprionis. Radiance constitue ainsi le pôle mutualiste du groupe. Ce dernier permet notamment à Radiance d'accéder aux produits de prévoyance et de retraite.

Méthodologie

La méthode utilisée pour l'élaboration de ce mémoire s'appuie sur plusieurs axes : une revue bibliographique pour les données historiques, législatives et explicatives, des entretiens avec des acteurs du champ de la santé au travail, la direction de SMP Radiance, des personnes de la Mutualité Française Bretagne, et également sur ma mission de stage, qui consiste à appréhender de quelles façons la mutuelle SMP Radiance peut développer des actions de prévention auprès des entreprises.

Annonce de plan

Dans une première partie, nous reviendrons sur les évolutions auxquelles ont été confrontées les mutuelles et leur nécessaire diversification. Cette diversification ayant conduit les mutuelles à développer une politique de prévention.

Dans une deuxième partie, nous étudierons la politique de santé au travail de la France et la construction d'une démarche de prévention et de promotion de la santé en entreprise.

Enfin, dans une troisième partie, nous analyserons l'exemple de l'implication de la mutuelle SMP Radiance dans la démarche de prévention en entreprise.

Première partie : Vers la prévention et la promotion de la santé : penser la diversification du champ mutualiste.

Chapitre 1 : Une activité régie par l'histoire

« Le détour par l'histoire nous permet de mieux saisir les obstacles qu'ont rencontrés les mutuelles pour se positionner dans un système de protection fondé sur des mécanismes d'obligations. Les difficultés ont moins résulté d'un déficit de connaissances ou de moyens techniques que d'un blocage culturel compréhensible de la part d'une institution de prévoyance volontaire »³

1.1.1 Les premières formes de mutuelles

Considérée comme le premier mouvement social français par son ancienneté, on trouve une référence à une société de secours mutuel dès l'an 1319. En effet, le tissu mutualiste s'organise au Moyen âge à partir des confréries, des corporations et du compagnonnage. Les confréries sont essentiellement impulsées par des gens d'église, et elles constituent une forme d'assistance aux plus pauvres dans une logique caritative. Ensuite, viennent les corporations qui vont règlementer la corporation jusqu'à la Révolution Française et où il existe une hiérarchie sévère et stricte entre les valets, les compagnons et les maîtres. A travers les corporations sont élaborées des formes de solidarités. La troisième composante, ce sont les compagnonnages qui apparaissent au XII-XIII siècles avec les grands travaux tels que la construction de cathédrales et qui regroupent l'élite artisanale qualifiée. Ces trois formes d'organisation ont jeté les bases des premières formes d'entraide, mais elles sont confrontées au XVIIIe siècle à la laïcisation de la société, à la remise en cause progressive des notions d'ordre, d'autorité et de hiérarchie. A cette période, un certain nombre de projets sociaux, notamment sur les questions de retraite et de maladie sont élaborés. En 1780, la première société de secours mutuel est créée, cela juste avant la Révolution Française. Cependant, la loi Le Chapelier

³ Jean-Pierre Davant - Introduction au livre de Gérard Amieux : la mutualité à la croisée des chemins ; Racines mutualistes, 1992

(1791), du nom de son auteur Guy Isaac Le Chapelier, député de Bretagne détruit toutes les formes d'organisation que s'est jusqu'alors donné le monde du travail : en particulier les corporations. Cette loi interdit toute forme d'organisation puisque désormais, il lui est totalement interdit de se structurer de façon autonome. Toutefois, le monde du travail le fait quand même dans le cadre des sociétés de secours mutuel qui prennent en charge obsèques et maladies, tout en menant des luttes revendicatives, telles que la révolte des Canuts à Lyon. La Loi Le Chapelier va perdurer pendant près d'un siècle : il faut attendre la loi Waldeck-Rousseau, votée en 1884, pour que les syndicats soient légalisés.

1.1.2 Les mutuelles, de la Révolution Industrielle au début du XXème siècle

C'est réellement avec la Révolution Industrielle, que les premières sociétés de secours mutuels se développent, vers 1820. Elles vont progresser assez sensiblement puisqu'en 1848, on compte environ 2000 sociétés regroupant 250 000 mutualistes, qui avec leur famille représentent 1,6 million de personnes.

Au lendemain de son coup d'Etat, Napoléon III met en place « une mutualité impériale » avec le décret du 26 Mars 1852. Alors que jusque là, les sociétés de secours mutuels ont vécu aux marges de la légalité, Napoléon III met en place une mutualité contrôlée par les notables et organisée, non plus sur une base professionnelle mais sur la base géographique de la commune. Ces « sociétés approuvées » bénéficient de nombreux avantages, mais au détriment de leur vie démocratique : elles sont dirigées par des membres bienfaiteurs, les notables, qui ne reçoivent aucune prestation, mais les adhérents n'y ont plus de responsabilité. En 1870, sur 5 700 sociétés existant en France, 4 200 sont des sociétés approuvées qui réunissent 670 000 personnes encadrées par 110 000 membres bienfaiteurs. Cette « mutualité impériale » représente un instrument de contrôle social des riches sur les pauvres, tout en contribuant à la médicalisation du pays par le biais de pratiques paternalistes.

Plus connue sous le nom de « charte de la mutualité », la loi de 1898 supprime le décret de 1852. Les mutualistes peuvent désormais mener librement leurs activités, pourvu qu'elles soient bien gérées, et se regrouper à tous les niveaux. Cette loi précise également la vocation de la Mutuelle : favoriser l'accès de tous à des soins et des services de qualité ; et définit les valeurs fondatrices de la Mutuelle : liberté, solidarité, démocratie et responsabilité. Elle institutionnalise la fonction de prévoyance des mutuelles. Forme d'organisation d'un groupe social homogène, elles s'identifient par leur activité

professionnelle. Elles assurent dès lors, les fonctions d'un assureur en versant, grâce aux cotisations de leurs adhérents, des prestations aux plus nécessiteux d'entre eux.

« La Charte de la Mutualité » va permettre d'élargir le champ d'action des Mutuelles et leurs permettre de s'organiser au plan national. En 1902, les mutualistes créent la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) au Musée social. *« Désormais, la mutualité est conçue comme un mouvement avec lequel il est possible de collaborer. [...] Intervient également le changement de politique, dans la mesure où les mutualistes effectuent leur républicanisations : ils comprennent que la République est installée pour longtemps et qu'il faut travailler avec elle. »*⁴

Dans ces années, l'Etat élabore un système de retraites ouvrières et paysannes (ROP) dans lequel les mutualistes craignent d'être marginalisés. Ce système organise l'assurance retraite pour les salariés de plus de 65 ans gagnant moins de 3 000 francs par mois. Instaurées en 1910, les ROP sont immédiatement frappées par la guerre. Alors qu'aujourd'hui, nous pouvons lire cette loi comme ouvrant la voie à la future Sécurité sociale, à l'époque, tout le monde l'a combattue (Sénat, la droite, l'Eglise, les paysans, les patrons et aussi les syndicalistes de la CGT).

En une quinzaine d'années, la mutualité élargit son implantation sur la base d'une symbiose avec les valeurs de la République radicale. Prônant la collaboration entre les classes, la mutualité croit pouvoir résoudre à elle seule la « question sociale ». En 1914, avec ses 3,5 à 4 millions d'adhérents, elle est dix fois plus puissante que la Confédération Générale du Travail (CGT). Mais seul un dixième de la population française adhère à une société de secours mutuel.

1.1.3 La mise en place des Assurances Sociales en France

En 1918, la France victorieuse récupère les départements d'Alsace –Lorraine (Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin), qui ont leur propre système d'Assurances sociales depuis la réforme de Bismarck (La plupart des pays d'Europe ont adopté un système d'Assurances sociales inspiré de celui mis en place par l'Allemagne, à partir des années 1880, la France le rejette). La France a alors deux solutions, soit supprimer le système d'Assurances sociales dans ces trois départements, ou le généraliser à la France entière. Dès 1918, la question des assurances sociales est donc posée par le gouvernement. La préparation des Assurances sociales ne prendra qu'une dizaine d'années, en revanche les discussions vont être longues concernant celui « *qui aura la plus grosse part de gâteau car*

⁴ Michel Dreyfus dans un entretien avec Charlotte Siney-Lange, Vie sociale, N°4, 2008

chacun craindra de se faire supplanté par d'autres »⁵ En effet, la FNMF est prête à coopérer avec l'Etat à condition que ses intérêts soient préservés.

En 1930, le système est mis au point sur la base d'un équilibre complexe entre l'Etat et les différents acteurs sociaux : mutualité, patronat, syndicat. D'une part, des caisses d'Etat vont être constituées (regroupent environ 60% des assurés) dans chaque département, mais les syndicalistes, le patronat et les mutualistes vont organiser, d'autre part, des caisses dites d'affinités (regroupant respectivement 11%, 9% et 20%). L'Etat n'ayant pas investis beaucoup de moyens dans les caisses départementales, il va alors chercher des personnes qui pourront les gérer, les mutualistes. Ces derniers président alors la quasi-totalité de ces caisses. « *Les Assurances sociales constituent un tremplin formidable pour la mutualité.* »⁶ En 1939, on dénombre entre neuf et dix millions de mutualistes, et les réalisations et œuvres de la mutualité se multiplient, notamment sous forme de cliniques chirurgicales. « *Comme les mutualistes le reconnaîtront eux-mêmes ultérieurement, en gérant les Assurances sociales, ils deviennent en quelques sortes un rouage de l'Etat et ils délaissent complètement tout le côté social et militant qu'ils avaient en 1914* »⁷.

1.1.4 La naissance de la Sécurité Sociale en 1945

L'instauration de la Sécurité sociale à la Libération déstabilise la mutualité, qui va farouchement s'y opposer car « *la généralisation de la protection sociale à l'ensemble de la population, dans le cadre d'un système unique, reposant, par son organisation et son financement, sur le lieu du travail, demeure à l'opposé des conceptions néolibérales toujours vivaces de la tradition mutualiste* ».⁸

L'action de la mutualité se réoriente alors vers la couverture complémentaire maladie, mais elle est également associée à la gestion du régime général et des régimes rattachés. L'ordonnance du 4 octobre 1945, prévoit en effet que les caisses peuvent créer des sections et faire appel aux sociétés de secours mutuels pour la gestion des dites sections. La loi du 19 Mars 1947, qui légalise l'accord entre la FNMF et la FNOSS (Fédération nationale des Organismes de Sécurité Sociale), ouvre la possibilité aux mutuelles de gérer la part obligatoire des prestations servies par le régime général. La mutualité intervient également dans la gestion des régimes d'assurance maladie des

⁵ Michel Dreyfus dans un entretien avec Charlotte Siney-Lange, Vie sociale, N°4, 2008

⁶ Michel Dreyfus dans un entretien avec Charlotte Siney-Lange, Vie sociale, N°4, 2008

⁷ Michel Dreyfus dans un entretien avec Charlotte Siney-Lange, Vie sociale, N°4, 2008

⁸ Bernard Gibaud, de la mutualité à la sécurité sociale, Paris, éditions ouvrières

travailleurs non-salariés, en concurrence avec d'autres assureurs. Tel est le cas de SMP Radiance qui a une délégation de gestion du RSI en Bretagne.

Après avoir craint de devoir disparaître devant cette forme de protection sociale obligatoire étendue, la mutualité s'y adapte peu à peu et en devient le meilleur défenseur. Cette transformation est due pour beaucoup à l'émergence de puissantes mutuelles de fonctionnaires et d'enseignants, ainsi qu'à la montée en puissance de la mutualité d'entreprise à partir des années 60. En effet, depuis les années trente, la Mutualité s'est réorientée vers le monde du travail qu'elle a recruté dans ses caisses d'assurances sociales : en gérant ces dernières, les mutualistes se sont alors rapprochés du monde de l'entreprise. En accompagnant ainsi la salarisation de la société française, les mutuelles d'entreprise se sont développées dans des secteurs économiques en expansion : automobile, chimie, électricité, métallurgie.

En 1967, la Sécurité sociale connaît sa première réforme avec les ordonnances « Jeanneney ». Avec l'allongement de l'espérance de vie, le développement des progrès médicaux et l'amélioration des retraites, la Sécurité sociale se trouve confrontée à des difficultés financières. Afin de favoriser une meilleure gestion, la Sécurité Sociale va alors être divisée en 3 branches : la CNAM gère la maladie, la CNAF la famille et la CNAV la vieillesse. De plus, Les ordonnances réaménagent également le fonctionnement du système puisque la répartition des sièges entre syndicats (75 %) et patronat (25 %) cède le pas au paritarisme, ce qui diminue le poids du syndicalisme. Par ailleurs, les élections aux organismes de la sécurité sociale sont supprimées, le ticket modérateur est relevé de 20 à 30% pour les honoraires médicaux, et les cotisations à la charge des salariés sont augmentées pour la première fois depuis 1945.

Dans la même année, la mutualité abandonne la notion de neutralité pour adopter celle, plus ouverte, d'indépendance, et se veut désormais un mouvement social à part entière. Dès lors, elle se rapproche des organisations syndicales ouvrières tout en se méfiant de plus en plus de la montée en puissance des compagnies d'assurances dans le champ des retraites puis de la maladie depuis la décennie 1970.

Chapitre 2 : Les mutuelles au sein du système de santé actuel

Au-delà, d'être un acteur de la complémentaire santé, les mutuelles sont devenues au fil des années, de véritables acteurs de santé publique.

1.2.1 Les mutuelles, des assureurs de la complémentaire santé

La complémentaire santé, constitue le cœur de métier des mutuelles. En effet, elle constitue 80% de l'activité des mutuelles tandis qu'elle représente 44% de l'activité des institutions de prévoyance et seulement 4% de l'activité des sociétés s'assurance. En effet, depuis la création de la Sécurité Sociale, la complémentaire santé est l'activité principale des mutuelles, même si elles tentent aujourd'hui de se diversifier face à la concurrence. Le métier de complémentaire santé peut être divisé en trois sous-métiers : l'activité d'assureur, l'activité de gestionnaire-conseil (opération de collecte des cotisations et de versement des prestations) et le métier de distributeur (vente de produits). Les mutuelles voient aujourd'hui, leur rôle de complémentaire santé prendre de l'ampleur face à la diminution de la prise en charge des frais de santé par la Sécurité Sociale. Entre 2004 et 2007, alors que le taux de prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance Maladie diminuait de 0,5 points, les mutuelles voyaient le leur augmenter de 0,3 points.

Le système de santé français connaît depuis plusieurs années des problèmes de financement. En effet, la Sécurité sociale a enregistré en 2009, un déficit de 24 milliards d'euros et en 2010, il devrait atteindre un montant record de plus de 30 milliards d'euros. En 2006, les dépenses de santé représentaient 11% du Pib. Les dépenses de santé augmentent plus rapidement que le revenu national. Face à cela, l'Etat mène depuis plusieurs années une politique de maîtrise des dépenses de santé qui passe notamment par un désengagement de la Sécurité Sociale en matière de remboursement des frais de santé. Ce désengagement a pour conséquence une augmentation du ticket modérateur et donc du reste à charge pour les assurés. On peut citer, l'instauration de la participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte ou consultation médicale, l'augmentation du forfait hospitalier qui est passé de 16 à 18 euros en 2009, les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux ou le transport sanitaire, et aujourd'hui l'Etat réfléchirait à la diminution de la prise en charge du remboursement de médicaments jugés "non indispensables", dont le taux de remboursement pourrait passer de 35 à 15%, pour certains d'entre eux.

Le ticket modérateur évolue donc à la hausse pour les assurés, cependant, en France ceux sont bien souvent les mutuelles qui prennent en charge ce reste à charge sauf pour les personnes qui ne peuvent payer une complémentaire santé. (Le désengagement de la Sécurité sociale est alors source d'inégalités sociales de santé, malgré la mise en place de la Cmu). Le marché de la complémentaire revêt alors une grande importance pour une

partie croissante de la population, ce marché s'en retrouve élargi pour les OCAM. Ainsi, en 2006, ce marché a enregistré une hausse de 6,4% et de 5,1% en 2007 ; depuis 2001, c'est un marché qui a progressé de 55,8%⁹.

Ainsi, selon une étude de l'IRDES, 93% des Français sont aujourd'hui couverts par une complémentaire. Selon cette même étude, le taux de couverture des dépenses de soins et de biens médicaux par l'assurance maladie obligatoire est de 78% environ. Une part de 13% est prise en charge par les complémentaires santé et les 9% restants sont à la charge des ménages. Cette dernière part est beaucoup plus importante pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé.

Alors que le système français de santé (avec la Sécurité sociale) constituait une spécificité française, nous voyons que ce système tend à se privatiser. En effet, dans les années à venir, il est vraisemblable que la part des soins et des biens médicaux remboursée par les organismes de la complémentaire santé va s'accroître de façon très importante. Les mutuelles ont ainsi l'opportunité de se développer de façon considérable. Si la Sécurité sociale ne parvient pas à faire face à ses difficultés, il semblerait préférable que ce soit les mutuelles qui en profitent pour se développer, plutôt que les compagnies d'assurance, qui n'ont pas de valeurs « sociales ». Nous le voyons déjà, le désengagement de la Sécurité sociale est source de l'accroissement des inégalités sociales de santé. La fin de ce système et le développement des compagnies d'assurance sur le marché de la complémentaire santé pourraient alors avoir des conséquences extrêmement négatives pour la lutte contre ces inégalités.

1.2.2 Les mutuelles, une fonction de régulateur dans le parcours de soins coordonné

Avec la loi du 13 Août 2004, un parcours de soins coordonnés a été mis en place pour les assurés. Effectivement, à partir de 16 ans tout assuré doit choisir un médecin traitant, ce qui lui permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré et le non-respect de ce parcours entraîne une majoration de 30% du ticket modérateur. Ce dispositif permet à la fois de mieux contrôler la circulation des patients au sein du système de santé et également d'améliorer le suivi du patient et la coordination des soins.

⁹ Marion Del Sol, maître de conférences en droit à l'université de rennes 1, La complémentaire santé individuelle et collective : bouleversements et interrogations, Revue de droit sanitaire et social 2008

Afin que ce dispositif puisse pleinement fonctionner, il était nécessaire de mettre en place une coordination entre le régime de base et les dispositifs complémentaires. Pour cela, des incitations fiscales et sociales ont vu le jour afin que les OCAM proposent des contrats « solidaires et responsables ». En effet, depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, puis de la circulaire du 11 Juillet 2006, les contrats de complémentaire santé peuvent bénéficier de l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA). Pour cela ces contrats doivent être «solidaires et responsables ».

Un contrat est « solidaire » lorsqu'il ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes qui souhaiteraient bénéficier de la couverture et lorsque les cotisations et les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Un contrat est qualifié de « responsable » lorsqu'il respecte le cahier des charges fixé par l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Ce cahier des charges exclu notamment la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro, celle des franchises médicales et aussi, la prise en charge de la majoration du ticket modérateur en cas de non désignation d'un médecin traitant ou de consultation de certains spécialistes sans consultation préalable du médecin traitant.

Ainsi, les contrats de complémentaire santé « responsables » remboursent, comme l'assurance maladie obligatoire, en fonction de la situation du patient : dans ou hors parcours de soins coordonnés.

1.2.3 La prévoyance

La prévoyance consiste à assurer la personne salariée contre l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès.

Conformément au Code de la Mutualité 2001, la FNMF ne pouvant plus porter directement des engagements d'assurance, a décidé de se restructurer. C'est ainsi que depuis 2002, la diffusion des produits d'épargne, de retraite et de prévoyance de la Mutualité française est assurée, par l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF) sous la marque Mutex. Cette union fédère 150 mutuelles environ. Pour cela, elle met à leur disposition les moyens (humains, techniques, financiers).

Les mutuelles ne sont pas seulement des acteurs de la protection sociale complémentaire, elles sont aussi, notamment par l'intermédiaire de la Mutualité française des acteurs du système de soins et du médico-social.

1.2.4 Les Services de soins et d'accompagnement mutualistes

La Mutualité française gère 2200 services de soins et d'accompagnement mutualistes (Ssam), qui sont animés par 25000 salariés. On peut distinguer le réseau de services de soins mutualistes et le réseau des services d'accompagnement mutualistes.

Le premier compte, 105 établissements hospitaliers, 64 centres de soins médicaux et infirmiers, 441 cabinets dentaires, 290 centres d'audition, 670 centres d'optique et services pour la basse vision, 61 pharmacies.

Le réseau des services d'accompagnement mutualistes compte 150 établissements et services pour les personnes handicapées, 172 établissements et services de la petite enfance, 329 établissements et services pour personnes âgées, 110 services de proximité à la personne.

Depuis les années 1970, les mutuelles détenaient un quasi monopole de l'assurance maladie complémentaire. La construction d'un droit européen aura eu comme conséquence d'introduire de la concurrence sur ce marché. Dans ce contexte alors concurrentiel, les mutuelles doivent faire face à des nouveaux défis, se diversifier et innover pour ne pas mourir.

Chapitre 3 : Les mutuelles face à un nouveau contexte d'exercice : vers plus de concurrence

La confrontation des mutuelles aux réalités économiques et juridiques de l'Europe est une histoire à la fois longue et mouvementée. Elle se cristallise pour l'essentiel sur les difficultés à obtenir du législateur européen une reconnaissance et une traduction juridique des spécificités mutualistes.

1.3.1 Les mutuelles dans l'Union Européenne : mutations et nouveaux défis

La difficile reconnaissance des spécificités mutualistes dans le droit communautaire

Au cours des années 1970, l'Union Européenne tente de jeter les premières bases d'un marché européen de l'assurance. Ainsi, sans se préoccuper du sort des mutuelles, les premières directives « assurances » sont adoptées en 1973 et 1979. Ces dernières permettent le libre établissement des entreprises d'assurance dans un pays de la CEE, sous réserve d'un agrément délivré par le pays d'accueil et du respect de certaines normes de solvabilité. Ces directives vont marquer le début d'une harmonisation entre les Etats-membres.

Jusqu'à la loi du 25 Juillet 1985 portant réforme au Code de la mutualité, les mutuelles sont quasi seules autorisées à pratiquer l'assurance maladie complémentaire. La nouvelle législation reconnaît la pluralité des acteurs dans ce domaine : compagnies d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles. Cette réforme officialise alors l'ouverture du secteur de la santé à la concurrence du marché. Pourtant, les mutuelles ne sont pas unanimes face à ces nouvelles dispositions : la FNMF défend l'ouverture à la concurrence tandis que la FNMT s'en défend. La Mutualité Française va tout faire pour voir aboutir ce projet.

Toutefois, cette même loi tend à protéger la spécificité de la mutualité puisqu'il « est interdit de donner toute appellation comportant les termes : « mutuel », « mutuelle », « mutualité » ou « mutualiste » à des organismes qui ne sont pas régis par les dispositions du présent code sous réserve des dispositions du code des assurances, qui autorisent les entreprises d'assurance à utiliser les termes de « mutuelle ». Dans ce cas elles doivent obligatoirement lui associer celui « d'assurance » ».

Quelques années plus tard, la loi Evin du 31 décembre 1989 confirme le principe de la mise en concurrence des gestionnaires potentiels de dispositifs de couverture sociale obligatoire et crée la Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance. Craignant d'être mise à mal par la concurrence européenne, la Mutualité Française en 1991 fait le choix de demander à entrer dans le champ des directives européennes afin de pouvoir accéder au nouveau marché de la protection complémentaire, tout en émettant des réserves afin de préserver sa spécificité. Elle souhaite par exemple bénéficier d'une exception pour ses œuvres sociales.

Les directives de troisième génération

Les directives de troisième génération de 1992 sont transposées dans le code des assurances par la loi du 4 Janvier 1994 et la loi du 8 Août 1994 fait de même pour les institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale. Reste à mener cette transposition pour les mutuelles du code de la mutualité. Les mutuelles françaises vont se mobiliser et retarder les procédures nécessaires à la transposition de ces directives. En effet, les directives de troisième génération comportent de nombreuses règles qui modifient substantiellement l'organisation et la gestion des mutuelles. En effet, elles imposent des règles de sécurité financières plus strictes afin que les mutuelles puissent mieux garantir leurs capacités à servir les prestations et de renforcer la protection des personnes assurées. Elles opèrent la séparation entre les activités d'assurance et les autres types d'activités, telles que les activités d'action sociale.

C'est en 2001, que la France suite à sa condamnation par la Cours de Justice des Communautés européennes pour non-transposition se retrouve dans l'obligation de procéder à cette transposition. Dès lors, ce nouveau droit symbolise une étape décisive pour la mutualité : tout en tentant de conserver ses principes de solidarité, elle doit se réorganiser afin de s'imposer sur le nouveau marché de l'assurance maladie complémentaire.

Les conséquences en France : un nouveau Code pour un nouveau marché

La réforme du code de la mutualité marque à nouveau un tournant significatif dans le fonctionnement des mutuelles. Adoptée le 19 Avril 2001, la loi portant réforme au Code de la mutualité est essentielle puisqu'elle modifie l'ensemble des règles applicables aux mutuelles (instances, statuts, offre, partenariats et règles prudentielles). Le nouveau code est composé de six livres, dont le premier définit la structuration des mutuelles et les deux livres suivants règlement les activités que peuvent exercer les mutuelles. Le mouvement mutualiste a dû accepter de séparer les activités d'assurance (Livre II) de celles à caractère sanitaire et social (Livre III).

Le Code de 2002 repose sur trois grands principes : le développement des règles de gestion des structures, le renforcement du contrôle financier des mutuelles et l'obtention d'un agrément. En effet, la nouvelle réglementation accentue les contrôles sur l'activité des mutuelles. Comme pour les sociétés d'assurance, elle les oblige à respecter deux types de

règles contraignantes : les mutuelles sont tenues de constituer des provisions techniques correspondant à leurs engagements et doivent disposer d'une marge de solvabilité¹⁰.

Peu à peu, les frontières entre les compagnies d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance s'effacent. Les mutuelles tentent alors de se présenter comme des alternatives crédibles et compétitives en sauvegardant leur éthique solidariste. Pour autant, le droit européen tend à apprécier l'organisme non au regard de sa nature mais au regard de l'activité pratiquée. L'édiction de règles communes avec les autres assureurs le témoigne. Cela va avoir pour conséquence un profond mouvement de restructuration.

Le nouveau Code impose aux structures mutualistes d'atteindre une taille critique sur le marché afin de garantir leur survie. Avec ce processus de regroupement, les mutuelles sont passées de 3000 entités en 2001 à un peu plus de 800 entités aujourd'hui.

Ces regroupements permettent notamment de réaliser des économies d'échelle, des investissements en commun comme le développement de services nouveaux (plate-forme d'appel, gestion informatisée des remboursements,...) mais ils ont deux conséquences sur la relation aux adhérents : cela remet en cause la proximité des caisses mutualistes sur le territoire et rend plus difficile le contrôle démocratique par les adhérents.

L'influence européenne ne s'est pas arrêtée en 2001 pour les mutuelles de santé. Le projet de nouvelles règles de solvabilité, dit « solvency II »¹¹, adopté le 10 juillet 2007 par la Commission Européenne, risque de se révéler plus décisif encore, notamment en accroissant les besoins en fonds propres. Avec ces règles, le contrôle interne qui vise notamment à une meilleure maîtrise des risques liés à l'activité, est renforcé au sein des mutuelles. A la mutuelle SMP Radiance, une personne est spécialement chargée de ce contrôle interne.

1.3.2 La mutualité française, son organisation et sa gouvernance

Aujourd'hui, le mouvement mutualiste est composé des mutuelles, des unions régionales et territoriales. A la tête de ce mouvement, la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF), présidée par Jean-Pierre Davant depuis 1992, représente les mutuelles et les unions qui la composent et défend leurs intérêts collectifs, moraux et matériels. Elle est en relation avec les pouvoirs publics et l'ensemble de ses parties

¹⁰ Les règles de solvabilité visent à garantir la capacité des organismes à couvrir les risques qu'ils assurent

¹¹ La directive européenne « solvabilité II » s'articule autour de trois piliers : des exigences financières renforcées (provisions techniques, sécurité des placements, ratios de solvabilité), un processus de surveillance prudentiel plus exigeant (organisation de la gouvernance, management des risques, dispositif permanent de contrôle interne) et une communication financière et prudentielle plus transparente (harmonisation des règles comptables,...). La date butoir de mise en application de la directive est en 2012.

prenantes, ainsi que les professionnels de santé. Elle contribue notamment à la cohésion et à la coordination des groupements adhérents.

Aujourd'hui, la mutualité française protège 38 millions de personnes, en rassemblant la quasi-totalité des mutuelles de santé existant en France, soit 700 mutuelles.

Depuis la réforme de la FNMF, adoptée le 12 décembre 2008 en assemblée générale extraordinaire, et qui était destinée « *à moderniser l'ensemble du mouvement mutualiste et à bâtir une organisation plus efficiente et plus réactive, compte tenu du rôle joué aujourd'hui par la Mutualité française dans notre système d'assurance maladie et du rôle qu'elle entend jouer demain* », la primauté des mutuelles de santé de Livre II est confirmée, puisqu'elles représentent désormais 70% des délégués à l'assemblée générale et 75% des membres du conseil d'administration.

Des conseils par nature d'activité ont été créés : le conseil des mutuelles santé (qui existait déjà avant la réforme), un conseil des services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM), et le conseil des mutuelles prévoyance retraite.

De plus, le rôle des unions régionales est renforcé, elles ont dorénavant en charge la mission fédérale et non fédérative en région. Cette mission reprend les anciennes missions fédératives, la prévention et la promotion de la santé, ainsi que la participation et la coordination de l'offre de soins et de services mutualistes en relation avec les unions territoriales. Les UR sont autonomes et indépendantes de la FNMF dans leur fonctionnement. Des délégations départementales (composées de 12 membres) sont créées dans chaque département afin de décliner la mission fédérale localement. Les mutuelles doivent maintenant verser leur cotisation fédérative à la fédération qui en reversera ensuite une partie aux unions régionales afin qu'elles puissent avec les délégations départementales remplir leurs missions.

En Bretagne, l'assemblée générale de la Mutualité Française Bretagne (Mfb) a adopté, le 3 novembre 2009, les nouveaux statuts de la Mfb en conformité aux statuts de la FNMF. Cette évolution des unions régionales est aussi la volonté d'être un interlocuteur régional prépondérant auprès des ARS. Cela peut aussi représenter une force par rapport aux compagnies d'assurance et aux institutions de prévoyance, qui gagnent chaque année des parts sur le marché de la complémentaire santé.

1.3.3 Les mutuelles d'assurance et les institutions de prévoyance

Malgré leurs spécificités, les mutuelles sont dorénavant en concurrence directe avec les institutions de prévoyance ainsi que les compagnies d'assurance, pourtant celles-ci ne sont pas régies de la même manière.

Les compagnies d'assurances sont des sociétés de biens qui dépendent du Code des assurances. On distingue les mutuelles d'assurances avec intermédiaires et sans intermédiaires. Ces dernières sont regroupées au sein du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances. Elles ne rémunèrent ni agents d'assurances, ni courtiers, à l'inverse des sociétés d'assurances mutuelles, qui adhèrent à la Fédération française des sociétés d'assurances. Les plus anciennes mutuelles d'assurances sans intermédiaire se sont constituées dans les années 30, telles la Maif (instituteurs). Ces mutuelles se sont constituées à l'initiative de groupes socioprofessionnels qui souhaitaient garantir les risques de leurs sociétaires.

Les mutuelles d'assurances sont des organismes à but lucratif et leur organisation n'est pas démocratique. Elles pratiquent aussi largement la sélection des risques et les questionnaires médicaux.

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes de droit privé à but non lucratif. Elles sont régies par le code de la sécurité sociale et relève des directives européennes sur l'assurance. Elle gère des contrats d'assurance de personnes à caractère collectif, c'est-à-dire dans le cadre exclusif de l'entreprise ou la branche professionnelle. Il existe plus de soixante institutions de prévoyance en France, elles couvrent plus de 11 millions de salariés contre les risques : maladie, incapacité de travail et invalidité, décès.

Les institutions de prévoyance sont créées et gérées par les partenaires sociaux (syndicats professionnels) d'une entreprise, d'une branche ou entre plusieurs branches d'activité. Elle dispose d'un Conseil d'administration paritaire. Celui-ci est constitué à parts égales de représentants des salariés et de représentants des employeurs.

Depuis janvier 2010, les mutuelles, les institutions de prévoyance, les compagnies d'assurance, ainsi que les banques sont surveillées et contrôlées par l'Autorité de Contrôle

Prudentiel (ACP)¹². Cela montre bien que ces organismes sont considérés de la même manière malgré des statuts différents.

Quelques chiffres sur le marché de la complémentaire santé en France

Le nombre d'organismes en complémentaire santé s'établit à 876 en 2008, dont 748 mutuelles (85,4%), 92 compagnies d'assurance (10,5%) et 36 institutions de prévoyance (4,1%). La mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité et les regroupements d'organismes ont entraîné une forte diminution du nombre de mutuelles depuis 2000 (-48% par rapport à 2001).

Les mutuelles représentent un peu moins de 57% du marché avec un chiffre d'affaire de plus de 16 milliards d'euros en 2008. Les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance représentent respectivement 17,7% et 25,6% du marché. La proportion d'organismes dont le chiffre d'affaires santé dépasse 10 milliards d'euros est de 86% dans les institutions de prévoyance, 59% dans les sociétés d'assurance et 29% dans les mutuelles.

Depuis 2001, la part de marché des mutuelles et des IP diminue (respectivement de -3.7 et de -1 points) au profit des compagnies d'assurance dont la part de marché est en constante progression (+4.6 points). Cette évolution peut venir d'une progression tarifaire plus importante dans les sociétés d'assurance et/ou d'une augmentation de la proportion de personnes couvertes par ces dernières.

Nous pouvons donc constater que le marché de la complémentaire santé est de plus en plus concentré. Il est caractérisé à la fois par la chute du nombre d'organismes et par la croissance de la part des grands groupes. Les 6 groupes les plus importants (Btp prévoyance-Cnbtp, Ag2r, Mgen, Axa, Malakoff-Médéric, Groupama-Gan) représentent 25% du marché de la complémentaire santé en 2008 contre 22% en 2007¹³.

¹² L'**Autorité de contrôle prudentiel** (ACP) est une autorité administrative indépendante, sans personnalité morale, qui surveille l'activité des banques et des assurances en France. Elle a été fondée en janvier 2010 par l'ordonnance n°2010-76¹, par fusion de la Commission bancaire, de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), du comité des entreprises d'assurance et du comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement ; Wikipédia, disponible sur internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Autorit%C3%A9_de_contr%C3%B4le_prudentiel

¹³ Résultats provenant du rapport d'activité 2008 du Fonds CMU (13 mai 2009)

On le voit, les mutuelles de santé dépendent aujourd'hui des politiques et normes imposées par les gouvernements et par l'Europe. Elles s'inscrivent dans un contexte concurrentiel où les valeurs mutualistes et la logique de solidarité sont mises à mal. C'est pourquoi, elles doivent élaborer de nouvelles stratégies efficaces et innovantes sur le marché de l'assurance tout en portant leurs valeurs mutualistes.

De ce fait, depuis quelques années, les mutuelles développent des activités connexes, telle que la prévention et la promotion de la santé. Dès lors, il convient de s'interroger sur la place spécifique des mutuelles dans la prévention. Comment se positionne-t-elles par rapport aux autres acteurs de ce champ ainsi qu'à leurs concurrents ? Cette activité constitue-t-elle un outil de différenciation ? Dans quelles mesures les mutuelles ont-elles actuellement une légitimité pour agir dans ce domaine ?

1.3.4 Les mutuelles comme acteurs de prévention et promotion de la santé : une activité nouvelle, des financements dédiés

La Mutualité Française est le premier acteur de prévention et de promotion de la santé en France après les pouvoirs publics.

En effet, les mutuelles, en qualité d'acteurs polyvalents dans le domaine de la santé, détiennent également une mission de prévention et de promotion de la santé. Elles développent de nombreuses actions dans ce domaine, notamment au sein de leurs garanties de complémentaire santé. Comme nous l'avons vu précédemment, les contrats de complémentaires santé peuvent bénéficier de l'exonération de taxes, dès lors qu'ils deviennent des contrats « solidaires et responsables ». Outre l'interdiction de certaines prises en charges, ces contrats ont également des obligations en matière de prévention

Ces derniers doivent effectivement, prendre en charge 100% du ticket modérateur de deux prestations de prévention à choisir sur la liste établie par le ministère de la Santé¹⁴. Ces diverses prestations ont notamment comme objectifs :

- d'empêcher ou retarder l'apparition de problèmes de santé. De nombreuses garanties proposent à leurs adhérents le remboursement des vaccinations recommandées, des substituts nicotiques, des ateliers « équilibre » pour les personnes âgées, des préservatifs, etc.

¹⁴ Cf annexe Liste des actes de prévention pris en charge par les mutuelles dans le cadre des contrats « responsables et solidaires »

- de promouvoir le diagnostic et le dépistage précoce de certaines maladies. Beaucoup de garanties incluent par exemple des examens de dépistage de certains cancers, des bilans parodontologiques, nutritionnels ou auditifs, des examens d'ostéodensitométrie pour les femmes ménopausées, ...
- de limiter l'impact de certaines conséquences de santé sur la qualité de vie de la personne malade ou celle de son entourage. Certaines garanties comprennent la prise en charge de consultations nutritionnelles ou psychologiques, de housses anti-acariens pour les personnes allergiques, etc.

Au-delà de ces deux prestations, aujourd'hui, les mutuelles et la Mutualité Française ne proposent plus seulement des prestations « préventives », mais vont au-delà en mettant en place des programmes d'actions de prévention et de promotion de la santé. Ainsi « *les mutuelles conduisent, seule ou en partenariat avec d'autres groupements, des actions de prévention* »¹⁵.

La Mutualité Française Bretagne (MFB), acteur historique de la prévention et de la promotion de la santé

Selon une étude de l'Observatoire Régional de la Santé Bretagne de 2004, la Mutualité Française Bretagne est le premier acteur de la prévention en région.

« *La MFB est l'une des régions les plus dynamiques dans ce domaine avec la Bourgogne, Rhône Alpes et PACA. Cela est lié à l'histoire, car ce sont des régions où la prévention a toujours compté* », indique Isabelle Ahrant, coordinatrice régionale de l'activité prévention, promotion de la santé de la MFB.

Comme nous l'avons vu précédemment, ceux sont les Unions Régionales de la Mutualité Française qui ont pour mission la prévention et la promotion de la santé. Le niveau régional étant considéré comme le plus pertinent pour organiser les actions de prévention dans un contexte de régionalisation de la santé publique. En effet, depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, c'est l'échelon régional qui apparaît comme le niveau le plus pertinent pour organiser des actions de prévention et de promotion de la santé. Mais c'est la loi du 21 Juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) qui va réellement consacrer cet échelon comme celui de l'élaboration de la politique de santé. Ainsi, les Agences Régionales de

¹⁵ La charte d'engagement de la mutualité, cf site de la Mutualité Française, www.fnmf.fr

Santé (ARS), établissements publics chargés de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région ont été créées.

L'activité de prévention de la Mutualité Française a tout d'abord débuté dans les Côtes d'Armor en 1982. Cette activité s'est ensuite généralisée à l'ensemble des départements dans les années 1990. Les quatre départements ont très rapidement travaillé ensemble, et c'est en 2004 que l'activité s'est régionalisée. En 1982, lorsque la Mutualité Française s'est investie dans ce domaine, l'assurance maladie ne l'était pas (exception de la MSA). C'est quelques années plus tard, en 1988, que l'assurance maladie va s'engager dans ce domaine, selon l'article L.262-1 du Code de la sécurité sociale. Mais c'est la loi du 13 Août 2004 relative à la sécurité sociale, qui va réellement permettre le développement d'actions de prévention intégrées à la gestion du risque maladie.

La promotion de la santé développée par le réseau national de la Mutualité Française est un ensemble d'actions de proximité, inscrites dans la durée, qui repose sur la prise en compte des besoins locaux de santé, la participation effective de la population et un partenariat adapté. Elle invite chacun à devenir acteur de sa santé et non plus seulement consommateur de soins ou d'informations sanitaires.

L'activité Prévention Promotion de la Santé se situe à un double niveau :

- Institutionnel où la Mutualité Française est présente et agit dans les instances locales de santé publique. Elle siège au Conseil de la Caisse National d'Assurance Maladie et bientôt au sein du Conseil de surveillance des Agences Régionales de Santé (ARS). Avant la mise en place des ARS, les mutuelles n'étaient pas membres de droit du GRSP car elles n'étaient pas des contributeurs obligatoires. En revanche, la Mutualité Française pouvait y être présente dans le collège des personnes qualifiées. Tel était le cas en Bretagne, où Yannick Barbançon, président de la Mutualité Française des Côtes d'Armor et président de la Commission Régionale de Prévention de la MFB y siégeait en tant que personne qualifiée.
- Opérationnel de proximité en partenariat avec les acteurs des champs sanitaires, médico-social, social et éducatif, auprès des populations concernées : adhérents mutualistes et population générale

Les actions de la Mutualité Française Bretagne sont définies dans le respect des priorités régionales de santé et elles sont conduites en partenariat avec les acteurs

régionaux (institutions publiques, collectivités territoriales, associations...) qui interviennent dans ce domaine. Elle travaille en relation étroite avec les mutuelles et les services de soins et d'accompagnement mutualistes. L'objectif est d'inciter chacun à devenir acteur de sa propre santé et non plus seulement bénéficiaire de soins et de services.¹⁶

La mutualité Française Bretagne poursuit cinq objectifs régionaux : Participer à la lutte contre les inégalités de santé, Agir sur la mortalité évitable, Améliorer l'accès à la prévention et aux soins, Améliorer la qualité de l'offre de soins et de santé de la MFB, Contribuer à la gestion du risque sous l'angle de la promotion de la santé et de la prévention.

SMP Radiane, une mutuelle bretonne très investie

La mutuelle SMP Radiane, membre de la Mutualité française est une mutuelle très engagée dans la démarche de prévention et de promotion de la santé¹⁷.

C'est à partir de 2004 que l'activité Prévention et Promotion de la santé fut développée au sein du groupe Radiane (aujourd'hui Union Radiane Groupe APRI) et donc au sein de SMP Radiane (à l'époque SMPIV Radiane et CPSM Radiane). L'activité avait pour objectifs sous-jacents de contribuer à l'amélioration de la santé des adhérents, d'utiliser un vecteur de communication non commercial pour faire connaître Radiane auprès du grand public, et de crédibiliser l'image de la mutuelle auprès des acteurs de santé publique. En améliorant la santé des adhérents, le souhait est aussi qu'ils deviennent acteurs de leur santé et donc qu'ils soient moins consommateurs de soins. *«Il y a une volonté de responsabiliser l'adhérent et pour ce faire il faut l'aider et l'accompagner »*, explique Stéphane Lebret, Directeur général de SMP Radiane.

En Bretagne, cela a conduit au recrutement d'une chargée de mission en octobre 2004. Le poste était alors partagé à parts égales entre 4 mutuelles (SMPIV Radiane, CPSM Radiane, MALA Radiane et CMPI Radiane). Le partage d'un poste répondait à une contrainte budgétaire qui a permis à CMPI Radiane et MALA Radiane de développer cette activité malgré une taille moindre. A l'origine, la chargée de prévention était rattachée à la Direction générale, de ce fait *« l'activité était déconnectée du cœur de métier de la mutuelle »*, explique Gildas Bougerie, Directeur Risque Santé Prévoyance de SMP Radiane. Le 1^{er} janvier 2008, il a été décidé de rattacher l'activité PPS à la Direction

¹⁶ Site internet de la Mutualité Française Bretagne : www.mutweb.fr

¹⁷ Cf. Annexe 3 la plaquette d'information de la démarche de prévention et de promotion de la santé de SMP Radiane

Risque Santé Prévoyance. Cela a permis de rapprocher l'activité PPS des autres activités de la mutuelle et ainsi de créer des liens entre elles.

La démarche de SMP Radiance est de sortir de l'approche curative, et ainsi se positionner sur une vision globale de la santé au sens de l'OMS. Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé des individus en les sensibilisant et en les rendant acteurs de leur santé. Pour cela, elles développent des actions autour des préoccupations quotidiennes des individus. Les sujets qu'elle traite permettent également de faire avancer le débat et la réflexion, comme avec « les amours de vieillesse ».

1.3.5 Le choix des interventions dans le champ de la prévention et promotion de la santé

Les programmes de prévention et de promotion de la santé mis en œuvre par les Unions Régionales sont constitués de deux parties : un socle d'actions commun à toutes les UR et un socle spécifique à chaque UR.

Suite au congrès de Bordeaux de 2009, il a été décidé que la programmation régionale commune aux UR soit constituée des services Priorité santé Mutualiste (PSM) et du programme « Bouge...une priorité pour ta santé »¹⁸. PSM est un dispositif très récent de la Mutualité Française et d'un ensemble de mutuelles.

- Les programmes Priorité Santé Mutualiste

Le dispositif Priorité Santé Mutualiste¹⁹ est un service d'information, d'aide à l'orientation et d'accompagnement sur des questions de santé. PSM est un réseau de santé régi par le Code de la Santé Publique et constitué de la FNMF, des UR et d'un ensemble de mutuelles. Ces services visent à permettre aux adhérents et à leur famille d'accéder à une information globale sur certaines pathologies et d'améliorer la prévention et/ou l'efficacité de leur prise en charge. Ils répondent aux difficultés de compréhension et d'orientation dans le système de santé.

¹⁸ Programme national de prévention primaire et d'éducation à la santé pour les enfants, réalisé à l'initiative de la mutualité française, et en partenariat avec l'Union Nationale du Sport Scolaire.

¹⁹ C'est lors d'une conférence, le 28 Mai 2009 que Jean-Pierre Davant, président de la FNMF a présenté ce dispositif dont l'objectif premier est de faciliter l'accès à la qualité pour tous les adhérents des mutuelles et de les éclairer dans leurs choix. Ce projet avait été décidé en 2006, lors du Congrès de Lyon et depuis le 2 Avril 2008, les mutuelles de Bretagne et du Languedoc-Roussillon l'expérimentaient.

« La FNMF souhaite que PSM soit un dispositif multi-canal : un service téléphonique, des rencontres santé et bientôt un site internet » précise Emmanuelle Audren, correspondante régionale PSM. De plus, PSM c'est « la volonté d'articuler plusieurs dispositifs, avec une synergie de ces derniers par rapport à des services similaires. C'est une grande force, la FNMF est un des premiers réseaux privés en France à avoir cette capacité ». La FNMF souhaite donc faire de PSM, un dispositif innovant par rapport à la concurrence. En effet, certaines compagnies d'assurance et certaines institutions de prévoyance comme le groupe Malakoff-Médéric disposent d'un service similaire. Cependant, PSM, en plus de proposer un service téléphonique et bientôt un site internet, propose des rencontres santé. Ces dernières permettent à la Mutualité Française ainsi qu'aux mutuelles de se démarquer via des rencontres de proximité avec les adhérents.

Les Rencontres Santé sont des éléments constitutifs des programmes PSM. Elles sont constituées de journées de sensibilisation, d'ateliers santé, de groupes de paroles, d'entraide, d'information et d'échange. Elles sont organisées en partenariat avec des professionnels et/ou structures, qui s'inscrivent dans une dynamique locale sur un territoire. Pour 2010, le nombre de rencontres santé à mettre en œuvre régionalement sera au minimum de 7 pour 100 000 chefs de famille.

Initialement, PSM était consacré à trois thématiques : les cancers, les maladies cardio-vasculaires et les addictions. Par la suite, d'autres thématiques ont été développées : le maintien de l'autonomie, la santé visuelle, les médicaments.

Les mutuelles ont-elles le droit et sont-elles en mesure d'indiquer aux adhérents où il faut aller se faire soigner ? Cela ne fait-il pas du tort aux établissements de santé ainsi qu'aux professionnels ?

Concernant le service d'aide à l'orientation qui peut communiquer une liste de structures proches du domicile de l'adhérent, il est à noter que les établissements, publics ou privés, répondent à des critères de qualité reconnus par des organismes indépendants, s'appuyant sur des données publiques. « Notre volonté est d'orienter les personnes vers des soins de qualité. Nous nous appuyons sur le PMSI et les critères qui doivent être respectés par les établissements pour orienter le patient. Les conseillers ne disent jamais qu'il ne faut pas aller dans tel ou tel établissement mais nous donnons plutôt aux personnes le nom de 2 ou 3 établissements respectant les critères. On donne également des renseignements sur les tarifs. L'objectif est de permettre un choix éclairé pour l'adhérent », explique la correspondante régionale PSM en Bretagne.

Le projet d'un coût de 10 millions d'euros a été financé sur le budget de la Fédération nationale de la Mutualité française. A partir de 2010, le fonctionnement de PSM sera assuré par les mutuelles qui auront rejoint le programme. Bien qu'il permette d'accompagner l'adhérent dans sa maladie, nous pouvons nous demander si ce dispositif est suffisamment rentable pour les mutuelles ? Les adhérents pensent-ils à leur mutuelle dans cette situation, ne se tournent-ils pas plutôt vers leur médecin traitant ?

- Un volet spécifique à chaque Union Régionale

Ce second socle est destiné à répondre aux besoins locaux de la population et des adhérents mutualistes, ainsi qu'aux besoins locaux des mutuelles et non couverts par les services PSM ou le programme « Bouge...une priorité pour ta santé ». Ce volet est nécessaire car il permet de répondre aux problématiques et aux spécificités du territoire. En Bretagne, par exemple, la prévention du suicide est largement développée, car la Bretagne est la région de France qui connaît le plus fort taux de suicide.

Le choix des interventions de la Mutualité Française et des mutuelles s'inscrit dans les priorités régionales de santé publique, à partir des orientations du Schéma régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Ce respect des priorités illustre la volonté de la Mutualité Française de travailler avec les acteurs institutionnels de santé. En Bretagne, les priorités retenues dans les documents de planification régionaux sont : la santé au travail, la nutrition, la maternité, le suicide, la surveillance buccodentaire, les troubles sensoriels chez les jeunes enfants, le mieux être des personnes âgées, la santé des jeunes, le cancer,... Ces thématiques sont largement reprises dans les actions de prévention des mutuelles.

Financement de l'activité prévention et promotion de la santé

Les politiques régionales de prévention et promotion de la santé développées par les UR de la Mutualité Française font l'objet de différents financements. La première source de financement provient d'une partie de la cotisation fédérale régionale (une part de la cotisation fédérale régionale est consacrée au développement de l'activité Prévention et Promotion de la santé). Elles sont également financées par des fonds émanant de partenaires extérieurs. La troisième source de financement est le Fond National de prévention (FNP).

Le FNP est un fonds fédéral de soutien au déploiement de la politique nationale de prévention et promotion de la santé de la Mutualité Française, ainsi qu'aux politiques régionales de prévention et promotion de la santé développées par les Unions régionales et répondant aux priorités régionales de santé publique. La dotation régionale du FNP ne peut excéder 51% du montant global de la demande régionale, et ce sur l'ensemble des programmes. En 2006, le FNP disposait d'une enveloppe de trois millions six cent mille euros.²⁰ Les conditions d'attribution de cette enveloppe sont fixées au niveau national, sachant qu'elles ne s'arrêtent pas sur des thématiques, mais bien sur une démarche préventive intégrant notamment les postulats de promotion de la santé.

Les actions développées par SMP Radiance

Les actions de prévention et de promotion de la santé développées par la mutuelle SMP Radiance sont de deux types (modalités d'actions):

- D'une part, il y a les actions dites « Grand Public » qui s'adressent à tout le monde, et pas seulement aux adhérents de la mutuelle. Ces actions sont principalement axées sur la prévention primaire, elles prennent la forme de conférences-débats, et soirées d'information gratuites.
- D'autre part, sont développées des actions de proximité qui sont destinées à des petits groupes, généralement adhérents de la mutuelle (cela ne constitue pas la règle). Ces dernières sont axées sur la prévention secondaire et tertiaire, elles prennent la forme d'ateliers (exemple, « les petits débrouillards ») et de programmes d'accompagnement. Les ateliers sont gratuits mais une participation symbolique est demandée aux participants des programmes d'accompagnement. En effet, SMP Radiance ne souhaite pas que ces derniers soient gratuits car la gratuité ne facilite pas l'appropriation du programme. Cependant, afin que la participation demandée ne soit pas un frein pour certaines personnes, le reste à charge laissé aux participants est peu élevé.

Ces deux modalités d'actions visent à accompagner des modifications dans le comportement et les habitudes des personnes. Mais à l'avenir, SMP Radiance souhaiterait favoriser les actions de proximité, qui ont un meilleur impact sur la modification des

²⁰ Emmanuelle Paquaux, La prévention : définitions, dépenses et acteurs [26 Mai 2010], disponible sur internet : http://www.institutpolanyi.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=396:la-prevention-definitions-depenses-et-acteurs&catid=42:textes-a-lappui&Itemid=60

comportements à long terme. « *L'idée, c'est que l'activité soit au plus proche de la vie des adhérents. Il faut être capable de donner des informations et de proposer des programmes adaptés* », explique Gildas Bougerie, Directeur Risque Santé Prévoyance de SMP Radiance.

Cependant, les conférences « Grand public » sont intéressantes pour les mutuelles, dans la mesure où elles représentent un vecteur communicationnel non-négligeable, elles permettent également de faire avancer le débat et la réflexion sur des sujets. C'est également à travers les actions événementielles, que SMP Radiance construit et anime son réseau de professionnels. Les professionnels du réseau peuvent par exemple, recommander SMP Radiance à d'autres acteurs, ils sont alors des « prescripteurs ».

La mutuelle peut intervenir à plusieurs niveaux sur les actions de prévention quelles soient des actions « Grand public » ou des actions de proximité. En effet, elle peut être :

- « Porteur seul », cela signifie que la mutuelle détermine totalement l'action (thème, contenu, outils...) et la finance intégralement.
- partenaire privilégié (co-pilotage) d'une action, dans ce cas la mutuelle est membre d'une équipe décisionnaire et met des moyens à disposition (financiers ou humains) pour la réalisation de l'action.
- partenaire associé, la mutuelle met alors des moyens (financiers ou humains) à disposition.

Pour la mutuelle, il est important de créer des partenariats, car certaines thématiques nécessitent une réponse collective, tel est le cas pour la journée d'information et d'échange sur la prévention des risques psychosociaux. Ces partenariats permettent à la mutuelle de se créer un réseau de professionnels, utile à la mise en œuvre d'autres actions.

En ce qui concerne le choix des thématiques développées par la mutuelle SMP Radiance, celles-ci sont issues :

- des décisions de l'Union Radiance Groupe APRI, qui détermine pour une période (généralement pluriannuel) un thème national repris par l'ensemble des mutuelles. Les mutuelles de l'Union se sont ainsi mise d'accord pour organiser une conférence-débat sur bien manger et se faire plaisir en préservant sa santé. En

Bretagne, cette manifestation a eu lieu le 6 Avril 2010, avec la présence du sociologue Jean-Claude Kaufman. La conférence a réunie plus de 300 personnes.

- des sollicitations extérieures reçues et dont l'opportunité et l'intérêt sont appréciés à chaque fois
- de l'intérêt du grand public sur un sujet donné à un moment donné.

Que ce soit dans le choix des thèmes ou dans les modalités d'actions, SMP Radiance souhaite être innovante. Pour SMP Radiance, il s'agit aussi de traiter des thématiques originales, comme la rencontre santé sur « Les amours de vieillesse ». Cette rencontre traite du sujet tabou de la vie affective et sexuelle des personnes âgées. Elle est destinée aux professionnels de santé, aux personnes âgées elles-mêmes ainsi qu'à leur famille.

La mutuelle ne souhaite pas être en concurrence avec les autres acteurs de santé publique. Elle cherche éventuellement à aller là où les autres acteurs ne vont pas et dans ce cas être alors un référent sur le sujet. SMP Radiance aspire à faire avancer le débat sur des sujets importants et parfois tabous de santé publique.

Seconde partie : Les principes de construction de la démarche préventive et de promotion de la santé en entreprise

Dans un système de protection sociale axé sur le curatif, les mutuelles ont dépassé leur rôle traditionnel de complémentaire santé pour investir le champ de la prévention aux côtés de multiples acteurs. Comme nous l'avons vu précédemment, les mutuelles reprennent largement les thématiques des priorités régionales de santé dans leurs actions de prévention. A travers l'exemple de la santé au travail, priorité régionale de santé en Bretagne, nous allons voir comment les mutuelles peuvent agir dans ce domaine, et quelle place peuvent-elles trouver parmi les nombreux acteurs de prévention déjà existants.

Avant de voir de quelle façon les mutuelles interviennent dans la démarche de prévention et de la promotion de la santé réalisée auprès des entreprises, il convient tout d'abord de définir les concepts de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

Chapitre 1 : Les concepts de prévention et de promotion de la santé

2.1.1 Vers une définition positive de la santé

En 1946, l'OMS définissait la santé comme « *un état de complet bien-être physique, social et mental qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité* »²¹. Jusque là, la santé était considérée comme étant l'état contraire de la maladie. S'occuper de l'accès à la santé revenait à lutter contre les maladies. Cette définition de l'OMS a été adoptée par les 191 Etats Membres de l'OMS et depuis 1946, elle n'a jamais été modifiée. Cette définition présente l'avantage de véhiculer une vision globale multidimensionnelle de l'Homme. En effet, elle ne centre plus uniquement la santé de l'individu sur sa seule santé physique mais fait apparaître la notion de bien être. Elle démedicalise la santé. Une personne peut être en bonne santé alors même qu'elle a une infirmité ou une maladie.

Cependant, pour certains, cette définition est utopique : le bien-être « complet » peut-il exister ? Cette définition repose sur un aspect très subjectif de la santé, c'est l'individu et lui seul qui se dit ou non en bonne santé. De plus, le caractère « statique » de la définition est remis en cause. La santé est moins un état, avec la connotation inerte, que cela comporte, qu'un processus qui se déroule dans le temps. Dans les nouvelles définitions de la santé vont alors apparaître, peu à peu, les notions d'équilibre à préserver, d'adaptabilité ou de transformation qui témoignent d'un processus et d'une dynamique plutôt que d'un état. René Dubos a, par exemple, complété la définition de l'OMS en insistant sur l'aspect adaptatif de la santé qui selon lui est « *État physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ». Cette définition présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.

Dans ce contexte, la santé relèverait davantage d'une aptitude, d'une capacité de la personne. « *La santé, c'est la capacité d'une personne à prendre soin d'elle-même de*

²¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.

manière adéquate. De manière adéquate veut dire : en lien avec son histoire (culture, religion, histoire familiale, personnelle,...), en relation avec l'environnement dans sa composante physique qu'est la nature et dans sa composante sociale, c'est-à-dire les autres (dimension spatiale)»²². La santé est alors considérée comme une « ressource » propre à l'individu.

En 1978, a lieu la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata. « *La déclaration d'Alma-Ata de 1978 a été révolutionnaire en ce sens qu'elle a relié l'approche de la santé fondée sur les droits à une stratégie viable pour y parvenir* ».²³ A l'époque, cette conférence fut la plus grande conférence internationale jamais organisée sur un thème unique de la santé et du développement international. L'objectif de l'OMS est alors la santé pour tous.

Il existe différentes modalités d'interventions pour améliorer la santé de la population mais afin de mieux les comprendre, il convient de distinguer le cadre de ces interventions (la promotion de la santé et la prévention) ainsi que les méthodes (l'éducation pour la santé).

2.1.2 La prévention

Le concept de la prévention est classiquement défini comme « *l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladie ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* ». La prévention est généralement déclinée en trois niveaux :

- **la prévention primaire** est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. Information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé, vaccination...;
- **la prévention secondaire** vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées ;
- **la prévention tertiaire** tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes

²² Docteur Larinier, Revue la santé de l'Homme, n°342, juillet-août 1999

²³ www.unicef.org « Soins de santé primaires, il y a 30 ans, Alma-Ata »

Il est à noter, qu'un quatrième niveau de prévention existe, **la prévention quaternaire**. Elle consiste à un ensemble d'actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Dans une acception ancienne, la prévention quaternaire consistait en l'accompagnement du mourant.

La variolisation est un de premiers pas dans le domaine de la prévention. Louis Pasteur qui démontre l'origine des maladies infectieuses ouvre des voies importantes dans le domaine de la prévention par ses travaux sur la stérilisation, la pasteurisation et la vaccination. La loi d'hygiène publique de 1902 contient les premières dispositions réglementaires destinées à garantir la protection de la santé. L'ère hygiéniste est basée sur la transmission des connaissances et la prescription des comportements à suivre fondés sur de nombreuses interdictions et obligations. La prévention reste alors très extérieure au sujet.

Le développement de l'épidémiologie et l'évolution des modèles éducatifs vont transformer l'approche concernant la prévention. Après l'ère hygiéniste, de nouvelles approches voient le jour en particulier l'éducation pour la santé et la promotion de la santé.²⁴

2.1.3 L'éducation pour la santé

L'éducation sanitaire définit l'action d'induction de comportements, dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé. L'éducation à la santé couvre un champ plus large (santé au sens de l'OMS), elle met en œuvre une démarche pédagogique qui implique les sujets.

L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé. Cela comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés.²⁵

²⁴ François Bourdillon, Chapitre 1- La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé- les principes [mai 2009] Site internet du CHU la Pitié-Salpêtrière, disponible sur internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.1.html>

²⁵ Glossaire de la promotion de la santé, D. Nutbeam, OMS, Genève, 1998

Elle s'appuie sur le développement personnel et la réalisation de soi. Elle favorise la responsabilité individuelle pour les choix de comportements favorables à la santé.

Cependant, influencer les comportements sans modifier les environnements ne produit que des résultats limités. « *L'éducation sans les politiques finit par déchanter et les politiques sans l'éducation sont pratiquement inatteignables* »²⁶ L'éducation constitue, en faite, l'un des cinq axes de la promotion de la santé.

2.1.4 La promotion de la santé

La notion de « promotion de la santé » a été définie par la charte d'Ottawa en 1986 comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques* ». La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire. En effet, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé et lutte donc contre les inégalités de santé. Ses interventions ont pour objectif d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé.

La promotion de la santé implique d'agir à plusieurs niveaux :

- Elaborer une politique publique de santé (législation, réglementation, politique sociale et fiscale,...)
- Créer un environnement favorable et veiller à la cohérence entre le discours et l'environnement (environnement physique, loisirs, travail, énergie, urbanisme, logement,...)
- Développer des actions communautaires (participation de la population à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'action, ce qui implique l'accès à la formation et aux services)

²⁶ Keith Tones, promotion de la santé au Canada et au Québec, PUL, 2006

- Acquérir ou renforcer des aptitudes individuelles (habilités et compétences psychosociales)
- Réorienter les services de santé (au-delà de la prestation des soins)

La promotion de la santé est « *un processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé. Ce concept inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé* ». ²⁷ Ces derniers sont appelés les déterminants de la santé plus communément regroupés sous : les déterminants sanitaires (l'organisation du système de soins), les déterminants biologiques, physiques, les déterminants comportementaux et les déterminants environnementaux. Une action aura des conséquences limitées si elle ne s'attachera à agir que sur un seul déterminant sans prendre en compte l'influence des autres. La prévention ne relève donc pas seulement des acteurs de la santé.

Afin de bien comprendre le contexte de la prévention et de la promotion de la santé en entreprise, il convient tout d'abord d'étudier la politique de santé au travail en France, la législation en vigueur en matière de Droit social (droit du travail et droit de la protection sociale) et enfin les acteurs de la prévention en entreprise.

Chapitre 2 : Appréhender la prévention et la promotion de la santé en milieu du travail

La diminution des charges physiques, chimiques et biologiques a considérablement amélioré les conditions de travail durant ces dernières décennies. Cependant, avec l'intensification des exigences, l'accélération des échanges, la mutation des produits et des marchés, et l'évolution des technologies et des techniques de travail, les conditions de travail présentent aujourd'hui des pénibilités d'une nature tout à fait nouvelle comme les

²⁷ 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé, Département de santé publique, Université Paris VII, 2003

risques psychosociaux²⁸, bien que les premières demeurent toujours. Depuis ces dernières années, il y a une métamorphose quasi-quotidienne du monde du travail.

En Bretagne, près de 2000 accidents du travail et plus de 1200 maladies professionnelles entraînant la reconnaissance d'une incapacité permanente partielle (IPP) sont dénombrés annuellement. Très majoritairement, les maladies professionnelles engendrant des IPP sont des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Ainsi, selon une étude de l'INVS, publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 9 Février 2010, les TMS représentent 80% des maladies professionnelles, celles-ci n'ont cessé d'augmenter depuis dix ans. En 2008, près de 40.000 personnes souffrant de TMS ont été indemnisées par l'Assurance Maladie pour un coût estimé de près de 800 millions d'euros. Les accidents du travail et les maladies professionnelles ont des conséquences sur la performance globale de l'entreprise : des impacts sur le plan organisationnel et économique. Annuellement en Bretagne, plus de 2,8 millions de journées sont perdues. Le coût global pour les entreprises s'élève à 240 millions d'euros de coûts directs, ces coûts sont versés via les cotisations AT/MP et un coût indirect estimé 3 à 4 fois supérieur. Ces coûts indirects proviennent de l'absentéisme, du présentéisme, de la perte de production,...

La prévention et la promotion de la santé sur le milieu du travail constituent donc un enjeu majeur pour les différents acteurs de l'entreprise, mais également pour les organismes d'assurance maladie ainsi que pour les organismes complémentaires qui doivent alors prendre en charge les indemnités journalières, ainsi que le remboursement des soins. Dès lors, il convient de se demander de quelle façon ces organismes peuvent-ils prévenir les accidents et les maladies ? Et si, les mutuelles ont une place dans ce processus.

Nous allons tout d'abord, étudier la politique de santé au travail mise en œuvre en France, et la législation qui s'impose aux employeurs et aux salariés. Nous verrons d'autre part, les enjeux et les attentes des entreprises en matière de prévention et de promotion de la santé.

²⁸ D'après le Ministère du Travail, les risques psychosociaux recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail... Cependant, vraisemblablement, ces risques sont aussi anciens que le travail lui-même. Ce qui est nouveau, c'est cette prise de conscience du phénomène et de son ampleur du fait d'une forte médiatisation et de nouvelles formes de management et d'organisation du travail.

2.2.1 La politique de santé au travail en France

En France, depuis sa création en 1906, c'est le ministère en charge du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique qui a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique française en matière de santé et de sécurité au travail. Le ministère prépare la législation soumise au Parlement et il veille à l'application de celle-ci au sein des entreprises en s'appuyant sur l'inspection du travail et en développant des programmes de contrôles prioritaires²⁹. Son activité est marquée par l'influence considérable de l'Union européenne en ce domaine et par une concertation avec les partenaires sociaux, dans le cadre du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Ce conseil, présidé par le ministre chargé du Travail, est obligatoirement consulté sur tous les projets de textes relatifs à la santé, la sécurité ou la qualité de l'environnement professionnel. Il peut aussi, de sa propre initiative, faire des propositions.

Cette priorité s'inscrit aujourd'hui et depuis la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), dans le cadre d'un programme budgétaire spécifique piloté par la Direction générale du travail (programme « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail »). Le ministre prépare et met notamment en œuvre les règles relatives aux conditions de travail, à la négociation collective et aux droits des salariés ; et également les règles relatives aux régimes de sécurité sociale et aux régimes complémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles,...

Depuis quelques années, la santé au travail fait l'objet d'un Plan de Santé au Travail. Cela témoigne d'une volonté des gouvernements d'améliorer les conditions de travail et ainsi de mieux protéger la santé des travailleurs. *« Certes la promotion de la santé et de la sécurité au travail a bien progressé au fil du temps, néanmoins le niveau de décès, de lésions et de maladie au travail reste anormalement élevé et fait payer un énorme tribut aux hommes, aux femmes, et à leurs familles. Les économies sont perdantes elles aussi, le coût des accidents et de la mauvaise santé atteint environ 4% du PIB mondial »*³⁰

- Les Plans nationaux de santé au travail

Le premier plan a été présenté aux partenaires sociaux le 17 février 2005. Il formalisait pour les cinq années suivantes (2005-2009) les engagements de l'Etat *« pour garantir aux 15 millions de salariés français un niveau de protection le plus élevé possible sur leur lieu de travail »*. Ce plan avait pour principal objectif de *« réduire drastiquement*

²⁹ Bilan 2009 sur les conditions de travail, ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique

³⁰ L'Organisation Internationale du Travail (OIT), Le point sur la santé et la sécurité au travail, Journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail 2009

le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et faire, des emplois de qualité, la norme ». Malgré une amélioration des conditions de travail, certains risques professionnels étaient toujours présents et importants, une augmentation des maladies professionnelles (de 31% depuis 2002), une hétérogénéité des résultats en fonction des publics, du secteur d'activité et du type d'entreprise mais également l'apparition de nouvelles pathologies comme les TMS et la persistance des risques routiers étaient constatés. Les pouvoirs publics ont alors décidé de lancer un plan d'actions sur la santé au travail. Ce premier plan comprend 23 mesures et s'articule autour de 4 objectifs :

- Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel,
- Renforcer l'effectivité du contrôle,
- Refonder les instances de concertations du pilotage de la santé
- Encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail.

Ce plan a permis des avancés : en 2005, un département « santé au travail » a été créé à l'Agence de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (AFSSET), des moyens supplémentaires ont été alloués à l'administration du travail et plus particulièrement à l'inspection du travail, mise en place des comités régionaux de risques professionnels, transformation des services de médecine du travail en service de santé au travail, la réglementation a été renforcée en 2006, notamment sur les risques liés à l'exposition chimique et aux substances dangereuses,...

Un second plan de santé au travail a été élaboré pour la période 2010-2014, partant du constat que les accidents du travail stagnaient à un niveau encore trop élevé (environ 700 000 par an dont 40 000 accidents graves), que les maladies professionnelles étaient en constante augmentation (45 000 en 2008), que plus de 13 % de la population active sont aujourd'hui exposés à au moins un agent cancérigène,...³¹ Ce nouveau plan s'inscrit dans un contexte plus général qui suppose notamment de traduire la stratégie européenne de santé au travail communautaire 2007-2012, et aussi de faire face au développement de certains risques, tels que les risques psychosociaux. Ce second plan a deux objectifs majeurs, diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles. À cette fin deux objectifs précis sont assignés pour la période du plan :

³¹ Plan Santé au travail 2010-2014, disponible sur le site internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html>

une stabilisation du nombre des maladies professionnelles et une baisse de 25% des accidents du travail. Le second objectif consiste à développer une politique de prévention active contre des risques clairement identifiés et au profit des secteurs professionnels ou des publics les plus sensibles. Le PST2 se caractérise par la volonté d'accentuer fortement l'amélioration des conditions de travail, notamment pour les entreprises de moins de 200 salariés.

Dans ce but, quatre axes d'intervention majeurs ont été identifiés³² :

- Développer la production de la recherche et de la connaissance en santé au travail dans des conditions de pérennité, de visibilité et de rigueur scientifique, et en assurer la diffusion opérationnelle, jusqu'aux entreprises et à leurs salariés.
- Développer les actions de prévention des risques professionnels, en particulier des risques psycho-sociaux, du risque chimique, notamment CMR et neurotoxiques, et des TMS.
- Renforcer l'accompagnement des entreprises dans leurs actions de prévention, en s'attachant tout particulièrement aux entreprises de 11 à 49 salariés, souvent dépourvues de représentation du personnel, mieux les informer des enjeux de la prévention et leur procurer les outils indispensables.
- Assurer, au travers de la mise en œuvre de la réforme des services de santé au travail, la place de ces acteurs dans la stratégie de prévention, et renforcer la coordination et la mobilisation des différents partenaires, tant au niveau national que dans les régions.

- Les Plans régionaux de santé au travail (PRST)

Au niveau régional, un Plan régional de santé au travail est également rédigé. Il définit le plan d'action territoriale en matière de protection de la santé au travail, en déclinaison du Plan santé travail (PST). Il définit également l'organisation et les moyens mobilisés par les services régionaux et départementaux en vue d'atteindre les objectifs fixés. Ce plan a pour objectifs de répondre plus spécifiquement aux problématiques régionales de santé au travail. L'élaboration ou la maîtrise d'œuvre du PRST est confiée à la DIRECCTE³³. Il est articulé avec les différents plans régionaux, tels que le PRSP et le PRSE. Ces deux plans font de la santé au travail une priorité régionale. Dans ce cadre, ils contiennent un volet spécifique à ce champ. Les PRST sont issus d'une démarche collective associant généralement la DIRECCTE, la CRAM, les SST, l'OPPBTP,

³² Plan Santé au travail 2010-2014, disponible sur le site internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html>

³³ circulaire DRT n°2006/09 du 10 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du Plan régional santé au travail

l'ARACT, les partenaires sociaux, ainsi que la DRASS. Ces plans sont effectivement élaborés en partenariat avec les acteurs de santé publique. Les volets du PRST qui s'articulent avec le PRSP sont par exemple présentés pour avis à la Conférence régionale de santé publique.

Pour faire face au déficit croissant de l'Etat, désormais un fonctionnaire sur deux (partant à la retraite) ne sera pas remplacé. Dans quelle mesure alors, ces plans peuvent-ils être convenablement mis en place ? L'un des interlocuteurs travaillant au sein d'un organisme public a confié que les moyens mis en œuvre aujourd'hui ne permettraient pas d'aider et d'accompagner un maximum d'entreprises. Dans ce cadre, ce sont les entreprises en très grandes difficultés (par exemple, où il y a eu un accident mortel) qui vont être prioritaires. La politique de santé au travail sera donc basée sur une démarche de prévention secondaire et tertiaire et non pas sur une démarche de prévention primaire. De ce fait, la France restera sur un système fondé sur le curatif.

Quelles sont les droits et les obligations des employeurs et des salariés ? En France, un véritable droit de la santé au travail a été développé au fil des années, celui ayant pour objectif de protéger la santé et la sécurité des travailleurs.

2.2.2 Quelle législation en matière de santé au travail

L'émergence d'un droit de la santé au travail

Initialement, le droit du travail et le droit de la sécurité sociale se sont développés à partir d'une vision mécanique de l'être humain : c'est d'abord le corps qu'il a fallu protéger des agressions du travail industriel. « *Le Code du travail se fixait alors comme but de préserver la force de travail en instituant notamment, le repos obligatoire, de protéger la fonction reproductrice de la femme en réglementant le travail de nuit. C'est le corps en tant que mécanique et, par delà, outil de travail qui était visé* ». ³⁴ En effet, le contrat de travail se caractérise par la mise à disposition par le salarié de son activité ou de sa force de travail à un employeur sous l'autorité duquel il se place. Dès lors, le droit du travail a dû mettre en place des règles visant à préserver l'intégrité physique du salarié.

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle avec le développement industriel, un système de prévention des risques professionnels a été progressivement élaboré. La loi du 9 Avril 1898

³⁴ Nicole MAGGI-GERMAIN, Travail et santé : le point de vue d'une juriste, Revue Droit social, N°5-mai 2002

constitue une étape capitale pour la réparation des risques professionnels et pour la prévention. Elle établit le principe de la responsabilité civile systématique de l'employeur pour les accidents survenus dans son entreprise. Un droit à réparation de la part de l'employeur responsable est alors créé.

La protection n'a cessé de se renforcer tout au long du XX^{ème} siècle et surtout à partir de 1945 avec la création d'institutions nouvelles : mise en place de la Sécurité sociale, de la médecine du travail en 1946, et des Comités d'hygiène et de sécurité dans les entreprises. A cette période, les facteurs de risques reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court ou moyen terme. La santé veut alors dire absence de maladie.

Entre 1955 et 1975, ces vingt années ont été marquées par une forte croissance de la législation et par la modernisation de l'outil industriel, le taux d'accidents du travail a alors diminué d'un tiers. Grâce à ces progrès, deux nouveaux concepts ont pu s'imposer à partir des années 1970 : l'amélioration des conditions de travail et la promotion de la sécurité intégrée. En 1973, le législateur consacre le concept de " conditions de travail " et crée l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), dotant ainsi le Ministère chargé du travail d'un instrument d'information et de conseil des entreprises. La loi du 6 décembre 1976 pose le principe de l'intégration de la prévention des risques professionnels à l'ensemble des situations de travail : locaux de travail, machines et appareils, produits utilisés, mais également formation pratique à la sécurité de chaque salarié à son poste de travail.

Depuis les années 1980, avec la construction communautaire, c'est la Commission européenne, qui est à l'origine de l'essentiel de l'actualisation des normes françaises et de la modernisation de notre système en matière de santé et de sécurité au travail. Ce sont surtout des directives (principal instrument d'intervention communautaire) qui ont été à l'origine des modifications et des avancées du droit du travail.

L'intensité de ce développement législatif n'a cessé de croître jusqu'au milieu des années 1990, et le point de départ de cette évolution résulte sans conteste de la directive sur la sécurité et la santé des travailleurs (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), dite directive cadre. En France, la directive cadre a été transposée par la loi du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels. Elle marque un tournant décisif dans l'approche de la santé et de la sécurité au travail. Cette directive est à l'origine d'une trentaine d'articles nouveaux introduits dans le code du travail. D'ailleurs, ces articles vont codifier pour la première fois l'ensemble des

principes généraux de prévention des risques professionnels. La loi du 31 décembre 1991 constitue également le fondement de la démarche d'évaluation a priori des risques avec la mise en place du document unique.

La législation ne correspondant plus tout à fait à la réalité (avec l'évolution du monde du travail), le 19 décembre 2001 est adoptée la loi de modernisation sociale, composée de deux parties distinctes comportant 224 articles. Cette loi a notamment modifié des éléments du livre deuxième du Code du travail, en ajoutant à la notion de « santé » les qualificatifs de « physique et mentale ». Cela marque un tournant dans la protection du travailleur, car à côté de la santé physique du salarié, on tend aujourd'hui à se préoccuper de la santé mentale du travailleur. *« On s'intéresse de plus en plus au travailleur en tant que personne et non plus seulement comme force de travail »*³⁵. Il y a donc un élargissement de la notion de santé au travail : ce n'est plus seulement les risques liés à l'utilisation de l'outil de travail qui sont pris en compte, mais tout ce qui peut toucher à l'environnement de travail du salarié et aux relations professionnelles. Cela rejoint la définition de la santé de l'OMS selon laquelle il s'agit d'un *« état de complet bien être physique mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »*. La charte d'Ottawa de 1986 en posant certaines conditions préalables à la santé *« [...] les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques [pouvant] tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé »* fait notamment le lien entre santé et conditions de travail.

Bien que le droit communautaire ne définisse pas la notion de santé, il consacre cependant la « protection de la santé et de la sécurité au travail » parmi les droits fondamentaux des travailleurs.

Quel est le rôle de l'employeur et du salarié dans la mise en œuvre de la politique de santé au travail ?

Le droit social définit un ensemble de droits et d'obligations pour l'employeur ainsi que pour le salarié. Comme nous l'avons vu, le XXème siècle a beaucoup fait évoluer la législation en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. La difficulté traditionnelle étant de trouver un équilibre entre les exigences économiques de fonctionnement de l'entreprise et les revendications des salariés.

Ainsi, le droit de la santé au travail tente de définir le rôle de l'employeur dans la démarche de prévention des risques, mais également le concours que le salarié doit y

³⁵ Th. Revet, « la force de travail (étude juridique) », Bibliothèque du droit de l'entreprise, Litec, n°28, 1992

apporter. La question de la part de la gestion collective du risque et celle de sa gestion individuelle est donc posée.

-Les obligations de l'employeur

En matière de prévention, il existe un véritable cadre juridique structurant l'organisation des relations de travail, à l'attention des employeurs. Le principe est posé par l'article L4121-1 du Code du Travail, qui est directement issu de la directive communautaire du 12 Juin 1989 : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs [...]. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. Une série d'arrêtés rendus par la cours de Cassation vient renforcer cette obligation, qui est désormais tenu « ...d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise »³⁶ Il commet, selon la Cours de Cassation, une faute inexcusable, au sens de l'article L.452-1 du Code de la sécurité sociale, lorsqu'il « (...) avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

-Le document unique :

C'est le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 qui a rendu effective l'obligation d'évaluation des risques par l'employeur. Cette obligation figure depuis parmi les principes généraux de la prévention. Le document unique permet de lister et hiérarchiser les risques pouvant nuire à la sécurité de tout salarié et de préconiser des actions visant à les réduire voire les supprimer. Ce document doit faire l'objet de réévaluations régulières (au moins une fois par an), et à chaque fois qu'une unité de travail a été modifiée. Il doit être tenu à la disposition notamment des membres du CHSCT, des délégués du personnel et du médecin du travail.

Il est obligatoire pour toutes les entreprises et associations de plus de un salarié. L'absence de document unique, en cas de contrôle de l'inspection du travail, peut être

³⁶ Cass.soc., 28 Février 2002, n°835 du 28 Février 2002 CPAM de Grenoble. /Société Ascométal et autres,...

sanctionnée de 1 500 euros d'amende par unité de travail et plus de 3 000 euros par unité de travail en cas de récidive (article 4741-3 du code du travail). En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, la responsabilité civile de l'employeur peut être engagée si la faute inexcusable est reconnue entraînant une réparation du préjudice subi et une cotisation complémentaire en remboursement de la rente majorée servie par la sécurité sociale.

L'intérêt du document unique est de permettre de définir un programme d'actions de prévention découlant directement des analyses et évaluations qui auront été effectuées. L'objectif principal est de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles. « *L'élaboration de ce document unique est d'une extrême importance puisqu'il va être le support matériel et juridique de la politique de prévention dans l'entreprise* ». ³⁷ La circulaire du 18 avril 2002 insiste également sur le fait que le document unique n'est pas une obligation purement formelle mais qu'il « *constitue un des principaux leviers de progrès de la démarche de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.* »

-Les obligations du salarié

La volonté d'accroître les garanties offertes au salarié s'accompagne d'un souci d'associer le salarié à l'effort de prévention, conformément à la directive européenne du 12 juin 1989. La gestion individuelle du risque se traduit par des droits mais aussi par des obligations mis à la charge du salarié.

Ainsi, Selon l'article L4122-1 du Code du travail, « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.* » Le manquement volontaire à l'obligation peut donc être sanctionnée disciplinairement.

Le salarié dispose également d'un droit essentiel qui lui permet d'avoir une certaine maîtrise sur sa propre sécurité, le droit de retrait. Ce droit permet au travailleur de se soustraire temporairement à l'autorité de l'employeur « *lorsqu'il y a un motif*

³⁷ Professeur M.-A Moreau, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », droit social, p. 817

raisonnable de penser que la situation de travail présente un danger grave et imminent pour sa vie ou pour sa santé » (article L 4131-1 du Code du travail). Le salarié ne peut pas être sanctionné ou subir de retenue de salaire pour s'être retiré de son poste de travail dès lors qu'il a un motif légitime de croire à un danger possible. *« L'employeur ne peut demander au travailleur qui a fait usage de son droit de retrait de reprendre son activité dans une situation de travail où persiste un danger grave et imminent résultant notamment d'une défectuosité du système de protection ».*

2.2.3 L'inscription de la santé au travail dans la santé publique

Selon la circulaire DRT n°2006/09 du 10 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du Plan régional santé au travail, la loi relative à la politique de Santé Publique du 9 Août 2004 et le plan « santé au travail » (PST) placent pour la première fois, la protection de la santé au travail au rang d'enjeu global de santé publique. Le PST I précise que *« la santé au travail s'inscrit pleinement dans le champ des politiques de santé publique dont elle ne pourrait se dissocier en totalité [...] »*. Il constitue ainsi une politique « sectorielle » qui s'imbrique dans la politique globale de prévention sanitaire, comme l'une des dimensions de la santé publique. Cette loi organise la politique de prévention sanitaire en 5 plans stratégiques pluriannuels : Plan cancer, Plan de lutte pour limiter l'impact de la violence, Plan national Santé Environnement, Plan sur la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Plan d'amélioration de la prise en charge des maladies rares.

C'est dans ce cadre que la santé au travail s'inscrit comme un élément de la santé publique, même si elle présente des caractéristiques spécifiques. Ainsi, le PST se fonde sur la logique générale de la loi de santé publique et sur la politique du travail. Le PST possède un lien très étroit avec le PNSE, le milieu professionnel étant le plus important des milieux environnementaux couverts par le plan et parce-que le diagnostic scientifique sur lequel est construit le PNSE est aussi la base scientifique du PST.

La loi du 9 Août 2004 relative à la santé publique définit 100 objectifs dont quatre impactent le champ travail : ce sont la réduction du nombre de salariés soumis à des contraintes articulaires, des accidents routiers dus au travail, de salariés soumis au bruit et aux cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). Ces quatre objectifs sont communs avec ceux du plan Santé Travail. *« Il s'agit d'une volonté forte et dynamique sur la durée s'appuyant sur une démarche pluridisciplinaires en réseau avec les autres services déconcentrés de l'Etat (DRASS, DIRECCTE) et avec les autres partenaires (SST, CRAMB, MSA, OPPBTP, ARACT, organisations professionnelles d'employeurs et de salariés,*

ORST... La diversité des approches et leur coordination doivent concourir à l'optimisation des actions. »³⁸

Le PRSP Bretagne conclut son volet « Personnes en milieu du travail », en précisant que « la santé au travail dans l'articulation avec la santé publique doit garder sa spécificité dans l'approche des risques professionnels. Son expertise doit être mieux connue de la santé publique et réciproquement ! Dès lors, Santé publique et santé travail se trouveront enrichies par cette complémentarité ».

En France, il existe tout un dispositif législatif en matière de santé au travail, mais les entreprises sont-elles réellement impliquées et engagées dans la démarche de prévention ? Sont-elles favorables à la mise en œuvre d'une démarche de prévention et de promotion de la santé ? Comment conçoivent-elles ces démarches ?

2.2.4 Quels sont les acteurs de la prévention en entreprise ?

Outre l'employeur et le salarié, les acteurs qui participent à la démarche de prévention, sont nombreux. La circulaire du 18 avril 2002 souligne l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire : dans la mesure où ces actions de prévention doivent être planifiées « *en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants* » (Article L4121-2 du Code du travail). La démarche de prévention se fonde donc sur des connaissances complémentaires d'ordre médical, technique et organisationnel, tant au stade de l'évaluation des risques que celui de l'élaboration d'une stratégie de prévention. Toutes les disciplines et toutes les spécialités doivent alors travailler de concert. La circulaire du 13 janvier 2004 indique que la pluridisciplinarité constitue un « *enrichissement de la prévention car elle permet d'appréhender de façon collective les conditions de travail. Elle autorise un décloisonnement de la prévention, car elle favorise un travail en réseau* ».

- Le CHSCT

Les instances représentatives du personnel concourent par leurs propositions à l'amélioration des conditions de la santé, de la sécurité et des conditions de travail. Les délégués du personnel et les comités d'entreprises ont une compétence générale sur les relations de travail, intégrant notamment la prévention des risques. Le CHSCT est l'instance représentative spécialisée en matière de prévention des risques professionnels.

³⁸ Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2010, p.146

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, plus connu par le sigle CHSCT, est en France une institution représentative du personnel au sein de l'entreprise. Il a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Le CHSCT est doté de la personnalité morale. Sa création et son organisation sont obligatoires dans les établissements comptant plus de 49 salariés (articles L. 4611-1 à L. 4614-16 du code du travail). Des exceptions à cette obligation existent : dans les établissements de 50 salariés et plus dépourvus de CHSCT, ce sont les délégués du personnel qui assument les missions dévolues au comité ; dans les établissements de moins de 50 salariés, l'inspecteur du travail peut imposer la création d'un CHSCT en raison notamment de la nature des travaux, de l'agencement ou de l'équipement des locaux.

Siègent au CHSCT : l'employeur ou son représentant assumant la présidence ; la délégation du personnel dont les membres - salariés de l'entreprise - sont désignés pour 2 ans (mandat renouvelable) par un collège constitué par les membres élus du comité d'entreprise ou d'établissement et les délégués du personnel. De plus, à titre consultatif, le médecin du travail, le chef du service de sécurité et des conditions de travail (à défaut, l'agent chargé de la sécurité et des conditions de travail) et, occasionnellement, toute personne qualifiée de l'établissement désignée par le comité peuvent aussi siéger au CHSCT. L'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention des organismes de sécurité sociale peuvent assister aux réunions.

- Le Service de santé au travail

La santé des hommes au travail est une préoccupation remontant à l'antiquité. Des médecins étaient présents sur les chantiers des pyramides égyptiennes pour veiller sur la santé des ouvriers. Au fil des siècles, les réflexions ont progressivement conduit les hommes de savoir à développer le concept d'une médecine réservée au monde du travail. C'est avec la loi du 11 octobre 1946, votée à l'unanimité par les représentants de l'Assemblée nationale, et ses décrets successifs d'application, que tous les travailleurs bénéficient, à la charge et sous la responsabilité des employeurs, des services de la médecine du travail. Sont ainsi consacrés de façon définitive les fondements de la médecine de prévention.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a fait évoluer les services de médecine du travail en services de santé au travail en érigeant l'approche pluridisciplinaire en obligation légale : les entreprises et les services de santé au travail sont désormais tenus

d'être en capacité de mobiliser toutes les compétences médicales, techniques et organisationnelles, utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail. Cette nouvelle dénomination illustre une évolution de l'organisation de ces services dans une approche globale de la prévention des risques professionnels. En témoigne par exemple, l'obligation pour les SST de recruter des IPRP (ergonomes, psychologue du travail, toxicologues...).

Les services de santé au travail ont un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs. *« Le médecin du travail ne doit pas rentrer dans le soin et il ne doit pas s'occuper de la santé économique de l'entreprise. [...] Il y a trois grandes catégories d'activités pour un médecin du travail : Les visites médicales plus communément nommées « le colloque singulier », l'action en milieu de travail « le tiers temps », et la participation à l'activité du SST (présence au sein des différentes instances, construction d'actions, participation à des études). [...] Le médecin du travail à sa vision des risques dans l'entreprise et des moyens à mettre en œuvre. Il fait alors des préconisations à l'employeur par l'intermédiaire d'une fiche d'entreprise, laquelle doit être fournie au MIRTMO, à la CRAM sur leur demande. L'employeur a quant à lui sa propre vision à travers le document unique. Les médecins n'ont pas à participer à l'élaboration de ce document mais si l'employeur le demande, nous pouvons apporter des conseils »*, explique le Docteur Doremus, médecin du travail.

Aujourd'hui, il y a 950 SST pour 15 millions de salariés des secteurs industriels et tertiaires. Une réforme sur les SST est attendue pour les prochains mois. Celle-ci devrait à nouveau renforcer l'aspect préventif de ces services.

- La DIRECCTE

La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE)³⁹ est un service déconcentré sous cotutelle du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Son organisation et ses missions sont définies par le décret n°2009-1377 du 10 novembre 2009.

³⁹ Les DIRECCTE sont nées de la fusion des Directions régionales et départementales de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP et DDTEFP), des divisions développement industriel (DDI) des DRIRE, de la mission concurrence des Directions régionales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DRCCRF), des délégations régionales du tourisme (DRT), des directions régionales du commerce et artisanat (DRCA), des directions régionales du commerce extérieur (DRCE) et des chargés de mission régionaux d'intelligence économique (CRIE). Cette réorganisation s'est faite dans le cadre de la RGPP.

Les DIRECCTE sont actuellement en cours « *de construction et de stabilisation* »⁴⁰, mais elles devraient à priori être constituées de trois pôles : le pôle E consacré au développement des entreprises et des compétences, emploi et marché du travail ; le pôle T consacré à la politique du travail ; et le pôle C pour la concurrence. « *Le pôle travail (instance régionale) reprend de façon général les missions des anciennes DRTEFP et DDTEFP, c'est-à-dire la réglementation du droit du travail, du droit des salariés, de la santé et de la sécurité au travail* », explique Martin Buffet, chargé de la mise en œuvre des politiques travail à la DIRECCTE Bretagne. Le pôle travail comporte trois champs d'intervention : le champ du contrôle, le champ de la prévention et de la mise en place d'une politique de santé, le champ de la médiation et du conseil. « *Des conseils vont par exemple être donnés aux représentants du personnel. Nous sommes amenés à être dans les CHSCT, nous pouvons y siéger, ainsi que les médecins inspecteurs* ».

Il existe trois corps de contrôle au sein du pôle travail de la DIRECCTE, corps qui existaient déjà sous les DRTEFP et le DDTEFP : les inspecteurs du travail (et les contrôleurs du travail pour les entreprises de moins de 50 salariés), les ingénieurs de prévention et les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO). « Les médecins inspecteurs et les ingénieurs de prévention apportent un appui technique aux inspecteurs, qui a lui une approche juridique », précise Martine Buffet.

L'inspecteur du travail a pour mission de contrôler l'application de l'ensemble de la réglementation du travail, notamment en ce qui concerne la santé et la sécurité ; et de conseiller et informer les employeurs, les salariés et les représentants du personnel sur leurs droits et obligations⁴¹. « *L'approche santé est au quotidien dans les contrôles des conditions de travail (protection collective et individuelle) et sur tous les thèmes de risques (chimique, bruit, TMS, RPS,...), tout ce qui peut toucher à la santé des salariés* ».

Les orientations c'est-à-dire les actions à mener par les DIRECCTE sont décidées au niveau national mais également au niveau régional. « *En amont, il y a des campagnes nationales (2 par an, d'une durée de 2 à 3 mois). Actuellement, c'est une campagne sur la radioprotection, et cette campagne est déclinée au niveau régional par des actions collectives. D'autres actions sont décidées au niveau régional, elles sont liées aux spécificités du territoire. En l'occurrence, en Bretagne, les actions concernent notamment le secteur du bâtiment et celui de l'agroalimentaire* », explique Martine Buffet.

- La CRAM

⁴⁰ Mme Buffet, inspecteur du travail, qui s'occupe de la mise en œuvre des politiques travail à la DIRECCTE Bretagne, lors d'un entretien le 18 mai 2010

⁴¹ « Qui interroger, qui avertir en prévention des risques professionnels », Fiche pratique de sécurité (ED 110) de l'INRS, page 3.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie est un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public. La CRAM est placée sous la tutelle des pouvoirs publics, représentée à l'échelon régional par le Préfet de Région et par la DRASS. Elles sont administrées par un conseil d'administration composé notamment de représentants d'employeurs et de salariés.

« *La CRAM et plus particulièrement le Département Risques Professionnels (DRP) a pour objectif premier d'assurer les entreprises du régime général afin que les salariés soient couverts en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail* ». Le DRP est composé de deux sous-services : le service tarification qui détermine les taux de cotisation. Pour les entreprises de moins de dix salariés, « *le taux est mutualisé car elles ne s'en sortiraient pas sinon* », précise un ingénieur conseil de la CRAM Bretagne. Les grandes entreprises ont elles, un taux propre, « *cela doit les inciter à faire de la prévention* ». Le second service est celui de la prévention. Le service a pour but de conseiller les entreprises afin qu'elles améliorent les conditions de travail. Cela a pour objectif de prévenir les accidents et les maladies.

Les orientations et les priorités des CRAM sont déterminées à deux niveaux. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) définit 5 grands axes de travail : les TMS, les risques routiers, le secteur du BTP, « *secteur où il y a beaucoup d'accidents* », la population des intérimaires, et les risques psychosociaux. Le second niveau est l'échelon régional, « *en plus des orientations nationales, il existe des orientations régionales qui prennent en compte les spécificités des régions. La Bretagne est une région où il y a beaucoup d'accidents* » explique un ingénieur conseil de la CRAM. Les interventions en entreprise se font soit à la demande de l'entreprise, soit selon les orientations mais « *comme il y a beaucoup et de plus en plus d'orientations, nous avons moins de temps pour répondre aux demandes* ». La CRAM peut intervenir à la demande du médecin du travail, « *nous lui demandons alors d'être là pendant la visite* », précise un ingénieur conseil de la CRAM. « *On peut également recevoir des appels des membres du CHSCT ou d'un salarié.* »

Les ingénieurs conseils et les contrôleurs de sécurité ont un rôle d'appui sur les méthodes à mettre en œuvre pour prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Pour mener à bien leur action de prévention alliant de manière indissociable conseil, formation et contrôle, les Caisses régionales disposent de moyens techniques, réglementaires et d'incitation financière. Des aides peuvent être allouées à des

entreprises, 2,1 millions d'euros d'aides financières ont été versées aux entreprises dans le cadre de contrats de prévention, en 2009, en Bretagne.⁴².

En Bretagne, à côté du DRP, il existe au sein de la CRAM un service Info Santé qui est un service de promotion et d'éducation pour la santé créé en 1998. L'action de la CRAM s'articule autour de deux populations : les personnes âgées et les aidants, ainsi que les salariés en entreprise. L'équipe est composée d'un responsable et de deux chargés de missions, qui travaillent chacun sur l'une des thématiques.

Le service Info Santé intervient à la demande des entreprises pour renforcer la culture de promotion de la santé au travail et participer au bien être des salariés. Un programme « Equilibre Santé Entreprise » en direction des salariés a été mis en place sous forme de trois ateliers : l'atelier « Equilibre et santé Manger/Bouger », l'atelier « Equilibre Santé/Rythmes de vie » et l'atelier « Equilibre Santé/ Conduites addictives ». Le service Info Santé intervient sur la demande de différents acteurs, *« les médecins du travail peuvent nous solliciter. C'est rare que ce soit un salarié qui le fasse sauf pour les petites entreprises. Cela peut être le DRH, le responsable sécurité, un membre du CHSCT »* explique la chargée de mission du Service Info Santé. Une fois que la demande est enregistrée par le service, *« Le chargé de mission va rencontrer les membres du CHSCT et leur proposer un programme autour de la demande. Il faut que le CHSCT accepte la proposition et ensuite le programme sera validé par les autres personnes ressources »*. Le service propose des stages de formation aux personnes susceptibles d'être un relais au sein de l'entreprise (membres de CHSCT, infirmière et médecin, chargés de prévention, ressources humaines, direction, salariés). De plus, il propose des interventions au sein de l'entreprise *« soit sous la forme d'ateliers (groupe de 7 à 12 personnes), soit sous la forme de forums »*. Pour cette dernière forme, il s'agit d'un *« évènementiel sur une journée ou une demi-journée. Ici, c'est plus une logique d'information avec la mise en place de stands thématiques en relation avec les problématiques de l'entreprise »*, précise une chargée de mission du service Info Santé.

D'autres acteurs, comme des associations sont également amenés à travailler sur le champ de la santé au travail. C'est par exemple, le cas du réseau ANACT, mais aussi celui de l'ANPAA.

- Le réseau ANACT

⁴² Conseils aux entreprises, CRAM Bretagne [31 mai 2010], disponible sur internet : http://www.cram-bretagne.fr/cram_bretagne/jsp/service/conseilentre.jsp

Le réseau ANACT se compose de : l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), établissement sous tutelle du ministère en charge du travail ; et de 27 associations régionales (ARACT ou antenne), structures de droit privé, administrées de manière paritaire (partenaires sociaux).

L'ANACT a été créée en 1973 à Paris et se situe désormais à Lyon. Les ARACTS se sont développées au milieu des années 1980 avec le mouvement de décentralisation. On compte aujourd'hui 27 ARACTS. Les financements sont répartis entre l'Etat (1/3), la région (1/3) et des financements privés (1/3). En effet, *« certaines interventions en entreprise sont payantes dès lors que ce sont des interventions qui prennent beaucoup de temps »*, précise un chargé de mission de l'ARACT Bretagne. Pour les TPE/PME (-250 salariés) l'intervention d'une durée de 5 à 8 jours est gratuite. Pour les autres entreprises, une participation financière sera déterminée.

Présente en Bretagne depuis 1996, l'ARACT Bretagne, est devenue paritaire en 2006. L'ARACT a quatre domaines d'actions : Santé au travail, prévention des risques professionnels ; Gestion des Ressources Humaines et des Compétences ; Changements technologiques et/ou organisationnels ; Gestion des âges, emploi et travail dans les territoires. Sur tous ces sujets, l'ARACT Bretagne apporte une contribution sous forme de conseil aux partenaires sociaux dans les PME ainsi que sous la forme de diffusion de connaissances pratiques. *« L'objectif d'une intervention en entreprise, c'est de concilier l'amélioration de l'efficacité productive et l'amélioration de la santé »*. En effet, le réseau ANACT a pour buts de contribuer à développer la performance des entreprises en améliorant les conditions de travail des salariés et la qualité de vie au travail. *« La volonté initiale était d'être innovant sur l'organisation du travail »*, explique un chargé de mission de l'ARACT Bretagne.

Pour que l'ARACT intervienne au sein d'une entreprise, *« il faut une sollicitation formelle de la direction. Ensuite, il y a un temps d'analyse de la demande sur site notamment afin de recueillir les attentes de la direction, des représentants du personnel »*. L'association propose alors de réaliser un diagnostic pour établir quelles sont les causes à l'origine des difficultés rencontrées. Pour ce faire, l'ARACT analyse des données chiffrées, réalise des entretiens avec des interlocuteurs concernés et procède à l'observation de séquences de travail en vue de comprendre à quelles contraintes sont confrontées les salariés pour atteindre les objectifs attendus. Après cette phase de recueil d'informations, l'ARACT propose une séance de travail à la direction et aux représentants du personnel

afin de présenter le diagnostic et surtout déterminer les actions prioritaires à conduire pour transformer la situation⁴³.

Les ARACT sont également amenées à travailler en collaboration avec d'autres organismes : « *des interventions peuvent être communes avec d'autres acteurs : CRAM, MSA, DIRECCTE, SST, les médecins inspecteurs régionaux du travail,...* Nous sommes incités à développer des partenariats, cela est inscrit dans le contrat pluri annuel. Nous sommes un organisme de petite taille », explique un chargé de mission de l'ARACT Bretagne.

- L'ANPAA

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie est une association de type loi de 1901, fondée en 1872 sous l'impulsion de nombreux membres de l'Académie de Médecine. Elle est reconnue d'utilité publique depuis 1880 et agréée d'éducation populaire depuis 1974. Dans chaque département, elle dispose d'un comité A.N.P.A.A., bien souvent gestionnaire d'un ou de plusieurs centres de cure ambulatoire en alcoologie. Cette association propose une démarche globale permettant de coordonner la prévention avec le soin et l'intervention sociale.

L'ANPAA a pour objectifs de promouvoir une politique globale de prévention des risques comme des conséquences de l'alcoolisation et des pratiques addictives ainsi que de veiller à l'amélioration et à l'application de la législation en la matière et d'exercer ses droits reconnus de partie civile. Dans ce cadre, elle intervient auprès de différents publics comme les enfants dans les écoles, auprès de personnes en situation de précarité (« *par exemple dans les entreprises d'insertion* »), en milieu carcéral, auprès des femmes enceintes,... L'ANPAA intervient également au sein du milieu professionnel, la consommation d'alcool étant à l'origine de 15 à 20% des accidents professionnels⁴⁴. Les comités départementaux proposent des interventions et des formations aux entreprises afin de leurs donner les moyens de gérer elles-mêmes les situations. « *Nous proposons par exemple des plans de prévention à la demande des entreprises du secteur public comme du secteur privé, de plus de 50 salariés. Nous proposons des interventions de sensibilisation de 2 à 3 heures et des formations continues qui sont destinées à former des agents relais.*

⁴³ Les interventions en entreprises, ARACT Bretagne [le 30 Mai 2010]; disponible sur internet : http://bretagne.aract.fr/portal/page/portal/SWAM_5_PORTAIL/SWAM_5_Nos_Services/SWAM_5_Modes_d_intervention

⁴⁴ Alcool, tabac, cannabis et médicaments au travail, Prévenir le risque de notre responsabilité, Livret de l'ANPAA.

Ces agents sont formés pour être notamment à l'écoute des problèmes de leurs collègues. Nous intervenons selon les spécificités de l'entreprise, nous prenons en compte le document unique et le règlement d'intérieur. Lors des actions, nous intervenons sous l'angle du salarié et non celui de l'individu », explique Laëtitia Vinçont, chargée de mission à l'ANPAA 35. « Nous travaillons avec les structures médico-sociales, les médecins du travail et également les inspecteurs régionaux du travail ».

2.2.5 Les enjeux et les attentes des entreprises et des salariés

Une « mauvaise santé » des salariés, un mal être lié aux conditions de travail peuvent avoir des conséquences néfastes pour la vie quotidienne de l'entreprise. En effet, de nombreuses études épidémiologiques montrent que certains contextes de travail génèrent systématiquement des facteurs défavorables à la santé. Ces troubles peuvent se traduire par un désengagement au travail, un absentéisme accru, des conflits entre les personnes. La non santé a donc un coût significatif pour l'entreprise en termes de productivité.

Par exemple, en France, le taux d'absentéisme français s'élèverait à 4.85% soit 17.8 jours d'absence en moyenne par salarié. Les PME font face aux plus fort taux d'absentéisme avec 5.03%⁴⁵. En considérant que 1% de taux d'absentéisme coûte 1% de la masse salariale, le coût de l'absentéisme en France serait chaque année de 25 milliards d'euros environ. Ce montant englobe le coût du remplacement des absents, le surcoût lié aux heures supplémentaires, la désorganisation induite, sans compter les coûts indirects tels que la charge administrative liée à la gestion des arrêts de travail, le temps de formation des remplaçants, la perte de clients et de commandes, ainsi que des coûts " cachés " impossibles à évaluer avec précision, comme la mauvaise image de l'entreprise, la moindre qualité de service, la lassitude et démotivation des salariés les plus assidus.

La mise en place d'actions concrètes de prévention et de promotion de la santé au sein de l'entreprise est généralement justifiée par cinq considérations principales⁴⁶ :

- Le maintien de la motivation au travail ;
- La fidélisation de la main-d'œuvre ;
- La réponse à des contraintes légales ;
- La lutte contre un absentéisme tout venant ;

⁴⁵ Baromètre de l'absentéisme d'alma Consulting Group

⁴⁶ Le bien être au travail : un objectif pour la prévention ? INRS-Hygiène et sécurité du travail-Cahiers de notes documentaires-1er trimestre 2005

- La prévention « santé mentale » axée sur le coût des incidents de vie mal gérés (notamment la réduction de l'absentéisme qui en résulte)

La prévention et la promotion de la santé en entreprise, un acte de management ?

Dans un certain nombre d'articles destinés aux chefs d'entreprises et directeurs des ressources humaines, la promotion de la santé en entreprise est décrite comme un acte de management stratégique moderne qui vise à éviter les accidents et les maladies sur le lieu de travail. Cette stratégie apporterait de nombreux bénéfices pour l'entreprise comme l'amélioration du climat entre les collaborateurs, et donc du climat de l'entreprise, l'amélioration de la qualité de vie professionnelle et générale, une meilleure confiance des salariés en leur direction, l'amélioration de la performance individuelle et collective, l'amélioration du présentisme ainsi qu'une amélioration de l'image de l'entreprise qui assume alors ses responsabilités sociales. Elle devrait également permettre de fidéliser les salariés. La promotion de la santé est perçue comme un pilier important d'une démarche de Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) et de développement durable⁴⁷.

Même s'il est tout à fait logique qu'une entreprise cherche à améliorer sa productivité et donc sa rentabilité, il serait dommage d'envisager la prévention et la promotion de la santé uniquement sous cet angle. En effet, elles ne peuvent être seulement considérées comme un moyen d'améliorer la performance et l'investissement des salariés dans l'entreprise. C'est justement cette recherche de productivité qui peut conduire à des pathologies dont la souffrance au travail. Les actions en entreprises doivent permettre aux salariés d'être en bonne santé (au sens de l'OMS), que ce soit au travail bien entendu mais à l'extérieur également. Le but est que le salarié se sente bien au travail et que les impacts négatifs de celui-ci sur sa vie et son épanouissement extra-professionnels soient maîtrisés et pris en compte.

C'est sous cet angle, que la prévention et la promotion de la santé auront un réel impact. Développer une politique de promotion du bien être plutôt qu'une politique de

1 ⁴⁷ Santé et pharmacie : La Promotion de la Santé, un axe stratégique et marketing innovant, Véronique Chabernaud, [le 3 juin 2010], disponible sur internet : <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/marketing-pharmacie-promotion-sante-strategie-innovation.html>

prévention du mal être, permettra d'autant mieux à l'entreprise de fidéliser ses salariés. L'entreprise se situera alors dans une réelle démarche d'entreprise socialement responsable. *« Il faut arrêter le discours : l'employeur prend soin des salariés pour améliorer la performance économique de l'entreprise, cela ne veut rien dire. Par contre si c'est pour améliorer la performance sociale, je suis d'accord sinon quelle place donne t'on aux travailleurs handicapés ou à la femme qui veut des enfants ? », explique un médecin du travail.*

En tant qu'assureur de la protection sociale complémentaire, les mutuelles peuvent-elles jouer un rôle de préventeur auprès des entreprises ? En ont-elles les compétences et les capacités ?

Chapitre 3 : La place et la légitimité des mutuelles dans la démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises

2.3.1 Les mutuelles, des acteurs reconnus

La Mutualité Française, acteur historique dans le domaine de la prévention a au fil des années développé une expertise, tel est le cas sur la prévention du suicide. Ainsi, dans le cadre d'un projet initié par la Mutualité Française des Côtes d'Armor sur la prévention du suicide, le président de la Mutualité a été missionné par la DRASS pour mener une étude en 2002 sur les causes du suicide dans cette région. *« Les conclusions de cette recherche ont été reprises à 90% par le PRSP suicide de 2ème génération en Bretagne »⁴⁸. « La MFB est reconnue comme un acteur de santé publique. Cela s'est fait en étant sur le terrain et on a eu de la chance d'avoir des élus actifs et reconnus » déclare la coordinatrice régionale de l'activité prévention de la MFB ».*

Ces qualités sont aujourd'hui reconnues à la Mutualité Française mais quant est-il pour les mutuelles (à titre individuel)?

⁴⁸ Isabelle Ahrant, coordinatrice régionale de l'activité prévention, promotion de la santé MFB

« Certains partenaires disent qu'ils veulent bien travailler avec nous car nous sommes des acteurs de santé publique mais ils ne voudraient pas travailler avec des mutuelles seules c'est à dire sans la Mutualité Française. C'est moins naturel de penser que les mutuelles s'intéressent à la santé publique et à l'intérêt général. Ce volet là n'est pas toujours perçu de l'extérieur », explique la coordinatrice régionale de l'activité prévention, promotion de la santé de la MFB. Par la suite, elle précise que l'intervention des mutuelles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé ne se fait pas de la même façon selon la mutuelle, *« Beaucoup en parle mais elles ne savent pas forcément de quoi il s'agit. Certaines ont du mal avec le concept de promotion de la santé parce-que ce n'est pas du concret et qu'il n'y a pas de retour sur investissement. Nous nous heurtons donc à cette difficulté. Les mutuelles qui en font le font de façon différente. Pour l'instant, en Bretagne, seules les mutuelles Radiance et Prévadies ont quelqu'un dédié à l'activité, elles sont structurées. La MGEN commence à se structurer au niveau national. La stratégie des mutuelles est donc très différente ».*

Le directeur Risque Santé Prévoyance de la mutuelle Radiance Bretagne déclare quant à lui que *« Radiance est actée comme un acteur de santé publique, en témoigne les nombreuses sollicitations ».* A la mutuelle Radiance, l'activité prévention a été conçue comme une démarche collective, *« pour que cela marche il faut faire appel à des professionnels. Cette dynamique collective a bien été développée. Depuis quelques années, c'est une véritable démarche de réseau qui s'est mise en place »,* témoigne Stéphane Lebret, Directeur général de SMP Radiance.

La constitution d'un réseau, une nécessité

Le réseau constitue une ressource importante pour la mutuelle. Par exemple sur la thématique asthme et allergies, la chargée de prévention de la mutuelle SMP Radiance s'était rendu compte que le système actuel de santé ne permettait pas aux professionnels de santé d'être des prescripteurs (recommander la mutuelle auprès d'autres acteurs) de la prévention. Il était donc nécessaire que la mutuelle se tourne vers des acteurs de santé publique et plus particulièrement des acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Pour constituer un réseau, la mutuelle a du faire ses preuves, car la reconnaissance par les autres acteurs prend du temps. Au début, la chargée de prévention de SMP Radiance

s'est beaucoup déplacée à l'extérieur afin de se faire connaître. La Mfb étant le premier acteur de santé publique en Bretagne, il y avait alors une véritable opportunité pour SMP Radiance de se faire une place. Il a donc aussi fallu que la mutuelle acquière une reconnaissance de la part de la Mfb et c'est en voyant que SMP Radiance développait (seules) des actions réussies que la Mfb a été convaincue de sa démarche.

Pour construire son réseau, la mutuelle a montré qu'elle n'était pas là pour faire la promotion de la mutuelle mais bien pour mettre en avant la démarche de prévention et de promotion de la santé. « *Nous veillons à une qualité de discours et à une qualité de savoirs faire. Nous sommes là pour porter un message de santé publique* », explique la chargée de prévention et de promotion de la santé de SMP Radiance. La mise en œuvre de PSM a par exemple, permis à Radiance de se constituer un réseau dans des champs où la mutuelle ne va pas, comme les maladies cardio-vasculaires. Dans le future, la mutuelle sera peut être amenée à travailler sur ces sujets, elle aura donc un avantage puisqu'elle connaîtra les acteurs du champ.

Aujourd'hui, certaines mutuelles dont la mutuelle Radiance semblent être identifiées comme un acteur de santé publique. Elles semblent en effet avoir développé une réelle expertise en la matière, notamment en ayant un chargé de mission dédié à l'activité.

Quel est l'intérêt pour les mutuelles de développer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de leurs entreprises adhérentes ? Est-ce simplement pour diminuer les prestations versées ? Est-ce pour valoriser leur image ? Que représentent les contrats collectifs pour ces organismes ?

2.3.2 L'impact du marché des contrats collectifs

Selon une étude de la DRESS, un français sur deux déclare être couvert par l'intermédiaire de l'employeur, le plus souvent dans le cadre d'un contrat collectif. En effet, les contrats collectifs représentent 34% des types de couverture complémentaire, 14% sont individuels mais par l'intermédiaire de l'employeur. Les contrats individuels à l'initiative de l'assuré représentent 37% des contrats. D'après cette même étude, 36,9% des bénéficiaires d'un contrat collectif de complémentaire santé sont couverts par une mutuelle, ce pourcentage est le même pour les institutions de prévoyance tandis que 26.2% des bénéficiaires d'un contrat collectif de complémentaire santé sont couverts par une assurance.

Entre 2005 et 2008, il y a une forte progression du nombre d'accords d'entreprise ou textes assimilés (avenants, décisions unilatérales,...) abordant la protection sociale complémentaire, la couverture complémentaire santé en faisant partie.

La couverture complémentaire maladie d'entreprise proposée à 80%(selon une étude de l'Irdes) des salariés est loin de représenter un bloc uniforme. En effet, dans les contrats collectifs, il faut distinguer les contrats obligatoires et ceux qui sont facultatifs qui n'offrent pas les mêmes intérêts aux salariés. Les premiers non soumis à l'antiselection⁴⁹ et qui cumulent une série d'avantages en termes de coûts, proposent des niveaux de garanties en moyenne plus élevés. Les seconds laissent plus de liberté aux salariés, notamment la liberté de souscription⁵⁰. Les contrats peuvent être proposés sous des formes différentes selon les catégories de salariés ou seulement à certaines catégories de salariés.

L'antiselection constitue une problématique importante en assurance santé. Dans le cadre des contrats d'entreprise, l'antiselection peut être supprimée en rendant le contrat obligatoire pour tous les salariés ou une catégorie d'entre eux, comme les cadres. D'après l'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise menée fin 2003, parmi les salariés travaillant dans un établissement qui propose un contrat collectif de complémentaire maladie, 44% ont accès à un contrat obligatoire pour tous. Les contrats obligatoires, en plus de proposer des niveaux de garanties plus élevés, bénéficient de réduction d'assiette des charges sociales pour les employeurs et de déductions fiscales pour les salariés qui permettent de réduire indirectement leur montant par rapport aux contrats facultatifs.

Les apports de la loi Fillon⁵¹

La loi du 21 août 2003, dite loi Fillon portant réforme des retraites a été fondamentale pour la mise en œuvre des contrats collectifs. Afin de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux, un contrat collectif doit être mis en place soit par décision unilatérale de l'employeur constatée par un écrit, soit par un accord ratifié par référendum ou alors par une convention ou un accord collectif. Pour avoir un caractère collectif, le régime doit bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel de l'entreprise ou

⁴⁹ Ce comportement se caractérise par la non-souscription d'un contrat par les individus en bonne santé qui considèrent que les cotisations qu'ils paient sont beaucoup trop élevées au regard des prestations qu'ils peuvent espérer.

⁵⁰ Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antiselection et conséquences pour les salariés, Question d'économie de la santé-n°115-Novembre 2006

⁵¹ Panorama 2009 de la couverture complémentaire santé d'entreprise, Thierry Rochereau et Stéphanie Guillaume, [le 2 juin 2010], disponible sur internet :

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/ProtectionSocialeEntreprise/PSEPresentationRochereau.pdf>

à une ou plusieurs catégories objectives de salariés (ouvrier, employé, agent de maîtrise, cadre...). Pour avoir un caractère obligatoire, tous les salariés visés par le régime ont l'obligation d'y adhérer à quelques exceptions : CDD, travailleurs saisonniers, bénéficiaires de la CMU, ainsi que les salariés qui bénéficient de la complémentaire santé collective de leur conjoint (ils peuvent refuser).

La participation de l'employeur à la cotisation de la complémentaire santé doit correspondre, à l'égard de tous les salariés, à un taux de cotisation ou à un montant uniforme selon les modalités suivantes : en cas de contribution forfaitaire, le montant de la participation de l'employeur doit être le même, en cas de cotisation proportionnelle à la rémunération, le taux et l'assiette de la participation de l'employeur doivent être les mêmes.

Les prestations ne doivent pas proposer de versements sous forme de capital et doivent être complémentaires aux prestations du régime obligatoire de la Sécurité sociale. Tous les salariés doivent bénéficier des mêmes garanties de base. De plus, les contrats doivent être « responsables ».

Cette loi semble avoir « *contribué à une forte mobilité sur le marché de la complémentaire santé d'entreprise* ». Ainsi selon une récente étude de l'Irdes, « *trois quart des établissements proposent désormais uniquement une couverture obligatoire* »⁴⁶. Outre les avantages fiscaux et sociaux que génèrent un contrat collectif, celui-ci permet également de fidéliser les salariés, notamment pour les entreprises qui connaissent un Turn over important. « *La mutuelle peut-être un avantage que le salarié va regarder. Cela peut permettre de fidéliser les salariés* », explique le directeur financier d'une entreprise.

La mutuelle SMP Radiance a actuellement **800 entreprises** au sein de son portefeuille. Elle cible les PME qui ont moins de 100 salariés. En effet, le Groupe Aprionis et l'Union Radiance se sont partagés le marché. Le Groupe Aprionis s'occupe des entreprises de plus de 100 salariés avec quelques exceptions. Au sein de SMP Radiance, il y a deux conseillères collectives, qui sont à la fois commerciales, elles vont à la rencontre des entreprises afin de leurs proposer des offres de protection sociale complémentaire pour leurs salariés et elles sont également référents des entreprises adhérentes. Elles vont conseiller les entreprises tout au long du contrat.

Troisième partie : Exemple d'implication d'une structure dans la mise en place d'une démarche de prévention en entreprise : la mutuelle Radiance.

En Bretagne, la santé au travail est reconnue comme une priorité régionale de santé publique mais quant est-il de l'intervention des mutuelles dans ce domaine ? Les mutuelles ont-elles une légitimité à intervenir alors qu'il existe déjà plusieurs acteurs sur ce champ, tels que les Services de Santé au travail (SST), anciennement la Médecine du Travail, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), l'Association Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT), la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du travail et de l'Emploi (DIRECCTE), ainsi que des associations telles que l'Association National de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). Ces acteurs ainsi que les entreprises sont-ils favorables à l'intervention des mutuelles dans le champ de la santé au travail? Sur quelles approches de la santé peuvent-elles agir : prévention des risques, promotion du bien être ?

Chapitre 1 : Les enjeux et les freins de la démarche de prévention en entreprise

Etant dans un environnement très concurrentiel, les mutuelles sont aujourd'hui, à la recherche d'actions innovantes. Les entreprises (les salariés) constituent un public important pour les assureurs, il est donc intéressant pour eux de développer des actions de prévention vers cette population. « *Le bien être au travail devient une arme concurrentielle pour apporter des nouveaux services aux entreprises clientes en protection sociale complémentaire* »⁵². Le milieu de l'entreprise étant un milieu de vie avec une population captive.⁵³

3.1.1 Les enjeux de la démarche de prévention en entreprise pour les mutuelles

⁵² L'argus de l'assurance-7 mai 2010

⁵³ Rapport d'étape-Stratégie nouvelle de prévention, Ministère de la santé et des solidarités (Commission d'orientation prévention), 11 septembre 2006

L'article L111-1 du Code de la Mutualité dispose que « les mutuelles mènent [...] une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide [...] afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leur membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie ». Cet article peut être perçu comme fondateur de la démarche de prévention par les mutuelles. En effet, par la prévention et la promotion de la santé, les mutuelles vont ainsi pouvoir contribuer au bien être général des individus.

Le milieu du travail constitue un environnement déterminant pour arriver à modifier les comportements, les habitudes et faire en sorte que les salariés soient confrontés à un minimum de risques. En agissant sur les milieux de travail, les mutuelles peuvent exercer une influence positive sur la population active.

Les entreprises constituent une cible pour les assureurs. Cependant, lorsque les personnes ont une complémentaire santé d'entreprise, il est parfois constaté des phénomènes de surconsommation surtout quand la complémentaire est prise en charge intégralement par l'employeur et/ou le Comité d'entreprise. Il est alors intéressant pour ces organismes de mener des actions de prévention et de promotion de la santé au sein de ces entreprises. En effet, ces actions permettent de toucher un grand nombre de personnes à la fois et elles tendent à responsabiliser les personnes, afin qu'elles deviennent acteur de leur santé. L'objectif étant notamment qu'elles soient moins consommatrices de prestations. Alors que les actions menées auprès des adhérents en général sont difficilement quantifiables en termes de diminution des prestations versées, Stéphane Leuret explique que « *La démarche de prévention en entreprise peut plus facilement être quantifiable en termes de prestations versées. Les entreprises représentent un groupe de personnes, animé par une volonté collective [...] dans ce cadre, on peut constater une diminution des prestations. Cela ne peut que conforter l'intérêt de la prévention sur l'ensemble des adhérents. Nous arrivons par des actions de prévention à diminuer et à mesurer le gain sur les prestations, soit sur les prestations natures, soit sur les prestations en espèce* ».

L'une des difficultés auxquelles doivent faire face les préventeurs, c'est qu'il n'est pas toujours évident de mobiliser les personnes autour d'une problématique de santé. Les actions en entreprise permettent de diminuer ce facteur de risque puisque les personnes se trouvent déjà sur le lieu de l'action.

La prévention, un outil de différenciation

Depuis plusieurs années, la concurrence s'est considérablement accrue sur le marché de la complémentaire santé, avec de nombreux acteurs comme les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance, les banques. Les principes de solidarité, de démocratie, ... des mutuelles ne font plus la différence, ainsi « *si l'entreprise mutualiste n'est pas une entreprise comme les autres, elle est comme les autres une entreprise* »⁵⁴. Les mutuelles doivent alors définir des stratégies, des spécificités afin de s'imposer sur ce marché et ainsi attirer de nouveaux adhérents et fidéliser les anciens.

C'est notamment dans cette logique de compétitivité que les mutuelles ont renforcé leur politique de prévention et de promotion de la santé. « *La prévention peut être un élément de différenciation dans un contexte concurrentiel de bagarre commerciale. [...] Même si cela ne va pas plaire aux puristes, la prévention est une activité qui permet de se différencier et de fidéliser les adhérents ou d'en attirer de nouveaux* », déclare le Directeur de SMP Radiance. « *La différenciation se fait davantage sur les services annexes et la prévention que sur le produit de base* »⁵⁵. Les services connexes développés par les assureurs représentent donc bien un outil de différenciation où « *chacun rivalise alors d'innovation* »⁵⁶.

Dans ce contexte, les individus ainsi que les entreprises n'hésitent pas à changer de mutuelle, surtout quand il y a une augmentation de leurs cotisations. Il y a donc un « *turn over* » très important des adhérents et notamment des entreprises qui n'hésitent pas à remettre en cause leur contrat. « *Le problème est la fidélisation du portefeuille collectif, il faut donc créer un lien meilleur avec nos entreprises. Il faut que l'on puisse leurs apporter une valeur ajoutée, comme par exemple, une aide au retour à l'emploi pour les personnes en arrêt de travail. L'idée c'est d'être avec l'entreprise, le partenaire de la santé des salariés et par exemple de travailler avec elle sur une problématique particulière telle que les horaires décalés* », témoigne Gildas Bougerie, Directeur Risque Santé Prévoyance de SMP Radiance.

Cependant pour certaines entreprises, les actions engagées par les mutuelles en matière de prévention en entreprise ne sont pas encore déterminantes et elles ne seraient être un critère de choix. « *Les actions de prévention ne sont pas encore prioritaires, c'est encore embryonnaire. Je pense que les autres mutuelles sont au même stade, à part la MSA. Si nous étions à ce niveau là, cela pourrait alors devenir un critère de choix [...] Donc en fonction de la qualité de la prévention et des informations, cela peut devenir un critère*», explique l'un des directeur d'une entreprise rennaise adhérente à Radiance. Pour ce

⁵⁴ Y. Saint-jours, citant MM. Mandinaud et Mazurelle

⁵⁵ Cyrille Chartier-Kastler, président de Facts&Figures, La tribune de l'assurance-n°146-Avril 2010

⁵⁶ La tribune de l'assurance-n°146-Avril 2010

directeur d'entreprise, les critères de choix relèvent davantage « *des relations* » que l'entreprise peut avoir avec le conseiller, le fait de ne pas « *avoir la même grille tarifaire que les voisins, et recevoir une information régulière. Il faut arriver à coller au mieux avec les besoins de la population* ».

Aujourd'hui, la prévention est une activité très souvent développée par les mutuelles et les assureurs en général. Les thèmes et les modalités d'actions peuvent varier d'une mutuelle à une autre, mais ces différences ne sont pas forcément perçues de l'extérieur. En effet, les individus peuvent avoir le sentiment que toutes les mutuelles et même les compagnies d'assurance mettent en œuvre des actions de prévention. Dès lors, la prévention permet-elle réellement de se différencier ? Peut-être pas, mais pour la mutuelle SMP Radiance, même si elle recherche à créer des différences avec les autres assureurs, le plus important est d'engager une démarche qui puisse contribuer à améliorer la santé des individus.

3.1.2 Des inégalités entre les grandes et les petites entreprises

Actuellement, les entreprises ne semblent pas être au même niveau face à la démarche de prévention. En effet, alors que les grandes entreprises sont favorables à la démarche et n'hésitent pas à investir dans la prévention, les PME ne semblent aujourd'hui pas sensibles à la santé au travail. Les moyens financiers et matériels sont sans doute pour beaucoup dans ce non-engagement. Pour la mutuelle Radiance qui cible les entreprises de moins de 100 salariés, la tâche ne va donc pas être facile.

Selon une étude⁵⁷ menée auprès de 300 directeurs des ressources humaines d'entreprises de 250 salariés et plus, 98 % d'entre eux considèrent que le bien être psychologique des employés est un enjeu important pour l'entreprise. Pour la quasi-totalité de ces directeurs (88%) la promotion du bien être au travail, sera dans l'avenir, un thème de préoccupation majeur, voyant dans celle-ci un moyen d'améliorer la productivité et la compétitivité de l'entreprise, d'attirer les talents, mais aussi d'améliorer les relations internes et de réduire l'un des facteurs d'absentéisme.

L'amélioration des pratiques managériales est clairement identifiée comme le principal moyen d'améliorer le bien être des salariés au travail. Pourtant, 42% seulement

⁵⁷ « Le bien être psychologique des salariés au travail », Etude Ifop/A.G.S.E/Malakoff-Médéric, septembre 2007

ont déjà mis en place des mesures concrètes pour prévenir les situations de mal être dans l'entreprise. Le principal obstacle à la mise en place d'une politique de prévention réside dans la difficulté de faire un diagnostic de la situation.

Cette étude est à nuancer car elles concernent des entreprises de plus de 250 salariés. Lors des entretiens, les interlocuteurs ont très souvent expliqué que les entreprises de grandes tailles étaient sensibilisées à la démarche de prévention en entreprise. Celles-ci ont notamment les moyens de recruter un chargé de prévention et de sécurité. Lorsqu'un salarié ou un petit groupe de salariés part en formation cela ne remet pas en cause l'activité de l'entreprise, alors que pour une petite entreprise cela déstabilise totalement l'activité. « *Pour les petites entreprise, il est difficile pour l'employeur de libérer un salarié* », explique une chargée de mission du Service Info santé de la CRAM Bretagne. Les PME (surtout celles de moins de 50 salariés, les autres ayant généralement un CHSCT) semblent donc être moins sensibilisées à la démarche de prévention pour des raisons de moyens humains et financiers notamment.

Les interventions en entreprise quelles soient dans une démarche de prévention des risques professionnels ou dans une démarche de promotion de la santé sont majoritairement réalisées dans les plus grandes. Les PME se retrouvent donc dans un cercle vicieux dans la mesure où elles ne sont dès le départ pas sensibilisées et que peu d'actions sont mises en œuvre pour qu'elles le deviennent. « *Les petites entreprises sont moins sensibilisées à la santé au travail. Il faut se creuser la tête pour intervenir directement auprès d'elles* », explique la chargée de mission du Service Info santé de la CRAM Bretagne

Certaines entreprises (des PME) n'auraient pas encore rédigé leur document unique, pourtant rendu obligatoire, « *le capital humain est peu intégré* », précise un ingénieur conseil de la CRAM Bretagne. Dans les PME, surtout celles de moins de 50 salariés, il n'y a souvent pas de compétences suffisantes pour établir le document unique. Les entreprises peuvent cependant, solliciter le médecin du travail, l'inspecteur général du travail ainsi que la CRAM pour avoir des conseils et un soutien. Néanmoins, il faut que ces derniers puissent leur accorder du temps alors même que leurs effectifs respectifs ne le permettent pas toujours (en raison d'une insuffisance).

Beaucoup d'entreprises sont encore dans une logique de prévention secondaire et tertiaire, c'est-à-dire qu'elles mettent en place des actions seulement une fois qu'un problème ou qu'une difficulté est survenue. « *Elles appellent quand cela n'est plus gérable* », témoigne une chargée de mission de l'ANPAA.

3.1.3 La santé, un besoin mis à mal ?

Le contexte économique semble avoir une conséquence importante sur la perception de la santé comme priorité. En effet, plusieurs interlocuteurs ont témoigné d'une baisse de leur activité prévention, promotion de la santé auprès des entreprises. « Depuis la crise, le service Info santé enregistre une baisse de l'activité, les demandes sont davantage adressées au DRP » ; « Nous avons moins de demandes sur 2010, cela est lié aux circonstances économiques » explique une chargée de mission de l'ANPAA. Dans un contexte économique, il est donc constaté que la santé est mise de côté, elle n'est plus une priorité.

En regardant la pyramide de Maslow, la santé est un besoin vital (respiration, alimentation, repos-sommeil, activité musculaire et neurologique,...), pourtant elle est souvent considérée comme un élément d'épanouissement personnel par les individus. Dans ce contexte, la santé est' elle un luxe que seuls les plus aisés peuvent se permettre. En réalité, la santé se retrouve dans les cinq besoins. En effet, la santé est un besoin physiologique car l'Homme a besoin de respirer, de boire, de manger, de sommeil, de réguler sa température corporelle, de se protéger des agressions microbiennes. Il s'agit ici de la santé physique des personnes. Plus, nous montons sur l'échelle des besoins et plus la santé passe de la santé physique à la santé psychique et également sociale.



58

Selon la pyramide de Maslow, les Hommes cherchent d'abord à satisfaire les besoins situés aux niveaux inférieurs avant de penser aux besoins situés aux niveaux supérieurs de la pyramide.

⁵⁸ <http://www.declik.magusine.net/IMG/gif/pyramide-2.gif>

Dans un contexte de crise économique, les individus vont ainsi satisfaire les besoins vitaux et de sécurité avant tout, le bien être (reconnaissance, épanouissement personnel) ne sera pas privilégié. Les entreprises sont dans la même situation, elles vont se focaliser sur le maintien de leur activité qui est un besoin vital. Le problème est que c'est généralement en période de crise, de difficultés financières que les conditions de travail se détériorent.

Il semble qu'une réelle politique de sensibilisation des entreprises à la démarche de prévention et de promotion de la santé soit à engager par les pouvoirs publics et l'ensemble des préventeurs. Les mutuelles pourraient contribuer à cela en mettant en place des campagnes de sensibilisation auprès de leurs entreprises. La maîtrise des moyens de communication étant une compétence reconnue des mutuelles, ne pourraient-elles pas la mettre à profit ?

Chapitre 2 : Des atouts multiples au service des objectifs de la démarche

Bien que la mutuelle Radiance puisse sembler en difficulté dans la démarche de prévention réalisée auprès des entreprises en ne ciblant que les PME, cette mutuelle possède de nombreux atouts qui lui permettent de s'en défaire. En effet, les mutuelles ne seraient pas devenues des acteurs de santé publique et plus particulièrement des acteurs de prévention et de promotion de la santé sans disposer d'atouts qui font d'elles aujourd'hui des opérateurs reconnus dans ce domaine.

3.2.1 Une connaissance des partenaires œuvrant dans le champ de la santé au travail : l'exemple de la journée d'information et d'échange sur la prévention des RPS

Depuis plus de deux ans, la mutuelle SMP Radiance et la Mfb travaillent sur la prévention des risques psychosociaux. Depuis plusieurs années, la Mfb est étai investie sur la prévention du suicide, mais elle ne savait pas très bien comment intervenir sur la tranche des actifs (34-55 ans), tranche d'âge qui est la plus touchée en Bretagne. A cette époque, la Mfb a sollicité les mutuelles qui s'intéressaient à la prévention mais qui ne savaient pas comment intervenir dans la démarche de prévention du suicide. Un groupe de travail a alors été constitué. Pour prévenir le mal être et le suicide chez ces personnes, l'idée a été de travailler sur les milieux de travail.

N'étant pas des acteurs de la santé au travail, et « *travaillant toujours en partenariat* », la Mfb et également 3 autres mutuelles, SMP Radiance, MGEN, Mutuelles de France ont développé une collaboration avec des acteurs du champ (CRAM, ARACT).

Dès 2005, la mutuelle SMP Radiance s'était intéressée à la santé au travail. La mutuelle avait alors procédé à un état des lieux des dispositifs et des actions existantes, et repérer les acteurs clés. Ensuite, la chargé de prévention avait pris contact avec certains d'entre eux. Le projet de la mutuelle était de rassembler des acteurs clés de la santé au travail autour d'un projet commun. La chargée de prévention de SMP Radiance a tout d'abord rencontré un médecin du travail, ce dernier lui a recommandé un chargé de mission de l'ARACT, qui a lui-même recommandé un ingénieur conseil de la CRAM. Ces quatre acteurs ont alors co-construit une action : une soirée sur la prévention des TMS, celle-ci a eu lieu en octobre 2007. Pour cette soirée, Radiance venait avec son savoir-faire logistique et les autres acteurs avec leurs compétences. Cette première action a permis à Radiance de se faire connaître et ainsi de créer un réseau dans le champ de la santé au travail. Ce réseau a facilité la démarche du groupe de travail sur la prévention du suicide, pour prendre contacte avec les acteurs de la santé au travail.

La modalité d'intervention retenue par l'ensemble de ces acteurs a été d'organiser une journée d'information et d'échange sur la prévention des risques psychosociaux. A la même période, les DIRECCTE avaient une obligation nationale d'organiser un séminaire régional sur les RPS (dans le cadre du plan d'action d'urgence lancé par le ministre du travail en octobre 2009).

La démarche de la MFB et des partenaires étant déjà bien engagée et de plus programmée, la DIRECCTE Bretagne a décidé de s'associer au projet. « *Nous avons été opportunistes et réalistes dans cette affaire, nous nous sommes donc associés à la démarche. Nous nous n'avons pas les moyens de faire mieux avec le temps imparti* », explique un interlocuteur de la DIRECCTE Bretagne.

Cette démarche a pour principal objectif de sensibiliser un public large du monde du travail : chefs d'entreprise, directeurs des ressources humaines, membres de CHSCT, délégués du personnel, branches professionnelles, professionnels de santé. Cette journée est basée « *sur une approche globale et pluridisciplinaire, c'est-à-dire à la fois médicale, organisationnelle, et technique, indispensables à la compréhension des enjeux et des liens qui se nouent entre travail et santé* »⁵⁹. Cette manifestation a également pour buts de :

⁵⁹ SMP Radiance

- définir les RPS, (les RPS ce n'est pas seulement le stress) ;
- informer les participants des ressources et des acteurs existants ;
- donner envie aux participants de mettre en place une démarche de prévention dans leur entreprise ;

Cette journée ne cherche pas à « *incriminer l'employeur ou le salarié* », il s'agit d'expliquer que « *la prévention des RPS est l'affaire de tous* », explique une chargée de mission de la MFB.

Cette journée ayant été une réussite (150 inscriptions ont été refusées), il a été décidé de la reconduire dans les trois autres départements bretons.

L'organisation de cette manifestation a permis aux acteurs de la santé au travail d'identifier les mutuelles comme des acteurs de prévention et notamment SMP Radiance qui est très investie dans cette action. En effet, certains ne savaient pas que les mutuelles s'intéressaient à la prévention en entreprise. Au début, il a fallu que les acteurs apprennent à se connaître. Certains ont pu être méfiants en pensant que les mutuelles souhaitent prendre leur place mais plusieurs réunions ont permis de bien identifier et de comprendre la place de chacun. SMP Radiance est par exemple convaincue qu'il faut apporter une réponse collective sur la prévention des RPS. Il ne s'agit donc pas pour les mutuelles de prendre la place de ces acteurs mais plutôt de mettre en valeur leurs compétences et également leurs permettre de travailler ensemble. Le champ de la santé au travail est constitué de nombreux acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler en collaboration.

Ainsi, Les mutuelles n'ont pas l'expertise en matière de santé au travail mais ici nous pouvons voir qu'elles ont un rôle important de coordination des acteurs. Par exemple, pour les réunions de préparation de ces journées, ce sont elles qui les animent. Les mutuelles effectuent un travail important de préparation et de mise en œuvre de ces manifestations, travail qui n'est pas toujours évident puisqu'elles doivent concilier les avis parfois divergents des organismes partenaires

Ce type d'action permet à SMP Radiance, ainsi qu'à la Mfb de se créer un réseau de professionnels. Les réseaux sont une nécessité lorsque l'on fait de la prévention et de la promotion de la santé, ils permettent de faire appels à des compétences pour des actions futures, d'avoir des informations sur un sujet donné, etc.

Au delà de sa connaissance des acteurs œuvrant dans le champ de la santé au travail les mutuelles disposent d'autres atouts qui leur permettent de renforcer leur place dans le champ de la prévention.

3.2.2 Un atout territorial : une relation de proximité

Ayant notamment pour principe la solidarité et la démocratie, les mutuelles se veulent être au plus proche de leurs adhérents. Elles considèrent d'ailleurs leur implantation territoriale comme un atout majeur. En effet, la plupart des mutuelles s'inscrivent dans une histoire locale, comme la mutuelle SMP Radiance. Cette ancienneté et cette proximité leur permettent d'avoir une connaissance fine des populations et de leurs besoins. *« La MFB a pour engagement de mener des actions de proximité, c'est-à-dire d'aller au plus près de la population. Cela permet de valoriser les ressources locales »*, explique un chargé de mission de la MFB. Les mutuelles peuvent notamment s'appuyer sur leurs élus pour faire remonter les informations, et les besoins ainsi que mobiliser au plus près les adhérents et les acteurs locaux.

A la mutuelle Radiance, l'objectif de l'activité PPS est qu'elle *« soit au plus proche des adhérents. Notre atout, c'est de connaître ce qui se passe dans la vie de l'adhérent »* déclare Gildas Bougerie, Directeur Risque Santé Prévoyance de SMP Radiance. Cependant, au début l'activité avait été conçue sur *« un volet communication par l'union Radiance. Cela se ressentait sur les actions qui étaient davantage événementielles, et non du quotidien de l'individu »*. Depuis, l'activité a été recentrée sur des actions de proximité tout en maintenant des conférences « Grand public ». *« La proximité de gestion entre la mutuelle et les adhérents est importante, il faut que l'on continue à garder notre caractère artisanal et presque familial malgré l'industrialisation de l'activité. Il faut faire en sorte que lorsque les personnes sont à Radiance, qu'elles ressentent une prise en charge différente »*, explique Stéphane Leuret, Directeur général de SMP Radiance.

Les entreprises semblent apprécier cette relation, *« Il est important que la mutuelle soit humanisée, que ce soit un véritable partenaire, même si nous sommes clients »* explique le secrétaire du CE et l'un des directeurs d'une entreprise du portefeuille de SMP Radiance.

SMP Radiance s'appuie également sur ses 10 agences, principalement implantées en Ile et Vilaine et dans le Morbihan pour entretenir une relation de proximité avec les

adhérents. Alors que certains organismes ont délégué la gestion de leurs appels, SMP Radiance à sa propre plateforme téléphonique située en Bretagne.

Certaines mutuelles peuvent également s'appuyer sur l'existence de Services de soins et d'accompagnement mutualistes, constitutifs d'un véritable réseau de santé, pour mener des actions de prévention.⁶⁰

3.2.3 La maîtrise des moyens de communication

Les mutuelles sont reconnues pour avoir des compétences et des savoir-faire en termes de communication. Lors des entretiens, cette compétence a souvent été citée, « *Les mutuelles sont très bonnes en communication, logistique et animation* », déclare un chargé de mission de l'ARACT Bretagne. Cette maîtrise des moyens de communication leur permet également d'asseoir leur position parmi les acteurs de santé publique. Cependant, cet atout peut devenir un inconvénient dès lors que les mutuelles sont uniquement perçues comme faisant de la communication, ce qui est souvent le cas pour les compagnies d'assurance. « *Les mutuelles, c'est beaucoup de communication, nous nous avons eu l'occasion de travailler avec Previa. [...] ils font beaucoup de communication mais ils mènent également des actions [...]. Les compagnies d'assurance, elles, ne font que de la communication, elles construisent beaucoup de supports de prévention* », précise une chargée de mission de la CRAM.

3.2.4 Une approche innovante

Ainsi, en matière de prévention, les mutuelles se définissent comme un partenaire capable d'innovation et non comme un concurrent de l'Assurance maladie. Elles cherchent à investir des champs non couverts par la Sécurité sociale, et cela les positionne souvent comme précurseur³⁸ (exemple des conférences « Amours de vieillesse »⁶¹). Elles souhaitent servir de référent. « *Il faut valoriser notre image d'acteur de santé de santé publique. Il faut toucher plus d'adhérents et d'élus, être plus innovant dans notre*

⁶⁰ Quelle place pour les mutuelles dans la prévention ? Mémoire ENSP de module interprofessionnel (MIP), [GRAMOUILLE \(Arnaud\) / coor.](#), [QUENTEL \(José\) / coor.](#) ; 2007

⁶¹ Conférence-débat traitant de la vie affective et sexuelle des personnes âgées, organisée par la MFB, Radiance

approche. Aller au-delà du champ de la prévention mais être vraiment dans une démarche de promotion de la santé, être sur une vision globale de la santé », déclare Gildas Bougerie

En tant que financeur de leurs actions de prévention, les mutuelles doivent réaliser des choix stratégiques entre plusieurs actions possibles. Comme nous l'avons vu précédemment ces choix dépendent du PRSP, des besoins de leurs adhérents. Cependant, aujourd'hui, les mutuelles s'inscrivent dans le marché concurrentiel de l'Assurance maladie complémentaire et elles doivent alors procéder à des choix stratégiques pour rester attractives.

Comme nous l'avons vu, les mutuelles ont su progressivement s'imposer parmi les acteurs traditionnels du champ de la prévention et faire reconnaître leurs compétences. Mais étant dans un environnement très concurrentiel, les mutuelles sont à la recherche d'actions innovantes. Les entreprises (les salariés) constituent un public important pour les assureurs, il est donc intéressant pour ces organismes de développer des actions de prévention vers cette population. *« Le bien être au travail devient une arme concurrentielle pour apporter des nouveaux services aux entreprises clientes en protection sociale complémentaire »⁶². Le milieu de l'entreprise étant un milieu de vie avec une population captive.⁶³*

3.2.5 Les mutuelles, un poids financier non négligeable

En 2004, la Mutualité Française représentait un poids économique de 18,8 milliards d'euros, dont 604 millions d'euros de cotisations et 4,6 milliards d'euros d'actifs gérés. Les mutuelles disposent donc de moyens financiers qui leur donnent une marge de manœuvre non-négligeables. Les mutuelles font partie des acteurs les mieux dotés financièrement, après l'Etat, l'Assurance Maladie et certains assureurs. Pour illustration, en 2006, le budget de l'UR Bretagne s'élevait à 650 000 euros, montant largement supérieur à la moyenne nationale consacrée à la prévention. Ce budget est sous-estimé car *« cette somme, c'est ce qui transite par les comptes de la MFB mais cela ne prend pas en compte certains coûts pris en charge pas les partenaires extérieurs ainsi que la participation des mutuelles à des actions. Le budget réel consacré à la prévention peut représenter jusqu'au double. En effet, « les subventions peuvent représenter jusqu'à 1 million d'euro »* explique la coordinatrice régionale de l'activité prévention, promotion de la santé de la MFB.

⁶² L'argus de l'assurance-7 mai 2010

⁶³ Rapport d'étape-Stratégie nouvelle de prévention, Ministère de la santé et des solidarités (Commission d'orientation prévention), 11 septembre 2006

Pour autant, cette aisance financière n'est pas toujours évidente à gérer pour les mutuelles. En effet, les mutuelles sont encore souvent perçues comme des financeurs et non comme des acteurs de prévention et de promotion de la santé. Ainsi, les mutuelles peuvent accepter d'être vues comme des financeurs mais souhaitent que leurs qualités de coordination et d'impulsion soient reconnues. Les mutuelles mettent alors tout en œuvre pour faire reconnaître leurs qualités de promoteur d'actions de prévention.

De plus, en tant qu'acteurs du système de santé, leur fonctionnement dépend de la politique de santé et plus particulièrement de la politique de remboursement de soins instaurée par l'Assurance maladie. Comme expliqué précédemment, les désengagements progressifs de l'Assurance maladie ont un impact sur les mutuelles qui prennent en charge ces coûts supplémentaires, lorsque la loi ne l'interdit pas. Or, une grande partie des ressources des mutuelles provient des cotisations de leurs adhérents et sont utilisées pour financer à la fois les dépenses de soins, de prévention⁶⁴, et de fonctionnement.

Face à l'augmentation des dépenses de soins prises en charge par les mutuelles, depuis le début des années 2000, les mutuelles choisissent d'investir dans la prévention, espérant notamment sur le long terme une réduction de leurs coûts. Cependant, les offres de prévention peuvent représenter une dépense élevée à court terme.

La prévention souffre, en effet, d'un manque de visibilité, qui pourrait conduire à son délaissement au profit de prestations de remboursement, dont l'efficacité est plus aisément observable. Selon, San Marco et Lamoureux, « la réduction de la prévention au strict champ médical thérapeutique est renforcée par l'approche épidémiologique et l'évaluation, qui préconisent de privilégier les actions de santé univoques, seules susceptibles de voir leurs résultats correctement évalués ». Cette approche, si elle conduit à privilégier certaines formes de prévention, conduit également à faire de la prévention le parent pauvre de l'assurance maladie : le remboursement des prestations serait la priorité, et la prévention un simple reliquat, mis en œuvre quand les moyens des acteurs le permettent.

Si les contraintes budgétaires de l'Etat, de la Sécurité sociale et des autres institutions publiques comme la DIRECCTE) les empêchent d'accroître leurs prestations de prévention, et si les assurances se concentrent sur les seules actions de prévention « rentables », la mutualité demeure le seul acteur susceptibles d'élaborer, de conduire et surtout de financer certaines actions de prévention.

⁶⁴ DRESS, Etudes et résultats n°299 mars 2004, page 3 : « le ratio prestation/cotisations de l'ensemble du secteur de la Mutualité Française s'est élevé en 201 à 0,85 euro pour 1 euro perçu (en moyenne sur l'ensemble des mutuelles) »

Les mutuelles peuvent, effectivement apparaître comme seules à disposer des marges budgétaires, d'une vision à long terme et de préoccupations de solidarité nécessaire pour mettre en œuvre la vision de prévention définie dans la Charte d'Ottawa.

Chapitre 3 : Un outil au service de la valorisation de l'entreprise

3.3.1 Une reconnaissance auprès des acteurs économiques

Selon une étude, les acteurs auxquels auraient recours les DHR s'ils avaient à mettre en place des actions de prévention dans le domaine des troubles psychosociaux seraient en premier lieu les médecins du travail (79%), le CHSCT (70%), les cabinets spécialisés (44%), les institutions et organismes publics (31%), la mutuelle (ou IP et compagnie d'assurance) (25%). Les mutuelles n'apparaissent donc pas encore pour les entreprises comme des acteurs clés de la prévention en entreprise.

Lors de différents entretiens avec des entreprises, certaines personnes ne semblaient pas favorables à l'intervention des mutuelles dans ce domaine. Cela pouvait relever d'une méconnaissance de ce que pouvait proposer la mutuelle. Elles étaient notamment défavorables pour des actions de promotion de la santé, car elle n'en voyait pas l'utilité sur le lieu de travail. Par contre, elles semblaient plus intéressées pour des interventions sur les risques professionnels. Les acteurs de la santé au travail étant nombreux, il est parfois difficile pour les mutuelles de se faire reconnaître comme tel. Certaines entreprises peuvent se sentir « noyer » par tous ces acteurs. Lorsque l'on parle de santé au travail aux entreprises, elles vont souvent dans un premier temps faire référence au médecin du travail, acteur incontournable de la santé au travail.

D'autres entreprises, lors de ces entretiens semblaient tout à fait favorables à l'implication des mutuelles dans ce champ. C'est l'exemple d'une entreprise de 150 salariés du portefeuille de SMP Radiance, qui depuis quelques années organise avec Radiance des interventions sur la santé auprès de ces collaborateurs. « *Depuis quelques années déjà, nous nous intéressons à ce que nous pouvions faire pour améliorer les conditions de travail,* explique le directeur des services supports. En interne, l'entreprise

s'était intéressée au sevrage tabagique ; « *A l'époque, nous étions déjà une entreprise non-fumeur et nous voulions aller plus loin en proposant une aide aux collaborateurs. Cela s'est fait en collaboration avec le médecin du travail* ». Le CE proposait notamment de prendre en charge une partie des frais, comme les substituts à l'arrêt du tabac. Plus tard, la conseillère collective de Radiance a proposé en concertation avec la chargée de prévention de mettre en place des actions au sein de l'entreprise.

La première intervention n'était pas liée directement à la santé des salariés, elle portait sur la définition d'une mutuelle, l'engagement mutualiste et comprendre les enjeux (l'entreprise avait auparavant une mutuelle interne à l'entreprise) « *Nous nous étions rendus compte, au niveau du CE que cela arrivait très vite d'être consommateur. La mutuelle c'est pratique mais les personnes ne se posaient pas de questions. C'est une facilité technique et économique qui n'engendre pas de responsabilité ni de conscience* ».

La première intervention de prévention organisée avec SMP Radiance était sur l'alimentation. La mutuelle avait alors fait appel à une professionnelle, une diététicienne pour animer l'action. « *C'est un thème général, qui est censé plaire à tout le monde. Nous souhaitons un thème qui puisse répondre aux attentes de la majorité des salariés. Notre volonté était de toucher un public large* », précise l'un des directeurs de l'entreprise. Cette thématique avait notamment été choisie car les salariés connaissaient des difficultés pour déjeuner : une heure de pause, et l'entreprise se situe dans une zone industrielle, loin des commodités. Sept mois, plus tard, l'action a été renouvelée afin d'approfondir le thème (déchiffrement des étiquettes, sensibilisation aux saisons). Pour cette deuxième action, le CE a offert un repas « bio » aux participants. Lors de la première intervention, les salariés n'avaient pas déjeuné et le temps étant limité, les conditions n'étaient pas optimales pour l'intervention. Ce repas « bio » a permis de remédier à cette difficulté.

Lors de ces deux interventions, la moitié de l'effectif sédentaire était présent, soit 45 personnes. L'entreprise, comme SMP Radiance ont été satisfaits de cette action.

Une autre action de prévention a été organisée récemment dans cette entreprise, elle portait sur le sommeil. SMP Radiance a fait appel à un médecin du travail spécialisé sur le sommeil pour animer l'action. Celle-ci avait pour objectifs d'expliquer ce qu'est le sommeil, notamment à travers ces cycles, de donner des conseils aux personnes pour bien dormir. Elle ne se situait pas dans une approche par la maladie mais bien dans une approche de bien être. Une réorganisation dans l'entreprise ayant eu lieu, cette intervention s'est déroulée en fin d'après-midi (17h) mais cela a créé une difficulté. Certains salariés finissent à 15h et d'autres à 16h, ces personnes ne sont donc pas restées pour assister à

l'action, sans compter les autres qui avaient des obligations personnelles. Seulement 9 salariés étaient présents. Malgré cela, une réelle dynamique s'est dégagée du groupe.

Il est vrai que si l'on peut être déçue du nombre de participants à cette dernière intervention, celle-ci a eu des aspects très positifs : très bonne dynamique de groupe, intervenant très intéressant,... Avec 9 personnes, l'intervention était plus proche d'un atelier. Un groupe de 45 participants ne permet pas cela. Avec des petits groupes, la prévention et la promotion de la santé semble avoir plus d'impacts, l'approche est alors plus individualisée, et les personnes se permettent certainement plus facilement de poser des questions et de faire le lien avec leurs propres difficultés.

Pour des raisons financières et aussi parce que les préventeurs aimeraient toucher le plus de personnes possibles, les interventions avec plus de 20-25 participants sont privilégiées, mais en termes d'impact les petits groupes sont plus efficaces.

Cependant, une intervention en entreprise n'est pas simple à organiser, le créneau horaire semble très important. En effet, en fin de journée, les individus ont des contraintes personnelles, les femmes qui vont chercher leurs enfants à l'école par exemple. Dans l'idéal, il serait favorable que les actions de prévention et de promotion de la santé aient lieu sur le temps de travail mais les employeurs ne sont très souvent pas d'accord. *« Si les interventions ont lieu sur le temps de travail, alors il y a un intérêt pour le salarié, si on vient lui proposer des choses en dehors du temps de travail, l'impact va être réduit. Le problème c'est que sur le lieu de travail et pendant l'activité, c'est compliqué pour l'employeur surtout que ce n'est pas de la formation mais de l'information »*, explique l'inspecteur du travail de la DIRECCTE L'employeur peut considérer que cela va engendrer une perte économique pour l'entreprise. Cette perte est vraisemblablement effective sur le court terme, mais une de telles actions ne permettent-elle pas des gains sur le long terme ? Nous l'avons vu, cette démarche aura un impact sur le bien être des salariés. Un salarié qui voit que son entreprise s'intéresse à son bien être, va sans doute être plus motivé par la suite, et donc être plus performant.

Les mutuelles ne sont pas encore identifiées par les entreprises comme pouvant les accompagner dans une démarche de prévention et de promotion de la santé. En effet, à la mutuelle SMP Radiance, les demandes à l'initiative des entreprises sont peu nombreuses. Cependant lorsque la mutuelle leurs propose de mettre en œuvre une action, elles sont plutôt preneuses. Ce sont les conseillers collectifs en tant que référent qui informent les entreprises de la possibilité d'organiser une telle démarche en leur sein.

Les entreprises et plus particulièrement les PME peuvent se trouver démunies pour engager une démarche active de prévention et de promotion de la santé. Les mutuelles

peuvent ainsi, être des partenaires des entreprises, en accompagnant les salariés dans leur santé tout au long de leur parcours professionnel.

3.3.2 Une reconnaissance auprès des acteurs de la santé au travail

Les acteurs de la santé au travail pourraient être réticents à l'intervention des mutuelles pour plusieurs raisons. Ils pourraient considérer que ces organismes même s'ils sont à but non lucratif, ne sont pas neutres ayant un lien financier avec les entreprises. Ils pourraient penser que les mutuelles souhaitent investir ce domaine pour de mauvaises raisons, comme la diminution des prestations versées. Cependant, ces acteurs ont eux aussi un lien d'argent avec les entreprises, la CRAM est également un assureur, les SST au travail sont financés à travers les cotisations des employeurs. La raison financière ne peut donc être un argument. Ces acteurs pourraient également avoir peur que les mutuelles prennent leur place, ou bien juger qu'elles n'ont pas les compétences requises en la matière.

Malgré cela, lors des entretiens, ces arguments défavorables ne sont pas apparus. Au contraire, les acteurs rencontrés étaient plutôt favorables à leur démarche. Ils sont nombreux à penser que plus il y a d'acteurs, et mieux seront diffusées les informations. Plus il y a d'acteurs et plus il y aura un nombre important d'entreprise sensibiliser à la santé au travail. De plus, il apparaît tout à fait normal que les entreprises s'y intéressent.

« Moi, cela ne me surprend pas que les mutuelles souhaitent intervenir dans ce domaine, c'est plutôt naturel. [...] Plus nous sommes d'acteurs à donner le même message, plus il y a de chances que les choses évoluent car le message est alors mieux entendu. Un seul acteur ne peut toucher tout le monde, nous faisons mieux ensemble. Les partenariats amènent des compétences différentes, avec davantage de moyens », explique un ingénieur conseil de la CRAM. *« Plus il y a d'acteurs mieux s'est, surtout quand on voit les chiffres des accidents du travail et des maladies professionnelles, il ne faut pas relâcher les efforts. Les mutuelles font parties du paysage. En tant qu'assureur, c'est logique qu'elles interviennent dans ce domaine »,* témoigne un inspecteur du travail chargé de la mise en œuvre de la politique travail à la DIRECCTE Bretagne. Selon, cet interlocuteur en plus d'être un assureur, les mutuelles ont des valeurs de solidarité qui les légitiment complètement dans cette démarche de prévention.

Pour les acteurs, les mutuelles peuvent bénéficier d'atouts non négligeables : le lien qu'elles entretiennent avec les entreprises (relation de proximité), mais aussi le fait qu'elles assurent des entreprises de petites tailles. Comme nous l'avons vu précédemment, acteurs

de la santé au travail ont du mal à sensibiliser et à travailler avec ces entreprises. *« Les mutuelles sont des partenaires important car elles drainent un nombre important d'entreprises, elles touchent du monde avec un contact particulier »* explique une chargée de mission de l'ANPAA.

Des conditions à l'intervention des mutuelles

Bien que l'ensemble des acteurs rencontrés (CRAM, ARACT, SST, ARACT, ANPAA, DIRECCTE) soient favorables à l'implication des mutuelles, ils émettent par ailleurs, des conditions. Les mutuelles doivent avoir des principes et des fondements sociaux et de santé publique, elles ne doivent pas avoir de but commercial. Pour une chargée de mission de l'ANPAA, elle ne conçoit de travailler qu'avec les mutuelles *« qui ont les mêmes conceptions »*. Pour le médecin du travail du SST de Saint-Malo, les mutuelles ne peuvent intervenir sans le soutien du médecin du travail de l'entreprise concernée par l'action. *« Si les mutuelles interviennent sur une problématique santé, je ne vois pas comment cela peut se faire sans en informer le médecin du travail. Il y a donc selon moi, une condition à leur intervention, elles doivent en informer le médecin du travail, qui est interne à l'entreprise »*. Il précise que ce n'est pas à la mutuelle d'informer le médecin, mais à l'employeur qui a le droit de refuser. Cependant, la mutuelle peut influencer l'entreprise à le faire.

De plus, les mutuelles qui développent des actions auprès des entreprises ne doivent pas se limiter à des actions ponctuelles d'une ou deux heures. Il ne faut pas qu'elles se contentent de faire *« du saupoudrage »*. *« C'est un travail de fond explique un MIRTMO. « Une seule intervention ne suffit pas »*. Les mutuelles doivent se rendre régulièrement dans l'entreprise pour entamer une démarche d'accompagnement. Elles doivent réellement travailler sur la problématique de l'entreprise et engager une réelle démarche de prévention. Sinon quels résultats peuvent' elles en espérer ? Mais les mutuelles en ont' elles les moyens ? Pourront-t-elles répondre à de nombreuses demandes ? Si non, quelles demandes seront priorisées ? Si les mutuelles comme SMP Radiance souhaitent développer une offre auprès des entreprises adhérentes, ne doivent' elles pas se doter d'un budget spécifique ? Dans tous les cas, si elles ne veulent pas cesser leurs autres programmes d'actions de prévention, elles devront augmenter le budget général dédié à l'activité de prévention et de promotion de la santé.

3.3.3 Quelles thématiques et quelles modalités d'actions pour les mutuelles, dans la démarche de prévention et de promotion de la santé ?

L'avis des acteurs économiques

D'après une étude du CTIP en avril 2009, les trois quart des employeurs, qu'ils proposent ou non une complémentaire santé, déclarent attacher de l'importance aux actions de prévention en entreprise. Cette tendance est particulièrement marquée pour les entreprises de plus de 50 salariés. Pour ces derniers, les actions doivent porter en priorité sur le tabagisme (53%), les TMS (51%), le stress (49%), les addictions (42%), les maladies cardio-vasculaires (40%) et la nutrition (24%), ces actions devant se traduire par des actions concrètes auprès des salariés. La plupart des employeurs (62%) souhaitent que le financement des actions de prévention soit partagé par l'entreprise et l'organisme assureur. Cependant, les employeurs de petites entreprises sont plus nombreux à souhaiter que les organismes assureurs prennent entièrement en charge le coût des actions (32% dans les entreprises de moins de 10 salariés). Dans 47% des entreprises interrogées, les employeurs déclarent avoir déjà mis en œuvre des actions de prévention, ce taux étant à 29% pour les entreprises de moins de 9 salariés, de 33% pour celles de 10 à 50 salariés, pour celles de plus de 50 salariés ce taux est de plus de 62 %.

Pour les entreprises, les champs d'intervention sont multiples, certaines souhaiteraient des actions sur les risques professionnels alors que pour d'autres la mutuelle n'a pas à intervenir sur ce domaine car elle n'en a pas forcément les compétences. En effet, lors d'entretiens avec des entreprises, certaines ont indiqué qu'elles seraient favorables à ce que les mutuelles les accompagnent dans une démarche de prévention des TMS ou bien de prévention des chutes par exemple. L'entreprise, où des actions de prévention (alimentation, sommeil) ont déjà été menées, aimerait que SMP Radiance l'accompagne dans une démarche de prévention des risques routiers à l'intention des commerciaux, cependant elle se demande si la mutuelle en a les compétences et surtout si cela est son objet.

L'avis des acteurs institutionnels

Pour la plupart des acteurs rencontrés, les mutuelles doivent engager des actions de promotion de la santé, sous une approche de bien être. Engager une démarche sur les risques professionnels, seules semble trop difficile et cela relève d'un travail de long aterm.

Les mutuelles si elles travaillent sur les risques professionnels doivent le faire avec d'autres acteurs « *que les mutuelles interviennent seules, je pense que cela dépend du domaine et comment cela peut être organisé [...] Pour agir sur les TMS, il n'y a pas 36 solutions, il faut un ergonomiste* » explique un ingénieur conseil de la CRAM. Un expert est ainsi indispensable dans une démarche de prévention des risques professionnels. Pour des actions de promotion de la santé, SMP Radiance fait déjà appel à des professionnels, ne pourrait-elle pas alors solliciter un professionnel pour prévenir ces risques au sein d'une entreprise qui en a fait la demande? Pour une chargée de mission de l'ANPAA 35, la mutuelle peut aborder tous les thèmes en entreprise, à partir du moment où elle fait venir des prestataires, « *il faut s'appuyer sur des compétences* », précise-t-elle.

La difficulté réside dans le fait que la démarche de prévention des risques est une démarche très longue qui demande du temps, des moyens et des compétences. Il n'est donc pas dit que les mutuelles aient les capacités techniques et économiques pour entreprendre de telles démarches.

De plus, lors des entretiens, plusieurs acteurs ont expliqué que les mutuelles devaient faire attention de ne pas se faire « instrumentaliser ». « *Il ne faut pas que ce type d'intervention soit prétexte pour l'employeur et les délégués du personnel à ne pas faire autres choses* ». En effet, il y a un risque que certaines entreprises sous prétexte d'avoir mené une action de prévention, se disent avoir fait ce qu'il faut pour la santé de ses salariés.

Les acteurs rencontrés ont tous expliqué qu'il ne voyait pas d'inconvénient à l'implication des mutuelles dans le champ de la santé au travail. Les mutuelles n'ont alors plus qu'à trouver leur place auprès des acteurs existants. « *Il n'y aura pas forcément de démarche spontanée de la part des salariés étant donné qu'il y a d'autres acteurs comme les médecins du travail qui sont des acteurs repérés et reconnus dans l'entreprise en matière de santé. Ce n'est pas évident pour une mutuelle d'intégrer ce champ, il y a déjà du monde. Il faut trouver sa place, sans aller prendre ce que les autres préventeurs font déjà, il faut trouver une spécificité. Le rapport interpersonnel avec les entreprises est un avantage certain pour les mutuelles* », précise un interlocuteur de la DIRECCTE.

Que ce soit pour faire avancer le débat comme avec la journée d'information et d'échange sur les RPS ou bien mener des actions directement auprès des entreprises, les mutuelles semblent aujourd'hui avoir une place parmi les acteurs de la santé au travail.

Conclusion

Aujourd'hui, les mutuelles sont des acteurs de santé publique reconnus. Grâce à leurs savoir-faire, elles ont su s'imposer comme des acteurs prépondérants de la prévention et de la promotion de la santé. A travers ses actions « Grand public » et ses actions de proximité, elles participent au développement d'une véritable politique de santé publique en France. Le mouvement mutualiste a su asseoir sa légitimité et faire reconnaître son expertise dans le domaine de la prévention.

Alors que l'Union Européenne ne prend pas en considération les spécificités et les valeurs mutualistes, ces dernières semblent faire toute la différence aux yeux des acteurs de la santé publique et du champ de la santé au travail. En effet, le fait de concevoir la démarche de prévention et de promotion de la santé comme un moyen pour améliorer la santé des individus, et non comme un outil commercial permet aux mutuelles d'être reconnu comme un acteur légitime de la prévention et de la promotion de la santé, notamment auprès des entreprises. Les mutuelles aspirent à être de véritables partenaires dans la santé de leurs adhérents.

Ainsi, la légitimité acquise par les mutuelles les incite à définir des actions toujours plus innovantes. Elle lui permet notamment d'aller sur des terrains qui peuvent s'avérer difficiles, comme le champ de la santé au travail.

Leurs démarches auprès des entreprises ne seront pas toujours simples, notamment auprès des PME. Afin que ces dernières s'engagent dans une démarche de prévention, les mutuelles devront notamment développer des « campagnes » de sensibilisation. Car pour qu'une action soit réussie, il est nécessaire d'acquiescer l'adhésion complète de l'employeur au projet.

Par leur position, les mutuelles peuvent constituer une véritable ressource pour les entreprises qui souhaiteraient engager une démarche de promotion du bien être de leurs salariés. Leurs savoir-faire, et les relations de proximité qu'elles détiennent avec les entreprises constituent une force certaine pour les mutuelles.

Bibliographie

OUVRAGES

- DAVANT Jean-Pierre - Introduction au livre de Gérard Amieux : la mutualité à la croisée des chemins ; Racines mutualistes, 1992
- Département de santé publique, Université Paris VII, 400 concepts de santé publique et de promotion de la santé, 2003
- GIBAUD Bernard, de la mutualité à la sécurité sociale, Paris, éditions ouvrières
- NUTBEAM D., Glossaire de la promotion de la santé, OMS, Genève, 1998
- SAN MARCO JL. et LA MOUREUX P., in Traité de santé publique, « Prévention et promotion de la santé », 2004, p.125
- TONES Keith, promotion de la santé au Canada et au Québec, PUL, 2006
- GRAMOUILLE Arnaud, Quelle place pour les mutuelles dans la prévention ? Mémoire ENSP de module interprofessionnel (MIP); 2007

ARTICLES

- ANPAA, Alcool, tabac, cannabis et médicaments au travail, Prévenir le risque de notre responsabilité
- CHARTIER-KASTLER Cyrille, président de Facts&Figures, La tribune de l'assurance-n°146-Avril 2010
- DEL SOL Marion, maître de conférences en droit à l'université de Rennes 1, La complémentaire santé individuelle et collective : bouleversements et interrogations, Revue de droit sanitaire et social 2008
- DRESS, Etudes et résultats n°299 mars 2004, page 3 : « le ratio prestation/cotisations de l'ensemble du secteur de la Mutualité Française s'est élevé en 201 à 0,85 euro pour 1 euro perçu (en moyenne sur l'ensemble des mutuelles) »
- DREYFUS Michel dans un entretien avec Charlotte Siney-Lange, Vie sociale, N°4, 2008
- INRS-Hygiène et sécurité du travail, Le bien être au travail : un objectif pour la prévention ? Cahiers de notes documentaires-1er trimestre 2005
- LARINIER, Revue la santé de l'Homme, n°342, juillet-août 1999

- MAGGI-GERMAIN Nicole, Travail et santé : le point de vue d'une juriste, Revue Droit social, N°5-mai 2002
- MOREAU M.-A, « Pour une politique de santé dans l'entreprise », droit social, p. 817
- REVET Th., « la force de travail (étude juridique) », Bibliothèque du droit de l'entreprise, Litec, n°28, 1992

TEXTES LEGISLATIFS, CONVENTIONS, DECLARATIONS, COLLOQUES

- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Bilan sur les conditions de travail, 2009
- Organisation Internationale du Travail (OIT), Le point sur la santé et la sécurité au travail, Journée mondiale de la santé et de la sécurité au travail 2009
- Etude IFOP/A.G.S.E/Malakoff-Médéric, « Le bien être psychologique des salariés au travail », septembre 2007
- circulaire DRT n°2006/09 du 10 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du Plan régional santé au travail
- Ministère de la santé et des solidarités (Commission d'orientation prévention), Rapport d'étape-Stratégie nouvelle de prévention 11 septembre 2006
- Plan Régional de Santé Publique (PRSP) de Bretagne, 2006-2010, p.146
- Préambu

le à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946

SITES INTERNET

- ARACT Bretagne, Les interventions en entreprises, [le 30 Mai 2010] :
http://bretagne.aract.fr/portal/page/portal/SWAM_5_PORTAIL/SWAM_5_Nos_Services/SWAM_5_Modes_d_intervention
- BOURDILLON François: Principes de la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé :
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonPI/POLY.Chp.1.htm>
- CHABERNAUD Véronique, Santé et pharmacie : La Promotion de la Santé, un axe stratégique et marketing innovant,[le 3 juin 2010]: <http://www.marketing->

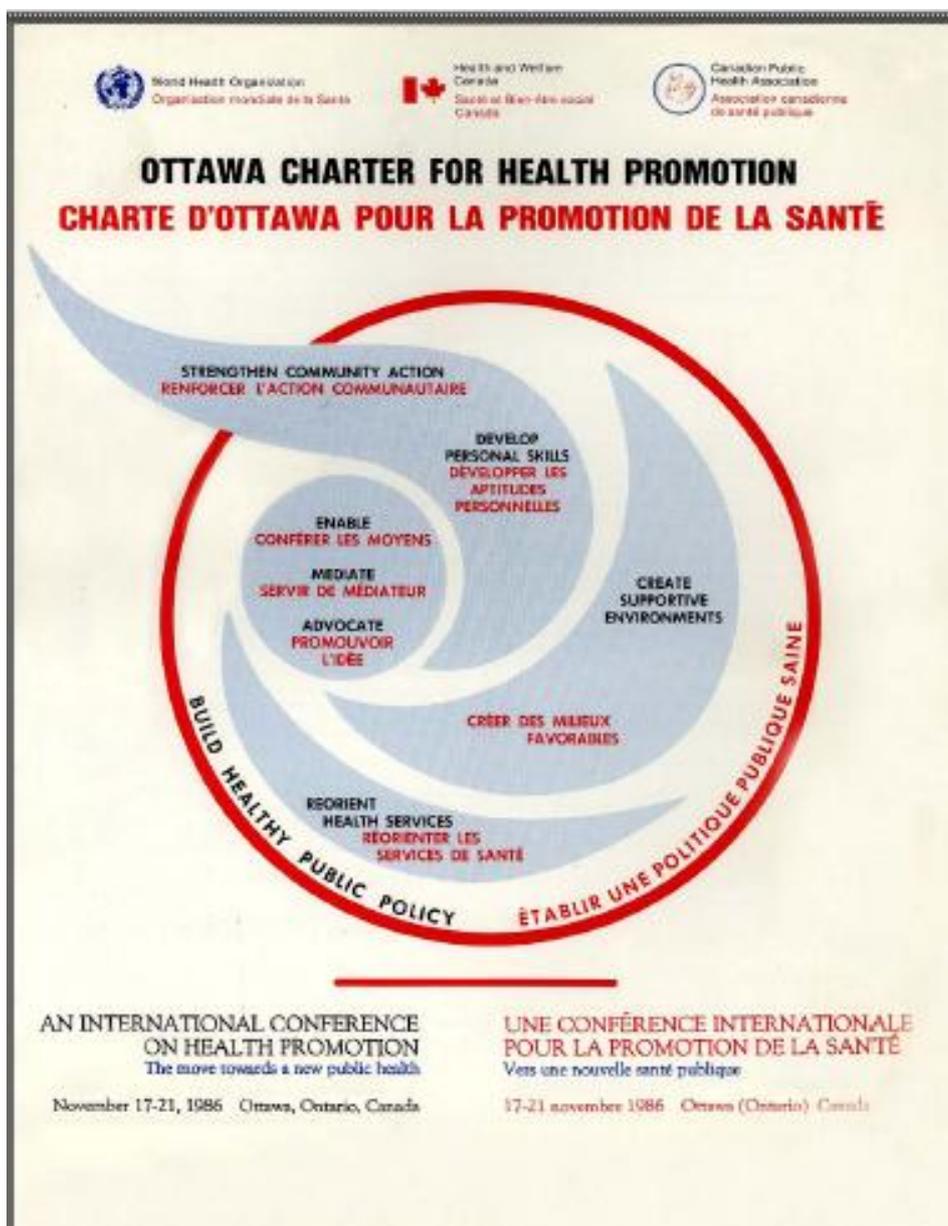
professionnel.fr/secteur/marketing-pharmacie-promotion-sante-strategie-innovation.html

- CRAM Bretagne, Conseils aux entreprises [31 mai 2010] : http://www.cram-bretagne.fr/cram_bretagne/jsp/service/conseilentre.jsp
- La Mutualité Française : www.fnmf.fr
- La Mutualité Française Bretagne : www.mutweb.fr
- PAQUAUX Emmanuelle, La prévention : définitions, dépenses et acteurs [26 Mai 2010] : http://www.institutpolanyi.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=396:la-prevention-definitions-depenses-et-acteurs&catid=42:textes-a-lappui&Itemid=60
- Plan Santé au travail 2010-2014, disponible sur le site internet : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html>
- ROCHEREAU T, GUILLAUME S, Panorama 2009 de la couverture complémentaire santé d'entreprise [le 2 juin 2010]: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/ProtectionSocialeEntreprise/PSEPresentationRochereau.pdf>
- « Soins de santé primaires, il y a 30 ans, Alma-Ata » : www.unicef.org
- Pyramide de Maslow : <http://www.declik.magusine.net/IMG/gif/pyramide-2.gif>

Liste des annexes

- Annexe 1 : La charte d'Ottawa
- Annexe 2 : liste des actes prévention pris en charge par les contrats de complémentaire « solidaires et responsables »
- Annexe 3 : la plaquette d'information de la démarche de prévention de SMP Radiance
- Annexe 4 : l'organigramme des acteurs de la prévention en entreprise

Annexe 1 : La charte d'Ottawa de 1986



Charte

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en ce 21^e jour de novembre 1986, émet la présente CHARTE pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand control sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PREALABLES A LA SANTE

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR L'IDEE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

CONFERER LES MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR DE MEDiateur

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINNE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants. La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination des solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CREER DES MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et inter reliées, et l'on ne peut pas séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale. L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables. L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé – et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement – est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUERIR DES APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

REORIENTER LES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER DANS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE A LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent : à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs; à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels logement et les peuplements; à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés; à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé. Les participants de la conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité. Cette CHARTE pour l'action a été élaborée et adoptée par une conférence internationale organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique. Deux-cent-douze délégués de 38 pays se sont rencontrés du 17 au 21 novembre 1986 à Ottawa (Canada) pour échanger connaissances et expériences en promotion de la santé.

La Conférence a stimulé un dialogue ouvert entre profanes et professionnels de la santé et d'autres secteurs, entre représentants des agences gouvernementales, bénévoles et communautaires, ainsi qu'entre politiciens, administrateurs, universitaires et praticiens. Les participants ont eu l'occasion de coordonner leurs efforts et de mieux définir les grands problèmes, tout en renouvelant leur engagement individuel et collectif face à l'objectif commun de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette CHARTE pour l'action reflète l'esprit de celles qui l'ont précédée, dans lesquelles on reconnaissait et traitait les besoins des populations. Elle présente les stratégies et méthodes fondamentales de promotion de la santé que les participants considèrent indispensables à l'accomplissement de progrès majeurs. Le rapport de la Conférence traite en détail les questions soulevées, offre des exemples concrets et des suggestions pratiques sur la façon dont nous pouvons faire de réels progrès, et précise l'engagement exigé des nations et des groupes concernés.

La démarche vers une nouvelle santé publique est désormais évidente dans le monde entier.

Elle a d'ailleurs été confirmée non seulement par les expériences, mais aussi par les engagements des participants de la Conférence; ceux-ci, qui étaient invités à titre individuel en fonction de leur spécialisation, représentaient les pays suivants : Angleterre, Antigua, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Ecosse, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Japon, Malte, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pays de Galles, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale allemande, République d'Irlande, Roumanie, St. Kitts-Nevis, Soudan, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Ulster, Union des Républiques Socialistes Soviétiques et Yougoslavie. à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même; à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie. Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

Annexe 2 : liste des actes prévention pris en charge par les contrats de complémentaire « solidaires et responsables »

Les contrats responsables doivent prendre en charge 100% du ticket modérateur de deux prestations de prévention à choisir sur la liste établie par le ministère de la Santé.

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;

- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Haemophilus influenzae B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Annexe 3 : la plaquette d'information de la démarche de prévention de SMP Radiance

Prévention Santé

la mutuelle Radiance s'engage

En favorisant la prévention et la promotion de la santé, les mutuelles peuvent contribuer à participer à l'amélioration de l'état de santé de leurs adhérents et ainsi contribuer à réduire les risques. C'est pourquoi, à l'image de la Mutualité Française, l'Union Radiance Groupe Apri est un acteur de santé publique qui conduit une politique volontariste de prévention et de promotion de la santé et qui permet à chacun de devenir acteur de sa santé.

L'engagement de Radiance Groupe Apri vise à :

- développer les conditions favorables au bien-être de l'individu,
- favoriser le maintien et le développement du capital santé de chacun,
- générer des comportements qui diminuent les facteurs de risque et accroissent les facteurs de protection, de l'enfant au senior.

Nos actions en faveur de la prévention et la promotion de la santé :

- création ou contribution à la création de supports pédagogiques et d'informations : plaquettes, expositions, jeux/supports d'animation (pantonnier, mallette), CD Rom,
- soutien aux entreprises pour l'élaboration d'actions de prévention, d'information et de sensibilisation pour leurs salariés en partenariat avec les services de santé au travail,
- soutien aux réseaux et initiatives locales pour le développement de leur activité par une aide au montage de projet et une contribution technique.

Quelques chiffres

- 60 % des français se plaignent de souffrir d'insomnies,
- 90 % des maladies professionnelles indemnisées concernent les Troubles Musculo-Squelettiques,
- les accidents de la vie courante touchent 1 million d'enfants chaque année et constituent la première cause de mortalité de l'enfant de moins de 15 ans,
- chaque année 2 millions de chutes de personnes âgées sont dénombrées et entraînent 9 000 décès chez les plus de 65 ans.

Sources: Institut de Veille du Sommeil, Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne, Croix Rouge.

La Mutuelle qui va à l'essentiel

RENNES - 5 bd de Lattre de Tassigny
SAINT-MALO - 40 bd des Talaris
FOUGÈRES - 10-12 bd du M^e Leclerc
REDON - 5 rue Notre-Dame

02 99 29 66 00

VANNES - 12 bd de la Résistance
AURAY - 32 place de la République
PLOËRMEL - 9 rue des Forges
LORIENT - 58 cours de Chazelles
PONTIVY - 73 rue Nationale

02 97 63 27 18

www.radiance.fr

Prévention Santé

Tous les atouts pour préserver votre capital santé

La Mutuelle qui va à l'essentiel

www.radiance.fr

150x210_sMPL_Prevencion_4P.indd 1-2

5/6/09 11:33:05

La santé est un état de bien-être

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »

Organisation Mondiale de la Santé

Votre santé nous est essentielle.

Nous ne vous remboursons pas seulement des soins, nous vous proposons un ensemble d'actions promouvant la santé individuelle et collective, visant à assurer l'intégrité physique, mentale et à développer les capacités vitales de chacun, afin qu'il devienne acteur de sa santé.

En pratique, le Pôle Prévention Promotion de la santé, animé par une responsable de l'activité, conduit et organise des actions de promotion du bien être et de prévention des risques sur des sujets qui nous concernent tous (alimentation, sommeil, tabac, santé au travail, santé des seniors...) et en accord avec les priorités nationales et régionales de santé publique.

En partenariat :

- avec des professionnels de santé reconnus dans leur spécialité : médecins généralistes et spécialistes, diététiciennes, psychologues, sophrologues, tabacologues.
- avec les principales institutions, acteurs et experts locaux de la santé : la Mutualité Française Bretagne, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales, les associations, les services de Santé au Travail.

En Bretagne, les actions menées par le Pôle Prévention Promotion de la Santé comprennent des soirées d'information et de sensibilisation ouvertes à tous et des ateliers sur la santé destinés à un petit groupe de participants.

Conférence-débat sur les allergies alimentaires.

Intervenants : allergologues, pédiatres allergologues, spécialistes de l'éducation thérapeutique, diététiciennes et représentants des associations de malades.

Conférence-débat sur le sommeil.

Intervenants : neuro-psychiatre, le navigateur Hervé Laurent (entretien sur les conditions de sommeil lors des longues courses en solitaire).

Soirée d'échanges et d'informations sur les troubles musculo-squelettiques.

Intervenants : la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Médecine du Travail et l'Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail.

Conférence-débat sur la vie affective et l'intimité des personnes âgées.

L'âge n'empêche pas les sentiments et les amours. Cette réalité ne doit pas être occultée dans la prise en compte du vieillissement, au contraire elle participe d'une démarche globale de bien traitement de nos aînés. Intervenants : professionnels d'établissement, gériatologues-psychiatres, neuro-psychologues.

Autres conférences-débats : asthme, allergies respiratoires, bon usage du médicament.

Partenaire de l'opération régionale Peace E-Loze (concerts pédagogiques de prévention du risque auditif chez les jeunes).



Découvrez les ateliers déjà proposés aux adhérents :

Nutrimut* :

acquérir de nouvelles habitudes alimentaires, mieux s'accepter. Ces programmes d'éducation et d'accompagnement nutritionnels s'adressent à des adultes soit en situation de surpoids soit gênés par des kilos accumulés au fil des ans. Ils sont animés par une équipe pluridisciplinaire de professionnels (diététicienne, psychologue, animateur cuisine...).



Atelier d'Initiation* aux Gestes de Premiers Secours Pédiatriques :

connaître les gestes d'urgence pédiatriques peut sauver la vie d'un enfant. Animé par la Croix Rouge, cet atelier permet de sensibiliser et de former les personnes à faire face efficacement aux situations d'urgence vitale avant l'arrivée du médecin ou du SAMU.

Tabacmut* :

promouvoir les bénéfices de l'arrêt du tabac et soutenir les participants dans leur démarche de sevrage tabagique. Ce programme d'accompagnement de 9 mois est animé par des spécialistes en tabacologie, diététique, psychologie, et techniques de relaxation.



Le cycle « bien vieillir » :

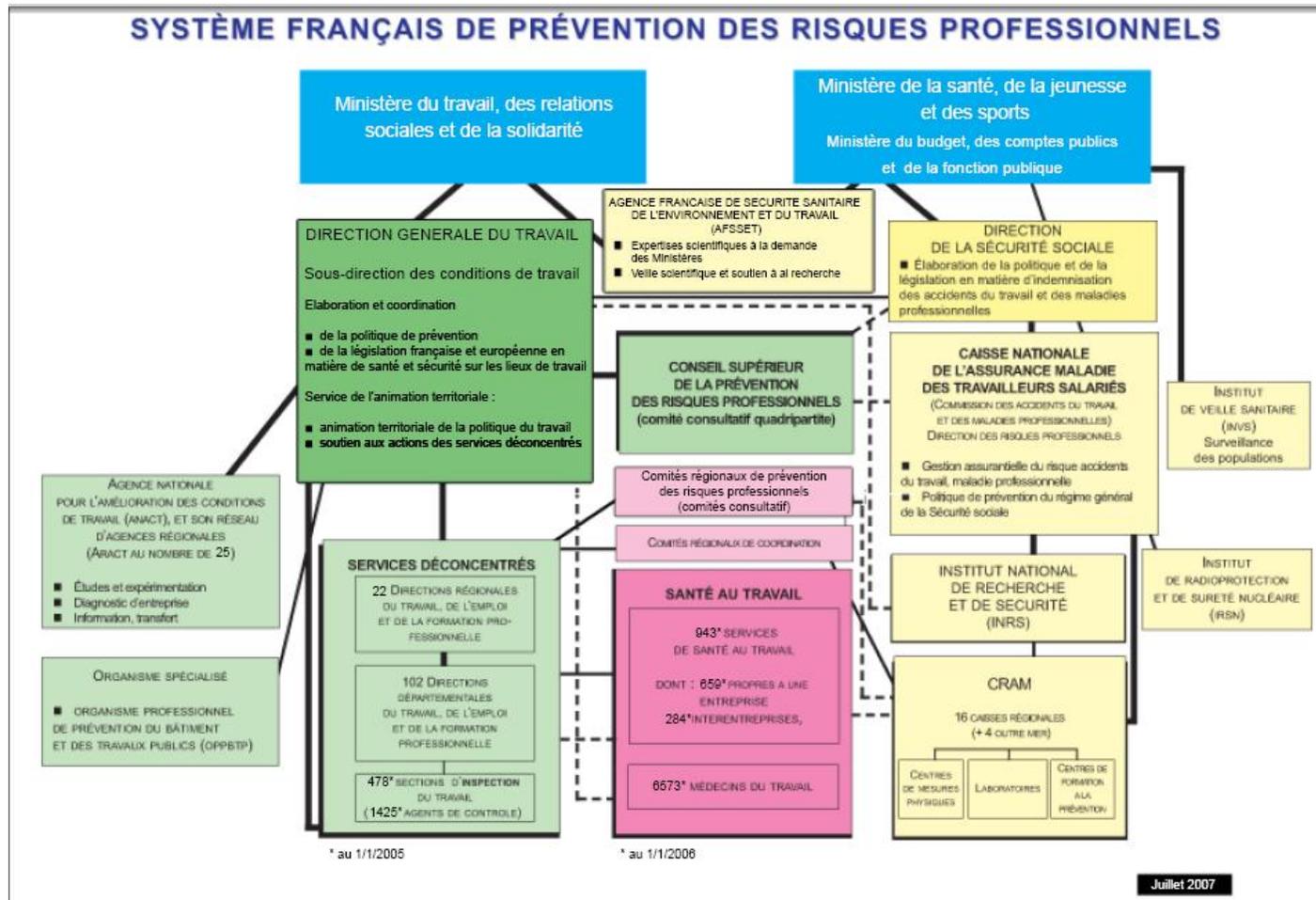
pour mieux vivre sa vieillesse en préservant sa qualité de vie.

Ce cycle comprend :

- des actions de prévention du risque de chutes : débat-théâtre Juliette au Pays des Embûches*, ateliers Equilibre (12 séances animées par une éducatrice sportive spécialement formée)
- des conseils sur l'alimentation, le sommeil, le bon usage du médicament.

* Créés et organisés avec la Mutualité Française Bretagne.

Annexe 4 : l'organigramme des acteurs de la prévention en entreprise



Cf., www.travail-solidarite.gouv.fr