La pérennisation des programmes de promotion de la santé en entreprise est-elle possible ?

Le cas de quatre entreprises privées québécoises de travailleurs cols bleus

Angèle Bilodeau, PhD^{1,2}

Gilbert Filion, MA³

Louise Labrie, MSc^{1,4}

Dominique Bouteiller, PhD⁵

Michel Perreault, PhD⁶

RÉSUMÉ

Objectif : Le maintien à long terme des programmes de promotion de la santé en milieu de travail (PPSMT) demeure un défi en santé publique. Cet article présente l'évaluation de l'implantation et de la pérennisation de tels programmes dans des entreprises privées québécoises de travailleurs cols bleus afin d'éclairer les enjeux particuliers à ce milieu.

Méthode : La méthode utilisée est l'étude de cas multiples (4 sites), longitudinale (7 ans) et interprétative. Le cadre d'interprétation conçoit que l'implantation et la pérennisation des PPSMT dans les entreprises sont le résultat d'apprentissages organisationnels en promotion de la santé, ceux-ci étant déterminés par les stratégies des acteurs en position de contrôle qui façonnent les processus décisionnels concernant ces programmes.

Résultats : Au terme des sept années d'observation, deux des quatre sites avaient maintenu leur PPSMT, bien que ces programmes n'étaient plus appliqués concrètement dans ces entreprises. Les apprentissages organisationnels réalisés en promotion de la santé dans ces deux sites ont été délimités en vertu des finalités organisationnelles visées par les décideurs ayant soutenu les PPSMT. Ces acquis ont été en grande partie perdus lorsque les PPSMT ont cessé d'être retenus par les décideurs comme un élément de leur stratégie de développement organisationnel.

Discussion : Les conditions organisationnelles propices aux PPSMT sont difficiles à réunir et davantage encore à maintenir dans les entreprises du type de celles étudiées. Les entreprises implantent avant tout ces programmes pour les avantages organisationnels qu'elles escomptent à court terme, alors que l'amélioration de la santé des travailleurs à plus long terme apparaît en elle-même comme une finalité de peu d'intérêt.

Mots clé : milieu de travail; promotion de la santé; études de faisabilité; pérennisation des programmes

The translation of the abstract appears at the end of the article.

1. Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal
2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
3. Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides
4. Agente d'intervention du projet et membre de l'équipe de recherche à titre conseil dans l'interprétation des données.
5. École des Hautes études commerciales, Université de Montréal
6. Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

Correspondance et demandes de réimpression : Angèle Bilodeau, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 1301 Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3, Tél. : 514-528-2400, poste 3399, Téléc. : 514-528-2459, Courriel : abilodea@santepub-mtl.qc.ca.

Remerciements : Cette recherche a été financée par le Conseil québécois de la recherche sociale, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Fondation des maladies du cœur du Canada. Les auteurs sont reconnaissants envers les entreprises qui ont participé à cette recherche. Ils remercient également Jocelyne LeBlanc, Anne Veil, Jean-François Labadie et Magali Giard pour leur contribution à titre d'agents de recherche.

La promotion de la santé en milieu de travail a été introduite au début des années 1980 comme stratégie afin de réduire les maladies chroniques, causes majeures de morbidité et de décès¹⁻⁷. Les entreprises se sont intéressées à cette stratégie pour faire face à la compétitivité accrue des marchés associée à la mondialisation en escomptant qu'elle contribuerait à accroître le rendement de leurs employés et à réduire leurs coûts de santé⁸⁻¹². Aux États-Unis, où le système de santé est fortement appuyé sur des régimes d'assurances privés, et où les entreprises peuvent en retirer un bénéfice direct, cette stratégie a été plus largement déployée qu'au Québec ou au Canada, où les systèmes de santé sont de responsabilité publique^{4,13,14}.

La plupart des programmes de promotion de la santé en entreprise développés à ce jour ont visé les habitudes de vie par des stratégies individuelles, l'aménagement d'installations et l'offre de services¹⁻⁵. Les effets les plus souvent rapportés sont l'augmentation de l'activité physique et de la capacité aérobie, et la réduction des maux de dos et du tabagisme¹⁵⁻¹⁹. Les autres effets moins souvent rapportés sont une réduction du poids et de la consommation d'alcool²⁰, de l'hypertension, du cholestérol sanguin^{15,21} et du niveau de stress²²⁻²⁴. Cependant, les études plus récentes tendent à être critiques devant les effets attribués à ces programmes en raison des limites méthodologiques des évaluations^{15,25}. Des bénéfices pour les entreprises sont également rapportés, mais de façon plus controversée, tels des effets sur l'attitude des employés envers l'entreprise, son mode de supervision et ses conditions de travail²⁶, une réduction de l'absentéisme²⁷⁻²⁹, des jours de maladie, des frais médicaux et d'hospitalisation et un accroissement de la productivité³⁰. Les effets globaux de ces programmes sont généralement limités vu la faible participation des travailleurs³¹ et du fait qu'ils comportent surtout des stratégies de soutien aux changements de comportements individuels alors que la modification de l'organisation et des conditions de travail est peu visée^{2,32-35}.

En outre, pour que ces programmes s'implantent et soient maintenus, des conditions organisationnelles propices doivent être réunies. Le climat organisationnel et l'implication de la direction contribuent à créer une norme encourageant le maintien de la participation³⁶⁻⁴⁰, dont est tributaire

l'efficacité de ces programmes⁴¹⁻⁴⁵. Un climat favorable à la participation et à l'orientation des programmes vers les dimensions organisationnelles sont de plus reliés à leur degré d'institutionnalisation dans les entreprises^{10,46-48}. Le défi réside par conséquent dans l'incorporation de la promotion de la santé à la philosophie de gestion et à la structure organisationnelle des entreprises afin de soutenir la participation des employés et maintenir les changements organisationnels et comportementaux^{5,40,45,49-53}.

En 1985, Santé Canada⁵⁴ formulait cinq conditions organisationnelles de réussite des programmes de promotion de la santé en milieu de travail (PPSMT), qui ont été depuis réitérées^{31,40} : un partenariat public – privé solide; l'engagement et le soutien de la direction et du syndicat; l'existence d'un comité représentatif de l'entreprise pour assurer une réponse adéquate aux besoins; l'incorporation de la promotion de la santé à la structure organisationnelle; la participation financière de l'entreprise, celle de cadres compétents et motivés, et celle indispensable des travailleurs. Nous avons voulu examiner la faisabilité de réunir et de maintenir à long terme ces conditions, avec l'appui d'intervenants de santé publique, dans le contexte d'entreprises privées de taille moyenne de travailleurs cols bleus au Québec.

MÉTHODE

La méthode utilisée est une étude de cas multiples, longitudinale et interprétative. Quatre entreprises ont implanté, entre 1991 et 2000, un PPSMT en partenariat avec la Direction de santé publique de Montréal (DSP). En vertu du modèle de Santé Canada⁵⁴ proposé aux entreprises (voir figure 1), un agent de la DSP y soutenait la formation et le fonctionnement d'un comité représentant la direction et les employés, chargé de déterminer les priorités, de planifier un programme et de le réaliser.

L'interprétation des événements ayant trait aux PPSMT dans les 4 sites a été réalisée en vertu d'un cadre théorique qui relie l'analyse stratégique des organisations au processus décisionnel soutenant l'apprentissage organisationnel dans les entreprises, à partir des modèles de Denis^{55,56}, Pluye⁵⁷ et leurs collègues portant sur l'implantation et

Figure 1. Modèle de promotion de la santé en entreprise de Santé et Bien-être social Canada

Tiré de Santé et Bien-être social Canada⁵⁴

Figure 2. Modèle d'analyse du processus décisionnel relatif au PPSMT et des apprentissages organisationnels en promotion de la santé dans les entreprises

Adapté de Denis⁵⁵ et Pluye⁵⁷

la pérennisation des programmes. Le devenir organisationnel des PPSMT y est conçu comme le résultat d'apprentissages organisationnels en promotion de la santé dans les entreprises, ayant trait à la gestion d'un PPSMT, aux conditions environnementales propices et aux pratiques de santé des travailleurs. Ces apprentissages découlent de processus décisionnels concernant le PPSMT qui sont façonnés par l'interaction des stratégies des acteurs en position de contrôle dans l'organisation. Ces

stratégies de soutien (ou non) sont elles-mêmes élaborées en vertu de la centralité du PPSMT pour l'atteinte des finalités organisationnelles de ces acteurs et elles comportent un degré variable de conformité avec les objectifs du PPSMT (figure 2).

Les études de cas ont été réalisées à partir de données documentaires (compte rendu des réunions des comités PPSMT, rapports d'activités, cahiers de bord des agents de la DSP) et d'entrevues semi-dirigées (60 à 90 minutes) auprès d'informateurs clés (voir

TABLEAU I

Informateurs clé aux 4 temps de la collecte des données dans les 4 sites

Catégories d'acteurs	Début de l'implantation	Fin de l'implantation	À 4 ans	À 7 ans
Site 1				
Année	1991	1993	1995	1998
Cadres	DG DP* DRH	DG DP* DRH	DG DP* DRH	DRH*
Non syndiqués	BUR* INF* ING* CT*	BUR* INF* CT*	BUR INF* CT*	INF* CT*
Syndiqués	E1* E2* E3* E4*	E1* E3* E4* E5* E6* E7*	E3 E6*	E6* E8*
Externes		DSP1*	DSP1*	DSP1*
Nb entrevues	11	13	9	6
Site 2				
Année	1991-1992			
Cadres	2DG† 2DP† 2DRH*† 2DQ*†	Non franchi		
Non syndiqués	2CT*† 2INF*†			
Syndiqués	2E1*†			
Externes	DSP1*			
Nb entrevues	15			
Site 3				
Année	1993	1996	1997	2000
Cadres	Ne s'applique pas ‡	DG DP DRH	DG DP* DI*	DG DRH DP
Non syndiqués		BUR* INF*	BUR* INF*	INF
Syndiqués		E1* E3* E4* E5* E6* SYN1	E1* E4* E6* SYN1 SYN2	E4* E6* E7* SYN1
Externes		DSP1* DSP2* NU*	DSP1* NU*	2DSP1*†
Nb entrevues		14	12	10
Site 4				
Année	1995	1996		
Cadres	Ne s'applique pas ‡	DG1 DG2 2DRH† DP CT	Non franchi	
Non syndiqués		BUR1* BUR2*		
Syndiqués		E1* E2* E3* E4* E5* E6* E7*		
Externes		DSP1* DSP2*		
Nb entrevues		17		
Légende : DG Directeur général DRH Directeur des ressources humaines DP Directeur de la production DI Directeur de l'ingénierie DSP Professionnels de la Direction de santé publique DQ Directeur de la qualité ING Ingénieur CT Contremaître /cadre de supervision BUR Employés de bureau NU Consultante en nutrition INF Infirmière de l'entreprise E Employés de production SYN Président du Syndicat DSP Direction de santé publique				
* Membre du Comité de promotion de la santé. † Deux entrevues ont été réalisées avec cet informateur pour cette période. ‡ Les deux premiers sites avaient été retenus pour l'évaluation de l'implantation et les deux autres ont été ajoutés pour l'évaluation du maintien du programme.				

tableau I). L'analyse interne des cas a consisté à construire une interprétation des événements, en vertu du cadre théorique retenu, expliquant l'évolution du PSMT dans chaque site. Cette explication locale a été la base de l'élaboration d'une explication plus générale obtenue par l'analyse comparative des cas⁵⁸.

RÉSULTATS

Les sites étudiés sont des entreprises multinationales du secteur secondaire, en restructuration industrielle devant les menaces de la mondialisation des marchés. À leur entrée dans l'expérimentation, elles comptaient entre 220 et 313 employés (très majoritairement des hommes) et ont toutes connu des mises à pied au cours de la période étudiée. Trois entreprises étaient syndiquées, elles disposaient toutes d'un programme de Santé & Sécurité au travail, d'un service infirmier et pour l'une, d'un

programme d'aide aux employés. Trois des quatre sites ont franchi l'étape d'implantation de leur PPSMT et deux l'ont maintenu au cours des sept années de l'étude, bien qu'à terme, ces programmes n'étaient plus appliqués concrètement dans ces sites. Les résultats de l'analyse interne des cas sont présentés au tableau II. Celui-ci montre, dans chaque site, l'évolution du positionnement stratégique des acteurs créant un processus décisionnel favorable ou non au PPSMT et les apprentissages en promotion de la santé qui en ont découlé.

L'analyse comparative des cas conduit à trois énoncés de résultats.

1. *Les apprentissages organisationnels en promotion de la santé qui sont possibles dans les entreprises du type de celles étudiées sont **délimités et orientés** en vertu de l'actualisation des stratégies que les acteurs décisionnels mobilisent en vue de l'atteinte des finalités organisationnelles.*

Les directions sont les acteurs qui contrôlent les PPSMT dans les entreprises, alors que l'apport des cadres intermédiaires est plus technique. Quant aux employés, ils ont collectivement une influence sur les directions par leur degré d'intérêt et de participation. La position syndicale, qui consiste à maintenir ces programmes en marge du champ régi de façon paritaire dans le cadre des conventions de travail et des comités de Santé et Sécurité au travail, n'aide généralement pas leur développement.

Plus la centralité du PPSMT est élevée pour la direction, plus les opportunités d'apprentissages organisationnels et de routinisation en promotion de la santé sont grandes. Dans le site 1, l'engagement et le soutien de la direction envers un PPSMT participatif ont entraîné l'installation de routines organisationnelles de santé, tels un comité participatif, des activités et des services. Puis à mesure que la centralité d'un

TABLEAU II

Positionnement stratégique des acteurs envers le PPSMT, processus décisionnel et apprentissages organisationnels dans les 4 sites

Temps	Acteurs	Positionnement stratégique des acteurs	Processus décisionnel	Apprentissages organisationnels et routinisation†
Site 1				
Implantation	Direction	PPSMT comme moyen (espace apolitique) d'implanter la gestion participative. Soutien financier et stratégique.	Favorable : Engagement de la direction qui obtient l'approbation du syndicat. Adoption d'une programmation, budget dédié et MO. Comité représentatif. Leadership par du personnel cadre. Libération des membres du comité. Fonctionnement participatif et régulier. Influence de la DSP vu son expertise. Autonomie fonctionnelle et marge décisionnelle du comité.	☞ Compétences en planification d'un PPSMT et en organisation d'activités et événements. Apprentissage en promotion de la santé par le partage d'informations. ⚙️ Évaluation de la condition physique (36 %) et counselling. Menus santé à la cafétéria (passe de 50 % à 70 %). Conditionnement physique sur place (7 % à 8 %). Abonnement à des centres sportifs (4 % à 5 %).
	Syndicat	Protection du champs de la S&S régi de façon paritaire. Approbation mais appui nul.		
	Comité PPSMT	PPSMT comme moyen d'améliorer le climat et les rapports D/Es. Intérêt moyen pour la santé. Implication moyenne.		
	DSP	Promotion et support des conditions de succès du PPSMT dans l'entreprise.		
À 4 ans	Direction	Implantation des équipes semi-autonomes où le PPSMT paraît moins stratégique. Soutien passif. Contrôle accru sur le PPSMT.	Plutôt favorable : Reconnaissance que le PPSMT est un atout organisationnel, mais participation des És en deçà des attentes de la direction. Rationalisation : ajustement du PPSMT au contexte. Conflit entre participation au comité et impératifs de production. Absentéisme et ralentissement des opérations du comité.	☞ Continuité des acquis. ⚙️ Terrain socio-sportif (10 usagers/j). Évolution de la norme d'entreprise sans fumée.
	Syndicat	Position inchangée.		
	Comité PPSMT	Perte d'intérêt, démissions et difficultés de recrutement vu la perte de marge décisionnelle.		
	DSP	Ajustement du fonctionnement du PPSMT au mode de gestion de l'entreprise.		
À 7 ans	☒ Direction	La standardisation supplante la participation. Certification ISO. Rationalisation devant la menace de fermeture de l'entreprise. PPSMT considéré contreproductif. Financement à la pièce et réduit. Contrôle entier de la direction sur le PPSMT. Abandon progressif.	Défavorable : Virage du PPSMT vers l'information. Démission du cadre leader du PPSMT. Réduction des ressources à presque nulles. Désintéressement des És. PPSMT porté par la DSP seule. Stagnation du PPSMT.	☞ Apprentissage nul puisque participation nulle. Pertes des acquis. ⚙️ Seuls les menus santé et les abonnements à des centres sportifs sont maintenus.
	Syndicat	Position inchangée.		
	Comité PPSMT	Perte de pouvoir des membres syndiqués au comité comme dans l'entreprise.		
	DSP	Éloignement des conditions de succès pour favoriser la survie du PPSMT.		
Site 2				
Implantation (non complétée)	Direction	Divergence au sein de la direction sur la modernisation de la gestion. Intérêt pour l'information tirée de l'étude de besoins. Aucun soutien. Obstacles.	Défavorable : Engagement porté par un cadre intermédiaire à l'encontre des hauts dirigeants. Comité PPSMT non représentatif. Membres du comité non libérés. Climat de méfiance et communication lacunaire rendent inopérante la promotion de l'enquête sur les besoins. Impossibilité d'élaborer une programmation. Échec de l'étape d'engagement et dissolution du comité.	Mise en évidence du besoin d'un programme d'aide aux employés.
	Comité PPSMT	PPSMT comme moyen d'améliorer la communication et la participation dans l'entreprise (contexte de précarité, climat et relations de travail grandement détériorés). Intérêt pour améliorer le bien-être des És.		
	DSP	Soutien actif. Soutien à l'implantation en composant avec les conditions adverses.		
Site 3				
Implantation	Direction	Implantation gestion participative et QT. PPSMT comme moyen de favoriser la communication et l'implication des És dans l'entreprise. Contrôle du champ du PPSMT. Soutien technique et financier.	Plutôt favorable : Non participation de la direction au comité. Limitation du PPSMT à l'information / sensibilisation sur les habitudes de vie par la direction et le syndicat. DSP négociatrice des conditions avec la direction et le syndicat, leadership d'expertise. Libération des membres du comité. Budget global. Coordination efficace à l'interne. Autonomie de fonctionnement du comité, gestion consensuelle, mais contrôle décisionnel par la direction. La présence des contraintes de la production sur les activités du PPSMT limite sa capacité d'action.	☞ Peu d'apprentissage en planification de PPSMT. Apprentissage en promotion de la santé par le partage d'informations. Compétences en organisation d'événements d'information type kiosque (varie de 21% à 61% pour les 9 kiosques). Utilisation efficace des moyens de communication. ⚙️ Augmentation des aliments sains dans les distributrices. Échec des efforts pour assainir la cafétéria. Programme d'aide aux fumeurs.
	Syndicat	Protection du champs de la S&S régi de façon paritaire. Délimitation du champ du PPSMT. Approbation mais aucun soutien.		
	Comité PPSMT	PPSMT comme moyen d'améliorer le climat de travail et la santé des És. Engagement. Appui au syndicat sur la délimitation du champ du PPSMT.		
	DSP	Valorisation du potentiel de rentabilité d'un PPSMT auprès des dirigeants. Procéder par étapes afin de convaincre dirigeants et employés de l'utilité du programme.		
À 4 ans	Direction	Délaissement progressif QT. Diminution de l'intérêt pour le PPSMT. Soutien financier variable mais récurrent. Continuité du soutien technique.		
	Syndicat Comité PPSMT DSP	Position inchangée. Vains efforts de recrutement. Accent sur le rapport coûts-bénéfices des activités à plus court terme. Restreindre le programme aux activités visant les individus afin de satisfaire la Direction.		

...suite

TABLEAU II, suite

Temps	Acteurs	Positionnement stratégique des acteurs	Processus décisionnel	Apprentissages organisationnels et routinisation†
À 7 ans	☒ Direction ☒ Syndicat Comité PPSMT DSP	Prg d'efficacité remplace prg QT. Accent sur S&S. Évaluation négative des réalisations PPSMT et abandon progressif. Ouverture tardive et offre de collaboration au comité. Position inchangée. Remise en question de la faisabilité du modèle du PPSMT.	Défavorable : Obstacle à la libération des membres du comité. Budget négocié à la pièce et contrôle de l'allocation par la direction, donc perte de contrôle sur la programmation. Démission du leader interne. Leadership externe assumé par défaut par la DSP.	☒ Transfert des compétences communicationnelles acquises à d'autres secteurs d'activités. ☒ Routinisation de la présence d'aliments sains dans les distributrices.
Site 4				
Implantation	Direction Syndicat Comité PPSMT DSP	PPSMT comme moyen d'améliorer la communication D/Es. Introduction d'une politique d'entreprise sans fumée pour des raisons de productivité. Intérêt pour l'information tirée de l'étude de besoins. Soutien financier. Méfiance devant l'intention de la direction d'implanter le PPSMT. Appui au PPSMT. Président du Syndicat membre du Comité : un appui stratégique mais peu de disponibilité. PPSMT comme moyen d'améliorer la vie sociale au travail et la santé des Es. Démission en réaction au fonctionnement unilatéral de la direction. Soutien conseil auprès de l'entreprise pour l'implantation d'un PPSMT. Médiation dans les conflits entre la direction et le comité.	Plutôt défavorable : Engagement mitigé mais formalisé de l'entreprise. Reports répétés – ralentissement des activités pour raisons de tensions dans l'entreprise. Comité autonome mais sans lien avec la direction (démission du seul cadre) bien que contrôlé de l'extérieur par celle-ci. Comité non productif vu l'absence d'appui de la direction. Introduction unilatérale d'une politique d'interdiction générale et immédiate du tabagisme, à l'encontre du comité. Démission de ses membres pour cause d'épuisement.	☒ Habiletés dans les activités d'information. Bulletin Info-Santé (lu par 50 %). Informations affichées (lues par 63 %). Kiosque sur l'alimentation (58 %). ☒ Abonnement à des centres sportifs (26 %) – non maintenu. Tournoi de volley-ball (16 %) – non répété. Maintien de l'intérêt des Es pour le PPSMT.
Légende : D : direction Es : employés MO : mise en œuvre Prg : programme S&S : Santé et Sécurité au travail DSP : Direction de santé publique QT : gestion selon les principes de la qualité totale ☒ : changement de directeur / président ☒ Apprentissages en gestion d'un PPSMT (%participation aux événements). ☒ Conditions organisationnelles propices et pratiques de santé des employés (%utilisation). † Les données de résultats présentées dans cette colonne sont tirées des rapports d'activités et des questionnaires auto-administrés auprès des travailleurs, répétés dans le temps, portant sur leur participation, leur satisfaction et leurs pratiques de santé, réalisés pour l'évaluation des effets des PPSMT non discutée dans cet article.				

PPSMT participatif a diminué, s'ensuit une réduction de la dynamique participative du comité et de ses ressources qui en réduisit l'envergure et le rythme de développement de même que les opportunités d'apprentissage. Dans le site 3, la centralité toute relative du programme pour les dirigeants a conduit à ne dégager que des événements ponctuels pour de la sensibilisation. Et le site 4 illustre comment la condition première de ne pas nuire à la production est devenue l'obstacle majeur à tout développement.

De la centralité dépend également l'orientation du programme, c'est-à-dire quels apprentissages seront faits. Ainsi, dans le site 1, les apprentissages ayant trait à la participation ont été autorisés en vertu de leur pertinence pour l'atteinte des finalités organisationnelles, puis entravés lorsque la stratégie de standardisation a supplanté la participation. Dans le site 4, l'orientation du PPSMT vers une politique de contrôle du tabagisme a été retenue, plutôt qu'une autre priorité, afin de supporter l'interdiction immédiate du tabagisme dans l'entreprise que visait la direction pour des

raisons de productivité. Et dans le site 3, la priorité alimentation s'est développée en vertu du choix de la direction de s'en tenir à la sensibilisation et de ne pas introduire de programmes subventionnés à la cafétéria. Ainsi, les choix de développement des PPSMT ne se font-ils pas en vertu d'une logique de promotion de la santé mais en vertu de la rationalité des entreprises.

2. La pérennisation organisationnelle d'un PPSMT dépend de sa centralité eu égard aux stratégies des acteurs décisionnels et de la *persistance* d'un certain niveau de centralité pour une certaine durée.

La pérennisation des PPSMT ne peut dépasser la durée de vie des stratégies des acteurs décisionnels les ayant retenus comme piste d'action. Dans les entreprises du type de celles étudiées, ce sont les impératifs de la production des profits à court terme qui dominent la décision et il apparaît que la production de la santé et la production d'une profitabilité accrue n'obéissent pas à la même temporalité, rendant plutôt volatile la centralité qui carac-

térise les épisodes des processus décisionnels favorables aux PPSMT, du point de vue de la santé.

3. La pertinence des PPSMT implantés au regard de leurs finalités de santé dépend du degré de *conformité* des stratégies des acteurs décisionnels avec les conditions et les objectifs de la promotion de la santé en milieu de travail.

Le succès des PPSMT requiert des conditions en deçà desquelles il n'est pas pertinent de les soutenir pour les acteurs de santé publique. Dans les sites 3 et 4, la conformité n'a jamais été suffisante pour que soient introduites des conditions environnementales favorisant la modification des habitudes de vie chez les travailleurs. Dans le site 3 qui a persisté, cette conformité s'est limitée à des activités de sensibilisation et d'information. En comparaison, dans le site 1, les routines organisationnelles acquises pendant la phase favorable témoignent d'une conformité suffisante. L'adaptation aux réalités de l'entreprise, un des principes directeurs du PPSMT, a porté dans ce site sur les aspects opéra-

tionnels du programme en phase favorable, pour s'étendre à ses fondements en phase défavorable, soit le déplacement d'une conception globale en promotion de la santé vers une conception de responsabilité individuelle.

DISCUSSION

Cette évaluation conclue que les conditions nécessaires à la pérennisation des programmes de promotion de la santé n'ont pu être réunies dans les sites étudiés et suggère que de telles conditions sont difficiles à réunir et davantage encore à maintenir dans ce type d'entreprises. Ces programmes ne peuvent s'implanter à l'extérieur des jeux politiques dans les organisations et sans tenir compte du contexte plus large des politiques publiques, deux questions peu abordées dans les écrits recensés.

Un PPSMT participatif ne peut opérer en porte-à-faux dans une entreprise où la décision est unidirectionnelle et centralisée. Dans la culture ouvrière du milieu étudié, les préoccupations de santé sont abordées, négociées et résolues au travers des jeux de pouvoir entre deux acteurs principaux, direction et syndicat, aux intérêts explicites. Introduire dans cette dynamique relationnelle un PPSMT mu par une logique participative qui se veut apolitique constitue une menace aux règles du jeu en place. C'est pourquoi les PPSMT y ont trouvé peu d'appui auprès des syndicats, voire de l'ensemble des travailleurs.

En outre, le contexte des politiques publiques québécoises supporte peu la promotion de la santé en entreprise, celle-ci excédant le cadre législatif qui régit la santé occupationnelle. Les dirigeants ne manquent d'ailleurs pas de rappeler que les entreprises n'ont pas de responsabilité en cette matière et que toute avancée sur ce terrain vise avant tout des gains organisationnels, où la santé des travailleurs, en elle-même, ne représente pas une finalité d'intérêt. Les dirigeants ayant adhéré au PPSMT l'ont d'ailleurs fait en vertu des bénéfices organisationnels escomptés et ils lui ont retiré cet appui pour les mêmes raisons.

RÉFÉRENCES

- Price G, Mackay S, Swinburn B. The Heartbeat Challenge Programme: Promoting healthy changes in New Zealand workplaces. *Health Promot* 2000;15(1):49-55.
- Stokols D, Pelletier KR, Fielding JE. The ecology of work and health: Research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Educ Q* 1996;23(2):137-58.
- Wynne R. Health promotion at work: A new paradigm for workplace health. *Ann Occup Hyg* 1994;38(6):807-9.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. National survey worksite health promotion activities: Summary. *Am J Health Promot* 1992;7(6):452-64.
- Sloan RP. Workplace health promotion: A commentary on the evolution of a paradigm. *Health Educ Q* 1987;14(2):181-94.
- Feldman R. Strategies for improving compliance with health promotion in industry. *Health Educ* 1983;July/August:21-25.
- Marcotte B, Price JH. The status of health promotion programs at the worksite: A review. *Health Educ* 1983;July/August:4-8.
- Riedel JE, Lynch W, Baase C, Hymel P, Peterson KW. The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: A literature review. *Am J Health Promot* 2001;15(3):167-91.
- Pépin R, Dionne-Proulx J. Tour d'horizon sur les programmes de promotion de la santé au travail : impacts et facteurs de succès. *Gestion* 1996;21(2):45-51.
- Wolfe R, Slack T, Rose-Hearn T. Factors influencing the adoption and maintenance of Canadian, facility-based worksite health promotion programs. *Am J Health Promot* 1993;7(3):189-98.
- Stewart D. Le bien-être en milieu de travail : une perspective de la fonction publique. *Promotion de la santé* 1990/91;29(3):9-10.
- Davis MF, Rosenberg K, Iverson DC, Vernon TM, Bauer J. Worksite health promotion in Colorado. *Public Health Rep* 1984;99(6):538-43.
- Simard C, Thibault G, Goulet C, Paré C, Bilodeau F. *Actes du VIIe Congrès mondial du sport pour tous : le sport pour tous et les politiques gouvernementales*. Québec : Sports internationaux de Québec, 2001.
- O'Loughlin J, Boivin JF, Suissa S. Une enquête sur la promotion de la santé sur les lieux de travail à Montréal. *Can J Public Health* 1988;79(suppl. 1):S5-S11.
- Shephard RJ. Worksite fitness and exercise programs: A review of methodology and health impact. *Am J Health Promot* 1996;10(6):436-52.
- Karas BE, Conrad KM. Back injury prevention interventions in the workplace: An integrative review. *AAOHN J* 1996;44(4):189-96.
- Jeffrey RW. The healthy worker project: A worksite intervention for weight control and smoking cessation. *Am J Public Health* 1993;83(3):395-401.
- Pelletier K. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs: 1991-1993 update. *Am J Health Promot* 1993;8(1):50-62.
- Pelletier K. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs. *Am J Health Promot* 1991;5(4):313-15.
- Roman PM, Blum TC. Alcohol: A review of the impact of worksite interventions on health and behavioural outcomes. *Am J Health Promot* 1996;11(2):132-49.
- Fielding JE, Mason T, Knight K, Klesges R, Pelletier KR. A randomized trial of the impact worksite cholesterol reduction program. *Am J Prev Med* 1995;11(2):120-23.
- The Alberta Heart Health Project. *Heart health in the workplace: Program development guide*. Edmonton: Alberta Health, 1998.
- Wilson MG. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes: An update. *Am J Health Promot* 1996;11(2):107-8.
- Murphy LR. Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *Am J Health Promot* 1996;11(2):112-35.
- Dishman RK, Oldenburg B, O'Neal H, Roy MA, Sherard J. Worksite physical activity interventions. *Am J Prev Med* 1998;15(4):344-61.
- Holzback RL, Piserchia V, McFadden DW, Hartwell TD, Herrmann A, Fielding JE. Effect of a comprehensive health promotion program on employee attitudes. *J Occup Med* 1990;32(10):973-78.
- Golaszewski T, Snow D, Lynch W, Yen L, Solomita D. A benefit-to-cost analysis of a worksite health promotion program. *JOM* 1992;34(12):1164-72.
- Bertera RL. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *Am J Public Health* 1990;80(9):1101-5.
- Jones RC, Bly JL, Richardson JE. A study of a worksite health promotion program and absenteeism. *J Occup Med* 1990;32(2):95-99.
- Shephard RJ. A critical analysis of worksite fitness programs and their postulated economic benefits. *Med Sci Sports Exerc* 1992;24(3):354-70.
- Pilote E, Le May D. *La promotion de l'activité physique en milieu de travail : état de la situation et argumentaire*. Québec : KINO-Québec, 2002.
- Baker E, Israel BA, Schurman S. The integrated model: Implications for worksite health promotion and occupational health and safety practice. *Health Educ Q* 1996;23(2):175-90.
- Crump CE, Earp J, Kozma CM, Hertz-Picciotto I. Effect of organisation-level variables on differential employee participation in 10 federal worksite health promotion programs. *Health Educ Q* 1996;23(2):204-23.
- Carpentier-Roy MC. L'affectif : dimension occultée des rapports de travail. *Revue internationale de santé communautaire* 1992;27(67):153-58.
- Syme L. Social epidemiology and the work environment. *Int J Health Serv* 1988;18(4):635-45.
- Wils T, Labelle C, Guérin G, Tremblay M. Qu'est-ce que la mobilisation des employés? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. *Gestion* 1998;23(2):30-39.
- DeJoy DM, Gershon RM, Murphy LR, Wilson MG. A work-systems analysis of compliance with universal precautions among health care workers. *Health Educ Q* 1996;23(2):159-74.
- Sorensen G, Stoddard A, Ockene JK, Hunt MK, Youngstrom R. Worker participation in an integrated health promotion/health protection program: Results from the Well Works Project. *Health Educ Q* 1996;23(2):191-93.
- Witte K. Managerial style and health promotion programs. *Soc Sci Med* 1993;36(3):227-35.
- Dionne-Proulx J, Pépin R. *Les programmes de promotion de la santé au travail : impacts et facteurs de succès*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières, Département d'administration de la santé, 1994.
- Emmons KM, Linnan L, Abrams D, Lovell HJ. Women who work in manufacturing settings: Factors influencing their participation in worksite health promotion programs. *Womens Health Issues* 1996;6(2):74-81.
- Glasgow RE, McCaul KD, Fisher KJ. Participation in worksite health promotion: A critique of the literature and recommendations for future practice. *Health Educ Q* 1993;20(3):391-408.
- Mavis BE, Stachnik TJ, Gibson CA, Stöffelmayr BE. Issues related to participation in worksite health promotion: A preliminary study. *Am J Health Promot* 1992;7(1):53-60.

44. Thompson B, Bowen DJ, Croyle RT, Hopp HP, Fries E. Maximising worksite survey response rates through community organisation strategies and multiple contacts. *Am J Health Promot* 1991;6(2):130-36.
45. Lovato CY, Green LW. Maintaining employee participation in workplace health promotion programs. *Health Educ Q* 1990;17(1):73-88.
46. Wolfe R, Slack T, Rose-Hearn T. Factors influencing the adoption and maintenance of Canadian, facility-based worksite health promotion programs. *Am J Health Promot* 1993;7(3):189-98.
47. Brown VA, Ritchie JE, Rotem A. Health promotion and environmental management: A partnership for the future. *Health Promot* 1992;7(3):219-30.
48. Lefebvre RC. Sustainability of health promotion programmes. *Health Promot* 1992;7(4):239-40.
49. Renaud L, Chevalier S, O'Loughlin J. L'institutionnalisation des programmes communautaires : revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Can J Public Health* 1997;88(2):109-13.
50. Glasgow RE, Hollis JF, Pettigrew L, Foster L, Givi MJ, Morrisette G. Implementing a year-long worksite-based incentive program for smoking cessation. *Am J Health Promot* 1991;5(3):192-99.
51. Zavala K, Davis L, Cottrell R, Smith W. Do only the healthy intend to participate in worksite health promotion? *Health Educ Q* 1988;15(3):259-67.
52. Sloan R, Gruman J. Participation in work place health promotion program: The contribution of health and organisational factors. *Health Educ Q* 1988;15(3):269-88.
53. Ricketts TC, Kaluzny AD. Health promotion and industry. *Eval Health Prof* 1987;10(3):304-22.
54. Santé et Bien-être social Canada. *Modèle de promotion de la santé dans l'entreprise. Guide d'élaboration et de réalisation du système de promotion de la santé en milieu de travail pour les moyennes et les grandes entreprises*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada, 1985.
55. Denis JL. *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations. Le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 1988.
56. Champagne JF, Contandriopoulos AP, Denis JL. *Analyse de l'implantation*. Montréal : Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1990.
57. Pluye P, Potvin L, Denis JL. La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé* 2000;7(1):99-113.
58. Huberman M, Miles M. *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 1991.

Reçu : 30 juin 2003

Accepté : 17 septembre 2004

ABSTRACT

Objective: Sustained health promotion programmes in the workplace (HPPW) continues to be a public health challenge. This article presents an evaluation of the implementation and sustainability of such programmes in private blue-collar companies in Quebec to shed light on issues specific to this type of setting.

Method: A multiple case (4 sites), longitudinal (7 years) and interpretive study method was used. The interpretation framework considered that the implementation and sustainability of HPPW in companies are the result of organizational learning in health promotion, determined by the strategies of individuals in a position of control who shape the decisional processes related to these programmes.

Results: After seven years of observation, two of the four sites had continued their HPPW, although these programmes were no longer applied within these companies. The health promotion organizational learning processes in both sites were defined according to targeted organizational purposes set by the decision-makers who supported HPPW. However, these gains were largely lost when HPPW were no longer retained as a component of their organizational development strategy.

Discussion: The organizational conditions that are conducive to HPPW are difficult to put together and sustain in companies like those in our study. Businesses implement these programmes mainly for the organizational benefits they expect to reap in the short term, whereas improvement in the health of workers in the longer term is not a priority.

MeSH terms: Workplace; health promotion; feasibility studies; program sustainability

Ahneen! Sago! Jansi! Quai!
Bienvenue! Welcome!

École d'été en promotion de la santé 2005

The Centre for Health Promotion
AT THE UNIVERSITY OF TORONTO
announces

Ontario Health Promotion Summer School 2005

with introductory courses
(Preschool) in Health Promotion

WHEN

– Monday, June 20 – Thursday, June 23, 2005

PRESCHOOL

– Sunday, June 19 (optional)

WHERE

– BMO Institute for Learning in Toronto
(courses and accommodation)

COST

– Early Bird Registration - \$420
– Standard Registration - \$475
(Preschool: additional fees)

For more information, please contact
Lisa at (416) 469-4632 or by e-mail at
hpss@rogers.com, or visit our website:
www.utoronto.ca/chp/hpss

Participez à une expérience d'apprentissage
interactive et stimulante qui encourage le
dialogue, la collaboration et les solutions
innovatrices aux défis actuels de la promotion
de la santé. Les perspectives autochtones et
francophones seront également au rendez-vous.

Des séances seront offertes en français !

DATE :

– Du 20 au 23 juin 2005

COURS PRÉLIMINAIRE

– Dimanche le 19 juin

LIEU :

– Académie de la Banque de Montréal (BMO
Institute for Learning, Toronto)

Pour de plus amples renseignements
veuillez communiquer avec Lisa au
(416) 469-4632 OU par courrier
électronique à hpss@rogers.com OU
visitez notre site Web :
www.utoronto.ca/chp/hpss