

Revue de littérature

Les facteurs influençant l'efficacité des programmes de santé et de mieux-être au travail : un survol

MARIE-ÈVE BEAUCHAMP LEGAULT, M.SC, CRHA

Candidate au doctorat en comportement organisationnel et gestion des ressources humaines, HEC Montréal

DENIS CHÊNEVERT, D. SC, CRHA

Professeur Titulaire et Directeur du Pôle Santé, HEC Montréal

AVEC LA COLLABORATION DE :

Nadia Benomar, M.Sc

Chargée de projet, Pôle Santé HEC Montréal

Ariane-Hélène Fortin, M. Sc

Chargée de projet, Pôle Santé HEC Montréal



Table des matières

Introduction	3
Typologie des programmes de santé et mieux-être.....	4
Les différentes sources d'influence	4
La participation aux programmes de santé et de mieux-être au travail : les influences individuelles.....	5
Les caractéristiques démographiques.....	6
Les caractéristiques motivationnelles.....	6
Les influences organisationnelles.....	8
La taille de l'organisation.....	8
Les caractéristiques du travail.....	9
L'appui de la haute direction et des superviseurs dans la création d'une culture de santé	9
Les influences des caractéristiques des programmes.....	10
Le niveau d'intervention	10
Incitatifs à la participation.....	11
La nature des pratiques du programme	11
Les influences sociétales.....	11
Conclusion	13
Bibliographie	16

Table des encadrés et figures

Encadré 1 : Description des déterminants issus de la théorie des comportements planifiés (Ajzen, 1991)	7
Encadré 2 : Les cinq étapes du modèle Transthéorique (adapté de Prochaska, 2008)	8
Figure 1 - Modèle multiniveau de la relation entre les programmes de santé et de mieux-être au travail et la performance organisationnelle	15

Introduction

Les programmes de santé et de mieux-être au travail (SMET) sont des initiatives ou des pratiques organisationnelles visant à améliorer la santé et le bien-être des employés (Goetzel *et al.*, 2014). Leur présence dans les organisations est relativement récente (Després, 2014). Au Canada, la plupart des programmes de santé et de mieux-être au travail ont fait leur apparition à la fin des années 1970 et au début des années 1980, à la suite de la publication du rapport Lalonde en 1974. Ce rapport, intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, abordait entre autres la prévention et la promotion de la santé (Gouvernement du Canada, 2009). D'autres actes et lois gouvernementales (ex. : *Act to create the Canadian Center for Health and Safety* en 1978, *the National Quality Institute* en 1992, *the Fitness Industry Council* en 2002) ont également influencé l'émergence de ces programmes dans les organisations (Després *et al.*, 2014). La présence de ces programmes dans les organisations est donc née d'une combinaison d'efforts de différentes administrations pour promouvoir la santé des employés dans les organisations.

Les programmes SMET ont augmenté en popularité dans les dernières décennies. Selon un rapport récent de la Society for Human Resource Management (Groupe santé Medisys, 2019), 80% des organisations canadiennes de tailles moyennes ont signalé offrir un certain niveau de service pour le bien-être de leurs employés. À ce sujet, les organisations canadiennes qui n'offrent pas ces programmes se justifient en raison des coûts élevés associés à ces programmes, de leur taille d'organisation considérée comme trop petite, d'un manque de besoin ou d'intérêt de la part des employés ou du manque de temps pour mettre en place cette initiative (Sanofi, 2018).

Malgré la recrudescence des programmes SMET dans les organisations, il reste tout de même difficile d'identifier si ces programmes sont réellement performants, d'où l'utilité d'aller voir dans la littérature ce qui influence leur succès.

La présente revue de littérature offre un survol des différents facteurs pouvant influencer l'efficacité des programmes de santé et mieux-être dans les organisations. Après avoir identifié les différentes typologies de programme SMET, nous mettrons en lumière les facteurs individuels, organisationnels et sociétaux pouvant influencer la performance d'un programme SMET. Pour terminer, un modèle multiniveau de la relation entre les programmes SMET et la performance au travail sera présenté.

Typologie des programmes de santé et mieux-être

La présence de programmes de santé et de mieux-être dans les organisations prend généralement trois formes : les programmes internes, les programmes externes et les programmes hybrides (Saleh *et al.*, 2010).

Les programmes internes utilisent des ressources employées par l'organisation afin de livrer les pratiques du programme (ex : salle de sport à même l'organisation, présence d'un médecin ou d'une infirmière, etc.). Les programmes internes sont surtout utilisés par les grandes organisations qui peuvent plus aisément en amortir les coûts, puisque ce type de programme est coûteux en termes de ressources.

Les programmes externes consistent quant à eux à sous-traiter les pratiques du programme à des fournisseurs externes. Ils sont souvent utilisés par les plus petites organisations, aux ressources limitées.

Les programmes hybrides combinent une programmation interne et certaines pratiques sous-traitées à des fournisseurs externes pour des services supplémentaires. Ils sont souvent mis en œuvre dans les entreprises de tailles moyennes, (Saleh *et al.*, 2010).

Les différentes sources d'influence

Avec l'apparition des programmes de santé et mieux-être au travail (SMET) dans les organisations, plusieurs ont cherché à comprendre les liens entre ces programmes et la performance organisationnelle. La performance organisationnelle se définit comme étant un ensemble d'indicateurs financiers et non financiers permettant d'évaluer l'atteinte des buts et des objectifs d'une organisation (Kaplan et Norton, 1992). Les programmes de santé et mieux-être au travail peuvent être coûteux pour les organisations et la décision de mettre en place ou de conserver de tels programmes revient souvent à des considérations économiques se basant sur le retour sur investissement (Baker *et al.*, 2008).

Lorsque l'on explore la littérature au sujet de l'efficacité des programmes de santé et de mieux-être au travail, les études semblent montrer des résultats contradictoires. En effet, selon certaines études, les programmes de santé et de bien-être au travail sont réputés pour avoir un impact positif sur les organisations, le travail et la santé des employés (Baiker *et al.*, 2010; Goetzel *et al.*, 2014; Ott-Holland *et al.*, 2019; Payne *et al.*, 2018). Par exemple, lorsque bien mis en place, les programmes de santé et de mieux-être encouragent et motivent les employés à adopter de meilleurs comportements de santé, réduisent la prévalence des maladies

chroniques, contrôlent les coûts liés aux problèmes de santé et diminuent le taux d'absentéisme (Payne *et al.*, 2018). De plus, certaines études soulignent l'effet positif de ces programmes sur le recrutement de nouveaux employés, ou encore l'amélioration du climat de travail (Baiker *et al.*, 2010; Goetzel *et al.*, 2014; Ott-Holland *et al.*, 2019). Les programmes SMET sont également réputés pour augmenter indirectement la productivité des employés : en améliorant l'état de santé des employés ou encore leur satisfaction en emploi. (Gubler *et al.*, 2018). Une meilleure productivité chez les employés mènerait par la suite à une meilleure performance organisationnelle.

Toutefois, d'autres études ont montré que certains programmes SMET présentaient des avantages limités au niveau du retour sur investissement, des comportements en matière de santé ou encore sur la productivité des employés (Baxter *et al.*, 2014; Gowrisankaran *et al.*, 2013).

Les résultats contradictoires de ces études laissent présager d'un nombre important de facteurs pouvant moduler le succès des programmes SMET. En d'autres termes, il existe un certain nombre de facteurs ayant un impact sur la relation entre l'existence de ces programmes au sein des organisations et leur influence sur la santé des employés, leur productivité ou encore la performance globale de l'organisation.

Les prochaines sections tentent de cartographier les différentes influences à considérer lorsque l'on tente de comprendre le lien entre la présence d'un programme de santé et de mieux-être au travail et la performance organisationnelle.

La participation aux programmes de santé et de mieux-être au travail : les influences individuelles

Pour qu'un programme de santé et de mieux-être au travail puisse avoir les effets escomptés sur la performance organisationnelle, il faut d'abord que les employés y participent. La participation des employés est en effet un élément clé du succès des programmes de bien-être dans les organisations et a un impact significatif sur l'efficacité de ces derniers (Ott-Holland *et al.*, 2019). Or, il semblerait que le taux de participation aux programmes de santé et de bien-être dans les organisations soit assez faible. En général, les études recensent un taux de participation inférieur à 40%. Par exemple, Robroek *et al.* (2009) recensent, dans une revue systématique couvrant 23 études, un taux de participation médiant des employés de 33%. Au Canada, McLellan *et al.* (2009) dénombre un taux de participation des employés de 23%.

D'autres études ont des résultats plus bas (ex. : entre 11 et 23% pour Lowensteyn (2018)) ou plus élevés (ex. :40% pour Mattke *et al.* (2014)).

Il est possible de déduire qu'un faible taux de participation à ces programmes peut avoir un impact négatif sur les bénéfices attendus. En effet, si les employés n'adoptent pas les comportements et les habitudes de santé des programmes mis en place, l'efficacité de ces programmes sera limitée, tant au niveau de leurs effets sur la santé des employés (ex. : absentéisme, climat de travail) que des bénéfices escomptés pour les organisations (ex. : productivité, performance organisationnelle).

La littérature recense des caractéristiques propres aux individus qui influencent la participation des employés aux programmes de SMET. Ces caractéristiques individuelles sont principalement d'ordre démographique ou motivationnel.

Les caractéristiques démographiques

Au niveau individuel, certaines caractéristiques démographiques comme le genre (Abraham *et al.*, 2011 ; Robroek *et al.*, 2009), l'âge (Abraham *et al.*, 2011 ; Haynes et Helm, 2001 ; Robroek *et al.*, 2009) et le statut marital (Robroek *et al.*, 2009) sont reconnues comme ayant une incidence sur la participation des employés à ces programmes. Tout d'abord, le genre semble influencer la participation aux programmes de santé et de bien-être en milieu de travail, car les femmes participeraient plus que les hommes à ces programmes (Abraham *et al.*, 2011 ; Robroek *et al.*, 2009 ; Yen *et al.*, 2010). Cependant, les femmes participeraient généralement moins aux programmes de santé et de bien-être lorsqu'elles doivent se rendre dans des centres de conditionnement physique. Dans le même esprit, une étude empirique d'Abraham *et al.* (2011) montre que les femmes ont plus tendance que les hommes à s'inscrire à un programme de bien-être, mais ont toutefois tendance à faire moins d'exercice que les hommes. Ensuite, il y aurait une association négative entre l'âge et la participation au programme : plus les travailleurs sont âgés, moins ces derniers souhaitent ou sont motivés à participer aux programmes de santé et de mieux-être au travail (Hayes et Helmns, 2001 ; Middlestadt *et al.*, 2011 ; Robroek *et al.* 2009). Également, concernant le statut marital, les individus mariés auraient tendance à participer davantage aux programmes de santé et de mieux-être au travail (Robroek *et al.*, 2009).

Les caractéristiques motivationnelles

Outre les caractéristiques démographiques, des facteurs d'ordre plus motivationnels pourraient influencer la participation des employés aux programmes de santé et de mieux-être au travail.

En effet, la participation à ces programmes implique souvent chez les employés des changements de comportements ou encore l'adoption de nouveaux comportements. Les attitudes, les normes sociales, le sentiment d'efficacité personnelle, la perception du contrôle comportemental et l'intention sont d'importants déterminants dans l'intention de changer et d'adopter un nouveau comportement. L'Encadré 1 décrit chacun de ces déterminants issus de la théorie des comportements planifiés (Ajzen, 1991).

Encadré 1 : Description des déterminants issus de la théorie des comportements planifiés (Ajzen, 1991)

Les attitudes se définissent comme la mesure dans laquelle une personne a « une évaluation ou une appréciation favorable ou défavorable du comportement en question » (Ajzen, 1991 : 88, traduction libre). Une personne ayant une évaluation favorable face à un comportement de santé en particulier (ex. : faire 30 minutes d'exercice par jour) pourrait se dire que de changer certaines de ses habitudes de vie et d'adopter ces comportements pourrait être bon pour sa santé. Au contraire, une personne ayant une attitude défavorable verrait ce type de changement d'un mauvais œil.

Les normes subjectives font référence à « la pression sociale perçue pour que le comportement soit ou ne soit pas adopté » (Ajzen, 1991 : 88, traduction libre). Cette pression sociale proviendrait principalement de personnes significatives dans l'entourage de l'individu. Par exemple, une personne pourrait se motiver à adopter une meilleure alimentation puisque la majorité des personnes importantes de son entourage (famille, patron, collègues de travail, amis) croient qu'elle devrait mieux s'alimenter.

Le sentiment d'efficacité personnelle perçu est basé sur les croyances et les expériences passées de l'individu et sur les obstacles anticipés au changement de comportement (Ajzen, 1991). Selon son contrôle comportemental perçu, une personne pourrait se dire : « Pour moi, faire 30 minutes d'exercice par jour serait facile » ou « Pour moi, faire 30 minutes d'exercice par jour serait difficile ». Une personne ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé serait plus encline à adopter de nouveaux comportements ou à ajuster ses comportements qu'une personne ayant un contrôle comportemental faible.

L'intention est une facette centrale à la théorie des comportements planifiés (Ajzen, 1991). En d'autres mots, plus l'intention d'adopter un comportement est forte, plus la personne est susceptible de s'engager vers ce comportement (Webb et Sheeran, 2006).

D'autres théories explicatives des comportements en matière de santé, comme le modèle transthéorique de changement (transtheoretical model) (Prochaska et DiClemente, 1986), expliquent ce phénomène. Par exemple, ce dernier permet d'aider à comprendre les intentions des individus concernant les changements de comportement liés à la santé. Ce modèle indique que pour en arriver à adopter de nouveaux comportements, les individus passent par cinq étapes dynamiques : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (Prochaska, 2008) (voir Encadré 2 pour une description de ces étapes). Les individus traversent les étapes de différentes façons : il est possible de stagner, de progresser, mais

aussi de rechuter ou encore de sauter plusieurs étapes (Armitage et Arden, 2002). Plus l'individu progresse dans le processus de changement de comportement, plus l'intention de changer devient présente. Une personne peut donc être plus ou moins encline à adopter certaines pratiques, pouvant influencer ainsi sa participation au programme.

Encadré 2 : Les cinq étapes du modèle Transthéorique (adapté de Prochaska, 2008)

Étape	Description
1. La précontemplation	Les gens ne pensent pas avoir de problème. Ils ne prévoient pas de changer leur comportement, car les avantages d'un changement de comportement ne sont pas perçus. Cette absence de prise de conscience est souvent due à un déni ou à un manque de motivation dû à des échecs répétés.
2. La contemplation	À ce stade, les gens sont ambivalents. Ces derniers sont conscients des conséquences d'un changement de comportement et déclarent qu'ils ont l'intention de changer de comportement dans les 6 mois à venir. Cette étape serait associée à un comportement de procrastination.
3. La préparation	À ce stade, les personnes ont l'intention de modifier leur comportement dans les 30 prochains jours. Les gens demandent souvent des conseils à ce stade pour mettre en œuvre cette intention.
4. L'action	Cette étape correspond au moment où le changement de comportement est effectué (0-6 mois). À ce stade, les gens dépendent surtout de leur volonté, car les effets du changement de comportement ne sont pas encore visibles.
5. La maintenance	La maintenance a lieu lorsque la personne a modifié et adopté le nouveau comportement pendant plus de six mois.

En résumé, les différents facteurs individuels présentés ci-dessus peuvent avoir une incidence sur la participation des employés aux programmes de santé et de mieux-être au travail, une composante que nous considérons comme centrale dans le succès de ces programmes et déterminant quant à leurs effets sur les employés et l'organisation. Il est intéressant de constater que ces facteurs échappent majoritairement au contrôle des organisations. Or, il ne faut pas sous-estimer leur rôle et leur effet lorsque vient le temps d'instaurer un programme de santé et de mieux-être.

Les influences organisationnelles

Outre les facteurs individuels, des facteurs organisationnels peuvent avoir une incidence sur la nature des pratiques offertes, ainsi que leur efficacité. En effet, la taille de l'organisation, les caractéristiques du travail, ainsi que l'appui de la haute direction et des supérieurs à la création d'une culture de santé sont des aspects à considérer.

La taille de l'organisation

Au niveau organisationnel, la taille des organisations semble influencer la forme des programmes de santé et de mieux-être au travail. En effet, le nombre d'employés dans les organisations a une influence. Les petites organisations ont tendance à offrir moins de

programmes de santé et de bien-être que les grandes organisations. En effet, ces dernières ont souvent moins de ressources financières à investir dans ces programmes (Hall *et al.*, 2017).

Les caractéristiques du travail

Concernant les caractéristiques du travail, la participation aux programmes serait plus élevée parmi les emplois de bureau (cols blancs) que les emplois plus ouvriers (cols bleus) (Robroek *et al.*, 2009). Les cols bleus semblent plus difficiles à mobiliser lorsque vient le temps de promouvoir leur santé et leur mieux-être au travail. Conséquemment, ces derniers sont également reconnus comme ayant plus de problématique de santé (ex : obésité, maladies cardiaques, tabagisme, etc.) (Aldana, 2022). Également, cette participation serait plus élevée parmi les employés à temps plein que les employés à temps partiel (Robroek *et al.*, 2009).

L'appui de la haute direction et des superviseurs dans la création d'une culture de santé

Parmi les facteurs organisationnels importants pour le succès des programmes de santé et de mieux-être au travail se trouve le degré de support de la haute direction et des superviseurs (Aldana., 2018; Gaudette., 2005; O'Donnell *et al.*, 1997 ; Kent *et al.*, 2016). D'abord, le support de la haute direction dans la mise en place de programmes de santé et de mieux-être semble être un élément essentiel pour le succès de ces programmes tant pour la participation des employés que pour les retombées positives de ces programmes (DeJoy *et al.*, 2009 ; Payne *et al.*, 2018 ; Witte, 1993). En 2010, le Groupe santé Médisys a publié les résultats d'une enquête pancanadienne concernant la perception des programmes de mieux-être en milieu de travail. Ce rapport indique que pour qu'un programme de santé et de mieux-être soit un succès dans une organisation, la participation de la direction dans la mise en œuvre du programme et dans le déploiement de ce dernier est essentielle à l'obtention des résultats escomptés. L'appui de la haute direction permettrait entre autres d'assurer une meilleure intégration du programme aux objectifs organisationnels et à sa vision stratégique (Gaudette. 2005). D'ailleurs, l'implication de la haute direction dans la mise en place d'un tel programme permettrait à cette dernière une meilleure atteinte de ses objectifs (ex. : performance organisationnelle).

Il ne faut pas non plus négliger l'importance du rôle du supérieur immédiat dans l'adoption des pratiques de santé par les employés (Payne *et al.*, 2018). En effet, l'intérêt des employés pour les programmes de santé et de mieux-être au travail serait lié à l'appui des superviseurs (Payne *et al.*, 2018 ; Passey *et al.*, 2018). En effet, les supérieurs peuvent jouer le rôle d'ambassadeurs de ces programmes et contribuer à la création de la culture de santé (Hoert *et al.*, 2018). D'ailleurs, les employés qui ont l'impression que l'organisation et que leurs supérieurs se

soucient de leur santé et de leur mieux-être seraient plus motivés à participer aux programmes et à adopter des comportements sains (Hoert *et al.*, 2018 ; Passey *et al.*, 2018; Payne *et al.*, 2018).

Les influences des caractéristiques des programmes

En plus des caractéristiques de l'organisation, certaines caractéristiques propres aux programmes de santé et mieux-être au travail, comme le niveau d'intervention, la présence d'incitatifs à la participation et la nature des pratiques, exerceraient une influence sur l'efficacité de ces programmes.

Le niveau d'intervention

D'abord, le niveau d'intervention des pratiques du programme pourrait exercer une influence sur l'efficacité de ces derniers. À cet effet, il est possible de catégoriser les pratiques des programmes selon trois niveaux d'intervention (Groupe entreprise en santé, 2013).

La prévention primaire, premier niveau de prévention, consiste à modifier l'environnement et l'organisation du travail à la source, afin d'aider à contrôler certains facteurs de risques pouvant être nuisibles à la santé et au bien-être des employés (ex : instaurer un environnement de travail sécuritaire, des politiques de prévention de violence psychologique...) (Groupe entreprise en santé, 2013).

La prévention secondaire, quant à elle, tente d'aider les employés à reconnaître et à mieux gérer les exigences imposées par leur travail. Ce type de pratiques veut aider à faciliter l'adaptation des individus à leur milieu de travail (ex : formation sur la gestion du stress, soutien au développement, etc.) (Groupe entreprise en santé, 2013).

Enfin, **la prévention tertiaire** aide les employés à trouver des moyens pour résoudre à long terme les problèmes avec lesquels ils sont aux prises (ex : programme d'aide aux employés, pratiques de réintégration au travail après une absence de longue durée) (Groupe entreprise en santé, 2013).

Dans les organisations, les pratiques de nature secondaire et tertiaire semblent plus présentes (Brun *et al.*, 2007 ; Martel, 2003). Or, il semblerait que la présence de pratiques qui agissent directement à la source du problème (la prévention primaire) seraient plus efficace, dans la mesure où ces interventions sont les seules à réduire ou à éliminer complètement l'apparition de certaines problématiques (comme les problématiques de santé mentale chez les employés) (Brun *et al.*, 2007 ; Martel, 2003).

Incitatifs à la participation

La littérature n'est pas encore claire quant à l'effet des incitatifs sur la participation aux programmes de santé et de mieux-être au travail. Dans certains cas, la présence d'un incitatif financier favoriserait positivement les employés à adopter les comportements et les pratiques de ces programmes (Charness et Gneezy, 2009 ; Crespin *et al.*, 2016 ; Robroeck *et al.*, 2009), alors que dans d'autres, la présence d'incitatifs n'aurait pas d'effet (Barleen *et al.*, 2017 ; Cawley et Price, 2013). Il est important de noter que la plupart des études ayant exploré le lien entre les incitatifs financiers et la participation aux programmes de santé et mieux-être au travail se concentrent davantage sur les pratiques liées à l'exercice physique et la perte de poids. D'autres études seraient nécessaires afin d'explorer le lien entre ces incitatifs et d'autres pratiques ou comportements de santé.

La nature des pratiques du programme

Les programmes de santé et de mieux-être dits « globaux », c'est-à-dire ayant des pratiques regroupant plusieurs sphères à la fois, comme la santé psychologique, la conciliation, la santé physique, etc., seraient plus efficaces que les programmes spécifiques traitants d'une seule composante à la fois, comme les programmes se concentrant uniquement sur les problématiques de santé physique (Pelletier, 2009; Person *et al.*, 2010). Puisque les programmes plus globaux offrent en général des pratiques plus complètes et complémentaires de promotion et de gestion de la santé pour les employés, cette approche serait plus efficace pour la prévention de certaines maladies, ainsi que pour la promotion de saines habitudes de vies chez les employés. Également, selon Gaudette (2005), afin de maximiser l'efficacité des programmes, il importe d'adapter les pratiques du programme aux préférences des employés. Ceci augmenterait le taux de succès de ce dernier, puisque les employés seraient davantage portés à y participer. Kent *et al.* (2016) soulignent qu'il n'existe pas de solution « *one size fits-all* » pour de tels programmes et que leur réussite résiderait entre autres dans l'adaptation des pratiques aux besoins et aux préférences des employés dans le temps.

Les influences sociétales

Enfin, lorsque l'on étudie l'effet des programmes de santé et de mieux-être au travail sur la performance organisationnelle, l'aspect sociétal ne doit pas être négligé. En effet, la gestion et la préoccupation de la santé des employés diffèrent d'un pays à l'autre, une différence qu'il est possible d'expliquer par des nuances quant à des contextes historiques, culturels ou encore politiques (Elliott *et al.*, 2014). Concernant les programmes de santé et de mieux-être au travail, les composantes institutionnelles (lois, normes, valeurs et cadres de références) encadrent et

influenceraient ces programmes. En effet, différentes lois et normes influencent les décisions des organisations d'investir dans les programmes de santé et de mieux être, par exemple lorsque l'on compare les situations dans des entreprises canadiennes, américaines ou encore européennes.

Lorsque l'on compare les États-Unis avec le Canada, ou avec d'autres pays européens comme l'Allemagne, des différences importantes en matière d'accès aux soins de santé pour la population semblent influencer la mise en place de programmes de santé et de mieux-être dans les organisations de ces pays. Par exemple, aux États-Unis, comme le système de santé est un amalgame de services publics et de services privés, la santé des employés est majoritairement prise en charge et institutionnalisée par les employeurs eux-mêmes (Elliott *et al.*, 2014). Les Américains comptent beaucoup sur leurs employeurs pour leur fournir une assurance santé et maladie et les employeurs deviennent des acteurs importants et essentiels sur le marché des assurances maladie. Ces derniers ressentent également une pression financière importante quant à la gestion de la santé de leurs travailleurs et semblent considérer l'investissement et la mise en place de tels programmes comme un outil permettant de réduire le fardeau financier des coûts en soin de santé pour leurs employés (Elliott *et al.*, 2014). En Allemagne ou encore en Australie, contrairement aux États-Unis, les coûts de soins de santé des travailleurs sont assumés principalement par l'état plutôt que l'employeur (Elliott *et al.*, 2014). Dans le même sens, au Canada, comme la situation est différente des États-Unis avec l'accès aux soins de santé universel, les contraintes et les pressions pour les organisations concernant les programmes de santé et de mieux-être au travail ne sont pas les mêmes, pouvant ainsi influencer la mise en place de ces pratiques et initiatives dans les organisations et la participation des employés.

Enfin, l'état de santé globale d'une population peut également influencer les programmes de santé et de mieux-être au travail (Vézina, 2008). La prévalence de certaines maladies chroniques (ex. : maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète, etc.) ou comportements nocifs (ex. : tabagisme, consommation d'alcool inactivité physique, mauvaise alimentation) dans la population peut avoir une incidence sur les programmes, que ce soit au niveau du type d'intervention ou encore au niveau des pratiques proposées. Par exemple, la prévalence des maladies mentales et la reconnaissance de ces problèmes au sein des organisations (stress, anxiété, burnout) font en sorte que de plus en plus de pratiques ciblant ce fléau sont présentes dans les organisations.

Conclusion

Enfin, cette revue de littérature a permis de mettre en lumière différents déterminants individuels, organisationnels et sociétaux pouvant influencer la réussite des programmes de santé et de mieux-être au travail. La Figure 1 (p.15) résume les différentes influences à considérer lorsque l'on veut comprendre le lien entre les programmes de santé et de mieux-être et la performance organisationnelle. Ce modèle multiniveau présente des déterminants de niveau individuel (en bleu), organisationnel (en gris) et sociétal (en orange) qui ont été abordés précédemment.

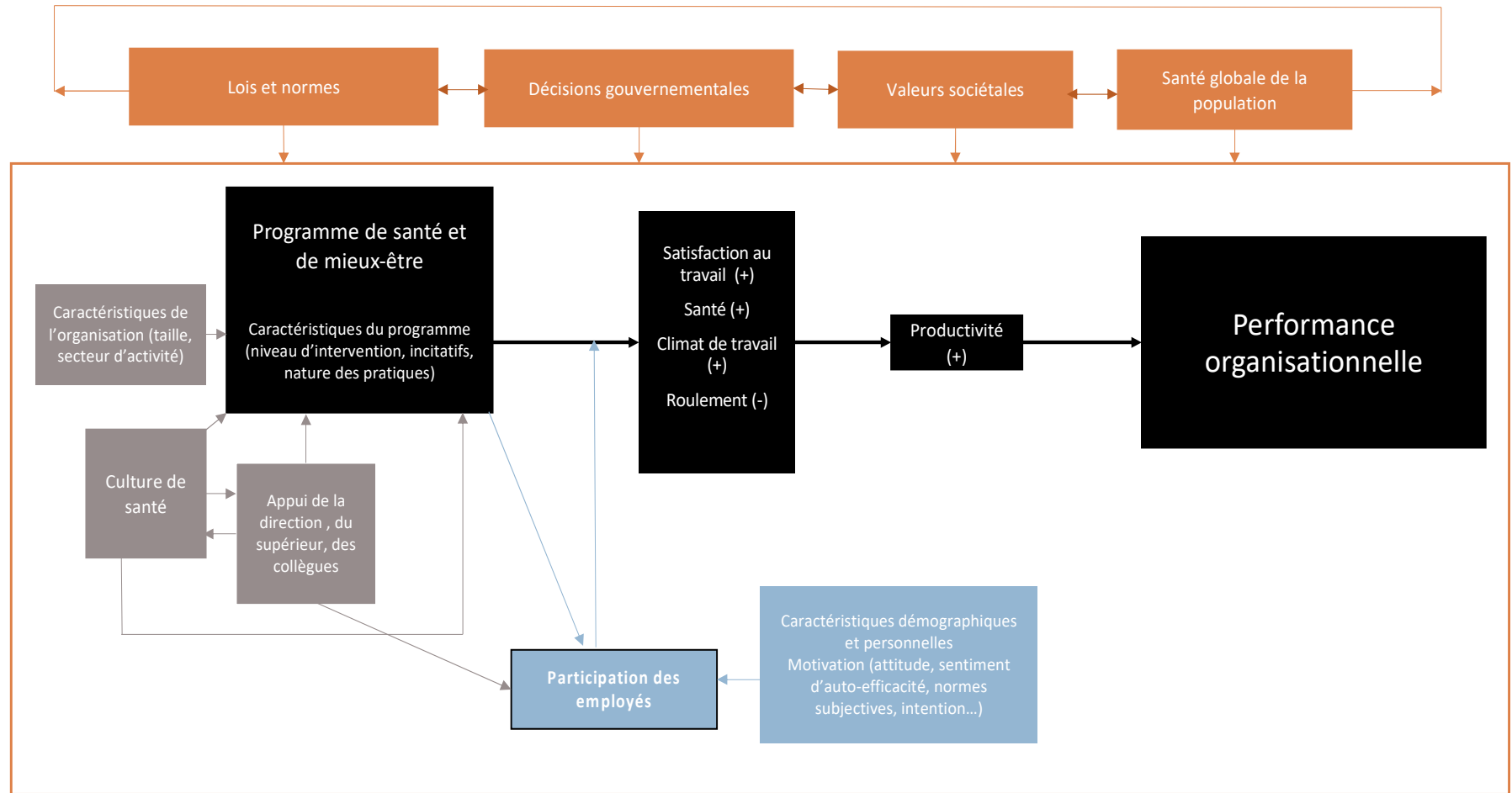
Sommairement, au niveau individuel, certaines des caractéristiques démographiques et personnelles, comme la motivation, viennent influencer la participation des employés aux pratiques et initiatives SMET. Au niveau organisationnel, il ne faut pas négliger l'impact que peuvent avoir les caractéristiques du programme, l'appui de la direction, du supérieur ou des collègues de travail sur cette même participation. D'autres caractéristiques l'influencent indirectement, comme la culture de santé qui émerge de l'appui de la direction ou encore les caractéristiques de l'organisation qui exerceront une influence sur les caractéristiques du programme, qui influenceront à leur tour la participation des employés aux programmes de santé et de mieux-être au travail. Également, tel que discuté précédemment, toutes ces influences baignent dans un contexte sociétal (lois, normes, décisions gouvernementales, santé de la population) qui a certainement une incidence sur l'ensemble de ces déterminants.

Ce modèle démontre également qu'une compréhension multiniveau est nécessaire afin de bien saisir comment les programmes de santé et de mieux-être au travail peuvent avoir un effet positif sur la performance organisationnelle. En effet, l'approche multiniveau de la santé et de mieux-être au travail permettrait d'avoir une meilleure compréhension de l'interaction entre l'individu, l'organisation et l'environnement dans lequel ce dernier opère.

Enfin, il est important de souligner que lorsque l'on tente de comprendre l'effet des programmes de santé au travail, la majorité des études à ce sujet utilisent des échantillons américains. Cette réalité rend l'interprétation et l'application des résultats plus difficiles pour le contexte des organisations canadiennes, comme la gestion de la préoccupation de la santé des employés diffère d'un pays à l'autre. Malheureusement, la littérature canadienne au sujet des programmes de santé et de mieux-être au travail comporte peu d'articles révisés par les pairs. La littérature à ce sujet est plutôt de la littérature grise (Morrisson et MacKinnon, 2008), c'est-à-dire de l'information produite par les gouvernements, les entreprises et l'industrie, par

exemple. Ce constat démontre l'importance dans les prochaines années pour les chercheurs de se pencher sur le dossier et d'étudier l'effet de ces programmes dans un contexte organisationnel canadien.

Figure 1 - Modèle multiniveau de la relation entre les programmes de santé et de mieux-être au travail et la performance organisationnelle



Légende couleurs : déterminants de niveau individuel (en bleu), organisationnel (en gris) et sociétal (en orange).
 Légende symboles : + signifie augmentation et – signifie diminution

Bibliographie

- Abraham, J. M., Feldman, R., Nyman, J. A., & Barleen, N. (2011). What Factors Influence Participation in an Exercise-Focused, Employer-Based Wellness Program? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 48(3), 221-241. https://doi.org/10.5034/inquiryjrn1_48.03.01
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Aldana, S. (2022). 5 wellness program ideas for blue-collar workers 2022. <https://www.wellsteps.com/blog/2020/06/04/5-wellness-program-ideas-for-blue-collar-workers/>
- Aldana, S. (2022). How to design wellness programs that are successful. <https://www.wellsteps.com/blog/2020/01/02/design-wellness-programs-successful/>
- Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2002). Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. *British journal of health psychology*, 7(1), 89-103.
- Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace Wellness Programs Can Generate Savings. *Health Affairs*, 29(2), 304-311. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0626>
- Baker, K. M., Goetzel, R. Z., Pei, X., Weiss, A. J., Bowen, J., Tabrizi, M. J., Nelson, C. F., Metz, R. D., Pelletier, K. R., & Thompson, E. (2008). Using a return-on-investment estimation model to evaluate outcomes from an obesity management worksite health promotion program. *J Occup Environ Med*, 50(9), 981-990. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318184a489>
- Barleen, N. A., Marzec, M. L., Boerger, N. L., Moloney, D. P., Zimmerman, E. M., & Dobro, J. (2017). Outcome-based and Participation-based Wellness Incentives: Impacts on Program Participation and Achievement of Health Improvement Targets. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(3). https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2017/03000/Outcome_based_and_Participation_based_Wellness.10.aspx
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A. J., Blizzard, C. L., & Palmer, A. J. (2014). The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot*, 28(6), 347-363. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130731-LIT-395>
- Brun, J.-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. IRSST. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-514.pdf>
- Cawley, J., & Price, J. A. (2013). A case study of a workplace wellness program that offers financial incentives for weight loss. *J Health Econ*, 32(5), 794-803. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.04.005>
- Charness, G., & Gneezy, U. (2009). Incentives to Exercise. *Econometrica*, 77(3), 909-931. <http://www.jstor.org/stable/40263846>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *La santé mentale en milieu de travail*. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/>
- Crespin, D. J., Abraham, J. M., & Rothman, A. J. (2016). The effect of participation in an incentive-based wellness program on self-reported exercise. *Prev Med*, 82, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.11.001>
- DeJoy, D. M., Bowen, H. M., Baker, K. M., Bynum, B. H., Wilson, M. G., Goetzel, R. Z., & Dishman, R. K. (2009). Management Support and Worksite Health Promotion Program Effectiveness. *Ergonomics and Health Aspects of Work with Computers*, Berlin, Heidelberg.
- Després, J.-P., Alméras, N., & Gauvin, L. (2014). Worksite Health and Wellness Programs: Canadian Achievements & Prospects. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(5), 484-492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.11.002>
- Elliott, H., Bernstein, J., & Bowman, D. M. (2014). Wellness as a worldwide phenomenon? *J Health Polit Policy Law*, 39(5), 1067-1088. <https://doi.org/10.1215/03616878-2813732>

- Gaudette, E. (2005). *Santé et mieux-être en entreprise : les 14 facteurs de succès* <https://www.avantages.ca/actualites/nouvelles/sante-et-mieuxetre-en-entreprise-les-14-facteurs-de-succes/>
- Goetzel, R. Z., Henke, R. M., Tabrizi, M., Pelletier, K. R., Loeppke, R., Ballard, D. W., Grossmeier, J., Anderson, D. R., Yach, D., Kelly, R. K., McCalister, T., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L. G., Fries, J. F., Baase, C., Isaac, F., Crighton, K. A., Wald, P., Exum, E., Shurney, D., & Metz, R. D. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *J Occup Environ Med*, 56(9), 927-934. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000276>
- Gouvernement du Canada. (2009). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)(1973-1974)*. Nouvelle perspective de la santé des canadiens (rapport lalonde)(
- Gowrisankaran, G., Norberg, K., Kymes, S., Chernew, M. E., Stwalley, D., Kemper, L., & Peck, W. (2013). A hospital system's wellness program linked to health plan enrollment cut hospitalizations but not overall costs. *Health Aff (Millwood)*, 32(3), 477-485. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0090>
- Groupe entreprise en santé. (2013). *Entreprise en Santé : Investir dans la santé de vos employés, un choix qui rapporte* <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2277117>
- Groupe santé Medisys. (2010). *Wellness in the Workplace : Aligning Intentions and Outcomes* <https://stresscanada.org/MEDISYSWELLNESSWHITEPAPER.pdf>
- Groupe santé Medisys. (2019). *The real roi of employee wellness programs*. <https://blog.medisys.ca/en-ca/the-roi-of-employee-wellness>
- Gubler, T., Larkin, I., & Pierce, L. (2018). Doing well by making well: The impact of corporate wellness programs on employee productivity. *Management Science*, 64(11), 4967-4987. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2017.2883>
- Hall, J. L., Kelly, K. M., Burmeister, L. F., & Merchant, J. A. (2017). Workforce Characteristics and Attitudes Regarding Participation in Worksite Wellness Programs. *Am J Health Promot*, 31(5), 391-400. <https://doi.org/10.4278/ajhp.140613-QUAN-283>
- Haynes, P. J., & Helms, M. M. (2001). Increasing Participation in Corporate Wellness Programs. *Services Marketing Quarterly*, 23(2), 49-59. https://doi.org/10.1300/J396v23n02_03
- Hoert, J., Herd, A. M., & Hambrick, M. (2016). The Role of Leadership Support for Health Promotion in Employee Wellness Program Participation, Perceived Job Stress, and Health Behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1054-1061. <https://doi.org/10.1177/0890117116677798>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Fiche 2-E : Indicateur « Autonomie décisionnelle »*. <https://www.inspq.qc.ca/recueil-de-fiches-portant-sur-les-indicateurs-de-la-grille-d-identification-de-risques-psychosociaux-du-travail/composantes-cles-de-l-organisation-du-travail/fiche-2-e-indicateur-autonomie-decisionnelle>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*, 70(1), 71-79.
- Kent, K., Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., Prasad, A., & Freundlich, N. (2016). Promoting Healthy Workplaces by Building Cultures of Health and Applying Strategic Communications. *J Occup Environ Med*, 58(2), 114-122. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000629>
- Lowensteyn, I., Berberian, V., Belisle, P., DaCosta, D., Joseph, L., & Grover, S. A. (2018). The Measurable Benefits of a Workplace Wellness Program in Canada: Results After One Year. *J Occup Environ Med*, 60(3), 211-216. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001240>
- Martel, J. (2003). *Faire cesser le problème : la prévention du stress au travail* U. L. Chaire en gestion de la santé et de la sécurit. du travail dans les organisations. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-362-3.pdf>
- Mattke, S., Kapinos, K., Caloyeras, J. P., Taylor, E. A., Batorsky, B., Liu, H., Van Busum, K. R., & Newberry, S. (2014). *Workplace Wellness Programs*

- Services Offered, Participation, and Incentives.* RAND Corporation.
<http://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt15sk889>
- Mattke, S., Liu, H., Caloyeras, J., Huang, C. Y., Van Busum, K. R., Khodyakov, D., & Shier, V. (2013). Workplace Wellness Programs Study: Final Report. *Rand Health Q*, 3(2), 7.
- McLellan, R. K., Mackenzie, T. A., Tilton, P. A., Dietrich, A. J., Comi, R. J., & Feng, Y. Y. (2009). Impact of workplace sociocultural attributes on participation in health assessments. *J Occup Environ Med*, 51(7), 797-803. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a4b9e8>
- Mello, M. M., & Rosenthal, M. B. (2008). Wellness programs and lifestyle discrimination--the legal limits. *N Engl J Med*, 359(2), 192-199. <https://doi.org/10.1056/NEJMhle0801929>
- Middlestadt, S. E., Sheats, J. L., Geshnizjani, A., Sullivan, M. R., & Arvin, C. S. (2011). Factors associated with participation in work-site wellness programs: implications for increasing willingness among rural service employees. *Health Educ Behav*, 38(5), 502-509. <https://doi.org/10.1177/1090198110384469>
- Morrison, E., & MacKinnon, N. J. (2008). Workplace Wellness Programs in Canada: An Exploration of Key Issues. *Healthcare Management Forum*, 21(1), 26-32. [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60126-3](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60126-3)
- O'Donnell, M. P. (1997). *The Face of Wellness: A Conceptual Framework to Guide the Development of Effective Health Promotion Programs; The Awareness, Motivation, Skills and Opportunity (AMSO) Framework and The Face of Wellnes.*
- Ott-Holland, C. J., Shepherd, W. J., & Ryan, A. M. (2019). Examining wellness programs over time: Predicting participation and workplace outcomes. *J Occup Health Psychol*, 24(1), 163-179. <https://doi.org/10.1037/ocp0000096>
- Passey, D. G., Brown, M. C., Hammerback, K., Harris, J. R., & Hannon, P. A. (2018). Managers' Support for Employee Wellness Programs: An Integrative Review. *Am J Health Promot*, 32(8), 1789-1799. <https://doi.org/10.1177/0890117118764856>
- Payne, J., Cluff, L., Lang, J., Matson-Koffman, D., & Morgan-Lopez, A. (2018). Elements of a Workplace Culture of Health, Perceived Organizational Support for Health, and Lifestyle Risk. *Am J Health Promot*, 32(7), 1555-1567. <https://doi.org/10.1177/0890117118758235>
- Pelletier, K. R. (2011). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VIII 2008 to 2010. *J Occup Environ Med*, 53(11), 1310-1331. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182337748>
- Person, A. L., Colby, S. E., Bulova, J. A., & Eubanks, J. W. (2010). Barriers to participation in a worksite wellness program. *Nutrition research and practice*, 4(2), 149-154. <https://doi.org/10.4162/nrp.2010.4.2.149>
- Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 28(6), 845-849. <https://doi.org/10.1177/0272989x08327068>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). Springer.
- Robroek, S. J., van Lenthe, F. J., van Empelen, P., & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 6, 26. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-26>
- Saleh, S. S., Alameddine, M. S., Hill, D., Darney-Beuhler, J., & Morgan, A. (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of a rural employer-based wellness program. *J Rural Health*, 26(3), 259-265. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00287.x>
- Saleh, S. S., Alameddine, M. S., Hill, D., Derney-Beyhler, J., & Morgan, A. (2010). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Rural Employer-Based Wellness Program. *The journal of rural health*, 26(3), 259-265. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2010.00287.x>
- Sanofi. (2018). *The Sanofi Canada Healthcare Survey : Canada's premier survey on health benefit plans* (Connecting the dots, Issue. <https://www.sanofi.ca/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/North->

America/Sanofi-CA/Home/en/About-us/The-Sanofi-Canada-Healthcare-Survey/The-Sanofi-Canada-Healthcare-Survey-2018---Full-Report.pdf

- Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Sante Publique*, 20, 121-128.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull*, 132(2), 249-268. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.249>
- Witte, K. (1993). Managerial style and health promotion programs. *Soc Sci Med*, 36(3), 227-235. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90006-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90006-p)
- Yen, L., Schultz, A. B., Schaefer, C., Bloomberg, S., & Edington, D. W. (2010). Long-term return on investment of an employee health enhancement program at a Midwest utility company from 1999 to 2007. *International Journal of Workplace Health Management*, 3(2), 79-96. <https://doi.org/10.1108/17538351011054998>