

2011RP-15

**Initiatives de Promotion de la santé au travail :
Un examen des enjeux et du contexte au Québec et au Canada**

Joanne Castonguay, Benoit Dostie, Christian Moroy

Rapport de projet
Project report

Montréal

Décembre 2011

La collecte d'informations et de données a été complétée en décembre 2010

© 2011 Joanne Castonguay, Benoit Dostie, Christian Moroy. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.

Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
CSST
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Initiatives de Promotion de la santé au travail : Un examen des enjeux et du contexte au Québec et au Canada

Joanne Castonguay¹, Benoit Dostie², Christian Moroy³

Sommaire

Les études sur les avantages financiers des initiatives de Promotion de la santé au travail (PST) se multiplient. L'intérêt pour ces études provient à la fois des entreprises et des gouvernements. D'une part, les entreprises perçoivent ces programmes comme un moyen potentiel d'augmenter leur productivité face à la concurrence mondiale qui s'intensifie. D'autre part, les gouvernements, cherchant des moyens de diminuer ou de freiner l'augmentation des coûts de la santé, voient ces initiatives comme un levier supplémentaire pour atteindre leurs objectifs budgétaires.

Le constat qui ressort de ces études et qu'un dollar investi en PST génère en moyenne trois dollars comme bénéfice. Ces bénéfices prennent principalement la forme d'une diminution de l'absentéisme et de coûts d'assurance santé moindres. Les effets indirects sur la productivité sont moins étudiés. Malgré ces constatations, peu d'entreprises investissent dans la PST et de nombreux employés n'ont pas adhéré aux programmes existants. Au Canada, on constate une diminution récente du nombre d'entreprises participant aux initiatives de PST. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce manque d'implication.

Une première explication repose sur le fait que les études existantes ne tiennent pas souvent compte de tous les facteurs expliquant la présence d'initiatives de PST en entreprise. En conséquence, bien que les entreprises qui implémentent des initiatives de PST en retirent des bénéfices, il n'est pas dit que celles où ces programmes sont absents retireraient les mêmes bénéfices advenant l'implantation de telles initiatives. Une deuxième explication avance que la faible incidence de ces programmes est causée par un manque général d'intérêt et de connaissances du public à ce propos, de ressources insuffisantes au sein des organisations et de faibles pressions politiques.

Misant sur la seconde explication, plusieurs gouvernements tels les États-Unis et l'Allemagne ont adopté des mesures législatives qui encouragent la participation à la PST et récompensent les efforts à cet

¹ Vice-présidente adjointe, CIRANO, joanne.castonguay@cirano.qc.ca.

² Fellow, CIRANO et professeur, HEC Montréal.

³ Étudiant, CIRANO.

égard. Deux exemples de telles mesures sont la version modifiée du *Healthy Workforce Act* (loi concernant la santé de la main-d'œuvre), adoptée par le Sénat américain en 2010, et les modifications du *German Tax Act* (loi sur l'impôt de l'Allemagne) adoptées en 2009. Ces deux lois offrent des allègements fiscaux aux employeurs qui mettent en place certains programmes de PST. Néanmoins, nous concluons que des études supplémentaires seraient nécessaires pour bien évaluer les bénéfices nets de tels programmes.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Coûts des maladies chroniques.....	1
1.2. Milieu du travail et prévention des maladies chroniques.....	3
1.3. Promotion de la santé au travail et productivité du Québec	4
2. Le point de vue du secteur privé.....	6
2.1. Avantages de la PST pour les employeurs	6
2.2. Éléments d'un programme efficace de PST	7
2.3. Aperçu de la situation actuelle concernant la PST au Canada et au Québec	8
2.4. Obstacles à la mise en place de programmes de PST	10
3. Le point de vue du secteur public	12
3.1. Avantages pour l'État.....	12
3.2. Exemples de législation permettant de surmonter les obstacles dans d'autres pays.....	13
3.2.1. <i>Loi fiscale allemande</i>	13
3.2.2. <i>L'American Healthy Workforce Act (loi américaine concernant la santé de la main-d'œuvre)</i>	13
4. Méthodes d'évaluations des bénéfices de la PST.....	16
4.1. Mesure des bénéfices	16
4.2. Bénéfices versus coûts	17
4.2.1. <i>Limites des ACE</i>	18
4.2.2. <i>Les analyses économiques en promotion de la santé au travail</i>	19
4.2.3. <i>L'intégration des critères éthiques dans les décisions</i>	19
5. Conclusion	20
Annexe A : Études de cas : exemples de programmes de mieux-être et de résultats obtenus	22
Annexe B : Bénéfices additionnels liés à la promotion de la santé au travail	27
Annexe C : Caractéristiques d'un programme efficace de PST	28
Annexe D : Composantes de la PST au Canada	29
Annexe E : Mesures législatives adoptées dans d'autres pays.....	30
Bibliographie	35

1. Introduction

Trois raisons sont généralement proposées pour expliquer l'augmentation continue des coûts des soins de santé : le vieillissement de la population, le nombre croissant des maladies chroniques et les technologies médicales plus coûteuses.

Premièrement, la population vieillit et les coûts de santé augmentent avec l'âge. Deuxièmement, les types de maladies qui frappent les sociétés occidentales sont maintenant plus souvent chroniques. Cette situation est attribuable à l'âge plus avancé de la population, à de meilleures habitudes de vie ainsi qu'aux récentes avancées des connaissances médicales dans le traitement de maladies. Troisièmement, les maladies sont traitées en recourant à des thérapies plus onéreuses et sont diagnostiquées grâce à des technologies qui coûtent plus cher. Qui plus est, on observe que, avec l'accroissement de la richesse, on a tendance à dépenser une plus grande part de notre richesse en santé.⁴

Ces tendances, qui mènent à des dépenses plus élevées en soins de santé, ont pu être observées dans la plupart des pays du monde occidental depuis la dernière décennie. Le Canada à lui seul a dépensé 172 milliards de dollars en soins de santé en 2008, ce qui représente environ 40 % des dépenses de l'État.^{5,6} Le Québec, en tant que province, a dépensé un montant de 28 milliards de dollars (en hausse par rapport à 8,7 milliards de dollars en 1980)⁷, ce qui équivaut à presque 45 % de son budget total.⁸

1.1. Coûts des maladies chroniques

Les maladies chroniques les plus courantes et les plus coûteuses, telles les maladies cardiovasculaires et métaboliques, maladies respiratoires chroniques, certains cancers et blessures résultant de traumatismes, peuvent être grandement évitées. Leurs causes, de nature comportementale et facilement décelées, sont bien connues.

Trois comportements négatifs sur le plan du mode de vie, soit l'inactivité, le tabagisme et la mauvaise alimentation, sont à eux seuls à l'origine de 75 % des maladies chroniques^{9,10}. On estime que, aux États-Unis, près de 40 % des décès prématurés sont attribuables à ces facteurs liés au mode de vie. Parmi ces facteurs, l'inactivité et la mauvaise alimentation prennent de plus en plus d'importance. Le tabagisme accuse un léger déclin : de nos jours, environ 20 % des Canadiens fument¹¹ (une baisse par rapport à

⁴ Bast, Rue et Wesbury Jr. 1993.

⁵ Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2005-hcs-sss/expen-depen-fra.php>.

⁶ Agence de nouvelles Reuters : <http://www.reuters.com/article/idUSTRE64U3XO20100531>.

⁷ iCIRANO : <http://www.cirano.gc.ca/icirano/?!=fr>.

⁸ Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Gouvernement du Québec, 2010.

⁹ Goetzel, Anderson, Whitmer et Ozminowski, 1998.

¹⁰ Fiche d'information sur la lutte aux maladies chroniques.

¹¹ Les Québécois fument un peu plus que la moyenne des Canadiens : 21,7 % (source : iCIRANO).

21,8 % en 2004), mais environ 17,9 % des Canadiens de 18 ans et plus étaient actuellement obèses en 2009 (une hausse par rapport à 15 % en 2003)¹². Aux États-Unis, les chiffres sont similaires en matière de tabagisme, mais ils sont légèrement plus élevés en ce qui a trait à l'obésité qui touche environ 33 % de la population.

Les Québécois ont tendance à fumer un peu plus, mais ils sont légèrement moins obèses que la moyenne des Canadiens¹³. En raison des écarts entre les taux réels d'obésité et les taux révélés dans les études menées par Statistique Canada, et aussi à cause des diverses définitions de ce qui constitue un cas d'obésité, les chiffres recueillis varient légèrement. Certaines études établissent à près de 26,5 % le taux de Québécois adultes ayant un indice de masse corporelle de plus de 27, la valeur à dépasser pour être classé dans la catégorie « obèse » dans de nombreux pays occidentaux¹⁴.

Les coûts liés aux maladies chroniques sont partagés entre le secteur public, pour ce qui est de la plus grande part des coûts liés aux soins de santé, et le secteur privé, pour ce qui est de la perte de productivité et du reste des coûts de santé.

Par exemple, l'obésité coûte très cher : en 2005, les problèmes chroniques liés à l'obésité ont coûté aux Canadiens 4,3 milliards de dollars en coûts directs (1,8 milliard de dollars) et en coûts indirects (2,5 milliards de dollars)¹⁵. Ces chiffres sont conservateurs comparativement à ceux qui ont été avancés dans le cadre d'une étude menée au Québec en 2000. Cette étude estime que la province de Québec dépense près de 0,5 milliard de dollars en coûts directs et 1,0 milliard de dollars en coûts indirects liés à l'obésité, ce qui équivaut à environ 1 % du PIB du Québec de l'année.

L'importance des coûts indirects liés à l'obésité s'explique par la perte de productivité. Les risques de s'absenter du travail sont presque quatre fois plus élevés chez les jeunes travailleurs obèses¹⁶ (âgés de 18 à 34 ans) que chez les travailleurs ayant un poids normal (en contrôlant pour les différences socio-économiques et de santé autre que l'obésité). Par surcroît, l'obésité est directement liée à de nombreux autres facteurs de risque à l'origine de maladies chroniques. En 2009, 16,9 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus faisaient de l'hypertension et 6 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus souffraient de diabète, des maladies directement liées à l'obésité¹⁷.

¹² Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11255-fra.htm>.

¹³ Si l'on considère que l'inactivité est source d'obésité, les Québécois sont plus inactifs que la moyenne des Canadiens : 27,5 % des hommes et 19,4 % des femmes sont actifs physiquement au Québec, comparativement à 29,4 % et à 23,6 % respectivement pour l'ensemble du Canada¹³.

¹⁴ Colman, 2000.

¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé, Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

¹⁶ Cette étude mettait l'accent sur les travailleurs masculins seulement.

¹⁷ Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11262-fra.htm>.

Aussi, selon une étude du Conference Board¹⁸ du Canada basée sur les données de l'enquête de Statistique Canada sur « La santé des communautés canadiennes », le coût lié aux maladies cardiovasculaires en 2005 était évalué à 20,9 milliards de dollars (de 2008). La part la plus importante de ces coûts (43 %) était liée à la mortalité, suivie par celles liées à l'hospitalisation (14 %), aux médicaments (12 %) et à l'invalidité à long terme (12 %). Selon l'Organisation Mondiale de la santé, il y a une littérature abondante qui lie les maladies cardiovasculaires à des facteurs de risques évitables, c'est-à-dire les habitudes de vie telles que l'alimentation, la sédentarité et la cigarette.

1.2. Milieu du travail et prévention des maladies chroniques

Une meilleure nutrition et plus d'exercice, en plus des programmes de dépistage et d'évaluation des risques liés à la santé, peuvent contribuer à prévenir les maladies chroniques précitées (diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, certains cancers). Parmi les différents milieux propices à l'application de moyens de prévention, le lieu de travail apparaît comme étant favorable pour plusieurs raisons^{19,20} :

Premièrement, le milieu de travail représente un canal de communication privilégié pour entrer en contact avec les travailleurs. Le Canadien moyen passe 37 heures par semaine au travail²¹, soit à peu près 37 % des heures d'éveil, en supposant qu'il travaille cinq jours par semaine et qu'il dort huit heures par jour. Ce pourcentage est suffisant pour influencer sérieusement le mode de vie d'une personne. De plus, la littérature indique que les programmes réguliers de santé publique ont tendance à ne pas rejoindre la population active.

Deuxièmement, les travailleurs d'une même entreprise partagent une culture et un but communs, ce qui favorise les changements dans les modes de vie. L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que l'environnement de travail constitue un endroit idéal pour faire la promotion de la santé puisqu'il influence la santé physique, mentale, sociale et économique des individus²². L'environnement de travail est un déterminant important en matière de santé et les pressions qui s'exercent au sein de ces milieux entraînent une plus grande participation aux programmes de PST^{23,24}.

Troisièmement, le milieu de travail est réglementé par des lois et des politiques et il est facile d'intégrer dans ces dernières des mesures incitatives dans le but d'obtenir la participation des employés à la PST. En plus, il arrive que les syndicats soutiennent la PST dans le but d'accroître leur crédibilité. La santé et

¹⁸ Conference Board (janvier 2010).

¹⁹ Goetzel, et Ozminkowski, 2008.

²⁰ Goetzel, Chung Roemer, Liss-Levinson et Samoly, 2008.

²¹ Statistique Canada : matrice CANSIM.

²² http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/print.html

²³ Christakis et Fowler, 2007.

²⁴ Hartman et Cozetto, 1984.

le bien-être des travailleurs comptent parmi les objectifs des syndicats et la PST a sa place dans leurs programmes. En plus, des voies de communication efficaces avec les travailleurs existent déjà dans les milieux de travail. Enfin, ces programmes favorisent l'alignement des objectifs personnels des individus, qui consistent à maximiser leur santé, avec ceux de l'organisation, qui visent à maximiser leurs bénéfices.

Finalement, un dernier facteur, et non le moindre, qui milite pour l'adoption d'initiatives de PST en milieu de travail est le coût direct pour les entreprises lié aux incapacités et maladies. En effet, selon une enquête effectuée par Watson Wyatt en 2001 auprès de 281 employeurs canadiens représentant plus de 700 000 travailleurs, les coûts liés aux incapacités et aux maladies peuvent atteindre 17 % de la masse salariale²⁵, soit 7,1 % de la masse salariale pour l'absentéisme et incapacités, 6,2 % pour le remplacement des travailleurs et 4 % attribuables à la perte de productivité.

Une enquête de Statistique Canada révélait que les coûts liés à l'absentéisme pour raison de maladie et d'incapacité en 2000 s'élevaient à 8,5 milliards de dollars. Ce montant correspond à la valeur de 85,2 millions de journées de travail perdues pour des raisons personnelles (excluant les vacances et les congés de maternité)^{26,27}. En estimant qu'environ 17 millions de Canadiens occupent un emploi²⁸, nous pouvons présumer que le Canadien moyen s'absente près d'une semaine par année pour des raisons personnelles.

Le présentéisme constitue un autre aspect important plus difficile à contrôler. Le mot fait référence aux employés malades qui sont physiquement présents au travail, mais qui sont improductifs en raison de problèmes de santé. Même si ce problème est difficile à quantifier, il a une incidence certaine sur la productivité.

En conséquence, on devrait s'attendre à ce que les entreprises démontrent un intérêt certain pour toute initiative permettant de réduire ces coûts.

1.3. Promotion de la santé au travail et productivité du Québec

Au Québec, la productivité a été particulièrement faible au cours des récentes années, comparativement aux autres provinces canadiennes; on n'en comprend pas bien les raisons²⁹. Les politiques actuelles cherchent surtout à stimuler la productivité et à réduire les coûts des soins de santé, tout en améliorant la qualité de vie des Québécois.

²⁵ Watson Wyatt Worldwide "Staying@work survey 2000/2001", referenced in Blaney and al. 2002. The original document is no longer available at Watson Wyatt

²⁶ Statistique Canada, 2001.

²⁷ Blaney, Bonnett, Caron, Kee et May, 2002.

²⁸ Statistique Canada, le 6 août – Dernier communiqué de l'Enquête sur la population active, <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst/econ10-fra.htm>.

²⁹ Centre sur la productivité et la prospérité, septembre 2009.

Si les retombées positives des initiatives de PST sont confirmées, elles pourraient faire partie de la solution au problème de productivité du Québec. D'ailleurs, le Canada a été à l'avant-garde du plaidoyer en faveur des programmes de promotion de la santé dans les années 1970 et 1980³⁰. Déjà en 1974, Marc Lalonde, alors ministre de la Santé et du Bien-être social, publiait un rapport visant à réformer le système de soins de santé afin de diminuer l'emphase sur le traitement médical classique des maladies et de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, dont le choix du mode de vie et la prévention des maladies. La Conférence internationale sur la promotion de la santé qui a eu lieu à Ottawa en 1986 constitue un autre fait marquant de l'histoire de la promotion de la santé au Canada. Elle a donné lieu à l'adoption de la *Charte d'Ottawa*, un document visant à défendre la promotion de la santé et la prévention des maladies à l'échelle internationale.

Malgré le fait que le Canada ait été l'un des pays qui a participé activement au débat, l'intérêt a diminué au cours des récentes années. Nous examinons donc successivement les raisons possibles de cette diminution d'intérêt dans les deux prochaines sections, premièrement pour les entreprises du secteur privé, et ensuite le secteur public.

³⁰ Raphael, 2008.

2. Le point de vue du secteur privé

2.1. Avantages de la PST pour les employeurs

De nombreuses études trouvent des bénéfices importants aux initiatives de PST (voir l'Annexe A pour une liste de diverses études de cas). Les résultats d'essais cliniques randomisés contrôlés portent à croire que les programmes exhaustifs de PST peuvent améliorer, de façon importante, la santé des employés^{31,32,33,34}. Au niveau des rendements sur l'investissement, les estimés varient de 1,4 à 13 dollars d'économies pour chaque dollar investi, et ce, au cours des quelques années suivant l'adoption du programme^{35,36,37,38,39,40,41}. La différence importante entre les rendements observés de la PST d'une étude à une autre est attribuable aux différences dans les caractéristiques des entreprises étudiées, aux programmes implantés, à la méthodologie utilisée pour mener les études et aux périodes analysées⁴². Le constat qui ressort de ces études est qu'un dollar investi en PST génère en moyenne trois dollars comme bénéfice⁴³.

Ces bénéfices prennent principalement la forme d'une diminution de l'absentéisme et des coûts d'assurance santé moindres. Une méta-analyse de 56 études publiées entre 1982 et 2005⁴⁴ montre que la PST a entraîné en moyenne des baisses de 26,8 % de l'absentéisme attribuable à la maladie, de 26,1 % des coûts de santé, de 32 % des coûts d'indemnités versées aux travailleurs et des coûts de gestion des réclamations d'incapacité et que, dans l'ensemble, la PST a produit un rendement moyen annuel sur les capitaux investis de 5,81 après 3,66 ans⁴⁵. Plusieurs autres effets positifs plus difficiles à quantifier, dont l'amélioration de l'image publique et du moral des employés, ont aussi été observés. (Annexe B).

La plupart des études de ce genre ont été menées aux États-Unis. Les résultats seraient différents au Canada à cause du régime public d'assurance maladie. Les bénéfices de la PST pour les entreprises aux

³¹Engbers, 2005.

³²Aldana, 2001.

³³Pelletier, 1999.

³⁴Moher, 2005.

³⁵Goetzel, Juday, Ozminkowski, 1999.

³⁶Aldana, 2001.

³⁷Chapman, 2005.

³⁸U.S. Department of Health and Human Services, 2003. <http://aspe.hhs.gov/health/prevention/>, 8 septembre 2008.

³⁹Baicker, 2010.

⁴⁰Munro, Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits.

⁴¹Community Health Service Department, comté de Lambton.

⁴²Un examen critique de ces méthodologies est effectué plus loin.

⁴³Chapman, 2005.

⁴⁴Chapman, 2005.

⁴⁵ Les effets positifs suivants contribuent à réduire les coûts de santé : Baisse du taux d'absentéisme; réduction des distractions; baisse du taux de présentéisme; amélioration des compétences; amélioration du climat de réceptivité aux changements; baisse des demandes d'indemnisation, amélioration du rendement; amélioration du moral; baisse des prestations sociales; amélioration du maintien de l'effectif; baisse des coûts de formation et de recrutement; augmentation de l'engagement des employés; amélioration de la réputation; amélioration de la loyauté des clients; baisse des accidents et des blessures.

États-Unis sont attribuables en partie au fait qu'elles défraient les coûts d'assurance santé de leurs employés qui sont plus faibles lorsque la santé des travailleurs est meilleure. Au Canada, c'est l'État qui assume ces coûts et donc qui réaliserait une part importante des bénéfices de la PST.

2.2. Éléments d'un programme efficace de PST

Plusieurs possibilités d'investissement dans la santé s'offrent aux entreprises⁴⁶. Les évaluations des risques liés à la santé (ÉRS), soit les examens et suivis médicaux, les programmes d'immunisation et la gestion des médicaments, constituent l'activité la plus courante en ce qui a trait à la promotion de la santé. Néanmoins, on distingue généralement trois types d'initiatives. La première consiste en des mesures de sécurité classiques, la deuxième comporte des soins de santé aux employés malades et la troisième repose sur un programme de mieux-être préventif à l'intention des employés en santé.

La première possibilité, soit l'approche classique, s'applique principalement à un travail physique exigeant effectué dans des milieux de travail dangereux. De nombreux règlements et mécanismes de contrôle ont été mis sur pied au cours du siècle dernier en vue d'imposer des milieux de travail sécuritaires. Le port du casque et de vêtements de protection constitue des exemples des mesures prises en ce sens.

Le deuxième type d'investissement consiste à offrir des soins de santé dans les locaux d'une entreprise, aux frais de cette dernière, pour traiter ou prévenir les maladies liées au travail et diminuer l'absentéisme.

Enfin, dans le but de promouvoir la productivité et le maintien de l'effectif, les entreprises peuvent aussi investir dans la prévention des maladies et offrir des moyens pour améliorer et maximiser la santé avant l'apparition des symptômes. Cinq éléments-clés peuvent être extraits d'une liste plus exhaustive (Annexe C). Selon *Healthy People 2010*⁴⁷, ces éléments peuvent être considérés comme constituant un programme exhaustif et moderne de PST. Aux États-Unis, seulement 6 % des entreprises disposent de ces cinq éléments⁴⁸ :

1. Éducation sur la santé (dissémination d'information, meilleures habitudes de vie, sensibilisation).
2. Intégration avec les services : liens avec les services connexes offerts aux employés.
3. Milieu : milieux physiques et sociaux rassurants.
4. Approche globale : intégration de la promotion de la santé dans la culture de l'entreprise.
5. Suivi : dépistage des employés, comprenant un suivi et une évaluation appropriés du programme.

⁴⁶ Foothills Health Consultants.

⁴⁷ *Healthy People 2010*, <http://healthypeople.gov>.

⁴⁸ Linnan, 2008.

L'adaptation aux besoins est importante⁴⁹ : le programme de PST devrait être adapté aux besoins des employés et devrait aussi mettre l'accent sur les individus présentant un risque élevé.

2.3. Aperçu de la situation actuelle concernant la PST au Canada et au Québec

Un examen de la situation concernant la mise en place de programmes de PST à l'échelle du Canada permet de constater que seulement 6 % des entreprises canadiennes possèdent un programme qui répond aux cinq éléments-clés exposés dans la section précédente⁵⁰.

Lorsqu'une définition plus générale de la PST est adoptée, soit celle proposée par Sanofi Aventis : « [trad.] fait la promotion de la santé globale et aborde diverses questions telles que la santé, l'exercice, la gestion du stress et du poids, ainsi que l'abandon du tabac », il se trouve que les programmes de mieux-être sont plus populaires : au Canada Atlantique, où 37 % des employeurs les offraient en 2009; en Ontario, 34 % des employeurs offraient ces programmes; 33 % en Colombie-Britannique et seulement 28 % au Québec⁵¹.

Il semble, cependant, que les Québécois sont aussi moins susceptibles de participer à des programmes de mieux-être. Seulement « [trad.] 28 % participent à des déjeuners-conférences, comparativement à 39 % à l'échelle nationale; 26 % assistent à des colloques ou à des cours, contre 38 % pour l'ensemble du Canada, seulement 16 % profitent des installations ou du personnel en soins de santé, comparativement à 41 % à l'échelle nationale; et 27 % répondent aux initiatives liées à l'activité physique, contre 39 % au Canada »⁵².

Les raisons de cette situation ne sont pas claires. Des différences culturelles semblent exister. Il est possible que les croyances au sujet de l'autorité et des relations employé/employeur ne soient pas les mêmes. Les Québécois croient que la santé ne constitue pas une grande priorité pour leurs employeurs : « [trad.] Le pourcentage des répondants qui s'accordent à dire que leur employeur a vraiment à cœur leur santé et leur bien-être est de 59 % au Canada, mais seulement de 47 % au Québec⁵³ ».

On constate un autre phénomène intéressant : lorsqu'on utilise la définition plus vague de Sanofi-Aventis au sujet de la PST, il semble que ces programmes soient en déclin depuis 2004 au Canada⁵⁴.

⁴⁹ Note sur le dernier point :

« [trad.] Les résultats d'essais aléatoires contrôlés et d'études quasi expérimentales laissent entendre que le fait de prévoir une réduction du risque individualisé dans le cas des employés à haut risque, dans le contexte d'un programme exhaustif [programmes de promotion de la santé et de gestion de la maladie menés sur les lieux de travail], constitue l'élément crucial des interventions en milieu de travail. »

⁵⁰ Linnan, 2008.

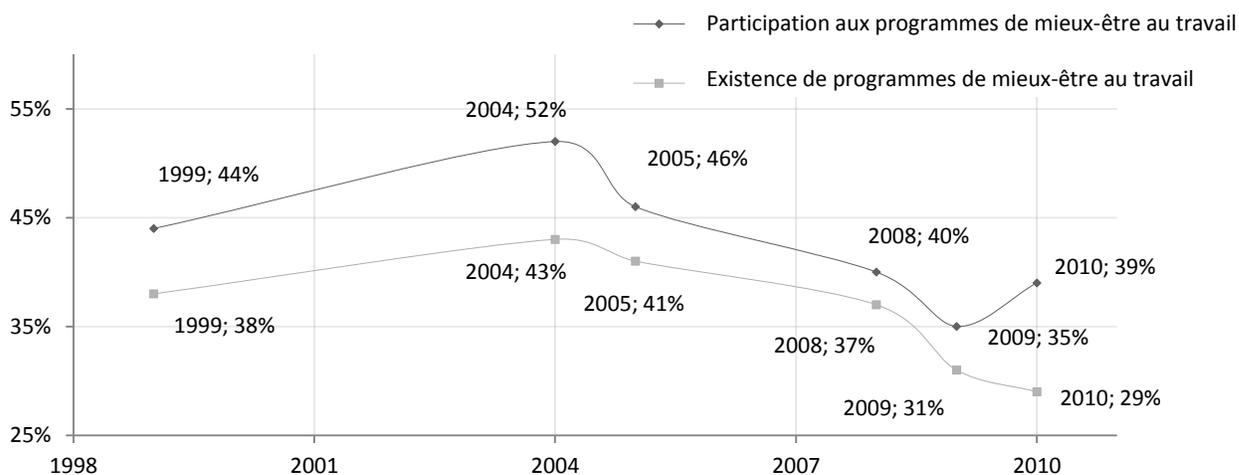
⁵¹ Sondage sur les soins de santé 2008, Sanofi-Aventis.

⁵² Sondage sur les soins de santé 2010, Sanofi-Aventis.

⁵³ Sondage sur les soins de santé 2009, Sanofi-Aventis.

⁵⁴ Sondages sur les soins de santé, Sanofi-Aventis.

Existence et utilisation de programmes de mieux-être au travail au Canada



Le graphique qui précède illustre les résultats d'une étude présentant les réponses des Canadiens qui participent à des régimes d'avantages sociaux parrainés par les employeurs. La « participation aux programmes de mieux-être » fait référence au pourcentage des répondants qui participent à des programmes de mieux-être, tels que décrits par la définition de Sanofi-Aventis mentionnée dans le texte. L'« existence de programmes de mieux-être » fait référence au pourcentage d'employeurs qui offrent un tel programme de mieux-être.

Les raisons de ce déclin ne sont pas tout à fait claires. Il est possible que la conjoncture économique soit en partie responsable (surtout lorsqu'on examine les courbes après 2008). Le manque de temps est la principale raison citée par Sanofi-Aventis pour expliquer ce déclin. Les employeurs et les employés ne sont pas prêts à perdre du temps de travail pour s'occuper d'activités liées à la promotion de la santé. Cette situation laisse à penser que les avantages futurs d'une amélioration de la santé ne sont pas jugés assez importants pour qu'on sacrifie des ressources à court terme. Il est aussi possible que les mécanismes d'incitation et le roulement rapide des cadres supérieurs repoussent les considérations à long terme portant sur la santé des employés. Le milieu de travail complexe et le manque de pression de la part du public constituent d'autres raisons. Enfin, le désir de faire partie d'une tendance innovatrice, telle que la PST présentée dans les années 90 par Warner⁵⁵ se serait résorbé.

Une comparaison des entreprises prises isolément et de leurs programmes de PST indique que la majorité d'entre elles focalisent sur la nutrition et l'exercice physique⁵⁶ (pour une liste détaillée des services offerts par des employeurs canadiens, consulter l'Annexe D). Il existe des différences entre les

⁵⁵ Warner, K., 1987.

⁵⁶ PriceWaterhouseCoopers, 2008.

organisations canadiennes et américaines. Alors que les programmes canadiens mettent l'accent sur la gestion des absences, de l'invalidité et du stress, les entreprises américaines accordent une attention particulière à la réduction des risques liés au mode de vie et des comportements susceptibles d'engendrer des maladies chroniques⁵⁷. Cette situation peut être attribuable aux différences qui existent en ce qui a trait au mode de vie, à l'obésité et au taux de tabagisme, mais elle peut aussi refléter une disparité dans l'accessibilité aux soins de santé au Canada et aux États-Unis. Au Canada, les coûts des soins de santé incombent surtout (70 %) au secteur public, tandis qu'aux États-Unis, les coûts ont tendance à revenir au secteur privé (50-60 %). Les entreprises américaines bénéficient donc davantage des programmes qui améliorent la santé des employés que des programmes qui réduisent leurs absences⁵⁸.

2.4. Obstacles à la mise en place de programmes de PST

Comme nous avons pu observer précédemment, plusieurs études laissent présager des économies de coûts pouvant être réalisées par les employeurs qui s'engagent dans des programmes de PST^{59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71}. Alors qu'est-ce qui explique que les sociétés n'ont pas toutes mis sur pied des programmes de PST? Le manque général de renseignements au sujet des coûts engagés à cause de la mauvaise santé des employés semble être l'une des raisons principales. La PST ne figure pas bien haut sur la liste des priorités de nombreuses sociétés. Cela est étonnant puisque le sujet a fait partie du discours public au cours des deux dernières décennies. Cependant, une récente étude a permis de constater que, au Royaume-Uni, un chef de l'exploitation/chef des services financiers sur quatre ignore le coût engagé par son organisation lié à la mauvaise santé⁷². On peut s'attendre à trouver des chiffres semblables en Amérique du Nord.

⁵⁷ Towers Watson, 2009/10.

⁵⁸ Rapport Staying@Work.

⁵⁹ Munro, Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits.

⁶⁰ Community Health Service Department. Comté de Lambton.

⁶¹ Pelletier, 2001.

⁶² Engbers, van Poppel, Paw *et al.*, 2005.

⁶³ Moher, 2005.

⁶⁴ Goetzel, Juday, Ozminkowski, 1999.

⁶⁵ Aldana, 2001.

⁶⁶ Pelletier, 1999.

⁶⁷ U.S. Department of Health and Human Services, 2003. <http://aspe.hhs.gov/health/prevention/>. 8 septembre 2008.

⁶⁸ Goetzel, 1999.

⁶⁹ Baicker, 2010.

⁷⁰ Chapman, 2003.

⁷¹ Chapman, 2005 (mise à jour).

⁷² Foothills Health Consultants.

D'autres raisons expliquent pourquoi les programmes de PST sont peu mis en place^{73 74} :

- Manque de ressources : budget insuffisant, manque de personnel.
- Aversion à l'égard du risque : préoccupations au sujet des coûts, manque de conviction à l'égard des économies de coûts, incapacité à quantifier les résultats, connaissance insuffisante de la question.
- Culture : faible connaissance du concept de mieux-être, la culture d'entreprise ne favorise pas la PST, la santé n'est pas vue comme faisant partie de la responsabilité des employeurs, faibles attentes dans l'ensemble de la société en ce qui a trait aux programmes de PST, les gestionnaires des ressources humaines se sentent restreints dans la capacité de dépenser pour des programmes de PST⁷⁵, la responsabilité morale compte pour peu, le RCI est un facteur-clé.
- Manque d'information : aucune connaissance des coûts engagés et des économies possibles, aucune information sur la manière de mettre les programmes sur pied.
- Manque de coordination : les intervenants n'arrivent pas à s'entendre sur les priorités et travail en silo.
- Préférences temporelles : les personnes ont tendance à surévaluer le présent et elles sous-évaluent les bénéfices de la prévention qui rapportera dans l'avenir.
- Parti pris pour le *statu quo* : les personnes ont tendance à surévaluer le *statu quo* étant donné qu'un changement de comportement leur coûte cher.

Cependant, il ne faut pas non plus écarter l'idée que les entreprises n'investissent pas dans ces programmes parce que les bénéfices escomptés ne compensent pas pour les coûts. D'une part, les études existantes documentent déjà la variation considérable des rendements associés aux initiatives de PST. Il est alors possible que les entreprises qui ont implanté ces programmes se situent dans la portion supérieure de cette distribution de bénéfices. D'autre part, la méthodologie statistique de la majorité des études peut être aussi critiquée. Ces études ne tiennent pas compte du fait que les entreprises avec des initiatives de PST ne sont peut-être pas représentatives de la population d'entreprises. Une dernière particularité de la situation canadienne est que les entreprises ne retirent pas tous les bénéfices de telles initiatives à cause du financement public du système de santé. Nous examinons le point de vue du secteur public dans la prochaine section.

⁷³ Bachman, 2002.

⁷⁴ Bachmann, 2000.

⁷⁵ Downey, 2007.

3. Le point de vue du secteur public

3.1. Avantages pour l'État

La théorie économique classique avance que, s'il y a une possibilité de réaliser un bénéfice dans un contexte de marché libre, des agents vont agir pour en profiter. Si l'on applique cette théorie à la PST, on peut déduire qu'il suffirait de faire voir aux entreprises la possibilité de réaliser des gains pour qu'elles s'engagent dans la PST. Ce n'est toutefois pas ce qu'on observe dans la réalité. Il est possible qu'une défaillance du marché empêche l'allocation optimale des ressources. Comme mentionnée plus haut, cette situation pourrait être attribuable à une information insuffisante, à un mauvais alignement des mesures incitatives, en termes de responsabilité pour les coûts des soins de santé et de rémunération des gestionnaires. Afin d'exploiter efficacement les bénéfices pouvant être réalisés grâce à la promotion de la santé, l'État doit alors intervenir. La société peut réaliser à la fois des gains sur le plan de la productivité et des réductions possibles des coûts liés aux soins de santé.

Il est extrêmement difficile de quantifier, à l'échelle fédérale ou provinciale, les économies possibles de la PST et les montants qui devraient être investis. En effet, en raison de l'hétérogénéité des programmes et du peu d'études coût-efficacité des programmes de PST réalisées, il est difficile d'évaluer les économies concrètes résultant d'une réduction des coûts liés aux soins de santé.

Toutefois, étant donné que⁷⁶ :

- Le coût par année de vie gagnée ajustée pour la qualité de vie (QALY) constitue une mesure classique du coût des interventions en santé⁷⁷.
- Un service de santé est habituellement considéré comme ayant un rapport coût-efficacité raisonnable si son coût est inférieur à un montant entre 50 000 \$ – 75 000 \$ par QALY.
- Il est courant dans les hôpitaux de donner des traitements dont le coût excède 100 000 \$ par QALY.

On peut supposer qu'il serait acceptable pour le gouvernement d'investir dans une politique favorisant la PST dont l'efficacité-coût est inférieur à ces montants.

Des études démontrent que les coûts liés au dépistage, à l'exercice et à l'abandon du tabac sont peu élevés et que certains programmes génèrent même des économies. Ceci implique que le coût par QALY de certaines interventions de PST pourrait se situer en deçà de la fourchette de référence de 50 000 \$ –

⁷⁶ Prioritising investments in preventative health. Health England, 2009.

⁷⁷ Voir la section 4.2 pour une description de l'analyse basée sur les QALY.

75 000 \$ et même être près de 0. En investissant davantage dans l'évaluation de l'efficacité-coût des programmes de PST, le gouvernement pourrait prioriser les programmes de PST qu'il souhaite soutenir.

Malgré l'absence d'évaluation formelle des bénéfices possibles, et sur la base d'une interprétation où la faible incidence des initiatives de PST est expliquée par la présence d'externalités au niveau des bénéficiaires ou par un manque d'information, plusieurs gouvernements ont mis en place des programmes incitatifs pour les entreprises. Nous couvrons quelques exemples dans la prochaine sous-section.

3.2. Exemples de législation permettant de surmonter les obstacles dans d'autres pays

La plupart des pays occidentaux sont dans une situation similaire à celle du Canada en ce qui a trait aux pressions sur les coûts des soins de santé et à la nécessité d'augmenter la productivité afin de préserver leur compétitivité. Les employeurs aux États-Unis ont été les premiers à s'engager dans des programmes de PST à cause de leurs incitations économiques. Dans les premières années, les employeurs américains ont développé des mesures relatives à la santé de leurs employés dans le but de réduire leurs coûts de main-d'œuvre⁷⁸. Au cours des récentes années, les pays qui ont un programme universel d'assurance-maladie se sont aussi engagés dans la promotion de la santé. Une liste exhaustive de programmes, de lois et de règlements mis en place dans d'autres pays peut être consultée à l'Annexe E⁷⁹.

3.2.1. Loi fiscale allemande

En Allemagne, la loi fiscale offre des allègements fiscaux considérables aux sociétés qui s'engagent dans des programmes de PST. Voilà un exemple de législation qui aide les employeurs à surmonter la crainte d'un RCI négatif en accordant des allègements fiscaux aux entreprises qui mettent ces programmes en place. De cette façon, il est possible qu'il n'en coûte rien à l'entreprise dans l'immédiat. En Allemagne, le 2009 *Tax Act* (loi de l'impôt de 2009) accorde aux employeurs une exemption d'impôt pouvant aller jusqu'à 500 € par employé par année (rétroactive en 2008) pour les activités entreprises par un employeur en vue d'améliorer la santé générale des employés. L'Allemagne a également intégré à sa législation des mesures de réinsertion au travail pour les employés en congé de maladie depuis plus de six semaines.

3.2.2. L'*American Healthy Workforce Act* (loi américaine concernant la santé de la main-d'œuvre)

L'*American Healthy Workforce Act* (loi américaine concernant la santé de la main-d'œuvre) est une ébauche d'une intervention fiscale semblable à la loi de l'impôt en Allemagne. Elle a été introduite par le sénateur Tom Harkin (Iowa) et par le sénateur Gordon Smith (Oregon) en 2007, en tant que projet de loi

⁷⁸ La PST en Europe, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

⁷⁹ Aucune étude portant sur l'analyse coûts/bénéfices de cet allègement fiscal n'a été trouvée.

du Sénat 1753⁸⁰. Le projet de loi propose d'offrir un crédit d'impôt sur la moitié du coût d'un programme de promotion de la santé mis en place par un employeur admissible. Le crédit d'impôt pourrait atteindre 200 \$ par employé pour les 200 premiers employés et 100 \$ par employé pour les employés supplémentaires.

L'idée derrière cette loi est d'accorder un remboursement de l'impôt sur la masse salariale et de faire ainsi profiter tous les employeurs qui versent des salaires, y compris les sociétés d'État et les administrations locales, les organismes à but non lucratif exonérés d'impôt et même les employeurs qui ne paient pas d'impôt sur le revenu pour quelque raison que ce soit. Les employeurs qui ont déjà des programmes en place peuvent recevoir des crédits d'impôt pendant une période pouvant atteindre trois ans; le crédit accordé pour les nouveaux programmes peut aller jusqu'à dix ans. Le projet de loi prévoit l'élaboration d'un programme de diffusion en vue de sensibiliser les employeurs au crédit d'impôt et de les renseigner sur la façon de concevoir des programmes efficaces et de mesurer le succès.

Pour être admissibles, les programmes doivent avoir les caractéristiques suivantes :

- Comprendre au moins trois des quatre éléments suivants :
 - Sensibiliser les employés à la santé.
 - Amorcer un changement de comportement chez les employés.
 - Soutenir l'engagement des employés.
 - Créer un milieu rassurant permettant le changement.
- Utiliser des pratiques compatibles avec la recherche fondée sur des preuves et avec les « pratiques d'excellence ».
- Mettre l'accent sur l'effectif dont la santé est grandement hypothéquée.
- Répondre aux besoins de connaissances des employés en matière de santé.
- Offrir le programme aux employés qui travaillent au moins 25 heures par semaine.

Le rapport coût-efficacité de ce projet de loi représentera un coût nul pour le gouvernement fédéral malgré un investissement net estimé à 1 milliard \$⁸¹si :

- Le crédit d'impôt stimule les compagnies d'assurances et les employeurs à investir dans les programmes de PST.
- La loi fait participer 28 millions d'employés (environ 10 % de la population) au sein de 76 000 lieux de travail.

⁸⁰ <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d110:s.01753>.

⁸¹ O'Donnell, 2005.

- Les nouveaux investissements créent 41 000 nouveaux emplois liés à la promotion de la santé dont le salaire sera en moyenne de 75 000 \$ chacun.

L'impôt sur le revenu et les salaires provenant de ces nouveaux emplois devrait couvrir 80 % du crédit d'impôt. Si les nouveaux programmes de promotion de la santé font économiser seulement 20 cents en frais médicaux à chaque dollar investi, le nouvel impôt total sur le revenu et les salaires couvrira entièrement les coûts des crédits d'impôt. Les crédits d'impôt sont remboursables au cours de l'année suivant l'investissement, de sorte que si aucun montant n'est dépensé dans les programmes, aucun crédit ne sera accordé, éliminant ainsi tout risque supplémentaire pour l'État⁸².

Une version modifiée de ce projet de loi, soit la section 1048 de la Loi sur la protection des patients et de soins abordables, intitulée : « Subventions pour les petites entreprises pour la provision de programmes intégraux de bien-être au travail »⁸³, a été adoptée en 2010. La proposition d'investir 1 milliard \$ dans la version originale de la loi a été considérée trop élevée. L'envergure du programme a été réduite en ciblant les petites entreprises. La loi approuvée par le Sénat accordera 200 millions \$ entre 2011 et 2015 en subventions aux petites entreprises qui souhaitent investir dans des programmes de mieux-être en entreprise.

⁸² Health Promotion Advocates - <http://healthpromotionadvocates.org/> (groupe de défense pour la santé).

⁸³ <http://healthpromotionjournal.com/publications/journal/en2010-09.htm>

4. Méthodes d'évaluations des bénéfices de la PST

Étant donné les incertitudes sur les bénéfices escomptés des initiatives de PST et des faiblesses méthodologiques des études existantes, il serait intéressant de voir davantage de recherches visant à améliorer les méthodes d'évaluation des pratiques notamment pour appuyer les décisions en promotion de la santé au travail. Effectuer une analyse des impacts économiques liés à une politique d'allègement fiscal pour les organisations soutenant la PST nécessiterait des travaux sur quatre thèmes :

1. Accroître le caractère aléatoire des analyses efficacité des interventions en PST;
2. Améliorer les normes pour mesurer la productivité des entreprises (pour améliorer la comparabilité des résultats);
3. Multiplier les analyses coûts/efficacité des interventions en PST;
4. Effectuer une analyse d'impact économique de l'allègement fiscal des initiatives de PST.

4.1. Mesure des bénéfices

Les ouvrages cités dans ce rapport présentent diverses faiblesses. La principale difficulté des recherches portant sur la PST réside dans l'application de la méthode scientifique à des phénomènes sociaux. Les chercheurs universitaires ont tendance à proposer des essais cliniques randomisés contrôlés pour soutenir un raisonnement au sujet d'une démarche réussie de promotion de la santé; cela pourrait toutefois ne pas être réaliste ou souhaitable. Les essais cliniques contrôlés sont des expériences qui réunissent un groupe expérimental et un groupe de contrôle choisis au hasard, au cours desquelles le groupe expérimental est exposé à un traitement et le groupe de contrôle ne l'est pas. Tous les autres éléments restent les mêmes, compte tenu de la sélection aléatoire des sujets. L'efficacité de cette méthode augmente avec la précision d'une intervention ou d'un traitement et la taille des groupes.

Dans le cas de la PST, plusieurs questions se posent : en général, les personnes ne veulent pas être choisies au hasard, mais pourraient décider de participer après mûre réflexion. Les interventions sont complexes, en fonction des caractéristiques personnelles et du contexte très particulier. Les programmes exhaustifs de PST sont adaptés à chaque personne et comprennent plus d'un paramètre, dont la nutrition et l'exercice qui sont difficiles à quantifier étant donné leur interaction avec le milieu dans lequel le sujet évolue. Une focalisation sur des interventions précises en vue de générer des données quantitatives « fiables » pourrait être contre-productive. Qui plus est, un grand nombre de ces expériences sont difficiles à réaliser dans le milieu de travail (difficile de convaincre l'entreprise d'y participer)⁸⁴.

⁸⁴ Dishman, 1998.

Il en résulte donc que la plupart des études sont quasi expérimentales, elles mesurent l'incidence de la participation volontaire et font l'objet de diverses distorsions, plus particulièrement le biais de sélection⁸⁵. Cette dernière définit la situation où les sujets exercent leurs propres choix à l'intérieur des programmes. Par exemple, un sujet pourrait participer à un programme d'exercice offert au travail. Le même sujet pourrait toutefois faire de l'exercice à la maison si un tel programme n'était pas offert au travail. Les changements de l'état de santé attribuables à la participation au programme ne veulent, par conséquent, rien dire. Un autre problème concerne la distorsion liée à la présentation de l'information qui fait référence aux effets que peut avoir la tendance des cadres supérieurs, souvent évalués en fonction du succès de leurs interventions, à présenter seulement des résultats positifs et exclure les autres résultats⁸⁶.

Plusieurs autres faiblesses existent dans la méthodologie de recherche. Les différences dans les programmes soumis à une étude constituent une faiblesse importante. La multiplicité des programmes et la diversité des opinions sur les composantes d'un programme exhaustif rendent l'analyse comparative difficile. Des problèmes surgissent dans les définitions non normalisées : la « productivité » est souvent mal définie et sa quantification est difficile et parfois subjective⁸⁷. Il en est de même pour la « promotion de la santé » qui souvent n'a pas de définition concrète. Une autre difficulté réside dans le fait que les entreprises engagées dans la mise en place de programmes sont celles-là mêmes dont les rendements espérés sont très élevés⁸⁸. Il est donc vraisemblable que les études reflètent un parti pris pour les résultats positifs. Aussi, ce sont principalement les gros employeurs qui ont mis sur pied des programmes de PST et l'incidence sur les petits employeurs est donc plus ambiguë. Enfin, la recherche est obscurcie par les problèmes d'attrition des études à long terme et de crédibilité des études à court terme.

4.2. Bénéfices versus coûts

L'analyse économique permet de considérer non seulement le critère d'efficacité dans la décision mais aussi celui du coût. Il y a cinq méthodes d'analyse comparative en économie de la santé : l'analyse coût/efficacité, l'analyse coût/utilité, l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coût/conséquence et l'analyse coûts bénéfiques.⁸⁹ La plus appropriée dépend de la question que l'on se pose.

Les analyses coûts efficacité (ACE) sont les plus fréquemment utilisées dans le cadre de décisions de couverture d'assurance d'une technologie ou d'un service. Les ACE comparent la différence des coûts avec la différence des résultats. Elles font le rapport de la différence des coûts de deux options sur la

⁸⁵ Silberman, 2007.

⁸⁶ Shephard, 1996, p. 436-452. Shephard, 2002.

⁸⁷ Riedel, Lynch, Basse, Hymel et Peterson, 2001.

⁸⁸ Baicker, 2010.

⁸⁹ Jacobs, 2002.

différence des résultats de ces mêmes deux options. Les résultats sont exprimés soit en années de vie gagnées (ALY) ou en années de vie gagnées en bonne santé (QALY).

$$ACE = (C_1 - C_2) / (R_1 - R_2)^{90}$$

L'ACE intègre à l'analyse une pondération pour les préférences des patients. Pour cette raison, on appelle aussi les ACE qui évaluent les coûts par QALY des analyses coûts/utilité⁹¹. Lorsque l'objectif de l'analyse est de choisir l'alternative qui obtient les meilleurs résultats compte tenu des moyens dont on dispose, la méthode d'analyse coût efficacité est favorisée. Si l'objectif est de minimiser les coûts, l'une ou l'autre des trois méthodes d'analyse coûts/bénéfices, coûts conséquences ou minimisation des coûts sont utilisées. À notre avis, ces méthodes sont appropriées dans un contexte où le résultat des alternatives est le même. Néanmoins, lorsque ce n'est pas le cas, ces méthodes intègrent la notion de résultat en donnant une valeur monétaire aux années de vie gagnées. Les résultats de ces analyses sont critiqués parce qu'elles assignent une valeur monétaire à une année de vie. Pour ces raisons et parce qu'elles sont mal comprises par les décideurs en santé, les analyses économiques sont encore peu utilisées pour appuyer les choix en santé.

4.2.1. Limites des ACE

Jusqu'à tout récemment, les organismes d'évaluation tels que l'AETMIS et le Conseil du Médicament au Québec ont exclu le critère de coûts de leur décision notamment à cause de l'absence de normes et de la rareté des études coûts/efficacité de qualité⁹². Parmi les autres raisons notées, il y a le fait que les QALY sont peu comprises par les cliniciens, les décideurs ou les patients et qu'elles ne permettent pas de discriminer entre les années de vie gagnées par un enfant de 6 mois et celles d'une personne âgée de 70 ans. Elles sont toutefois utiles dans des contextes précis et il est possible d'adopter des pratiques qui réduisent l'incidence de leur limite (par exemple pour comparer deux interventions ou pour prioriser des pratiques potentiellement assurables)⁹³.

Aux prises avec un accroissement des coûts plus élevés que celui de leur capacité de payer, plusieurs pays considèrent qu'il est de plus en plus difficile de prendre des décisions d'investissement seulement sur la base de l'efficacité du traitement. Ils intègrent davantage les ACE dans leurs processus décisionnels notamment pour les pratiques préventives.

⁹⁰ Où C_1 réfère aux coûts de l'alternative 1, et C_2 réfère aux coûts de l'alternative 2 et R_1 réfère au résultat de l'alternative 1 et R_2 réfère au résultat de l'alternative 2.

⁹¹ Saha et al., 2001.

⁹² Les décisions sont prises sur la base du critère de l'efficacité, d'éthique, d'impact sur la pratique et autres.

⁹³ Saha et al., 2001

Par contre, les ACE en prévention sont rares et le plus souvent portent sur des interventions de prévention telles que des tests de dépistage, des examens ou technologies diagnostiques ou pour décider entre deux traitements médicamenteux. Nous n'avons pas repéré d'ACE portant sur des initiatives de promotion de la santé au travail.

4.2.2. Les analyses économiques en promotion de la santé au travail

Étant donné l'absence d'études fiables sur l'efficacité des initiatives pour améliorer les habitudes de vie, les décisions d'investir sont basées sur le potentiel de réduction des coûts liés aux maladies qu'elles causent. Par exemple, l'étude du Conference Board évalue les coûts des maladies cardiovasculaires à 20,5 milliards \$⁹⁴. En se basant sur cette évaluation, on recommande au gouvernement d'investir 4,1 milliards \$ (20 % de 20,5 milliards \$) dans la promotion de saines habitudes de vie pour réduire de 20 % les maladies cardiovasculaires. La principale faiblesse de cette méthode est liée au fait qu'elle ne tient ni compte de l'efficacité des saines habitudes de vie pour réduire les maladies cardiovasculaires (et de tous les facteurs qui affectent leur efficacité) ou de l'efficacité des méthodes pour transformer ces habitudes de vie.

4.2.3. L'intégration des critères éthiques dans les décisions

Certains décrient l'absence ou le traitement des critères éthiques et moraux dans les analyses économiques. L'énoncé suivant résume cette pensée :

[trad.] « Au cours des trois dernières décennies, dans une bonne partie du monde anglophone, [...] pas tant en Europe continentale [...], quand il s'agit de savoir si nous appuyons une proposition ou une initiative, [...] les questions qui nous viennent à l'esprit sont les suivantes : Est-elle efficace? Est-elle productive? Sera-t-elle bénéfique pour le produit intérieur brut? Contribuera-t-elle à la croissance? Cette propension à éviter les considérations morales, à nous restreindre aux questions de bénéfice et de perte, des questions économiques dans le sens le plus étroit, n'est pas une condition humaine instinctive. C'est un goût acquis⁹⁵. »

En réponse aux critiques entourant l'évaluation économique et dans un but d'intégrer les coûts et bénéfices qualitatifs des interventions, les organismes d'évaluation et de décision des services assurés séparent les processus d'évaluation et celui de décision. Ainsi, les évaluations sont de plusieurs ordres et soumises aux comités de décision par des spécialistes de disciplines variées incluant les analyses économiques et éthiques. Les décisions sont ainsi prises en tenant compte d'un ensemble de critères. Les critères les plus souvent répertoriés dans le monde⁹⁶ sont l'efficacité de la pratique, son efficience, les questions éthiques qu'elle suscite, l'impact sur les prestataires et l'impact sur le système de santé.

⁹⁴ Conference board of Canada, 2010.

⁹⁵ Judt, 2009.

⁹⁶ Montmarquette et al. (2010)

5. Conclusion

Les coûts des problèmes de santé des travailleurs subis par les entreprises sont bien documentés et importants. Théoriquement, les initiatives de PST pourraient permettre de diminuer ces coûts et procurer des bénéfices importants pour les entreprises.

Empiriquement pourtant, les bénéfices des initiatives de PST n'ont pas été prouvés hors de tout doute raisonnable même si certaines études laissent présager des bénéfices importants. C'est encore plus le cas lorsqu'il est question des bénéfices nets, les coûts des initiatives de PST étant difficiles à mesurer. Cela pourrait être une explication pour la faible incidence de ces programmes au Canada et le déclin des dernières années.

Malgré ces faiblesses des études existantes, plusieurs voix s'élèvent pour demander que le gouvernement soutienne les initiatives de PST. Ces dernières argumentent que les employeurs manquent de renseignements et de volonté de changer. Ils sont soumis à des institutions qui font en sorte de compliquer la démonstration des avantages des programmes et ils sont, par conséquent, incapables de saisir les bénéfices qui pourraient être réalisés grâce à la PST. Cette défaillance du marché pourrait être renversée si l'État posait des gestes et offrait des garanties.

Cela semble être d'ailleurs l'interprétation favorisée par plusieurs États, dont les États-Unis et l'Allemagne, qui ont reconnu il y a longtemps la nécessité d'un engagement de la part de l'État. Règle générale, les rôles dont s'acquitte l'État touchent la législation, la recherche, le financement et l'éducation⁹⁷. Considérant ces quatre rôles, les recommandations suivantes sont raisonnables^{98,99,100,101} :

- Investir dans la recherche
 - Soutenir le développement et la diffusion d'informations objectives sur les interventions préventives et efficaces en milieu de travail, en mettant surtout l'accent sur le coût par QALY (le programme d'évaluation mis en place au Royaume-Uni par exemple).
- Reconnaître les entreprises qui ont mis en place des programmes de PST
 - Adopter une norme en matière d'entreprise en santé (la norme du Québec peut servir d'exemple¹⁰²).
- Utiliser les organisations gouvernementales comme bancs d'essai

⁹⁷ Bachmann, 2000.

⁹⁸ American Heart Association, 2010.

⁹⁹ Bachmann, 2000.

¹⁰⁰ Blaney, 2002.

¹⁰¹ Goetzel, Chung Roemer, Liss-Levinson et Samoly, 2008.

¹⁰² http://www.bnq.qc.ca/fr/communiqu/norme_sante_index.html

- Mettre en place au sein des organisations gouvernementales des programmes de PST semblables à celui de Statistique Canada afin d'augmenter la confiance et la crédibilité (annexe A).
- Créer des initiatives éducatives
 - Intégrer les questions de santé et de mieux-être aux programmes d'études des écoles de commerce.
- Sensibiliser
 - Organiser des campagnes de marketing pour promouvoir la PST et l'éducation en matière de santé, à l'intention du grand public, dans le but d'accroître la demande pour les programmes.
- Offrir des mesures incitatives aux employeurs
 - Accorder des allègements fiscaux en s'inspirant des programmes adoptés en Allemagne et aux États-Unis.

Le Canada était autrefois à l'avant-garde en matière de promotion de la santé et il a pourtant perdu de vue les motivations originales. Pour reprendre la position de chefs de file dans la promotion de la santé, sur les plans moral et économique, le Canada et le Québec doivent faire appliquer des lois qui soutiennent les employés et les employeurs dans leurs efforts pour mettre sur pied des initiatives visant à promouvoir la santé et s'engager dans une lutte commune pour disposer d'une main-d'œuvre en meilleure santé et plus productive.

ANNEXES

Annexe A : Études de cas : exemples de programmes de mieux-être et de résultats obtenus

Organisation	Programmes mis en place	Incidence
Statistique Canada ¹⁰³ (5 800 employés)	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de mieux-être formé de 24 membres - Services de garde en entreprise - Centre de conditionnement physique à prix réduit - Atelier sur l'équilibre travail-vie familiale - Programme confidentiel et gratuit d'aide aux employés ayant besoin de conseils sur des problèmes personnels - Clubs sociaux visant à promouvoir la camaraderie - Déjeuners-conférences avec des experts de différents domaines - Semaine de travail comprimée pour plus de temps en famille 	<p>91 % de moins de roulement du personnel.</p> <p>57 % moins de blessures.</p> <p>71 % de maintien de l'effectif.</p> <p>78 % de satisfaction concernant l'équilibre travail-vie familiale.</p>
Johnson & Johnson ¹⁰⁴ ¹⁰⁵ (120 000 employés)	<ul style="list-style-type: none"> - Activités de gestion des événements (avant, pendant, après) - Médecine préventive - Traitement médical - Incapacité - Aide aux employés pour le retour au travail - Mieux-être et programmes de frais médicaux - Formation visant à augmenter la résistance - Services de nutrition - Ergonomie 	<p>RCI annuel satisfaisant ou de 30 %.</p> <p>Étude à plus long terme : les coûts des soins de santé diminuent avec le temps.</p> <p>Le programme initial de 4 ans touchant 18 331 employés a permis d'économiser 8,5 M\$ annuellement en raison des coûts réduits des soins de santé (225 \$ par employé par année).</p>
Citibank ¹⁰⁶ ¹⁰⁷	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage initial des employés - Séparation des programmes d'intervention selon que le risque est élevé ou faible - Suivi intensif des sujets présentant un risque élevé - Enseignement sur la santé générale et sensibilisation 	<p>RCI : entre 4,56 \$ et 4,73 \$ d'économies par dollar investi.</p>

¹⁰³ <http://www.vifamily.ca/library/social/statscan.pdf>.

¹⁰⁴ Breslow, Fielding, Herrman, 1990.

¹⁰⁵ Bly, Jones et Richardson, 1986.

¹⁰⁶ Goetzl, 1999.

¹⁰⁷ Journal of Occupational and Environmental Medicine, 1999.

<p>MDS Nordion (Ontario)¹⁰⁸ 109 110 111 112 113</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des besoins et des préoccupations des employés par des sondages et par un processus de rétroaction à 360 degrés - Conditions de travail flexibles - Formation obligatoire axée sur les communications - Résolution de conflits - Résolution de problèmes et promotion du travail d'équipe - Programme rigoureux d'évaluation de la sécurité - Techniques visant à définir les processus et à générer des idées pour simplifier et améliorer les méthodes de travail - Engagement de la société envers la communauté - Activités de soutien à diverses œuvres caritatives 	<p>Le taux d'absentéisme est passé de 5,5 jours par personne en moyenne à moins de 4 jours.</p> <p>Le roulement du personnel se situe à 6 % comparativement à la norme de 10 %.</p> <p>Le nombre de jours d'absence pour maladie est de 4 (contre la moyenne canadienne de 8).</p>
<p>TELUS, C.-B. 114 115 116 117</p> <p>23 000 – 28 000 employés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Installations de conditionnement physique sur place (adhésion subventionnée, tapis roulants, vélos stationnaires, simulateurs d'escaliers, rameurs, poids et haltères, classes dirigées par un instructeur, services d'entraîneurs personnels, massothérapie, douches) - Salon des employés (sièges confortables, Internet, télévision) - Salle de pratiques religieuses - Services de conciergerie - Cafétéria sur place (préparation de diètes santé et spéciales) - Stationnement sécuritaire pour vélos - Atrium en verre (lumière naturelle et vue de la ville) - Centre de mieux-être sur place - Services de garde à court terme en situation d'urgence - Heures de travail flexibles - Télétravail - Semaine de travail réduite (nombre d'heures et salaire moindres) - Semaine de travail comprimée - Responsabilisation des gestionnaires relativement aux résultats des initiatives, mesurés selon les changements enregistrés dans le taux d'absentéisme. 	<p>Économies de 4,5 M\$ en 1998 (rendement de 3 \$: 1 \$).</p> <p>L'entreprise figure parmi les 100 meilleurs employeurs du Canada.</p> <p>Récipiendaire du <i>WorkLife BC Award of Merit</i> en 2007.</p> <p>Récipiendaire du <i>WorkLife BC Award of Innovation</i> en 2008.</p>

¹⁰⁸ McKeon, 2002.

¹⁰⁹ « And the Winners Are ». *Prevention Magazine*, janvier/février 2000.

¹¹⁰ « Healthy workplace keeps in touch with employees ». *Canadian HR Reporter*, 28 février 2000.

¹¹¹ « Working Well ». *Châtelaine*, août 1999.

¹¹² *The Payback of a Healthy Organizational Culture*. Site Internet de Health Systems Group (www.hsgroup.com); MDS

¹¹³ www.nordion.com.

¹¹⁴ « And the Winners Are ». *Prevention Magazine*, janvier/février 2000.

¹¹⁵ « Managers at BC Telus held accountable for wellness ». *Canadian HR Reporter*, 28 février 2000.

¹¹⁶ <http://www.eluta.ca/top-employer-telus>.

¹¹⁷ Stewart, 2010.

Lighthouse Publishing ¹¹⁸ (Nouvelle-Écosse) 46 employés	<ul style="list-style-type: none"> - Sondage sur les besoins des employés - Quatre thèmes (saine gestion organisationnelle, obésité, forme physique, tabagisme) <p>Chaque thème est soutenu par un programme et des offres sectorielles telles que</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dialogues hebdomadaires - Réfrigérateur contenant des aliments santé - Des dollars pour les livres perdus - Cours de conditionnement physique privés - Marche sur le lieu de travail - Services de consultation sur place - Timbres de remplacement de la nicotine 	<p>Investissement de 2 000 \$.</p> <p>261 livres perdues.</p> <p>4 personnes sur 8 ont cessé de fumer.</p> <p>Économies de 6 000 \$ en contributions-santé.</p> <p>Amélioration du moral.</p> <p>Participation de 75 % des employés.</p>
Alliance Data ¹¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à la gestion du poids - Abandon du tabac - Machines distributrices d'aliments santé - Ergonomie - Centre d'entraînement - Séances hebdomadaires d'entraînement - Déjeuners-conférences périodiques 	<p>Baisse de 10,3 % des absences pour maladie/blessures (de 2,34 jours en 2004 à 2,10 jours en 2007).</p> <p>Baisse de 14,6 % des coûts liés au présentéisme (de 8 % en 2004 à 6,83 % en 2007).</p> <p>Baisse de 15 % dans la perte annuelle de productivité par employé (de 5 222 \$ à 4,458 \$).</p>
BC Hydro ¹²⁰ ¹²¹ 5 700 employés	<ul style="list-style-type: none"> - Sondage d'évaluation de l'état de santé - Programme de dépistage 	<p>RCI de 3 \$: 1 \$.</p> <p>Taux d'absentéisme : 5,8 % comparativement à 6,6 %.</p>
Washoe County School District ¹²² ¹²³ ¹²⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Sourire éclatant (brosse/soie dentaire) - Perte de poids - Hydratation - Exercice - Repos (sommeil) 	<p>Aucun changement dans les coûts des soins de santé à court terme (possiblement à long terme).</p> <p>Changement important dans le taux d'absentéisme (se traduisant par des économies de 15 \$: 1 \$).</p>

Autres exemples

Autres organisations : Duke University¹²⁵ California Public Employees' Retirement System (CalPERS)¹²⁶ The Procter & Gamble Company (P&G)¹²⁷ Highmark¹²⁸ Chevron¹²⁹ Bank of America¹³⁰ ¹³¹ Tenneco¹³² Celestica¹³³ ¹³⁴.

¹¹⁸ Stewart, 2010.

¹¹⁹ Towers Watson, 2009/10.

¹²⁰ Wosnick, Kalbfleisch, 2000.

¹²¹ Stewart, 2010.

¹²² Aldana, Merrill, Price, Hardy et Hager, 2005.

¹²³ <http://www.washoe.k12.nv.us/wellness>.

¹²⁴ Preventive Medicine, 40.

¹²⁵ Knight, Goetzel *et al.*, 1994.

¹²⁶ Fries, Harrington, Edwards, Kent et Richardson, 1994.

Organisation	Incidence
Grande entreprise ¹³⁵ (13 048 participants, 13 368 non-participants à l'évaluation des risques liés à la santé)	Les frais médicaux des participants à l'ÉRS ont été en moyenne 212 \$ inférieurs à ceux des non-participants.
Compagnie manufacturière ¹³⁶ programme de 6 ans, 2 596 participants	RCI de 2,30 \$: 1 \$. Économies de 623 040 \$ résultant de la baisse du nombre de jours d'absence pour incapacité.
Xerox Corporation ¹³⁷	Baisse de la fréquence des demandes d'indemnisation et du coût moyen par blessure 5,6 % des participants ont présenté des demandes d'indemnisation pour un coût moyen de 6 506 \$ par blessure. 8,9 % des non-participants au programme de mieux-être ont présenté des demandes d'indemnisation pour un coût moyen de 9 482 \$ par blessure.
Florida Power & Light ¹³⁸	35 % de réduction du coût total des soins de santé. 38 % de réduction des coûts d'indemnisation pour accidents de travail. 82 % des employés ont déclaré que leur santé personnelle s'était améliorée.
Northeast Utilities ¹³⁹	Baisse de 1,4 M\$ du coût des réclamations liées au comportement. 31 % moins de fumeurs 29 % moins d'inactivité 16 % moins de risque de maladie mentale 11 % moins de risque de cholestérol RCI de 6 \$: 1 \$.
Caterpillar ¹⁴⁰ Programme Health Risk Assessment	Baisse de 17 % du nombre de visites au médecin. Baisse de 28 % du nombre de jours d'hospitalisation.
Union Pacific Railroad ¹⁴¹	Baisse de 53 M\$ des coûts liés aux soins de santé en une année.
Motorola ¹⁴²	Le coût des soins de santé chez les participants a augmenté de 2,4 %.

¹²⁷ Goetzel, Jacobson, Aldana, Vardell et Yee, 1998.

¹²⁸ Naydeck, Pearson, Ozminkowski, Day et Goetzel, 2008.

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Fries, Bloch, Harrington, Richardson et Beck, 1993.

¹³¹ Leigh, 1992.

¹³² Baun, Bernacki et Tsai, 1986.

¹³³ « And the Winners Are ». *Prevention Magazine*, janvier/février 2000.

¹³⁴ National Post, 1999.

¹³⁵ *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, 2003.

¹³⁶ *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, 2002.

¹³⁷ University of Michigan Health Management Research Center, 2001.

¹³⁸ Wellness Councils of America, *The Cost Benefit of Worksite Wellness*, 2002.

¹³⁹ U.S. Dept. of Health and Human Services, *Prevention Makes Common "Cents"*, 2003.

¹⁴⁰ Wellness Councils of America, *The Cost Benefit of Worksite Wellness*, 2002.

¹⁴¹ U.S. Department of Health and Human Services, *Prevention Makes Common "Cents"*, 2003.

¹⁴² U.S. Department of Health and Human Services, *Prevention Makes Common "Cents"*, 2003.

	Le coût des soins de santé chez les non-participants a augmenté de 18 %. RCI de 3,93 \$: 1 \$.
Dow Chemical ¹⁴³ (85 % des employés participent à un programme de PST)	Gain de 7 000 jours de travail. Baisse de 15 % du nombre d'employés à risque. Économie d'environ 11 M\$ des coûts liés aux soins de santé aux États-Unis.
Unilever Royaume-Uni ¹⁴⁴	Baisse moyenne de 50 % du facteur de risque par personne. Hausse moyenne de 8,5 % du rendement au travail (expérience contrôlée). RCI de 3,73 \$: 1 \$.
DuPont ^{145 146} 45 000 cols bleus	Baisse de 41 % du nombre d'absences pour maladies non reliées au travail. RCI de 1,42 \$: 1 \$ (attribuable à la baisse du taux d'absentéisme).
Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie	RCI de 7 \$: 1 \$.
Project Impact (Halifax) ¹⁴⁷	RCI variant entre 1,64 \$ et 3,98 \$: 1 \$.
Commission canadienne du blé	3,8 jours de maladie par année, comparativement à une moyenne de 6,2 jours.

¹⁴³ The Health and Productivity Advantage. Towers Watson.

¹⁴⁴ Mills, Peter, 2005.

¹⁴⁵ Bertera, 1990.

¹⁴⁶ Wellness Councils of America, 2002.

¹⁴⁷ Blaney, Bonnett, Caron, Kee et May, 2002.

Annexe B : Bénéfices additionnels liés à la promotion de la santé au travail

Pour les employeurs, il y a aussi un coût, en dépenses hors santé, qui peut être récupéré par la promotion de la santé au travail. Dépenses hors santé : loyauté et engagement des employés (au Canada)¹⁴⁸.

- 49 % se sentent engagés envers leur emploi (comparativement à 6 % en 1991).
- 57 % sont satisfaits des dirigeants de la société.
- 48 % sont insatisfaits de leurs superviseurs.
- 67 % perçoivent la PST comme étant un indicateur d'un bon emploi.
- 61 % préfèrent un régime d'assurance-maladie à un salaire supplémentaire de 20 000 \$.

Les employeurs portent aussi un fardeau lié au personnel retraité (éléments de passif non liés à la retraite)¹⁴⁹. Certains employeurs canadiens du secteur privé offrent des programmes d'assurance-vie et d'assurance-maladie. Les chiffres qui suivent constituent une estimation du coût, en valeur actuelle, de l'engagement pris par un employeur d'offrir des avantages sociaux pendant la durée de vie prévue des employés retraités, maintenant et dans l'avenir (éléments de passif liés aux avantages postérieurs au départ à la retraite). Les éléments de passif sont puisés à même les bénéfices non répartis et incluent l'assurance-maladie, l'assurance-soins dentaires et l'assurance-vie, si ces programmes sont offerts¹⁵⁰.

- George Weston 229 M\$ (à même un bénéfice net de 582 M\$).
- L'Impériale 323 M\$ (à même un bénéfice net de 1 244 M\$).
- Banque Royale 693 M\$ (à même un bénéfice net de 2 411 M\$).
- Sun life, Prince George 186 M\$ (à même un bénéfice net de 882 M\$).

¹⁴⁸ The Canadian Journal of Workplace Issues, Plans and Strategies – Workplace Today, 2000.

¹⁴⁹ Rapports annuels pouvant être consultés sur les sites Web respectifs.

¹⁵⁰ Blaney, Bonnett, Caron, Kee et May, 2002.

Annexe C : Caractéristiques d'un programme efficace de PST

Caractéristiques générales de programmes efficaces de PST^{151,152,153,154,155}

- Engagement organisationnel
- Dépistage et triage efficaces
- Mise en place efficace
- Soutien des cadres supérieurs
- Planification efficace
- Vaste gamme de programmes offerts
- Accès facilité aux programmes
- Mesures pour encourager les employés à participer
- Interventions avant-gardistes fondées sur la théorie et des données probantes
- Évaluation continue du programme
- Lien entre le programme et les objectifs d'affaires
- Participation des employés à la fixation des objectifs
- Ciblage efficace des personnes à haut risque
- Communications efficaces

Principales caractéristiques communes aux programmes de PST¹⁵⁶ les plus efficaces

- Enseignement adapté aux intérêts et aux besoins des employés.
- Milieu de travail rassurant.
- Intégration du programme dans la structure de l'organisation.
- Lien avec les programmes connexes visant à améliorer l'équilibre travail-vie familiale.
- Évaluation des risques et dépistages en lien avec le régime d'assurance-maladie (partage de renseignements avec les médecins de famille, etc.).
- Suivis.
- Processus d'évaluation visant à assurer l'efficacité et l'efficience.

¹⁵¹ Goetzel, Guindon, Turshen et Ozminkowski, 2001.

¹⁵² Goetzel, Shechter, Ozminkowski, Marmet, Tabrizi et Roemer, 2007.

¹⁵³ O'Donnell, Bishop et Kaplan, 1997.

¹⁵⁴ Wellness Councils of America. *Seven benchmarks of success*. <http://www.welcoa.org/wellworkplace/index.php?category=2>.

¹⁵⁵ Goetzel, 1997.

¹⁵⁶ American Heart Association. Position Statement on Effective Worksite Wellness Programs, États-Unis, 2010.

Annexe D : Composantes de la PST au Canada

Composantes les plus souvent incluses dans les programmes de PST¹⁵⁷

- Abandon du tabac
- Condition physique
- Sensibilisation à la nutrition
- Diabète
- Soins du dos
- Gestion du stress
- Contrôle de poids
- Santé cardiovasculaire
- Hypertension
- Ergonomie

Composantes détaillées des programmes de PST au Canada (2010)¹⁵⁸

¹⁵⁷ Bachman, 2002.

¹⁵⁸ Stewart, 2010.

Annexe E : Mesures législatives adoptées dans d'autres pays

États-Unis d'Amérique

PROJETS DE LOIS (propositions de mesures législatives)¹⁵⁹

- Projet de loi de la Chambre des représentants, H.R. 3962 :
 - Programme de subventions à l'intention des employeurs qui renforcent les programmes de mieux-être offerts aux employés.
- Projet de loi des chefs du Sénat, H.R. 3590 :
 - Permet aux employeurs d'accorder des récompenses plus généreuses que celles prévues à la loi actuelle aux employés qui atteignent leurs objectifs de santé dans le cadre de programmes de mieux-être.
- Crédits d'impôt pour les programmes exhaustifs de santé au travail, art. 1754.

LOIS (mesures législatives en vigueur)

- Le *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi sur la protection du patient et sur les soins accessibles à tous, adoptée et signée par le Président) :
 - Élaboration d'un programme national de promotion de la santé¹⁶⁰.
 - Recherche portant sur la promotion d'une meilleure santé¹⁶¹.
 - Aide technique visant à améliorer l'évaluation des programmes de promotion de la santé au travail¹⁶².
 - Sondages périodiques sur la présence de programmes de santé au travail et de leurs composantes¹⁶³.
 - Subventions ou crédits d'impôt pour couvrir une partie des coûts liés aux programmes exhaustifs de PST¹⁶⁴.

¹⁵⁹ 1) Projet de loi du Sénat H.R. 3590 Patient Protection and Affordable Care Act.; 2) Le Managers Amendment no 2786 au projet de loi du Sénat H.R. 3590 Patient Protection and Affordable Care Act; 3) Loi H.R. 3962 Affordable Health Care for America Act adoptée par le Sénat et la Chambre des représentants.

http://healthpromotionadvocates.org/sources_detail_documents.htm.

¹⁶⁰ Sénat : page 1134, article 4001, National Prevention, Health Promotion and Public Health Council, Titre IV, Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health. Chambre des représentants : voir article 3121, Titre III, Prevention and Wellness, Le titre III commence à la page 1296 et l'article 3121 débute à la page 1299.

¹⁶¹ Sénat : voir page 1142, article 4003, Clinical and Community Preventive Services, page 1240, article 4301, Research on Optimizing the Delivery of Public Health Services. Chambre des représentants : voir articles 3131, 3132 et 3141, Titre III : Prevention and Wellness of HR 3962, *Affordable Health for America Act*. Les articles débutent aux pages 1301, 1308, 1314.

¹⁶² Sénat : voir page 1253, article 399MM. Technical Assistance for Employer-Based Wellness Programs. Chambre des représentants : aucune disposition.

¹⁶³ Sénat : voir page 1254, article 399MM-1. National Worksite Health Policies and Programs. Chambre des représentants : aucune disposition.

¹⁶⁴ Sénat : voir page 257, au *Managers Amendment*, article 10408. Grants for Small Businesses to Provide Comprehensive Workplace Wellness Programs. Chambre des représentants : article 112, Wellness Program Grants, Titre I. Voir page 69.

- Dispositions permettant aux employeurs d'offrir un rabais de prime pouvant aller jusqu'à 30 % (au lieu de 20 % couramment accordé) pour la pratique d'activités en vue d'un meilleur mode de vie ou pour la participation à des programmes de promotion de la santé, et permettant aussi d'inclure des protections et de consulter le *Department of Health and Human Services* pour connaître les avantages d'augmenter la portion à 50 %¹⁶⁵.
- Le *Health Insurance Portability and Accountability Act* (loi sur la transférabilité de l'assurance-maladie et sur l'obligation de rendre compte) :
 - Mesures permettant aux employeurs d'offrir 20 % de réduction sur les primes des régimes d'assurance-maladie payées par les employés qui atteignent un objectif en lien avec la santé ou qui participent à un programme de promotion de la santé.
- Le *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi sur la protection du patient et sur les soins accessibles à tous) :
 - Codification de la réglementation existante pour permettre d'offrir des primes.
 - Hausse du montant de la tarification différentielle de 20 % à 30 %.
 - Mesures pour permettre aux secrétaires du *Department of Health and Human Services* d'augmenter le montant à 50 % s'ils le jugent à propos.

Exemples d'initiatives régionales aux États-Unis¹⁶⁶

- **Michigan** (Projet de loi 848 du Sénat, 2005) :
 - Mesures permettant aux assureurs de soins médicaux d'offrir des rabais, des quotes-parts ou des franchises réduites aux personnes qui participent à des programmes de mieux-être admissibles. (Les employeurs seraient tenus de fournir la preuve de la participation d'un employé)¹⁶⁷.
- **Hawaii, Iowa, Mississippi, New Jersey, New York, Rhode Island et Wisconsin** :
 - Création de crédits d'impôt à l'intention des (petits) employeurs pour couvrir les dépenses liées à l'établissement de programmes de mieux-être pour les employés¹⁶⁸.
- **Delaware** :
 - Lancement d'un programme exhaustif de santé au travail (DelaWell) pour les 40 000 employés de l'État travaillant à temps plein. Accès des employés à une gamme de services préventifs, à des évaluations des risques liés à la santé, à des programmes de mentorat

¹⁶⁵ Sénat : voir article 2705, « j ». Prohibiting Discrimination against Individual Participants and Beneficiaries Based on Health Status, page 83. Chambre des représentants : aucune disposition.

¹⁶⁶ Promoting Workplace Health, Legislator Policy Brief, janvier 2008.

¹⁶⁷ <http://legislature.mi.gov/doc.aspx?2005-SB-0848>.

¹⁶⁸ <http://www.legis.state.wi.us/2007/data/AB-235.pdf>.

personnalisés en lien avec le mode de vie et la gestion de la maladie, de même qu'à des ressources en ligne¹⁶⁹.

- **Caroline du Nord :**

- Le *HealthSmart* de la Caroline du Nord est un ensemble de neuf programmes pilotes de santé au travail à l'intention des employés de l'État ; les économies de coûts possibles sur les soins de santé sont estimées à 22,5 millions de dollars par année.
 - Une étude effectuée sur un des programmes pilotes a permis de constater une baisse de 12 % des accidents vasculaires cérébraux, de 10 % des maladies cardiaques, de 20 % du nombre de nouveaux cas de diabète chez les employés participants, et ce, sur une période d'un an.
 - L'initiative *HealthSmart* offre aussi aux employés l'accès à des programmes d'abandon du tabac, des programmes de marche, des séances d'entraînement et des choix d'aliments santé offerts dans les cafétérias¹⁷⁰.

- **Dakota du Sud :**

- *Healthy South Dakota* aide les employés de l'État à établir des objectifs en vue d'une meilleure forme physique.
 - Les employés de l'État qui participent peuvent toucher jusqu'à 300 \$ par année s'ils assistent aux dépistages recommandés, remplissent un questionnaire sur les risques liés à la santé et atteignent au moins un objectif personnel de mieux-être¹⁷¹.

Europe :

- Projet de l'Union européenne (U.E.) « Facteurs de succès et qualité de la promotion de la santé au travail ».
- Déclaration du Luxembourg¹⁷².

Allemagne¹⁷³ :

- La *Loi de l'impôt* de 2009 accorde une exemption d'impôt de 500 € et une exemption des contributions à la sécurité sociale (effet rétroactif en 2008) pour les activités entreprises par l'employeur en vue d'améliorer la santé générale des employés.
- En vertu du Code IX de la sécurité sociale, les employeurs doivent appliquer les pratiques de gestion de la réinsertion (*Betriebliches Eingliederungsmanagement*) après six semaines de maladie.

¹⁶⁹ <http://ben.omb.delaware.gov/delawell/aboutus.shtml>.

¹⁷⁰ <http://statehealth-plan.state.nc.us>.

¹⁷¹ <http://www.healthysd.gov>.

¹⁷² <http://www.enwhp.org>.

¹⁷³ <http://www.betrifft-gesetze.de/bundesgesetzblatt/>.

- La prévention et le « mieux-être au travail » font partie des priorités de la stratégie courante de l'Allemagne en matière de sécurité au travail (*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, GDA*) – telle que définie en 2008 dans le cadre du Congrès national sur la sécurité au travail (*Nationale Arbeitsschutzkonferenz, NKA*).

Comparaison sur l'avancement des initiatives de divers pays¹⁷⁴

- Mise en œuvre à l'échelle nationale, avec des partenaires sociaux ou des entreprises :
 - Autriche, Belgique, République tchèque, Allemagne, Danemark, Finlande, Irlande, Norvège, Portugal.
- Stratégie nationale principalement :
 - Bulgarie, Grèce, Slovaquie.
- Émergence, initiatives non institutionnalisées :
 - Royaume-Uni.
- Émergence lente :
 - Espagne, France, Suède, Slovaquie.
- Émergence plutôt limitée :
 - Hongrie, Lituanie.
- Absence au programme :
 - Chypre, Estonie, Italie, Luxembourg, Lettonie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Roumanie.

Canada :

- Saskatchewan¹⁷⁵ :
 - *The Occupational Health and Safety Act, Statutes of Saskatchewan 1993* (la loi sur la santé et la sécurité au travail, recueil des lois de la Saskatchewan 1993) : les employeurs devront s'engager dans :
 - la promotion et le maintien d'un niveau élevé de bien-être physique, mental et social des travailleurs,
 - le placement et le maintien des travailleurs dans des lieux de travail adaptés aux conditions physiologiques et psychologiques de chacun,
 - la promotion et le maintien d'un milieu de travail exempt de harcèlement...¹⁷⁶.

¹⁷⁴ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, absentéisme et travail.

¹⁷⁵ <http://www.healthyalberta.com/HealthyPlaces/205.htm>.

¹⁷⁶ Promotion optimale de la santé au travail, Santé Canada, 2001.

- **Nouvelle-Écosse¹⁷⁷** :
 - Campagne de la Chambre de commerce de Halifax pour augmenter le nombre et la portée des programmes de mieux-être au travail en Nouvelle-Écosse :
 - valoriser directement un comportement sain en contribuant à la création de milieux de travail sains,
 - ateliers, consultation,
 - information et ressources de soutien,
 - amélioration des activités de promotion de la santé,
 - suivi des progrès accomplis et organisation de cérémonies de remise de prix.
 - Économies de coûts des soins de santé utilisées pour éduquer davantage.

¹⁷⁷ The Halifax Chamber of Commerce Workplace Wellness Campaign – Promoting Workplace Wellness in Nova Scotia. Canada, Le Conference Board du Canada, 2009.

Bibliographie

- « And the Winners Are ». *Prevention Magazine*, janvier/février 2000.
- « And the Winners Are ». *Prevention Magazine*, janvier/février 2000.
- « Employee Commitment Declining, Survey Shows ». *The Canadian Journal of Workplace Issues, Plans and Strategies – Workplace Today*, mai 2000, p. 7.
- « Healthy employees work to create a healthy company ». Section spéciale du *National Post*, octobre 1999.
- « Healthy workplace keeps in touch with employees ». *Canadian HR Reporter*, 28 février 2000.
- « Managers at BC Telus held accountable for wellness ». *Canadian HR Reporter*, 28 février 2000.
- Agence de nouvelles Reuters : <http://www.reuters.com/article/idUSTRE64U3XO20100531>.
- Aldana, S. G. « Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 15, 2001, p. 296–320.
- Aldana, S. G., R.M. Merrill, K. Price, A. Hardy et R. Hager. « Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program ». *Preventive Medicine*, vol. 40, no 2, 2004, p. 131-7.
- Aldana, S. G. « Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 15, no 5, 2001, p. 296-320.
- American Heart Association. Position Statement on Effective Worksite Wellness Programs, États-Unis, 2010.
- American Heart Association. Position Statement on Effective Worksite Wellness Programs. Dallas, 2010.
- Bachman, K. Health Promotion Programs at Work: A Frivolous Cost or a Sound Investment. Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2002.
- Bachman, K. Health Promotion Programs at Work: A Frivolous Cost or a Sound Investment. Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2002.
- Bachmann, K. *More Than Just Hard Hats and Safety Boots*. Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2000.
- Baicker, K., D. Cutler et Z. Song. « Workplace Wellness Programs Can Generate Savings ». *Health Affairs*, vol. 29, no 2, 2010.
- Bast, J., R. C. Rue et S. A. Wesbury Jr. 1993. *Why we spend too much on Health Care and what we can do about it*. The Heartland Institute.
- Baun, W. B., E.J. Bernacki et S.P. Tsai. « A preliminary investigation: effect of a corporate fitness program on absenteeism and health care cost ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JEOM)*, vol. 28, no 1, 1986, p. 18-22.
- Bertera, R. L. « The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population ». *American Journal of Public Health*, vol. 80, no 9, 1990, p. 1101-1105.
- Blaney, S., Chris Bonnett, Suzanne Caron, Shelley Kee et Anthony May. Un document de discussion sur la Santé au travail. Conseil canadien sur les soins de santé intégrés, 2002.

- Bly, J. L., R.C. Jones et J.E. Richardson. « Impact of worksite health promotion on health care costs and utilization: Evaluation of Johnson and Johnson's Live for Life program. *The Journal of American Medical Association (JAMA)*, 1986, vol. 256, no 23, p. 3235-40.
- Breslow, L., J. Fielding, A. A. Herrman et C. S. Wilbur. « Worksite health promotion: Its evolution and the Johnson & Johnson experience ». *Preventive Medicine*, vol. 19, no 1, 1990, p. 13-21.
- Budget 2010-2011, Plan budgétaire, Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Gouvernement du Québec, 2010.
- Centre sur la productivité et la prospérité, *Productivité et prospérité au Québec, Bilan 1981-2008*, septembre 2009.
- Chapman, L. S. « Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update ». *American Journal of Health Promotion*. vol. 19, no 6 , 2005, p. 1-11.
- Chapman, L. S. « Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies ». Article de *Health Promotion International*, vol. 6, no 6, janvier/février 2003, p. 1–10.
- Chapman, L. S. « Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. Art of Health Promotion Newsletter ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 6(6), janvier/février 2003, p. 1–10.
- Châtelaine*. « Working Well », août 1999.
- Christakis, N. A. et James H. Fowler. « The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years ». *The New England Journal of Medicine*, 357, 2007, p. 370-379.
- CIRANO, iCIRANO : <http://www.cirano.qc.ca/icirano/?l=fr>.
- Colman, R. Cost of Obesity In Quebec. GPI Atlantic (Indice de progrès véritable – Atlantique), novembre 2000.
- Community Health Service Department, comté de Lambton.
- Conference Board of Canada, "The Canadian Heart Health strategy, risk factors and future costs implications", Janvier 2010.
- Dishman, R. K., B. Oldenburg, H. O'Neal et R.J. Shephard. « Worksite physical activity interventions ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, 1998, p. 344-361.
- Downey, A. M. et D. J. Sharp. « Why Do Managers Allocate Resources to WHP Programmes in Countries with National Health Coverage? » *Health Promotion International*, vol. 22, no.2, 2007.
- Engbers, L. H., M.N.M van Poppel, et A. Chin. Paw *et al.* « Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 29, 2005, p. 61–70.
- Foothills Health Consultants
- Fries, J. F., D.A. Bloch, H. Harrington, N. Richardson et R. Beck. « Two-year results of a randomized controlled trial of a health promotion program in a retiree population: The Bank of America study ». *The American Journal of Medicine*, vol. 94, no 5, 1993, p. 455-462.
- Fries, J. F., H. Harrington, R. Edwards, L.A. Kent et N. Richardson. « Controlled trial of cost reductions from a health education program: the California public employees' retirement system (CalPERS) study ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 8, no 3, 1994, p. 216- 223.

- Goetzel, R. Z., T.R. Juday, R.J. Ozminkowski. « What's the ROI? A systematic review of return-on-investment studies of corporate health and productivity management initiatives ». *AWHP's Worksite Health*, vol. 6, no 3, 1999, p. 12-21.
- Goetzel, R. Z. et Ronald J. Ozminkowski. « The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs ». *Annual Review of Public Health*, vol. 29, 2008, p. 303-23.
- Goetzel, R. Z. « Essential Building Blocks for Successful Worksite Health Promotion Programs ». *Managing Employee Health Benefits*, vol. 6, no 1, 1997.
- Goetzel, R. Z., A.M. Guindon, I.J. Turshen et R.J. Ozminkowski. « Health and Productivity Management: Establishing Key Performance Measures, Benchmarks, and Best Practices ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, vol. 43, no 1, 2001, p. 10-17.
- Goetzel, R. Z., B.H. Jacobson, S.G. Aldana, K. Vardell et L.Yee. « Health Care Costs of Worksite Health Promotion Participants and Non-Participants ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, vol. 40, no 4, 1998, p. 341.
- Goetzel, R. Z., D. Shechter, R.J. Ozminkowski, P.F. Marmet, M.J. Tabrizi et E.C. Roemer. « CME Promising Practices in Employer Health and Productivity Management Efforts: Findings From a Benchmarking Study ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, no 2, 2007, p. 111-130.
- Goetzel, R. Z. « A return on investment evaluation of the Citibank, N.A. Health Management Program ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 14, no 1, 1999, p. 31-43.
- Goetzel, R. Z., David R. Anderson, William R. Whitmer et Ronald J. Ozminkowski. « The Relationship between Modifiable Health Risks and Analysis of the Multi-Employer Hero Health Risk and Cost Database ». *The Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 40, no 10, 1998, p. 843-54.
- Goetzel, R. Z., E. C. Roemer, R. C. Liss-Levinson et D. K. Samoly. Workplace Health Promotion: Policy Recommendations That Encourage Employers to Support Health Improvement Programs for Their Workers. A Prevention Policy Paper Comissioned by Partnership for Prevention. 2008.
- Hartman, S.W. et J. Cozetto. « Wellness in the workplace ». *The Personal Administrator*, août 1984, p. 108-117.
- Health Promotion Adocates - <http://healthpromotionadvocates.org/> (groupe de défense pour la santé).
- [Healthy People 2010, http://healthypeople.gov.](http://healthypeople.gov)
- [http://ben.omb.delaware.gov/delawell/aboutus.shtml.](http://ben.omb.delaware.gov/delawell/aboutus.shtml)
- <http://healthpromotionjournal.com/publications/journal/en2010-09.htm>
- [http://legislature.mi.gov/doc.aspx?2005-SB-0848.](http://legislature.mi.gov/doc.aspx?2005-SB-0848)
- [http://statehealth-plan.state.nc.us.](http://statehealth-plan.state.nc.us)
- [http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d110:s.01753.](http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d110:s.01753)
- [http://www.betrifft-gesetze.de/bundesgesetzblatt/.](http://www.betrifft-gesetze.de/bundesgesetzblatt/)
- http://www.bnq.qc.ca/fr/communiqu/norme_sante_index.html
- [http://www.eluta.ca/top-employer-telus.](http://www.eluta.ca/top-employer-telus)
- [http://www.enwhp.org.](http://www.enwhp.org)

<http://www.healthyalberta.com/HealthyPlaces/205.htm>.

<http://www.healthysd.gov>.

<http://www.legis.state.wi.us/2007/data/AB-235.pdf>.

<http://www.rhdcc-hrsdc.gc.ca/>.

<http://www.vifamily.ca/library/social/statscan.pdf>.

<http://www.washoe.k12.nv.us/wellness>.

Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2009 : revue de la dernière décennie*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Jacobs, P., Rapoport J., *The economics of Health and medical care*, Fifth edition, Jones and Bartlett publishers international Inc., 2002.

Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM), vol. 45, 2003, p. 1196-2002.

Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM), vol. 44, 2002, p. 776-80.

Journal of Occupational and Environmental Medicine, vol. 14, no 1, 1999, p. 5131-43.

Judt, T. *What Is Living and What Is Dead in Social Democracy?* 17 décembre 2009. Adaptation d'une conférence présentée au NewYork University le 19 octobre 2009.

Knight, K. K, R.Z. Goetzel *et al.* « An evaluation of Duke University's LIVE FOR LIFE health promotion program on changes in worker absenteeism ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, vol. 36, no 5, 1994, p. 533-6.

Leigh, J. P., N. Richardson, R. Beck *et al.* « Randomized controlled study of a retiree health promotion program. The Bank of American Study ». *Archives of Internal Medicine*. vol. 152, no 6, 1992, p. 1201-6.

Linnan, L., M. Bowling, G. Lindsay, J. Childress, C. Blakey *et al.* « Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey ». *American Journal of Public Health*, vol. 98, 2008, sous presse.

McKeown, G. 2002. A Four-Step Guide to Building the Business Case for A Healthy Workplace. Institut national de la qualité, p. 9.

Mills, P. « It's Official: At Work Health Promotion Programmes Work ». *E-HPM Newsletter*, 2005.

Moher, M., K. Hey, T. Lancaster. « Workplace interventions for smoking cessation ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, CD003440.

Montmarquette, C., Castonguay, J. « Analyse comparative de la gestion des paniers de services de santé », CIRANO, étude à paraître

Munro, Daniel. Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits. Le Conference Board du Canada, p. 29.

Naydeck, B. L., J.A. Pearson, R.J. Ozminkowski, B.T. Day et R.Z. Goetzel. « The Impact of the Highmark Employee Wellness Programs on 4-Year Healthcare Costs ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM)*, vol. 50, no 2, 2008, p.146.

O'Donnell, M. P. Editor's Notes. The Science of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. http://healthpromotionjournal.ca/publications/journal.htm#editors_notes

O'Donnell, M. P., C. Bishop et K. Kaplan. « Benchmarking best practices in workplace health promotion ». *The Art of Health Promotion*, vol. 1, no 1, 1997, p. 1-8.

- O'Donnell, M. P. *Economic Analysis of the Proposed Healthy Workforce Act*. Analyse non publiée effectuée pour le personnel du sénateur Tom Harkin de l'Iowa. 2005, 6 p.
- Pelletier, K. R. « A Review and Analysis of the Clinical- and Cost- Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1995– 1998 Update (IV) ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 13, 1999, p. 333–45.
- Pelletier, K. R. « A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite. 1998-2000 Update ». *American Journal of Health Promotion*, 16, 2001, p. 107–116.
- Pelletier, K. R. « A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1995-1998 Update (IV) ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 13, 1999, p. 333-345.
- Pelletier, K. R. « A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1995-1998 Update (IV) ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 13, 1999, p. 333-345.
- Preventive Medicine*, vol. 40, 2000, p. 131-7.
- PriceWaterhouseCoopers. *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Genève : Forum économique mondial, 2008.
- Prioritising investments in preventative health. Health England, 2009.
- Promoting Workplace Health, Legislator Policy Brief. Janvier 2008.
- Promotion optimale de la santé au travail, Santé Canada, 2001.
- Raphael, D. « Grasping at Straws: A Recent History of Health Promotion in Canada ». *Critical Public Health*, vol. 18, no 4, 2008, p. 483-95.
- Riedel, J. E., W. Lynch, C. Basse, P. Hymel et K.W. Peterson. « The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity: A literature review ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 15, 2001, p.167-191.
- Saha, S., Hoerger, T.J., Pignone, M.P., Teutsch, S.M., Helfand, M., Mandelblatt, J.S. « The art and science of Incorporating cost effectiveness into evidence-based recommendations for clinical preventive services », *American Journal of preventive medicine*, vol. 20 (3s), 2001.
- Sanofi-Aventis. *Healthcare Survey*, Laval, Les Éditions Rogers, Groupe Affaires et Professionnels, 2010.
- Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2005-hcs-sss/expen-depen-fra.php>.
- Sénat : voir page 1253, article 399MM. Technical Assistance for Employer-Based Wellness Programs.
Chambre des représentants : aucune disposition.
- Sénat : page 1134, article 4001, National Prevention, Health Promotion and Public Health Council, Titre IV, Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health. Chambre des représentants : voir article 3121, Titre III, Prevention and Wellness, Le titre III commence à la page 1296 et l'article 3121 débute à la page 1299.
- Sénat : voir article 2705, « j ». Prohibiting Discrimination against Individual Participants and Beneficiaries Based on Health Status, page 83. Chambre des représentants : aucune disposition.
- Sénat : voir page 1142, article 4003, Clinical and Community Preventive Services, page 1240, article 4301, Research on Optimizing the Delivery of Public Health Services.

- Chambre des représentants : voir articles 3131, 3132 et 3141, Titre III : Prevention and Wellness of HR 3962, *Affordable Health for America Act*. Les articles débutent aux pages 1301, 1308, 1314.
- Sénat : voir page 1254, article 399MM-1. National Worksite Health Policies and Programs. Chambre des représentants : aucune disposition.
- Sénat : voir page 257, au *Managers Amendment*, article 10408. Grants for Small Businesses to Provide Comprehensive Workplace Wellness Programs. Chambre des représentants : article 112, Wellness Program Grants, Titre I. Voir page 69.
- Shephard, R. J. « Worksite fitness and exercise programs: A review of the methodology and health impact ». *American Journal of Health Promotion*. vol. 10, 1996, p. 436-452. Shephard, R.J. « Issues in worksite health promotion: A personal viewpoint ». *Quest*, vol. 54, 2002, p. 67-82.
- Silberman, R. « Workplace Wellness Programs: Proven Strategy or False Positive? ». *Michigan Journal of Public Affairs*, vol. 4, printemps 2007.
- Sondage sur les soins de santé 2008, Sanofi-Aventis.
- Sondage sur les soins de santé 2009, Sanofi-Aventis.
- Sondage sur les soins de santé 2010, Sanofi-Aventis.
- Statistique Canada : matrice CANSIM.
- Statistique Canada, 2001. Enquête sur le milieu de travail et les employés – Compendium juin 2001.
- Statistique Canada, le 6 août – Dernier communiqué de l'Enquête sur la population active.
- Stewart, N. Beyond Benefits Creating a Culture of Health and Wellness in Canadian Organizations. Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2010.
- The Halifax Chamber of Commerce Workplace Wellness Campaign – Promoting Workplace Wellness in Nova Scotia. Canada, Le Conference Board du Canada, 2009.
- The Payback of a Healthy Organizational Culture*. Site Internet de Health Systems Group (www.hsgrp.com); MDS
- Towers Watson. *The Health and Productivity Advantage – Staying@Work Report*. Publié par le National Business Group on Health: Watson Wyatt Worldwide, 2009/10.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Prevention Makes Common "Cents"*. 2003. <http://aspe.hhs.gov/health/prevention/>. 8 septembre 2008.
- University of Michigan Health Management Research Center, 2001.
- Warner, K. E. « Selling Health Promotion to Corporate America: Uses and Abuses of the Economic Argument ». *Health Education Quarterly*, vol. 14, n° 1, 1987, p. 39-55.
- Watson Wyatt Worldwide. *The Health and Productivity Advantage - Staying@Work Report*. Publié par National Business Group on Health, Watson Wyatt Worldwide, 2009/10.
- Wellness Councils of America, *The Cost Benefit of Worksite Wellness*, 2002.
- Wellness Councils of America. *Seven benchmarks of success*. <http://www.welcoa.org/wellworkplace/index.php?category=2>.
- Wosnick, R. et R. Kalbfleisch. *Beyond Skin-Deep*. BCE Emergis: Benefits its Canada.), avril 2000.