

# **La prévention des maladies non transmissibles par l'alimentation et l'exercice physique sur le lieu de travail**

**Rapport d'une réunion mixte OMS/Forum économique  
mondial**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**WORLD  
ECONOMIC  
FORUM**

COMMITTED TO  
IMPROVING THE STATE  
OF THE WORLD

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

La prévention des maladies non transmissibles par l'alimentation et l'exercice physique sur le lieu de travail – Rapport d'une réunion mixte OMS/Forum économique mondial

1.Chronic disease - prevention and control. 2.Occupational health. 3.Workplace. I.World Health Organization.  
II.World Economic Forum.

ISBN 978 92 4 259632 7

(classification NLM: WA 400)

## © Organisation mondiale de la Santé / Forum économique mondial 2008

Tous droits réservés.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Il est possible de se procurer les publications du Forum économique mondial auprès de la World Economic Forum Press, 91-93 route de la Capite, CH-1223 Cologny (Suisse) (téléphone : +41 (0)22 869 1212; télécopie : +41(0)22 786 2744; adresse électronique : [contact@weforum.org](mailto:contact@weforum.org)). Pour toute question concernant le projet Working Towards Wellness, prière de s'adresser à : [workingtowardswellness@weforum.org](mailto:workingtowardswellness@weforum.org)

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé ou du Forum économique mondial aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé ou par le Forum économique mondial, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé et le Forum économique mondial ont pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ni le Forum économique mondial ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication ne reflète pas nécessairement les politiques déclarées de l'Organisation mondiale de la Santé ni du Forum économique mondial.

## **Table de matières**

Résumé d'orientation	<b>1</b>
1. Introduction	<b>3</b>
2. Les raisons d'utiliser le lieu de travail pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique	<b>8</b>
3. Efficacité et efficience des interventions de promotion sur le lieu de travail visant l'alimentation et l'exercice physique	<b>9</b>
4. Politiques et programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail	<b>13</b>
5. L'implication de multiples parties	<b>19</b>
6. Suivi et évaluation	<b>24</b>
7. Les lacunes des connaissances actuelles	<b>28</b>
8. Conclusions générales	<b>29</b>
Références	<b>30</b>
Annexe 1 : Liste des participants	<b>36</b>
Annexe 2 : Ressources essentielles	<b>38</b>
Remerciements	<b>39</b>

## **Résumé d'orientation**

### **Le lieu de travail comme cadre de promotion de la santé**

Les programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail (PSLT), qui s'attaquent à la sédentarité et aux habitudes alimentaires défavorables à la santé, s'avèrent efficaces pour améliorer l'évolution de certains facteurs de risques sanitaires tels que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. L'amélioration de la productivité des salariés, le renforcement de l'image de l'entreprise et la maîtrise des dépenses de santé figurent au nombre des arguments qui devraient inciter les directions à lancer et à soutenir des programmes de PSLT.

Les modes d'alimentation défavorables à la santé constituent, avec l'excès d'apport énergétique, la sédentarité physique et la consommation de tabac, l'un des principaux facteurs de risque pour les maladies non transmissibles (MNT). On estime à 35 millions le nombre des décès dus en 2005 à des MNT telles que les maladies cardiaques, les AVC, le cancer ou le diabète. Quelque 80% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen, également confrontés à la charge des maladies infectieuses, aux affections périnatales et maternelles, et aux carences nutritionnelles.

### **Éléments essentiels au succès des programmes**

Les principales conditions du succès des programmes portent sur les points suivants : l'établissement de buts et objectifs clairs; la liaison entre les programmes et les objectifs de l'activité; un ferme appui de l'encadrement; une communication efficace et une collaboration avec les salariés à tous les niveaux d'élaboration et d'application du programme PSLT; la création d'un climat favorable; l'adéquation du programme aux normes sociales et l'acquisition du soutien de la société; la possibilité d'incitations afin de favoriser l'observance des programmes et d'améliorer les performances autonomes des participants.

### **Le rôle primordial d'une approche à partenaires multiples**

Pour traiter de façon complète les questions d'alimentation et d'exercice physique, il convient de rassembler les contributions de diverses parties. Une approche à partenaires multiples de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et programmes de PSLT est essentielle à leur succès, à leur efficacité et à leur durabilité. Parmi les intervenants susceptibles de jouer un rôle dans les PSLT, on peut mentionner les organisations internationales, les ministères de la santé, du travail et de la sécurité, les autorités territoriales et municipales, les organisations non gouvernementales, la société civile, les employeurs, les syndicats, les assurances santé, les industries agroalimentaires, les producteurs, préparateurs et distributeurs de produits alimentaires, et le secteur du sport.

### **L'importance d'intégrer le suivi et l'évaluation**

Le suivi et l'évaluation (entre autres, évaluation des processus et résultats, des risques pour la santé et de l'évolution de l'état de santé) constituent des éléments fondamentaux des PSLT, et doivent donc être dès l'origine intégrés à la démarche. Le suivi et l'évaluation éclairent la prise de décision et appuient les modifications dans les politiques et programmes, contribuent à apporter les informations nécessaires à la transparence, et assurent aux PSLT une efficacité de nature à rationaliser au mieux l'utilisation des ressources.

### **Les lacunes des connaissances actuelles**

Les lacunes des connaissances actuelles, notamment dans les domaines de l'efficacité, de l'analyse coûts/bénéfices, et des effets sur la santé des programmes de PSLT, justifieraient des recherches plus approfondies. Il est recommandé d'élaborer des outils simples, faciles d'usage, afin d'évaluer l'alimentation et l'exercice physique. Il conviendra d'observer de façon plus attentive comment s'appliquent les mesures à bases factuelles relatives à l'alimentation et à l'exercice physique sur le lieu de travail en fonction du lieu géographique, également variables selon les structures de l'État, le degré d'alphabétisation et les normes sociales concernant les différents comportements liés à la santé. La recherche et la publication de rapports de cas et d'exemples de programmes internationaux de PSLT contribueraient elles aussi à apporter une information précieuse aux planificateurs pour concevoir des programmes mondiaux mieux adaptés.

Les informations rassemblées dans le présent rapport correspondent aux données issues des politiques de PSLT mises en œuvre dans des pays à revenu élevé, principalement en Europe et en Amérique du Nord. La maigreur des renseignements et études de cas provenant des pays à revenu faible et moyen illustre une lacune importante dans les connaissances actuelles, à laquelle il faudra porter remède. Aussi insuffisantes ces données soient-elles aujourd'hui, toutes les parties sont invitées à définir et à mettre en œuvre des politiques et programmes de PSLT afin de faire face aux conséquences des modes d'alimentation et de la sédentarité nuisibles à la santé.

**Le rapport OMS/Forum économique mondial : un pas important vers la prévention des maladies non transmissibles (MNT)**

En traitant des questions d'alimentation et d'exercice physique sur le lieu de travail, on pourrait contribuer à améliorer l'état de santé des salariés; à donner de l'entreprise une image positive et prévenante; à élever l'état d'esprit; à réduire la rotation et l'absentéisme du personnel; à augmenter la productivité, et à limiter les congés pour maladie, les coûts des assurances médicales, ainsi que les indemnités compensatoires et d'invalidité. Le présent rapport, aboutissement d'une réunion organisée en commun par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Forum économique mondial, résume les informations disponibles concernant la manière d'envisager le lieu de travail dans ses diverses dimensions comme moyen de lutte essentiel contre les MNT, par l'alimentation et l'exercice physique.

## 1. Introduction

### Charge mondiale des MNT

En 2005, les maladies non transmissibles (MNT) ont provoqué, selon les estimations, 60% de tous les décès survenus dans le monde, soit environ 35 millions de personnes décédées de ces maladies (1). Environ 80% de ce total s'enregistrent dans les pays à revenu faible ou moyen.

Les cinq MNT majeures sont les affections cardiaques, les attaques cérébrales, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Les données scientifiques s'accordent pour montrer qu'une alimentation saine et une activité physique suffisante (de l'ordre d'au moins 30 minutes d'exercice physique modéré par jour, au moins 5 jours par semaine) jouent un rôle important dans la prévention de ces maladies. On estime en outre qu'environ 80% des affections cardiaques, des accidents cérébraux, du diabète de type 2, ainsi que 40% des cancers, pourraient être évités à l'aide de mesures peu coûteuses et d'une forte efficacité portant sur les facteurs de risque primaires.

### Effets des MNT

La charge des MNT n'affecte pas uniquement la qualité de vie des individus atteints et de leurs familles, mais aussi les structures sociales et économiques des pays. L'OMS estime ainsi que les pertes de revenu national dans divers pays en subiront de très graves conséquences (Tableau 1). On évalue par exemple à environ 558 milliards de dollars internationaux<sup>1</sup> les dommages qu'infligera la charge pathologique des MNT à la Chine de 2005 à 2015 (1).

Compte tenu du vieillissement de la population et des facteurs de risque, on prévoit que les décès dus à des MNT vont s'accroître de 17% entre 2005 et 2015, alors que sur la même période on observera une baisse des décès liés à des maladies transmissibles, à des affections de la maternité ou périnatales, et à la malnutrition (1).

Tableau 1

**Projections : pertes de revenu national liées aux maladies cardiaques, aux AVC et au diabète dans certains pays (2005-2015, en milliards de dollars internationaux) (1)**

	Brésil	Canada	Chine	Inde	Nigéria	Pakistan	Fédération de Russie	République-Unie de Tanzanie	Royaume-Uni
<b>Perte de revenu estimée pour 2005</b>	2,7	0,5	18,3	8,7	0,4	1,2	11,1	0,1	1,6
<b>Perte de revenu estimée pour 2015</b>	9,3	1,5	131,8	54,0	1,5	6,7	66,4	0,5	6,4
<b>Perte cumulée en valeur 2005</b>	49,2	8,5	557,7	236,6	7,6	30,7	303,2	2,5	32,8

<sup>1</sup> Le dollar international est une unité de compte fictive, employée pour traduire et comparer les coûts d'un pays à un autre à l'aide d'une référence commune, à savoir le dollar des États-Unis d'Amérique. Le pouvoir d'achat du dollar international est identique à celui du dollar aux États-Unis d'Amérique.

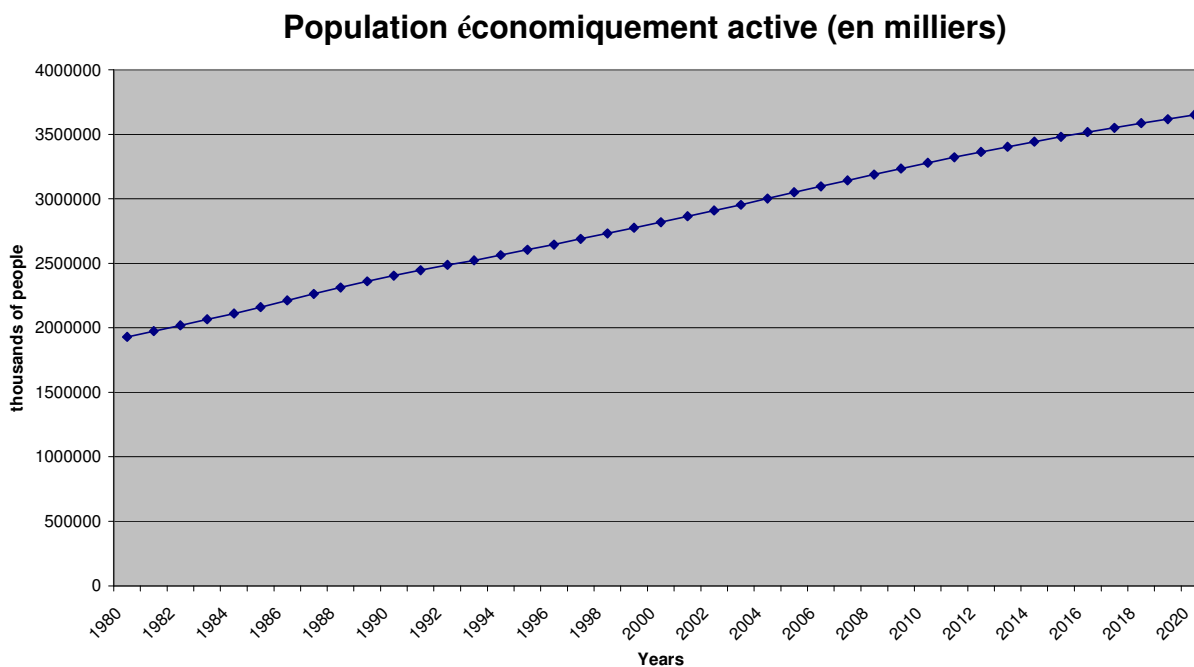
## Populations économiquement actives

Le cadre de travail consent d'influencer les comportements d'une forte partie de la population vis-à-vis de la santé, et de mener des interventions répétées à divers niveaux en vue d'influencer ces comportements (2, 3).

Les données mondiales indiquent que quelque 65% des populations âgées de plus de 15 ans appartiennent aux forces productives (4). La "population économiquement active" comprend toute personne, quel que soit son sexe, qui contribue à la production de biens ou services au cours d'une période de temps définie.

La figure 1 trace les estimations mondiales et les projections de la population économiquement active de 1980 à 2020. En 2007, près de 3,1 milliards de personnes étaient économiquement actives; on estime que ce nombre dépassera 3,6 milliards en 2020 (4).

Figure 1  
Estimations mondiales et projections de la population économiquement active, 1980-2020 (4)



## Contexte

La communauté internationale reconnaît le lieu de travail comme site approprié de promotion de la santé. Son importance a été soulignée à cet égard dès 1950, puis rappelée en 1995 lors d'une conférence réunie conjointement par l'Organisation internationale du travail et l'Organisation mondiale de la Santé, portant sur la santé au travail (5).

Depuis, la promotion de la santé sur le lieu de travail a été souvent recommandée par les organismes internationaux dans de nombreuses chartes et déclarations, telles que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, en 1986 (6), la *Déclaration de Djakarta sur la promotion de la santé au 21<sup>ème</sup> siècle* en 1997 (7) et la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un monde globalisé*, en 2005 (8).

De même, le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP) a émis plusieurs textes, parmi lesquels la *déclaration de Luxembourg sur la promotion de la santé sur les lieux de travail dans l'Union européenne*, la *déclaration de Lisbonne sur la santé au travail dans les petites et moyennes entreprises*, et la *déclaration de Barcelone sur le développement de bonnes pratiques de santé au travail en Europe* (9).

---

## La stratégie DPAS

Face à la charge pathologique infligée par les MNT dans le monde, l'OMS a élaboré une *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* (DPAS), adoptée en mai 2004 par la 57<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé (10). Elle a pour but de promouvoir la santé en orientant l'établissement d'un cadre favorable à des actions durables aux niveaux individuel, communautaire, national et mondial, qui permettront ensemble de réduire la morbidité et la mortalité liées aux modes d'alimentation et à la sédentarité qui nuisent à la santé.

Le cadre de travail y est clairement souligné comme lieu important de promotion de la santé et de prévention des maladies (10, article 62) : "Les gens doivent avoir la possibilité de faire des choix sains sur leur lieu de travail pour être moins exposés aux risques. En outre, le coût pour l'employeur de la morbidité attribuée aux maladies non transmissibles augmente rapidement. Le lieu de travail devrait permettre de faire des choix alimentaires sains et encourager à faire de l'exercice."

En outre, le *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs pour 2008-2017*, préparé par l'OMS et adopté par l'Assemblée générale de la Santé dans sa résolution WHA60.26, énonce à son Article 14 : " Il faudrait davantage stimuler la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles en milieu professionnel, et notamment promouvoir la santé mentale et la santé de la famille sur le lieu de travail et inciter les travailleurs à avoir une alimentation saine et à faire de l'exercice physique."

---

## La conférence commune OMS/Forum économique mondial

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie DPAS, l'OMS et le Forum économique mondial ont choisi le thème de l'alimentation et de l'exercice physique sur le lieu de travail comme terrain commun pour lancer une collaboration entre les deux institutions, visant globalement à prévenir en partie les maladies non transmissibles.

C'est pourquoi l'OMS et le Forum économique mondial ont conjointement organisé une rencontre sur la prévention des MNT sur le lieu de travail, pour étudier en particulier les modes d'alimentation et d'exercice physique favorables à la santé.



Cette réunion s'est tenue à Dalian (Chine) les 5 et 6 septembre 2007, avec les principaux objectifs suivants :

- Examiner l'état présent des connaissances concernant les initiatives, politiques et programmes visant à prévenir les MNT sur le lieu de travail, en mettant l'accent sur l'alimentation et l'exercice physique;
- Montrer en quoi le lieu de travail offre un cadre privilégié pour la prévention des MNT, et déterminer celles des interventions à bases factuelles de nature à prévenir ces maladies par la promotion de modes d'alimentation et d'exercice physique appropriés à la santé;
- Fournir les grandes lignes des avantages et du rapport coût-efficacité de la prévention des MNT sur le lieu de travail, en mettant l'accent sur l'alimentation et l'exercice physique;
- Étudier les outils de suivi et d'évaluation adaptés aux programmes de prévention des MNT sur le lieu de travail, concernant l'alimentation et l'exercice physique;
- Synthétiser le rôle des diverses parties impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de prévention des MNT menés sur le lieu de travail et concernant les modes d'alimentation et d'exercice physique favorables à la santé.

Les participants à cette réunion conjointe comprenaient des universitaires, des représentants du secteur commercial, des organisations non gouvernementales, et des organisations internationales engagées dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes concernant les modes d'alimentation et d'exercice physique sur le lieu de travail.

---

**But de ce rapport** Le présent rapport veut constituer une ressource à la disposition des parties, pour les aider à intervenir en faveur de la prévention et de la maîtrise des MNT sur le lieu de travail, par la promotion de modes d'alimentation et d'exercice physique favorables à la santé.

Il résume les données actuellement disponibles, et met en lumière les principaux points soulignés dans les documents de travail préalables, tout en couvrant les principales questions et les perspectives d'avenir évoquées.

---

**Programmes  
d'arrêt du tabac  
au travail**

La consommation de tabac, associée à la sédentarité, aux modes d'alimentation inadaptés, et à l'excès d'absorption énergétique, sont les principaux facteurs modifiables qui provoquent des MNT (1).

On sait que les programmes d'arrêt du tabac sur le lieu de travail sont d'une efficacité éprouvée pour réduire la prévalence du tabagisme parmi les salariés. Toute politique intégrée de lieu de travail sans fumée peut entraîner de fortes conséquences positives sur le comportement des salariés fumeurs et jouer un rôle central dans la prévention des MNT. Cette reconnaissance des avantages pour la santé que comportent les lieux de travail sans fumée a conduit au cours des dernières décennies à des avancées importantes (11). S'y est ajoutée la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, qui a donné une nouvelle impulsion à la tendance qui fait du non-fumeur un modèle social (12).

Au-delà des questions essentielles d'alimentation et d'exercice physique, les participants à la rencontre conjointe OMS/Forum économique mondial sont convenus que l'interdiction de fumer sur le lieu de travail est une condition fondamentale pour le succès de la prévention des MNT et la promotion de la santé des salariés.

---

## 2. Les raisons d'utiliser le lieu de travail pour promouvoir une alimentation saine et l'exercice physique<sup>1</sup>

### Avantages majeurs du lieu de travail

La promotion de la santé sur le lieu de travail (PSLT) s'est en général focalisée sur une approche individuelle consistant à réduire les comportements à risque tels que :

- la consommation de tabac;
- la sédentarité;
- les défauts de l'alimentation;
- les autres comportements à risque (13, 14).

Les programmes de PSLT offrent la possibilité de toucher une part importante des adultes salariés (15). Ils constituent également un moyen efficace de promouvoir un mode d'alimentation favorable et une activité physique régulière, et il conviendrait d'investir des efforts en faveur de leur emploi afin d'améliorer les habitudes alimentaires et d'exercice physique des populations laborieuses (16-18).

Il existe de multiples niveaux d'influence qui permettent d'influencer les comportements en matière de santé sur le lieu de travail. Ils vont d'actions directes (éducation à la santé, amélioration des disponibilités en produits sains, renforcement des possibilités d'exercice physique) à des actions indirectes, consistant par exemple à favoriser le soutien social et à adapter les normes sociales, ou à promouvoir les comportements favorables à la santé (19).

On peut également relier la promotion de la santé sur le lieu de travail à des actions plus larges menées sur ce lieu et visant à appuyer la santé des salariés, par exemple :

- des initiatives concernant la santé et la sécurité professionnelles (20);
- des programmes de gestion des invalidités (21);
- des programmes d'aide aux employés (22).

Le lieu de travail permet en outre de planifier des programmes de promotion de la santé avec la participation des salariés, et d'établir des priorités en fonction :

- de l'évaluation par les salariés de leurs besoins;
- des comportements liés aux plus fortes baisses de mortalité et de morbidité, aux plus fausses hausses des invalidités, et aux diminutions de la productivité du travail;
- du potentiel de réduction des coûts liés aux effets sur la santé (13, 23, 24).

---

### Importance des cadres dirigeants

Les cadres dirigeants devront se préoccuper de lancer des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail, et ce pour diverses raisons :

- renforcer les comportements favorables à la santé;
- réduire les coûts des soins médicaux et des invalidités;
- accroître la productivité des salariés et améliorer l'image de l'entreprise (13, 25).

Ces raisons ont toutes les chances de correspondre de près aux objectifs d'activités de l'entreprise à court et long terme. Il est essentiel que les avantages perçus à retirer des programmes de PSLT soient conformes aux objectifs globaux d'activité, afin qu'ils puissent être approuvés dans un premier temps, et maintenus par la suite (13).

---

<sup>1</sup> Cette section est adaptée avec autorisation de la référence 26.

### 3. Efficacité et efficacité des interventions de promotion sur le lieu de travail visant l'alimentation et l'exercice physique

#### Vue d'ensemble des résultats de la recherche

Les programmes de PSLT visant l'exercice physique et l'alimentation sont efficaces dans les domaines suivants :

- modification des styles de vie, par exemple amélioration de l'exercice physique et des habitudes alimentaires;
- amélioration des résultats liés à la santé, par exemple réduction de l'indice de masse corporelle (IMC), de la pression artérielle et d'autres facteurs de risque de maladies cardiovasculaires;
- facilitation des changements au niveau organisationnel, réduction de l'absentéisme par exemple.

Le Tableau 2 reprend les principaux résultats des programmes visant l'exercice physique, la nutrition et la cholestérolémie, la surveillance du poids, la consommation d'alcool et les facteurs de risque de cancer, ainsi que ceux des programmes de PSLT ayant de multiples objectifs (26).

Les résultats économiques des initiatives de PSLT sont moins bien établis, ce qui est en partie dû au manque d'études méthodologiquement solides (27, 28).

---

#### Signification pour la santé publique

Il importe de remarquer que même de petits changements dans les comportements, observés au sein de populations entières, peuvent se traduire par des effets considérables sur les facteurs de risque de maladies (29, 30). Par exemple, les stratégies menées au niveau des populations pour réduire le taux de cholestérol dans le sérum sont d'un bon rapport coût-efficacité, même si la baisse de cholestérol obtenue n'est que de 2% ou davantage (31).

Les critères employés pour interpréter les résultats des études sur les interventions au travail devraient se fonder sur la signification de santé publique des ces résultats ou effets.

---

Tableau 2

**Réduction des risques sanitaires dans différentes interventions de promotion de la santé sur le lieu de travail, par significativité des résultats** <sup>a,b</sup>

		Exercice physique				Nutrition/ cholestérol	Suivi pondéral	Exercice physique et/ou nutrition		Alcool	Facteurs de risque de cancer	Programmes à composantes multiples				
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
<b>Anthropométrie</b>	Perte de poids							■				■		■		
	Baisse de l'IMC	■			■		■				■					
	Réduction des graisses corporelles (%)	■			■		■				■					
	Réduction de la pression artérielle	■			■		■				■					■
	Baisse du cholestérol	■			■		■				■				■	■
	Amélioration de la stabilité glycémique														■	■
<b>Promotion de la santé</b>	Augmentation de l'exercice physique	■			■			■			■			■		
	Réduction de l'incidence tabagique	■									■			■		
	Endurance/forme améliorées		■		■							■				
	Choix nutritionnels					■		■			■					■
	Réduction de l'alcoolisme									■						
	Utilisation de la ceinture de sécurité											■			■	
<b>Plaisir de vivre/ attitudes</b>	Amélioration du plaisir de vivre / du bien-être	■														
	Amélioration de la satisfaction / du bien-être au travail	■		■									■			
	Réduction du stress, de l'anxiété, des troubles somatiques														■	■
	Attitude envers la nutrition					■					■					
	Attitude envers l'alcool									■						
<b>Morbidité/ mortalité</b>	Réduction de la mortalité											■				
	Réduction du nombre de visites au médecin ou d'hospitalisations												■		■	■
	Baisse du risque pathologique global													■	■	
<b>Effets organisationnels</b>	Diminution des accidents											■				
	Absentéisme/congés maladies réduits	■		■						■		■		■	■	■
	Accroissement de la productivité			■						■				■		
	Dépenses maladies												■			
	Retour sur investissement positif													■	■	■

IMC = indice de masse corporelle

<sup>a</sup> Les études figurant sous chaque point peuvent se chevaucher

<sup>b</sup> Les références figurent dans la liste ci-dessous : Revue de la documentation, nombre d'études (années)

- a. (16) Shephard, 1996, 52 (1972-1994)
- b. (32) Dishman et al., 1998, 26 (1979-1995)
- c. (27) Proper et al., 2002, 8 (1981-1999)
- d. (33) Glanz et al., 1996, Nutr=10, Chol=16 (1980-1995)
- e. (34) Proper, 2003, 26 (1980-2000)
- f. (35) Hennrikus et al., 1996, 43 (1968-1994)
- g. (36) Matson-Koffman et al., 2005, 18 (1991-2001)
- h. (18) Engbers et al., 2005, 13 (1987-2002)
- i. (37) Roman et al., 1996, 24 (1970-1995)
- j. (38) Janer et al., 2002, 45 (1984-2000)
- k. (39) Heaney et al., 1997, 47 (1978-1996)
- l. (40) Pelletier, 1996, 26 (1992-1995)
- m. (41) Pelletier, 1999, 11 (1994-1998)
- n. (42) Pelletier, 2001, 12 (1998-2000)
- o. (43) Pelletier, 2005, 8 (2000-2004)

## Quelques précisions

Les exemples qui suivent mettent en lumière les effets précis des programmes de PSLT dans certains domaines.

---

### **Effets des PSLT sur les comportements, la santé et le travail**

Plusieurs résultats importants des interventions sur le lieu de travail en faveur de l'exercice physique et de l'alimentation ont été observés, notamment un accroissement de l'activité physique et des apports alimentaires, une amélioration des indicateurs de santé tels que la pression artérielle ou l'état de santé perçu, et des facteurs liés à l'emploi tels que les congés pour maladie ou la satisfaction au travail. On n'a tenu compte ici que des études randomisées contrôlées (44-47). Concernant les initiatives de PSLT intéressant l'exercice physique, on observe différentes conséquences favorables :

- augmentation des niveaux d'activité physique;
- réduction du poids relatif des graisses corporelles;
- réduction des troubles musculosquelettiques;
- amélioration de l'état cardiorespiratoire.

Concernant les initiatives de PSLT intéressant l'alimentation, on observe différentes conséquences favorables :

- augmentation de la consommation de fruits et légumes;
- réduction des apports en graisses alimentaires nuisibles pour la santé;
- **réduction sensible de la masse pondérale en termes d'IMC (48, 49)**

---

### **Effets des PSLT sur les résultats économiques**

En 2003, une vaste étude consacrée à la rentabilité économique de la promotion de la santé sur le lieu de travail a conclu que ces programmes amènent à réduire de 25% à 30% les coûts médicaux et d'absentéisme sur une période moyenne de 3,6 années (50).

Cette étude des programmes de PSLT a mis en évidence :

- 1) une baisse moyenne de l'absentéisme pour raisons médicales de 27%;
- 2) une baisse moyenne des coûts de santé de 26%;
- 3) une baisse moyenne des indemnités journalières et sinistres d'invalidité de 32%;
- 4) un rapport moyen épargne/coûts de 5,81.

Globalement, cette étude montre que la baisse moyenne des coûts engendrés par les congés pour maladie, les assurances-santé, les indemnités journalières et les plans d'invalidité est légèrement supérieure à 25%.

---

### **Exemple de cas**

Dans le cadre d'un essai aléatoire, une évaluation économique a montré qu'une intervention de conseil sur le lieu de travail concernant l'exercice physique et le mode d'alimentation pour un coût de € 430 par participant et par an) a engendré une baisse des coûts liés aux congés pour maladie de € 125 par participant au cours de la période d'intervention, soit une perte annuelle de € 305 pour chacun (51). En revanche, dans l'année suivant l'intervention, les coûts ont été abaissés de € 635 par participant dans le groupe d'intervention (par rapport aux participants contrôle), soit une économie annuelle nette de € 325 par participant.

Cette même étude a également calculé le coût moyen nécessaire pour obtenir des changements de comportement de la part des salariés (dépense énergétique), et parvenir à des changements physiologiques (fréquence cardiaque inférieure aux maxima), à savoir les rapports coût-efficacité, à € 5,2 par salarié pour chaque kilocalorie supplémentaire dépensée chaque jour et € 235 par salarié pour chaque battement/minute sous-maximal gagné (au repos) sur la fréquence cardiaque à un niveau sous-maximal (51).

---

## 4. Politiques et programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail

**Introduction** Sont ici évoqués les principaux éléments à prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre de politiques et programmes voulant promouvoir sur le lieu de travail des modes d'alimentation et d'exercice physique favorables à la santé. Cette section se subdivise elle-même en trois sous-parties :

- 1) Éléments essentiels
- 2) Implication multipartite
- 3) Suivi et évaluation

---

**Éléments essentiels** La faisabilité des principaux éléments exposés ci-dessous s'illustre à l'aide d'exemples et d'activités issus d'interventions à bases factuelles concernant l'alimentation et l'exercice physique (17, 52-54). Ces principaux éléments sont les suivants :

- relier les programmes aux objectifs d'activité;
- appui de l'encadrement dirigeant;
- constitution d'assemblées consultatives de salariés;
- communiquer efficacement;
- créer un cadre favorable;
- mettre en place des incitations;
- fixer des objectifs;
- autodétermination;
- contexte social, normes sociales, soutien social;
- individualiser les programmes;
- définir des programmes efficaces tout au long de la chaîne individu-milieu.

---

**Relier les programmes aux objectifs d'activité** Les programmes et politiques visant à prévenir les MNT par la promotion de l'alimentation et de l'exercice physique sur le lieu de travail se trouvent renforcés lorsqu'ils viennent en appui aux objectifs d'activité de l'entreprise, tant vis-à-vis de leurs effets financiers au niveau de l'organisation dans son ensemble que des avantages qu'ils apportent au niveau individuel aux salariés en termes de santé et de bien-être.

Les programmes de PSLT peuvent être considérés comme des initiatives stratégiques visant à protéger les ressources humaines et financières. En favorisant la santé et la réduction des facteurs de risque, les entreprises peuvent éviter des coûts de santé superflus, améliorer la productivité, réduire l'absentéisme et la rotation du personnel, et encourager les salariés en faisant montre d'engagement en faveur de leur bien-être.

---

**Exemple de cas** La société Dow Chemical mène un programme en faveur de la santé des salariés dont la déclaration de mission indique : "Les entreprises Dow possèdent un avantage comparé lié à la santé" (55). On voit ici comment un programme de PSLT peut s'intégrer aux objectifs d'activité centraux d'une entreprise, favoriser l'engagement et contribuer à légitimer les actions de promotion de la santé parmi les cadres et employés.

La société Dow Chemical indique que ses programmes de promotion de la santé concerne tous ses salariés, retraités et membres de leurs familles, avec trois principaux résultats :

- 1) Amélioration de l'état de santé
- 2) Résultat net positif pour l'entreprise (rapport coût-efficacité favorable)
- 3) Forte valeur perçue (amélioration du recrutement, fidélisation, moral des salariés, ...) (55)



**Appui de l'encadrement dirigeant**

Un important soutien de l'encadrement est souvent essentiel pour dégager les ressources humaines et financières nécessaires au lancement et au fonctionnement d'un programme de santé ou de bien-être des salariés (17). Même en ce qui concerne les initiatives de santé principalement conduites par les salariés, un appui fort et constant de la part des dirigeants d'entreprises peut servir à compléter une approche "base-sommet", en contribuant à assurer la légitimité du programme et ses ressources. En fait, au niveau local, le soutien de l'encadrement peut s'avérer décisif pour le succès de la PSLT.

---

**Constitution d'assemblées consultatives de salariés**

Des "comités bien-être", ou assemblées consultatives de salariés, peuvent contribuer à l'échange d'idées entre employés et cadres, car chacune de ces catégories pourra se joindre à un programme de PSLT avec des objectifs différents à l'esprit. De tels comités pourront orienter le sens de certaines interventions spécifiques. Leurs réunions pourront en outre donner l'occasion de renforcer la cohésion entre le programme de santé au travail dans son ensemble et les objectifs de l'entreprise.

---

**Communiquer efficacement**

Une communication efficace est essentielle au succès.

L'éducation des salariés en matière de comportements favorables à la santé passe par la communication de messages de fond concernant la santé. Parmi les méthodes de communication possibles, on peut mentionner : des sites Web; des messages accompagnant les feuilles de paye; des conférenciers extérieurs; des cours ou programmes électroniques; des messages émanant du sommet de l'entreprise; des déclarations de mission; des messages apposés dans les ascenseurs et escaliers.

Il est important de décrire de façon claire le cadre ou la structure des programmes de santé ou de bien-être des salariés, afin que ceux-ci soient bien placés pour en faire usage. On pourra par exemple contribuer à l'efficacité de la communication en annonçant au niveau de toute l'entreprise les programmes de bien-être prévus, lors de "journées de lancement" ou de buffets d'accès libre, largement diffusés par voie d'affiches, de messages électroniques et de bulletins, encourageant ainsi l'implication effective des employés dans les programmes de PSLT.

L'échange mutuel d'informations et la collaboration entre les planificateurs des programmes et les salariés doivent se poursuivre à chaque étape de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de bien-être (17). L'implication des salariés dans ce processus participatif renforcera leur engagement, tout en garantissant l'adéquation des programmes aux besoins spécifiques des effectifs salariés (56).

On connaît diverses stratégies participatives de nature à impliquer les salariés, de l'administration de questionnaires visant à connaître leurs besoins et souhaits, jusqu'à la création de comités du bien-être comprenant des représentants des salariés et de la direction.

---

**Exemple de cas**

Aux États-Unis d'Amérique, la programmation concernant la santé des salariés de la NASA est organisée et communiquée par un comité pluridisciplinaire avec représentation dans tous les centres de la NASA (52). Ce comité se réunit chaque trimestre pour élaborer des sujets de campagnes de santé; il utilise des stratégies de proximité unifiées pour communiquer avec les salariés et les engager à cet égard. Dans cette action, un aspect important tient à la participation tant que des fonctionnaires que des contractuels, ce qui assure la représentation d'une large base des effectifs employés.

---

**Créer un cadre favorable**

Les caractères sociaux et matériels du cadre de travail peuvent exercer une influence sur les habitudes alimentaires du salarié et sur ses choix d'exercice physique (57).

Quelques exemples d'actions qui contribuent à créer un cadre matériel favorable :

- introduire des menus plus favorables à la santé parmi les choix offerts dans les cantines d'entreprise;
- mettre en œuvre des stratégies "sur le lieu de vente" concernant tant l'alimentation que l'exercice physique, par exemple en apposant sur les seuils d'escaliers des panneaux rappelant leurs avantages par rapport à ceux de l'ascenseur;
- assurer l'accès à des équipements de mise en forme adéquats et à des douches (18, 36, 58)

**Exemple de cas**

En Malaisie, dans un programme de PSLT concernant des agents de sécurité de sexe masculin, les concepteurs de l'intervention et la direction de l'entreprise ont collaboré pour modifier le cadre matériel en installant des fours à micro-ondes, de rafraîchisseurs d'eau et des pèse-personnes dans les zones réservées au personnel (59). On a constaté chez les participants à cette intervention une baisse des taux de cholestérolémie par rapport au groupe contrôle (59).

---

**Mettre en place des incitations**

Avec les incitations, on dispose d'un mécanisme qui permet :

- de créer et de maintenir une motivation autour des programmes de PSLT;
- de renforcer la participation aux programmes de PSLT;
- d'éviter d'éventuelles baisses de participation.

Il existe divers types d'incitations possibles, que l'on peut globalement répartir entre intrinsèques et extrinsèques. Une incitation intrinsèque sera par exemple celle où les participants reçoivent chaque mois un graphique décrivant leurs progrès, avec un nombre de pas allant progressivement jusqu'à 10 000 par jour (60). Quant aux incitations extrinsèques, c'est-à-dire provenant d'une source extérieure, on pourra en introduire dans les programmes de PSLT de diverses manières, dont les suivantes :

- réduction du ticket modérateur, des primes, ou autres avantages consentis par les assurances-santé en faveur des salariés qui adoptent des comportements favorables à la santé;
- activités relevant du bien-être : notamment, parrainage d'activités collectives telles que visites de supermarchés, bilans de santé, clubs de randonnée;
- incitations financières à participer aux activités de bien-être (61).

Il est important d'envisager l'intérêt de l'incitation du point de vue du participant (62), et il pourra être utile de procéder à une enquête annuelle auprès des salariés concernant leurs préférences (60). Par exemple, l'adéquation des horaires et des lieux, ainsi que l'instauration d'absences payées, sont sans doute à considérer comme des incitations attrayantes à participer aux programmes de PSLT.

**Exemple de cas**

Une enquête menée en 2005 dans 365 grandes entreprises basées aux États-Unis d'Amérique a montré que près de la moitié d'entre elles proposaient des incitations (63). Les incitations les plus souvent signalées prenaient la forme de bons-cadeaux, de récompenses ou de marchandises, suivies de réductions du coût des assurances-santé, de paiements en numéraire, et de réductions du ticket modérateur (63).

---

---

**Fixer des objectifs**

En traduisant les intentions de modifier les comportements en actions déterminées dans un laps de temps donné, il est fondamental de fixer des objectifs (64-67). Il est important que ces objectifs soient spécifiques, et non abstraits (68).

L'une des activités relatives à la fixation d'objectifs consiste à faire établir par les participants l'objectif précis vers lequel ils souhaitent tendre, en leur permettant de choisir un thème qui les concerne particulièrement (69). On trouvera ci-dessous des exemples d'objectifs fixés par des salariés. Les interventions de PSLT peuvent être préparées et mises en œuvre de façon à faciliter la réalisation d'objectifs tels que ceux-ci :

- J'apporterai mon déjeuner au travail au moins trois jours par semaine;
  - Je prendrai tous les jours mon traitement contre l'hypertension conformément aux prescriptions de mon médecin;
  - Je me pèserai tous les matins.
- 

**Autodétermination**

L'autodétermination se définit comme l'appréciation que portent les personnes sur leurs aptitudes à organiser et à exécuter les suites d'actions nécessaires pour obtenir des types de résultats donnés (70).

L'autodétermination a été mentionnée comme facteur fréquemment présent pour influencer divers changements de comportements (65) tels que la consommation de fruits et légumes ou l'accroissement de l'exercice physique (71, 72).

Le renforcement de l'autodétermination fait souvent partie des objectifs directs ou indirects des séances d'éducation menées dans le cadre de la PSLT; elle peut être approchée à l'aide de diverses méthodes, notamment des messages adaptés, décrites à la section suivante.

---

**Milieu social, normes sociales, soutien social**

Le milieu social comporte différents facteurs, qui vont du niveau individuel (stress quotidien, etc.) ou interpersonnel (nombre de liens sociaux, etc.) au niveau sociétal (politiques, etc.) (73, 74).

**Exemple de cas**

La Caixa Geral de Depositos (CGD) est une organisation bancaire et financière internationale basée à Lisbonne (Portugal), qui emploie près de 20 000 personnes. Son équipe de santé au travail a élaboré une approche d'entreprise des modes d'alimentation favorables à la santé, qui associe les éléments suivants : des consultations individualisées sur l'alimentation; une amélioration de la qualité des repas fournis au restaurant d'entreprise; la mise à disposition d'informations; et une plus forte implication des services de médecine du travail (75).

L'Internet a permis de diffuser des informations sur le contenu calorique des menus du restaurant du personnel, et diverses mesures importantes ont été prises pour créer un cadre plus favorable. On a ainsi introduit de la musique, des fleurs et des décors attrayants dans les restaurants de l'entreprise pour les rendre plus agréables; présenté les options favorables à la santé de façon plus attirante; mis en place des semaines thématiques; fourni gratuitement des yaourts ou des fruits; et incité à commander les plats les plus favorables à la santé en fixant leurs prix à des niveaux avantageux. A en outre mis sur pied un processus permanent de sensibilisation aux avantages d'une alimentation favorable à la santé (75).

Les résultats montrent que les hommes et femmes qui ont participé au programme individualisé ont vu leur poids baisser, les hommes de façon plus marquée.

<b>Individualiser les programmes</b>	<p>S'écarter de l'approche uniforme, l'adaptation des stratégies permet d'améliorer l'efficacité des programmes visant à modifier les styles de vie (76-78).</p> <p>Les interventions adaptées utilisent généralement les moyens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil face-à-face</li> <li>• Communication écrite</li> <li>• Conseil par téléphone</li> <li>• Internet</li> <li>• CD-ROM et messagerie vocale automatique</li> <li>• Messagerie vocale automatique (76, 78-85)</li> </ul> <p>L'adaptation des messages au niveau individuel peut comprendre les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspects démographiques, tels que sexe et lieu de résidence</li> <li>• Variables psychologiques et sociales, telles que les obstacles perçus vis-à-vis du changement</li> <li>• Comportements, par exemple exercice physique au cours des loisirs (86-92).</li> </ul>
<b>Exemple de cas</b>	<p>Dans une intervention basée en Belgique, on a testé, sur l'Intranet de l'entreprise, des messages nutritionnels individualisés en faveur d'une alimentation pauvre en graisses. Cet essai visait à évaluer les effets de l'intervention dans des conditions réelles, sans contrôle strict; les lieux de travail choisis variaient en taille (de &lt;200 à &gt;1 000 salariés admissibles au total), en proportion de salariés ouvriers (de 0% à 60%) et en proportion de salariés admissibles de sexe masculin (de &lt;20% à &gt;90%). Six mois plus tard, les participants du groupe d'intervention signalaient une baisse sensiblement plus forte en nombre total de grammes de graisses et en pourcentage du total des calories issues des graisses, par rapport aux participants n'ayant pas bénéficié de l'intervention.</p>
<b>Définir des programmes efficaces tout au long de la chaîne individu-milieu</b>	<p>La grande utilité du lieu de travail pour mettre en œuvre un programme de promotion de la santé tient au fait que l'on peut y intervenir simultanément à de multiples niveaux d'influence, tels que celui du médecin ou celui des éducateurs en santé (par exemple dans le programme PACE) (93, 94), et à divers niveaux du milieu et de l'organisation (par exemple dans le programme FoodSteps) (95).</p>
<b>Exemple de cas</b>	<p>L'étude Healthy Directions–Small Business (HD–SB) [Orientations de santé – Petites entreprises] servira d'exemple général pour décrire un programme à plusieurs niveaux (96). Cette intervention basée aux États-Unis d'Amérique a été conduite de façon à influencer non seulement les niveaux individuel et interpersonnel, mais aussi celui de l'organisation.</p> <p>L'étude a été conçue pour toucher une population multiethnique travaillant dans de petites unités de production. Les établissements admissibles devaient employer au moins 25% d'immigrés de première ou deuxième génération ou de personnes de couleur; de 50 à 150 salariés; d'un taux de rotation &lt;20% au cours de l'année écoulée; et d'une autonomie de décision quant à la participation à l'étude.</p> <p>Le programme se fondait sur le modèle social contextuel (57), qui fournit un cadre permettant d'intégrer des facteurs sociaux particuliers, par exemple les normes sociales, la culture locale ou le cadre matériel, à la conception des activités d'intervention. Les activités se sont concentrées au niveau individuel, à celui du milieu et à celui de l'organisation; chaque établissement en a bénéficié une fois par mois.</p>

Au niveau individuel, les matériels éducatifs employés lors des séances d'éducation de groupe à la santé tendaient à renforcer l'autodétermination des participants, en leur apportant des renseignements et en leur proposant des stratégies leur permettant de commencer à modifier leurs habitudes présentes (98). Lors de visites de supermarchés, par exemple, les participants apprenaient à remplacer leurs habitudes alimentaires courantes par des pratiques plus favorables à la santé. L'idée de remplacer des aliments moins sains par des aliments plus sains a en outre constitué une forme de limitation des stimuli, aidant les participants à passer d'une étape du changement à une autre.

Les participants ont de plus reçu des instructions pour établir des buts progressifs en vue d'accroître leur niveau d'exercice physique. Lors de manifestations telles que des salons de la santé, les salariés ont pu participer à diverses évaluations individuelles, visant par exemple à déterminer leur masse grasseuse relative ou leurs schémas alimentaires. Les participants recevaient en retour des informations individualisées, fondées sur leurs propres affirmations. Cette intervention visait en outre à resserrer les liens sociaux entre salariés, en leur permettant de réfléchir en groupe, de mener des activités sur le lieu de travail, et d'y faire participer leurs familles. On pourrait par là avoir contribué à modifier les normes sociales sur le lieu de travail en faveur de styles de vie favorables à la santé.

L'étude étant centrée sur les salariés, par rapport aux cadres, les effets de l'intervention ont pu être comparés selon le statut professionnel. La consommation de fruits et légumes s'est considérablement accrue chez les salariés, tout comme l'exercice physique, alors que ces deux comportements ont décru chez les cadres. Les résultats n'étaient cependant significatifs que pour la consommation de fruits et légumes. Ces conclusions portent à un recrutement et à des interventions efficaces auprès des personnels ouvriers, qui ont en général un accès plus restreint aux programmes de PSLT (97).

---

## 5. L'implication de multiples parties

### Introduction

Le succès des initiatives de PSLT a pour condition essentielle une approche multipartite. Ces divers points de vue apportent aux relations établies des perspectives, des compétences, des connaissances et des ressources, qui constituent une garantie. Dans leur collaboration, les intéressés devront tirer parti de ces différences pour définir des interventions solides et efficaces (99).

C'est ainsi que, au niveau local, les syndicats pourront collaborer avec les directions pour constituer un cadre de travail favorable à la santé, permettant à chaque salarié d'accéder à l'exercice physique et de consommer des repas sains. Au niveau national, les gouvernements sont en mesure de collaborer avec de nombreux acteurs, tels que les ONG, les organismes du secteur privé ou de la société civile, en vue d'améliorer l'état de santé des populations.

Toutes les parties peuvent contribuer à la PSLT et ce, comme on l'a déjà dit, non nécessairement sous forme financière directe. La participation de tous les intéressés, par leurs financements, leurs connaissances, leurs compétences, leur expérience ou autres, sera toujours à apprécier et à reconnaître.

---

### Implication et sensibilisation

Pour tirer parti du lieu de travail, il est absolument essentiel pour les intervenants de rendre leur engagement public et durable : public, car on montre ainsi l'engagement des intéressés dans l'action; et durable, car il faut du temps pour modifier les attitudes, croyances et comportements (99).

L'implication des partenaires sera d'autant plus forte qu'ils se trouveront en position de demande, c'est-à-dire s'engageront sur un plan d'action comportant des objectifs pertinents et consentis. Il appartiendra aux responsables de la PSLT à tous les niveaux d'envisager, au niveau de la conception, comment entraîner cette "demande". Au départ, ces responsables auront besoin de stratégies claires pour déterminer si l'implication vise la santé et le développement de l'entreprise, ou si les motivations sont autres. Lorsque ces stratégies s'appuient sur des plans d'action solides, des objectifs réalistes et des avantages manifestes, on obtiendra sans doute plus facilement l'engagement de tous les intéressés (99).

---

### Principes de base du travail en collaboration

Les principes de base suivants devront être établis pour le travail en collaboration (99):

- Partage du pouvoir
- Partage des responsabilités
- Autorité pour imposer des changements

Pour mener à des résultats, ces trois principes ont pour conditions(99) :

- La confiance entre les parties
- Une bonne communication
- L'absence de critiques en cas de difficultés dans l'avancement du programme

---

### Principaux intéressés dans les programmes de PSLT

Divers grands acteurs ont des rôles essentiels à jouer dans l'élaboration des programmes de PSLT portant sur les maladies non transmissibles. Le Tableau 3 en donne un résumé, tout en décrivant les raisons de chacun pour s'impliquer dans la PSLT, et en particulier dans les interventions concernant l'alimentation et l'exercice physique (99).

Tableau 3  
Exemples de parties à impliquer dans les programmes de PSLT, raisons de leur engagement et rôles potentiels

Partie	Raisons de l'engagement	Rôle potentiel
<b>Organisations internationales</b> Exemple : Organismes des Nations Unies	Ouvrir l'accès à un emploi durable et productif, améliorer la santé, développer des communautés en bonne santé, traiter les habitants de façon équitable, constituer des sociétés équitables et civiles.	Promouvoir le lieu de travail comme espace central de la santé; encourager et favoriser les évolutions au niveau national par la sensibilisation, la recherche, le renforcement des capacités, l'élaboration de politiques de santé publique, l'élaboration et la diffusion de normes et de codes de bonnes pratiques, et l'investissement dans des programmes pilotes.
<b>Organisations supranationales</b> Exemples : UE ASEAN	Les possibilités d'emploi et les investissements étrangers sont facilités. Un marché du travail caractérisé par un degré élevé de forme physique et de santé est de nature à faciliter les possibilités d'emploi et les investissements étrangers.	Très semblable au rôle des organisations internationales, avec les rôles supplémentaires d'élaborer des cadres réglementaires et statutaires, le développement des services de santé et la promotion du lieu de travail comme lieu de santé.
<b>Gouvernements nationaux et locaux</b> Exemples : Ministères de la santé, du travail et de la sécurité; pouvoirs locaux et municipaux	Les gouvernements sont chargés à tous les niveaux de la prévention des maladies et de la protection de la santé, aux échelons sociétal et communautaire. Les employeurs répondent devant les gouvernements de la santé et de la sécurité de leurs personnels, de la préservation de l'environnement, et en tant que contributeurs aux finances du pays.	Assurer que les cadres politiques dans lesquels fonctionnent les organisations comprennent un volet de PSLT. Créer un contexte dynamique pour la promotion de la santé et du bien-être, et fournir notamment aux employeurs des occasions de participer à des initiatives de promotion de la santé dans le cadre de campagnes nationales et locales, de systèmes d'accréditation ou de récompenses, ou de renforcement des capacités.
<b>ONG</b> Sensibilisation et action	<p>En 2001, Anheir et al., estimaient à quelque 40 000 le nombre des ONG actives au niveau international. En y ajoutant les ONG qui œuvrent à l'intérieur des pays, on parviendrait à un total de plusieurs millions d'ONG existantes.</p> <p>La Banque mondiale classe les ONG en "opérationnelles" et "militantes". Les ONG opérationnelles peuvent être de niveau international, national ou communautaire. Elles s'occupent principalement de la conception et de l'exécution de projets liés au développement. Les ONG militantes défendent ou popularisent des causes spécifiques par la sensibilisation, l'encouragement et la diffusion des connaissances, et ce par des activités de lobbying, des interventions dans la presse et l'organisation de manifestations.</p> <p>En jouant leurs rôles, les ONG se trouvent dans une situation idéale pour promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé des populations, de santé publique et de développement économique. Par conséquent, de nombreuses ONG sont déjà activement impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de PSLT.</p>	Sensibilisation et développement : sensibilisation, en encourageant la reconnaissance de l'alimentation et de l'exercice physique en tant qu'objectifs de santé essentiels, et du lieu de travail comme lieu de promotion de la santé par d'autres acteurs ; développement, par la définition et la diffusion des meilleures pratiques.
<b>Société civile</b>	Une société qui recherche le bien commun pour tous se caractérise par le rôle central qu'elle attribue à la protection et à la promotion de la santé, à l'établissement du bien-être et au respect des droits de l'homme. Ce point est rappelé dans la	Veille aux responsabilités exercées par le gouvernement et les employeurs sur les questions relatives à l'alimentation et à l'exercice physique, et à la

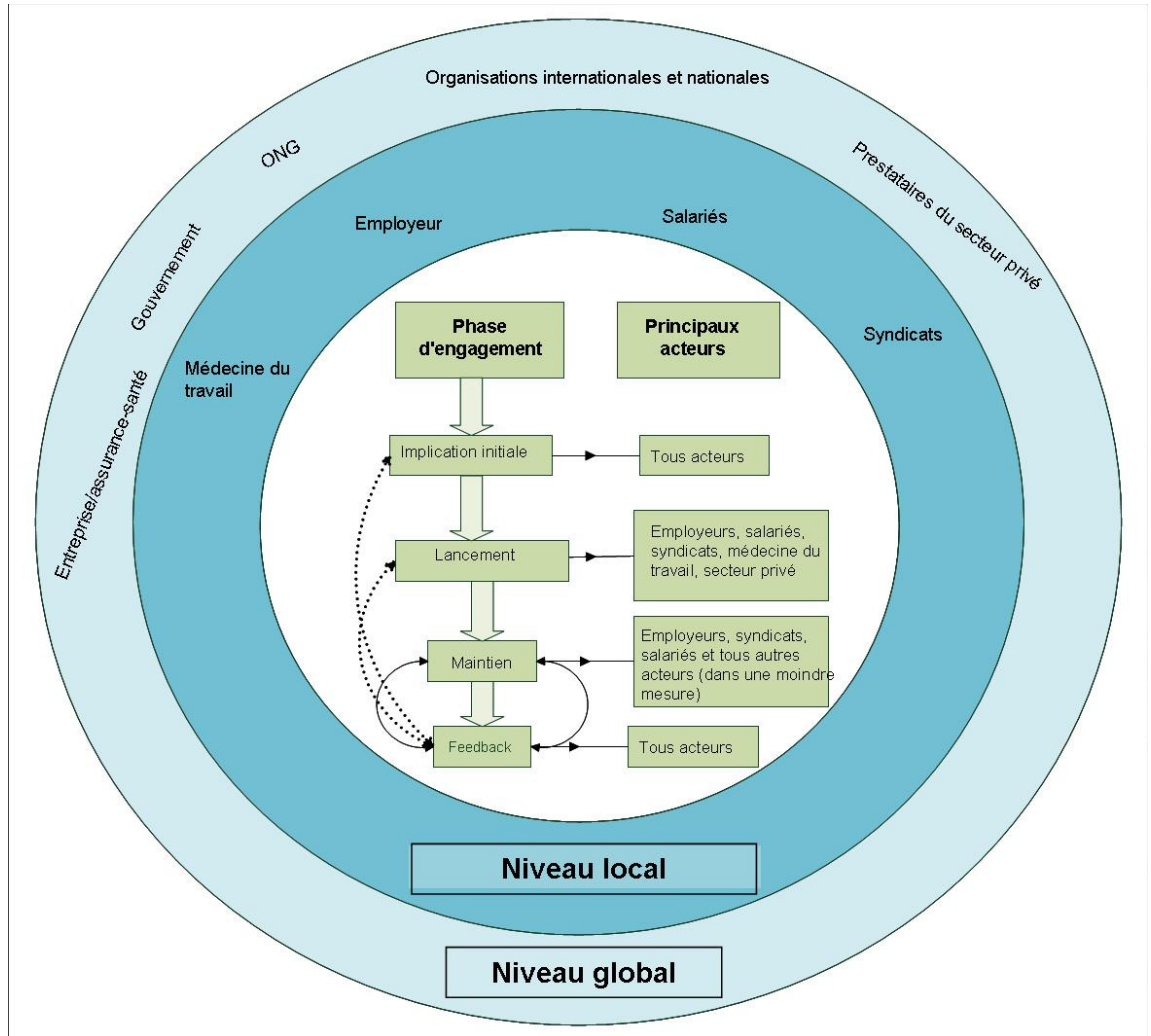
	Déclaration de Luxembourg concernant la promotion de la santé sur les lieux de travail, qui souligne que la PSLT est constituée de l'action commune des employeurs, des salariés et de la société en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la personne au travail (9).	prévention des maladies liées au style de vie; Soutient les bonnes pratiques en tenant le lieu de travail pour un lieu de promotion de la santé; Appuie les politiques et programmes visant à prévenir les maladies non transmissibles sur le lieu de travail.
<b>Employeurs</b>	Les employeurs ont besoin d'une main-d'œuvre en bonne forme physique et productive, pour maintenir leur compétitivité, leur viabilité et leur aptitude à fournir des biens et services (100, 101).	S'impliquent dans les programmes et projets nationaux et locaux visant à promouvoir la santé et le bien-être des salariés; Le cas échéant, sensibilisent les salariés aux avantages d'une bonne alimentation et de l'exercice physique, et à ceux de la sécurité sanitaire de la préparation et de la conservation des aliments; Créent un milieu de travail favorable à l'adoption d'une alimentation propice à la santé et à l'exercice physique.
<b>Salariés</b>	L'engagement de cette catégorie est fondamental pour que la PSLT produise ses effets aux niveaux de l'organisation et de la société. Les salariés "à la pointe" des programmes de PSLT contribuent à mettre en œuvre ces derniers, et jouent un rôle essentiel pour maintenir l'implication des salariés.	Participants essentiels aux programmes d'amélioration de la santé sur le lieu de travail; Messagers : cette catégorie transmet à la communauté élargie les messages reçus de la PSLT. Elle assure les conditions nécessaires à des améliorations sensibles de la santé publique.
<b>Syndicats</b>	Les syndicats se sont impliqués dans les questions de santé tout au long de leur histoire. À l'origine, ils assuraient à leurs membres une aide en cas de maladie. Plus récemment, les syndicats se sont fortement impliqués en faveur de l'amélioration des normes de sécurité sur les lieux de travail; ils assurent souvent à leurs membres une formation sur des thèmes comme la santé et la sécurité.	Sensibiliser leurs membres quant aux avantages d'une alimentation saine et de l'exercice physique; Avocats du changement : en collaboration avec les employeurs, apporter sur les lieux de travail des améliorations favorables à la santé, par exemple en faisant la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique.
<b>Fonds des assurances-santé des entreprises</b>	Les fonds des assurances-santé des entreprises collectent des cotisations auprès des salariés, ensuite employées à rembourser les frais de santé des assurés. Si la base de clientèle est en bonne santé, les coûts des traitements seront réduits. Les fonds d'assurance-santé des entreprises reconnaissent la promotion de la santé sur le lieu de travail comme rôle légitime bénéficiant aux salariés (en meilleure santé), aux employeurs (main-d'œuvre plus efficace et plus productive), et à eux-mêmes (moindres coûts des traitements).	Sensibilisation et financement
<b>Autres organisations du secteur privé</b> Agriculture et alimentation Produits alimentaires Distribution/restauration Industrie	L'industrie agroalimentaire, producteurs, transformateurs et distributeurs inclus, fait partie intégrante de la chaîne d'approvisionnement qui relie l'exploitation au consommateur. Par ses méthodes de production et ses politiques de prix, elle est en mesure d'influencer directement les habitudes alimentaires par les prix appliqués et la disponibilité des produits achetés par les employeurs dans le contexte du lieu de travail.	Fournisseurs de produits alimentaires et d'ingrédients pour les repas préparés, correspondant aux normes nutritionnelles.



**Un modèle de collaboration multipartite**

Le modèle qui suit (Figure 2) décrit quatre phases qui impliquent principalement différentes parties. Plus chaque partie se rapprochera du centre du cercle, plus son implication sera forte dans un programme de santé sur le lieu de travail. Les quatre phases que présente ce modèle sont qualitativement différentes entre elles, comportent des enjeux différents et supposent l'engagement de différents principaux acteurs (99).

Figure 2  
**Modèle de collaboration multipartite**



**Exemple de cas**

En Australie occidentale, l'ONG *Healthy Business WA* [Entreprise et santé] mène des activités représentatives d'une collaboration concrète de collaboration multipartite (102). Les acteurs intéressés sont les suivants : la Cancer Council Western Australia, la Heart Foundation of Australia, Diabetes Western Australian (organisation non lucrative au profit des personnes atteintes du diabète), et Healthway (organe constitué qui dispose de divers programmes de financement).

*Healthy Business WA* a démarré comme projet pilote financé par Healthway, sur sept sites de travail en Australie occidentale. Cette ONG s'adresse à des organisations qui emploient principalement des personnels ouvriers. Les établissements du projet pilote ont déterminé les besoins essentiels pour améliorer la santé au travail dans les domaines de l'exercice physique, de l'alimentation, de la consommation de tabac, et de la protection solaire. Les établissements étaient ensuite chargés d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs programmes d'intervention. Le projet pilote assure un soutien à de multiples niveaux de l'intervention, avec notamment des séminaires de renforcement des capacités, des informations et ressources, des séances éducatives, des modules d'information sur la santé, des bulletins électroniques, la présence d'un coordinateur Entreprise et santé, et la présentation d'études de cas.

---

## 6. Suivi et évaluation

### Introduction

Le suivi et l'évaluation constituent des processus systématiques qui permettent d'apprécier les progrès des actions entreprises en fonction du calendrier prévu, de déceler les obstacles rencontrés afin de les surmonter rapidement, et de mesurer l'efficacité et l'efficience des résultats attendus du programme (103).

Les activités de suivi et d'évaluation permettent (103) :

- d'influencer les décisions à prendre;
- de promouvoir et de fonder les changements apportés aux politiques ou programmes;
- d'apporter des éléments aux bases de faits;
- d'assurer la transparence;
- de contribuer aux processus de planification et de décision à venir;
- d'obtenir des informations quant à l'évolution de l'état de santé constatée à la suite des nouvelles politiques ou interventions mises en œuvre;
- de renforcer l'efficacité de la PSLT en comprenant mieux les ressorts du succès des éléments de politiques en la matière, en sorte d'anticiper sur les tendances de la santé;
- de faciliter la perception par les salariés de l'engagement de l'entreprise en faveur de la gestion de la santé au travail et des activités de PSLT;
- d'assurer un flux de données autorisant l'exercice d'une analyse coûts-avantages.

En principe, le cadre d'évaluation devrait être élaboré en parallèle à la politique ou au programme (103). On peut ainsi adopter le type d'évaluation approprié aux buts et objectifs envisagés, et donc utiliser les indicateurs adéquats tout au long du processus de suivi et d'évaluation (52, 104).

### Mise en place d'un système de suivi et d'évaluation

Le Tableau 4 indique les étapes recommandées pour mettre en place un système de suivi et d'évaluation pour les politiques ou programmes de PSLT (d'après 104).

Tableau 4  
Démarches à entreprendre pour mettre en place un système de suivi et d'évaluation des politiques ou programmes de PSLT

Étapes	Actions
1	S'assurer d'introduire une composante de suivi et d'évaluation dans chaque politique ou programme de PSLT, et qu'une ligne budgétaire soit réservée à cet effet.
2	Recenser les activités de suivi et d'évaluation existantes, et faire en sorte que ces données soient le cas échéant mises à profit pour améliorer les politiques ou programmes de PSLT en cours d'élaboration ou d'exécution.
3	Déterminer des indicateurs utilisables tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques ou programmes de PSLT.

<b>4</b>	Mener l'évaluation à intervalles répétés et réguliers afin le cas échéant de rectifier les activités d'exécution. La bonne pratique consiste à s'appuyer sur une enquête initiale (ou à employer les données existantes), ou sur une évaluation initiale des risques de santé, selon le but du programme de PSLT envisagé, puis de mener à bien les activités prévues, et enfin de procéder à une nouvelle évaluation par une répétition de l'enquête.
<b>5</b>	Si possible, renouveler l'évaluation à intervalles réguliers afin d'établir un système de suivi.

**Collecte des données aux différents stades** Tout plan global de suivi et d'évaluation comporte une collecte de données à plusieurs stades. Les Tableau 5 résume les différents types d'informations à recueillir à ces divers stades (*d'après 105*).

Tableau 5  
**Types de données à recueillir aux différents stades**

<b>Formation</b>	Des données concernant les besoins et perceptions des salariés et dirigeants sont rassemblées pour étayer l'élaboration d'activités du programme par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisibilité des brochures éducatives</li> <li>• Attrait des incitations éventuelles</li> </ul>
<b>Processus</b>	Des données concernant la mise en œuvre du programme sont recueillies, qui éclairent les raisons sous-jacentes au succès du programme, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentation des séances du programme</li> <li>• Conformité des activités du programme aux intentions</li> <li>• Coûts</li> </ul>
<b>Intermédiaire</b>	On collectera des données relatives aux résultats intermédiaires du projet, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances</li> <li>• Conscience des enjeux</li> <li>• Différences dans le soutien social</li> </ul>
<b>Effets sur la santé</b>	On recueillera des données concernant les comportements ou l'évolution de l'état de santé (souvent dans le cadre d'une évaluation annuelle des risques de santé), par exemple : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Comportement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consommation de fruits et légumes</li> <li>• Apports en matières grasses saturées</li> <li>• Activité physique de loisir et au travail</li> <li>• Données objectives de consommation alimentaire et/ou données sur les ventes de produits alimentaires</li> </ul> </li> <li>b) Éléments du contexte qui exercent une influence croissante en tant que déterminants du comportement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité d'aliments et boissons favorables à la santé dans les cantines ou distributeurs automatiques</li> <li>• Sentiers pédestres</li> <li>• Présence de douches</li> <li>• Existence d'une politique d'établissement favorisant les déplacements domicile-travail actifs</li> </ul> </li> <li>c) Éléments biologiques, qui pourront comprendre un modeste ensemble de mesures physiologiques ou cliniques réalisables et peu coûteuses : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille, poids et indice de masse corporelle (IMC)</li> <li>• Tour de taille et de hanches</li> </ul> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pression sanguine</li> <li>• Cholestérol par bâtonnet réactif</li> <li>• Examen de la forme et de la force physiques</li> </ul>
<b>Effets économiques et professionnels</b>	<p>Les données relatives aux effets économiques et professionnels comprennent entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les coûts des différentes activités du programme</li> <li>• L'absentéisme</li> <li>• Le présentéisme, la productivité, la satisfaction au travail</li> </ul>
<b>Effets à long terme sur la santé</b>	<p>Effets à long terme sur la santé, si possible, pour lesquels on recueillera des données concernant la prévalence réelle de maladies telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cas de cancers</li> <li>• Les accidents liés aux maladies cardiaques</li> <li>• La prévalence du diabète</li> </ul>

**Utilisation des données collectées**

Il importe d'établir une stratégie claire concernant l'exploitation des résultats des activités de suivi et d'évaluation. Une diffusion judicieuse des résultats des évaluations de risque sanitaire, ainsi que des résultats d'autres activités de suivi et d'évaluation, pourra contribuer à accentuer la conscience des salariés envers la nécessité d'adopter des modes d'alimentation, et des pratiques d'exercice physique, plus favorables à la santé, et participer aux changements de comportement. En revanche, les données personnelles des salariés que l'on aura recueillies devront être protégées contre toute divulgation ou abus.

**Exemple de cas**

Un projet de surveillance portant sur une population industrielle indienne a été mis en œuvre avec les objectifs suivants (106, 107) :

- 1) Mener une enquête initiale et une surveillance continue des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV) et de leurs déterminants;
- 2) Assurer une éducation sanitaire pour la prévention des MCV et évaluer les effets de l'éducation sanitaire sur la lutte contre les MCV;
- 3) Élaborer des directives pour la détection et la prise en charge des MCV.

La surveillance a débuté par une enquête initiale portant sur plus de 35 000 salariés et membres de leurs familles dans 10 industries indiennes différentes (classe d'âge de 10 à 69 ans) et par une enquête sur les facteurs de risque auprès de 20 000 individus sélectionnés de façon aléatoire.

L'enquête initiale a fait apparaître des facteurs de risque de MCV élevés, par exemple (106, 107):

- Hypertension – 27%
- Diabète – 10.1%
- Excès pondéral – 47%

Ce phénomène se manifestait tout particulièrement dans les industries situées en milieu fortement urbanisé. Le programme de surveillance s'est principalement attaché à modifier les comportements néfastes à la santé et à promouvoir les comportements favorables à la santé cardiovasculaire, en fonction des données scientifiques existantes concernant la population en question. Elle visait en outre à assurer des soins à bases factuelles aux personnes souffrant de MCV et de diabète. Le programme de PSLT sur l'exercice physique, la pression sanguine, la consommation de fruits et légumes, le diabète, l'IMC et les conditions de vie favorables à la santé cardiaque, sur la base du modèle de la théorie cognitive et des croyances en matière de santé (106, 107).

Des messages percutants et simples dans les langues régionales ont été diffusés aux populations visées à l'aide de diverses stratégies de communication. Des séances périodiques d'éducation à la santé, des projections de films, des séminaires, des groupes de discussion et des séances de questions et réponses ont eu lieu sur chaque site de façon indépendante (106, 107).

Tous les individus présentant des risques élevés ont été transférés à un établissement de soins en vue d'un suivi. Des séances de conseil individuelles et en groupe ont également été organisées sur l'alimentation, la consommation de tabac et l'exercice physique à l'intention des personnes à facteurs de risque établis (106, 107).

Cinq ans plus tard, l'évaluation a fait apparaître des baisses sensibles de la pression sanguine diastolique, du glucose sanguin et du cholestérol dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle. La conscience de l'hypertension et l'adéquation des mesures de lutte étaient elles aussi nettement supérieures dans le groupe d'intervention (106, 107).

Le réseau de surveillance mis en place par ce projet est le premier de son espèce pour les facteurs de MCV en Inde; il pourra servir de modèle pour reproduire des stratégies de prévention des MCV et autres MNT en Inde et dans d'autres pays. Ces conclusions pourront encourager d'autres entreprises à établir des activités de surveillance, notamment dans les pays où la main-d'œuvre organisée se compose d'un grand nombre d'individus (106, 107).

---

## 7. Les lacunes des connaissances actuelles

De nouvelles recherches seront nécessaires pour traiter les questions suivantes :

- Élaboration d'un catalogue souple de meilleures pratiques reflétant la diversité des situations de par le monde, des degrés de connaissances de base et des normes sociales régissant les différents comportements liés à la santé;
- Schémas uniformisés pour les études concernant les conséquences économiques et les effets des programmes de PSLT;
- Outils validés d'autosignalement et création d'outils simples validés pour la mesure de l'alimentation et de l'exercice physique.

La rareté des informations et des études de cas en provenance des pays à revenu faible ou moyen a été soulignée en tant que lacune importante des connaissances actuelles, qu'il faudra combler. Il faudra consacrer des efforts à adapter les éléments connus aux contextes de ces pays.

Il convient en outre de rappeler que le manque de résultats issus d'essais aléatoires contrôlés ne devrait pas s'opposer à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de PSLT. La recherche et la publication (le cas échéant par des moyens non traditionnels) d'études de cas et d'exemples de programmes internationaux de PSLT peuvent elles aussi apporter des éléments favorables et aider les planificateurs à mieux comprendre comment élaborer des programmes de PSLT correspondant à différents cadres de travail.

---

## **8. Conclusions générales**

### **Le lieu de travail comme cadre de promotion de la santé**

Le lieu de travail est internationalement reconnu comme un cadre approprié à la promotion de la santé. Traiter de l'alimentation et de l'exercice physique dans ce contexte peut servir à améliorer l'état de santé des salariés et contribuer à donner de l'entreprise une image positive et attentionnée. Parmi les autres bénéfices possibles, on mentionnera l'amélioration du moral et de la productivité des salariés, et la réduction de la rotation du personnel, de l'absentéisme et des congés-maladie. On pourra de même observer des baisses dans le coût des assurances-santé, des indemnités journalières et des indemnités pour invalidité. Le lieu de travail présente cet avantage que non seulement la grande majorité de la population y passe une grande partie de son temps, mais qu'il offre en outre la possibilité d'utiliser la pression des pairs pour encourager les salariés à modifier dans un sens souhaitable leurs habitudes de santé.

Les raisons pour lesquelles les directions peuvent désirer disposer de salariés en meilleure santé sont multiples. Il est donc important de cadrer ces raisons et motivations afin d'assurer le succès des dirigeants dans la mise en œuvre des programmes de PSLT, et de garantir l'efficacité et les résultats de ces programmes.

### **Principaux facteurs de réussite des programmes**

L'élaboration et la mise en œuvre des programmes de PSLT devra tenir compte des éléments suivants : des buts et objectifs clairs, les liens entre les programmes et les objectifs d'activité, un appui solide et une réelle communication de la part des dirigeants, et un milieu favorable.

### **Rôle essentiel d'une approche multipartite**

Le succès des initiatives de PSLT repose pour une part essentielle sur une approche multipartite. Les différentes parties ont des rôles distincts à jouer, et les atouts de chacune d'elles sont à mettre en commun et à étudier pour faciliter la réalisation de buts et objectifs clairs.

### **Importance d'intégrer le suivi et l'évaluation**

Le suivi et l'évaluation sont essentiels au succès des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail, et doivent être intégrés à la mise en œuvre des politiques et programmes de PSLT. Ils permettent de comprendre le degré d'évolution du programme, les orientations qu'il suit, et ce qui le sépare encore des buts et objectifs prévus.

### **Lacunes dans les connaissances actuelles**

Il n'existe pas à ce jour de catalogue des meilleures pratiques d'entreprise. Le présent rapport passe sommairement en revue les connaissances actuelles concernant l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de PSLT, et pourra contribuer à guider les activités en ce domaine. Toutefois, dans diverses circonstances, il serait utile de rassembler, d'approfondir et de diffuser avec toute la souplesse nécessaire un ensemble de meilleures pratiques reflétant la diversité des situations dans le monde. L'utilisation de nouvelles technologies, des recherches complémentaires et la collecte d'informations provenant de différentes sources de données pertinentes devront être envisagées comme parties intégrantes de ce processus.

Il conviendra d'obtenir davantage d'informations et d'études de cas portant sur les pays à revenu faible ou moyen.



## Références

1. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
2. Klesges RC, Cigrant JA. Worksite smoking cessation programs: clinical and methodological issues. In: Hersen M, Eisler RM, Miller RM, eds. *Progress in Behavioral Modification*. Newbury Park, CA, Sage, 1988:37–61.
3. Abrams DB et al. Cancer control at the workplace: the Working Well trial. *Preventive Medicine*, 1994, 23:1–13.
4. LABORSTA, Genève, Organisation internationale du Travail, 2007 (disponible sur : [http://laborsta.ilo.org/default\\_F.html](http://laborsta.ilo.org/default_F.html) /, accès mars 2008).
5. *Good practice in occupational health services: a contribution to workplace health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
6. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [Première conférence internationale sur la promotion de la santé]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/>
7. *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIème siècle*. [Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé : À ère nouvelle, acteurs nouveaux : adapter la promotion de la santé au XXIème siècle]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
8. *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. [Sixième conférence internationale sur la promotion de la santé]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
9. *Déclaration de Luxembourg pour la promotion de la santé dans l'entreprise dans l'Union européenne*. European Network for Workplace Health Promotion, Luxembourg, 1997.
10. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
11. *Legislating for smoke-free workplaces*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
12. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
13. O'Donnell MP. Employer's financial perspective on workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*, Toronto, ON, Delmar Thomson Learning, 2002:23–46.
14. LaMontagne A. Integrating health promotion and health protection in the workplace. In: Moodie R, Hulme A, eds. *Hands-on health promotion*. Melbourne, IP Communications, 2004:285–298.
15. Linnan L et al. Results of the 2004 national worksite health promotion survey. *American Journal of Public Health*. (published November 2007).
16. Shepard RJ. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):436–452.
17. Sorensen G, Linnan L, Hunt MK. Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive Medicine*, 2004, 39(Suppl. 2):S94–S100.
18. Engbers LH et al. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(1):61–70.
19. Stokols D, Pelletier K, Fielding J. The ecology of work and health: research and policy directions for the promotion of employee health. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(2):137–158.
20. Sorensen G et al. A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial (United States). *Cancer Causes and Control*, 2002, 13:493–502.
21. Williams RM, Westmorland M. Perspectives on workplace disability management: a review of the literature. *Work*, 2002, 19(1):87–93.

22. DeJoy D, Southern D. An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 1993, 35(12):1221–1230.
23. Partnership for Prevention. *Healthy workforce 2010. An essential health promotion sourcebook for employers, large and small*. Washington, DC, Partnership for Prevention, 2001.
24. Harris JS, Fries J. The health effects of health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:1–19.
25. Shephard RJ. A critical analysis of work-site fitness programs and their postulated economic benefits. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1992, 24(3):354–370.
26. Sorensen G, Barbeau E. *Steps to a healthier US workforce: integrating occupational health and safety and worksite health promotion: state of the science*. Washington, DC, National Institute for Occupational Safety and Health, 2004.
27. Proper KI et al. Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(2):75–84.
28. Proper KI, Van Mechelen W. *Effectiveness and cost-effectiveness of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 1985, 14(1):32–38.
30. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. New York, NY, Oxford University Press, 1992.
31. Tosteson ANA et al. Cost-effectiveness of population-wide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 1997, 95(1):24–30.
32. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):344–361.
33. Glanz K, Sorensen G, Farmer A. The health impact of worksite nutrition and cholesterol intervention programs. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):453–470.
34. Proper KI. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13(2):106–117.
35. Hennrikus DJ, Jeffery RW. Worksite intervention for weight control: a review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(6):471–498.
36. Matson-Koffman DM et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(3):167–193.
37. Roman PM, Blum TC. Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 11(2):136–149.
38. Janer G, Sala M, Kogevinas M. Health promotion trials at worksites and risk factors for cancer. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2002, 28(3):141–157.
39. Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 11(4):290–307.
40. Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite, 1993–1995 update. *American Journal of Health Promotion*, 1996, 10(5):380–388.

41. Pelletier KR. 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*, 1999, 13(6):333–345.
42. Pelletier KR. 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*, 2001, 16(2):107–116.
43. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 2000–2004 update (VI). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(10):1051–1058.
44. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van gezonde voeding [The effectiveness of interventions aimed at the promotion of a healthy diet]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(6):243–249.
45. Proper KI et al. De effectiviteit van interventies ter stimulering van bewegen [The effectiveness of physical activity interventions]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(3):103–108.
46. Van Overbeek K et al. Effectiviteit van interventies op het voorkomen of stoppen van rookgedrag [The effectiveness of interventions aimed at the prevention of smoking or at smoking cessation]. *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde [Journal of Occupational and Insurance Medicine]*, 2006, 14(4):149–154.
47. Proper KI et al. *Body@Work rapport: towards a lifestyle policy by occupational physicians, 2005* (available at [http://www.bodyatwork.nl/files/rapport\\_bravo.pdf](http://www.bodyatwork.nl/files/rapport_bravo.pdf), accessed December 2007).
48. Stamler R et al. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 13:1801–1807.
49. Nisbeth O, Klausen K, Andersen LB. Effectiveness of counselling over 1 year on changes in lifestyle and coronary heart disease risk factors. *Patient Education & Counseling*, 2000, 40:121–131.
50. Chapman LS. Meta evaluation of worksite health promotion economic return studies. *The Art of Health Promotion*, 2003, 6(6):1–16.
51. Proper KI et al. Costs, benefits and effectiveness of worksite physical activity counselling from the employer's perspective. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2004, 30(1):36–46.
52. Institute of Medicine. Implementing integrated health programs. In: *Integrating employee health: a model program for NASA*. Washington, DC, National Academies Press, 2005:102–149.
53. Chapman LS. Expert opinions on "best practices" in worksite health promotion (WHP). *American Journal of Health Promotion*, 2004, 18(6):1–6.
54. Quintiliani L, Sorensen G, Sattelmair J. *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
55. Employee health programs and services. Midland, MI, The Dow Chemical Company, 1995–2007 (disponible sur <http://www.dow.com/commitments/responsibility/health.htm>, accès décembre 2007).
56. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:279–311.
57. Sorensen G et al. Reducing social disparities in tobacco use: a social contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:230–239.
58. Sorensen, G. et al. The influence of social context on changes in fruit and vegetable consumption: results of the healthy directions studies. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1216–1227.

59. Moy, F, Sallam AAB, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. *Health Promotion International*, 2006, 21:301–310.
60. Baun WB. Program management of workplace health promotion programs. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:78–112.
61. Powell DR, Frank E. The future of workplace health promotion. In: O'Donnell MP, ed. *Health promotion in the workplace*. Toronto, ON, Delmar Thompson Learning, 2002:590–602.
62. Kruger J et al. Selected barriers and incentives for worksite health promotion services and policies. *American Journal of Health Promotion*, 2007, 21:439–447.
63. *Wellness Survey*. Deloitte Consulting, The Deloitte Center for Health Solutions, 2005 (available at [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Wellness%20Survey\\_04v2.pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Wellness%20Survey_04v2.pdf), accessed December 2007)
64. Locke EA, Latham GP. *A theory of goal setting and performance*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1990.
65. Baranowski T et al. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:165–184.
66. Strecher VJ et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1995, 22(2):190–200.
67. Cullen KW, Baranowski T, Smith SP. Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 2001, 101(5):562–566.
68. Locke EA, Latham GP. New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 2006, 15(5):265–268.
69. Strecher V et al. Tailored interventions for multiple risk behaviors. *Health Education Research*, 2002, 17(5):619–626.
70. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
71. Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J. Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. *Annual Review of Nutrition*, 1999, 19:17–40.
72. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 2000, 20:21–44.
73. Lewis MA, DeVellis BM, Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:240–264.
74. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 2002:185–209.
75. *Healthy Lifestyle and Corporate Culture*. Enterprise for Health, 2006 (available at [http://www.enterprise-for-health.org/fileadmin/texte/EfH\\_Healthy\\_Lifestyle.pdf](http://www.enterprise-for-health.org/fileadmin/texte/EfH_Healthy_Lifestyle.pdf), accessed December 2007).
76. De Bourdeaudhuij I, Stevens V, Brug J. Evaluation of an interactive computer-tailored nutrition intervention in a real-life setting. *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 33(1):39–48.
77. Brug J et al. The impact of a computer-tailored nutrition intervention. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):236–242.
78. Sorensen G et al. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes and Control*, 2007, 18:51–59.
79. Velicer WF et al. An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 1993, 18:269–290.

80. King E et al. Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):104–106.
81. Rimer BK et al. Does tailoring matter? The impact of a tailored guide on ratings and short-term smoking-related outcomes for older smokers. *Health Education Research*, 1994, 9(1):69–84.
82. Curry SJ et al. A randomized trial of self-help materials personalized feedback and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(6):1005–1014.
83. Oenema A, Tan F, Brug J. Short-term efficacy of a web-based computer-tailored nutrition intervention: main effects and mediators. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 29(1):54–63.
84. King DK et al. Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self-management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(2):128–137.
85. Delichatsios HK et al. Randomized trial of a “talking computer” to improve adults’ eating habits. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(4):215–224.
86. Brug J, Campbell M, van Assema P. The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 1999, 36:145–156.
87. Skinner CS et al. How effective is tailored print communication? *Annals of Behavioral Medicine*, 1999, 21(4):290–298.
88. Kroeze W, Werkman A, Brug J. A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education of physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 2006, 31(3):205–223.
89. Skinner CS, Strecher VJ, Hospers H. Physicians’ recommendations for mammography: do tailored messages make a difference? *American Journal of Public Health*, 1994, 84(1):43–49.
90. Kreuter MW, Strecher V. Do tailored behavior change messages enhance the effectiveness of health risk appraisal? Results from a randomized trial. *Health Education Research*, 1996, 11:97–105.
91. Bull FC, Kreuter MW, Scharff DP. Effects of tailored, personalized, and general health messages on physical activity. *Patient Education & Counseling*, 1999, 36:181–192.
92. Petty R, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1986, 19:123–205.
93. Calfas KJ et al. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine*, 1996, 25(3):225–233.
94. Proper KI et al. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24(3):218–226.
95. Engbers LH et al. The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BioMed Central Public Health*, 2006, 6:253.
96. Sorensen G et al. Promoting behaviour change among working-class, multi-ethnic workers: results of the healthy directions–small business study. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(8):1389–1395.
97. Stoltzfus E. *Emerging benefits: access to health promotion benefits in the United States, private industry, 1999 and 2005*. Bureau of Labor Statistics, 2006 (disponible sur <http://www.bls.gov/opub/cwc/cm20060724ch01.htm>, accès décembre 2007).
98. Hunt MK et al. Cancer prevention for working-class, multi-ethnic populations through small businesses: the healthy directions study. *Cancer Causes and Control*, 2003, 14(8):749–760.
99. Griffiths J, Hayley M, George E. *Stakeholder involvement*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Geneva, World Health Organization, 2007.

100. Gilmartin S. Wellness programs hit the attraction and retention mark. *Workspan*, 2002, 45:46–48.
101. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International*, 2005, 20:351–359.
102. WA Healthy Business, 2007 (disponible sur <http://www.healthybusiness.asn.au/>, accès décembre 2007).
103. Engbers L, Sattelmair J. *Monitoring and evaluation of worksite health promotion programs. Current state of knowledge and implications for practice*. [Technical paper prepared for the WHO/World Economic Forum joint event on preventing noncommunicable diseases in the workplace]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
104. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A framework to monitor and evaluate implementation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
105. Bauman A et al. Physical activity measurement – a primer for health promotion. *Promotion & Education*, 2006, 13(2):92–103
106. Reddy KS et al. *Methods for establishing a surveillance system for cardiovascular diseases in Indian industrial populations*. Bulletin of the World Health Organization, 2006, 84:461–469
107. KS Reddy et al. Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007, 104(41):16263–16268

## Annexe 1: Liste des participants

Xihong Ai  
Global Leadership Fellow  
Consumer Industries  
World Economic Forum  
Geneva, Switzerland

Albert Amoah  
Vice Dean  
College of Health Sciences  
President Pan-African Society of Cardiology  
Accra, Ghana

Vanessa Candeias  
Technical Officer  
Surveillance and Population-Based Prevention Unit  
Department of Chronic Diseases and Health  
Promotion  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

John Cooper  
Head  
Corporate Occupational Health  
Unilever Plc  
United Kingdom

Gayle Crozier Willi  
Food Issues Manager  
Public Affairs  
Nestlé SA  
Switzerland

Roro Daniel  
Secretary of Health  
Ministry of Health  
Cook Islands

Luuk H. Engbers  
TNO Prevention and Health  
Amsterdam, The Netherlands

Ellen Exum  
Programme Director  
Wellness & Prevention  
PepsiCo  
USA

Susan M. Fleming  
Director  
Global Benefits  
The Coca-Cola Company  
USA

Barry A. Franklin  
Director, Cardiac Rehabilitation & Exercise  
Laboratories  
William Beaumont Hospital  
Michigan, USA

Thomas Granatir  
Global Director  
Policy and Strategy  
Humana Europe Ltd  
London, United Kingdom

Tracy Kolbe-Alexander  
UCT/MRC Research  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa

Helena Leurent  
Associate Director  
Global Leadership Fellow  
Food & Beverage Industries, Centre for Global  
Industries  
World Economic Forum  
Geneva, Switzerland

Paul Litchfield  
Chief Medical Officer and Head  
Health and Safety  
BT Plc  
United Kingdom

Soeren Mattke  
Scientist  
RAND Corporation  
USA

Katrina Minton  
Project Officer  
work2health Limited  
Cardiff, United Kingdom

Sarita Nayyar  
Senior Director  
Head of Consumer Industries  
World Economic Forum  
New York, USA

Sania Nishtar  
President  
Heartfile  
Pakistan

Michael P O'Donnell  
Director  
Health and Wellness  
Cleveland Clinic  
USA

Karin I. Proper  
VU University Medical Center  
EMGO Institute  
Amsterdam, The Netherlands

Lisa Quintiliani  
Center for Community Based Research  
Harvard School of Public Health  
Boston, USA

Christophe Roy  
Technical Officer  
Surveillance and Population-Based Prevention Unit  
Department of Chronic Diseases and Health  
Promotion  
World Health Organization  
Geneva, Switzerland

Denis Taschuk  
Vice-President  
International Diabetes Federation  
Canada

Choon Meng Ting  
Chairman and Chief Executive Officer  
HealthSTATS International  
Singapore

Janet Voûte  
Chief Executive Officer  
World Heart Federation  
Geneva, Switzerland

Derek Yach  
Director  
Global Health Policy  
PepsiCo  
USA

Lichen Yang  
Associate Professor  
Institute of Nutrition and Food Safety  
Chinese Center for Disease Control and Prevention  
Beijing, People's Republic of China

Fan Wu  
Director  
National Center for Chronic & Noncommunicable  
Disease Prevention and Control  
People's Republic of China

YanWei Wu  
World Health Organization  
Country Office  
Beijing, People's Republic of China

Zhai Yi  
Division of NCD Control and Community Health  
Chinese Center for Disease Control and Prevention  
Beijing, People's Republic of China

Dong Zhao  
Deputy Director  
Beijing institute of Heart  
Lung & Blood Vessel Diseases (BIHLBD)  
Director and Professor  
BLHLBD and Beijing Anzhen Hospital affiliated to  
Capital Medical University  
Beijing, People's Republic of China

Lei Zhenglong  
Director  
NCD and Nutrition Management  
Bureau of Disease Control  
Ministry of Health  
Beijing, People's Republic of China



## Annexe 2: Principales ressources

On trouvera dans la liste des références les indications nécessaires pour se procurer ces ressources.

- Prévention des maladies chroniques : un investissement vital  
[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html)
- National Institute for Occupational Safety and Health, Work Life Initiative  
<http://www.cdc.gov/niosh/programs/worklife/>
- Integrating employee health; a model program for NASA  
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995.aspx>
- Improving health, an employer toolkit  
<http://www.iom.edu/CMS/3788/18021/26995/35482.aspx>
- La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html)
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces. Shanghai, World Health Organization, Western Pacific Regional Office, November 1999
- NASA occupational health: a healthier NASA  
<http://ohp.nasa.gov/>
- Système de promotion de la santé en milieu de travail : modèle pour les grandes entreprises  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au\\_travail/why3\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/why3_f.html)
- Système de promotion de la santé en milieu de travail : modèle pour les petites entreprises  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au\\_travail/why3\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/au_travail/why3_f.html)

## Remerciements

Le présent document a été préparé par Timothy Armstrong, Vanessa Candeias, Lisa Quintiliani et Christophe Roy, en collaboration avec l'équipe Working Towards Wellness du Forum économique mondial : Xihong Ai, Helena Leurent et Sarita Nayyar.

Des observations et informations ont été apportées par Luuk Engbers, Barry Franklin, Katrina Minton, Sania Nishtar, Dorairaj Prabhakar, Karin Proper, Srinath Reddy, Willem Van Mechelen, Janet Voûte; ainsi que par les membres du Conseil de l'initiative Working Towards Wellness du Forum économique mondial : nos plus vifs remerciements vont à Gayle Crozier Willi, John Cooper, Grant Eldred, Susan Fleming, Thomas Granatir, Robert Kanz, Paul Litchfield, Michael Thompson et Derek Yach.

Quatre documents de fond destinés à la réunion mixte ont été préparés par Luuk Engbers, Emma George, John Griffiths, Maggs Hayley, Karin Proper, Jacob Sattelmair, Glorian Sorensen, Lisa Quintiliani et Willem Van Mechelen. On pourra consulter ces documents à l'adresse suivante : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.

L'OMS remercie le Forum économique mondial pour sa contribution financière à l'élaboration du présent document.

ISBN 978 92 4 259632 7



9 789242 596328