Évaluation de l'efficacité des interventions organisationnelles mises en œuvre dans le cadre de la norme *Entreprise en Santé :* Impacts sur la conciliation travail-vie personnelle et l'état de santé globale des travailleurs du Québec

Mémoire

Anne-Frédérique Lambert-Slythe

Maîtrise en santé communautaire

Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Anne-Frédérique Lambert-Slythe, 2017

Évaluation de l'efficacité des interventions organisationnelles mises en œuvre dans le cadre de la norme *Entreprise en Santé :* Impacts sur la conciliation travail-vie personnelle et l'état de santé globale des travailleurs du Québec

Mémoire

Anne-Frédérique Lambert-Slythe

Sous la direction de :

Chantal Brisson, directrice de recherche

Michel Vézina, codirecteur de recherche

Résumé

La conciliation travail-vie personnelle (CTVP) réfère à un effort d'harmonisation entre les exigences du milieu professionnel et celles issues des rôles familiaux et personnels. Au Québec, de 40 à 47% des travailleurs déclarent vivre un conflit travail-vie personnelle. De plus en plus d'entreprises implantent des mesures favorisant la CTVP, mais leurs effets sur la santé des travailleurs sont peu connus. La norme *Entreprise en Santé* (NEES) a été implantée en 2008. Les interventions prévues par cette norme portent sur quatre sphères[1], dont l'équilibre travail-vie personnelle. L'objectif général de l'étude est de déterminer l'impact de son implantation sur la CTVP et sur l'état de santé auto-rapporté (ÉSAR). Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste subventionnée par les IRSC (2), évaluant l'implantation de la NEES et son impact. La collecte de données a été effectuée par questionnaire auprès de travailleurs de dix entreprises avant l'implantation de la NEES et de 24 à 38 mois après l'implantation.

Les résultats montrent une détérioration de la CTVP et de l'ÉSAR. Toutefois, seulement trois entreprises sur les dix étudiées ont réalisé des interventions pour améliorer la CTVP. Parmi celles-ci, une seule a implanté des interventions reconnues efficaces. Au sein de cette dernière, de légères améliorations de la CTVP et de l'ÉSAR ont été observées. Les résultats de cette étude illustrent la nécessité d'implanter des mesures reconnues efficaces afin d'améliorer la CTVP et l'ÉSAR.

La présente étude est la première à avoir examiné l'association entre la CTVP et la santé sur une aussi longue période, chez un échantillon de cette taille (n=2849). La NEES intègre des interventions dans différents domaines, ce qui est innovateur.

Mots clés

Conciliation travail-vie personnelle, état de santé auto-rapporté, intervention organisationnelle, étude d'intervention, norme *Entreprise en santé*, santé au travail, Québec

[1] Environnement de travail, organisation du travail et pratiques de gestion, habitudes de vie, équilibre travail-vie personnelle

Abstract

Impact of the Quebec Healthy Enterprise Standard on work-life balance and self-rated health among employees

Background and Objectives: Work-life balance (WLB) refers to the harmonization of one's professional and personal roles. In Quebec, 40 to 47% of workers report work-life conflict; a state researchers suggest may be associated with various mental and physical health problems. An increasing number of companies are implementing measures to promote WLB, but their effects on workers' health are not well known. Implemented in 2008, the Quebec Healthy Enterprise Standard (HES) targets four intervention areas, including WLB. The objective of this study was to evaluate the impact of HES implementation on workers' WLB and their self-rated health (SRH).

Methods: This was an intervention study with a before-after design. All active employees of ten Quebec companies were solicited to complete a questionnaire before (n=2849) and 24 to 38 months after (n=2560) HES implementation.

Results: The overall results show a deterioration of WLB and SRH. Of the two companies that implemented specific interventions to promote WLB, only one implemented recognized interventions (flexible schedule and telecommute). In this company, a slight improvement in WLB as well as an increase in the prevalence of negative SRH was observed. The second company conducted information sessions on WLB and deterioration in WLB was observed.

Conclusions: This is the first study to assess the association between implemented measures and WLB or SRH over such a long period of time and in such a large sample. The results of this study illustrate the need to and the importance of implementing concrete and recognized interventions in order to improve workers' WLB and SRH.

Table des matières

Résumé ..... **III**
Abstract ..... **IV**
Table des matières ..... **V**
Liste des tableaux ..... **VII**
Liste des figures ..... **IX**
Liste des abréviations ..... **X**
Avant-propos ..... **XI**
1. Introduction **1**
2. État des connaissances **3**
2.1 Conciliation travail-vie personnelle **3**
2.1.1 Définition 3
2.1.2 Impacts du conflit travail-vie personnelle sur la santé des travailleurs 7
2.1.3 Interventions organisationnelles et individuelles 10
2.1.4 Conditions de travail associées à la CTVP 14
2.1.5 Instruments de mesure du conflit 17
2.1.6 Implantation des interventions organisationnelles 19
2.2 État de santé auto-rapporté **19**
2.2.1 Définition 19
2.2.2 État de santé auto-rapporté et conciliation travail-vie personnelle 23
2.3 Recension des études d'intervention **25**
2.3.1 Revues systématiques et méta-analyses 25
2.3.2 Études d'interventions portant sur la CTVP 34
2.3.3 Pistes d'explication des inconsistances observées dans les résultats des études antérieures 40
2.3.4 Résumé 41
2.4 Description de l'intervention : la NEES **42**
2.5 Normes au Québec et ailleurs **44**
2.5.1 Norme conciliation travail-famille, Québec (BNQ 9700-820/2010) 45
2.5.2 Norme Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail, Canada (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013) 46
2.5.3 STAR, États-Unis (Support. Transform. Achieve. Results.) 47
2.5.4 ROWE, États-Unis (Results Only Work Environment) 47
2.5.5 Safe Work Australia et Australian Workplace Barometer, Australie 48
2.5.6 Health and Safety Executive Project, Royaume-Uni 49
2.5.7 Autres 50
3. Question, objectifs et hypothèse de recherche **51**
3.1 Objectif général **51**
3.2 Objectifs spécifiques **51**
3.3 Hypothèse de recherche **51**
4. Méthodologie **52**
4.1 Devis de l'étude **52**
4.2 Population et échantillonnage **52**
4.3 Collecte de données **53**
4.4 Définition opérationnelle des variables **54**
4.4.1 Exposition aux interventions (variables indépendantes) 54
4.4.2 Issues mesurées (variables dépendantes) 56

4.4.3 Covariables 59
4.5 Analyses statistiques 62
4.6 Puissance de l'étude 64
5. Considérations éthiques 66
6. Résultats 67
6.1 Description générale 67
6.2 Conciliation travail vie-personnelle chez les travailleurs 74
6.2.1 Perception globale de la CTVP, analyse pré/post-intervention 75
6.2.2 Perception globale de la CTVP et satisfaction des mesures d'équilibre TVP, analyse transversale post-intervention, selon l'exposition individuelle aux interventions 77
6.3 Conciliation travail-vie personnelle au sein des entreprises, post-intervention .. 80
6.4 État de santé auto-rapporté chez les travailleurs, analyse pré/post-intervention 82
6.5 Résultats complémentaires des entreprises ayant implanté des interventions spécifiques à l'équilibre travail-vie personnelle 84
6.5.1 Perception globale de la CTVP et satisfaction des mesures d'équilibre TVP, analyse pré/post-intervention dans les trois entreprises ayant implanté des interventions 85
6.5.2 État de santé auto-rapporté, analyse pré/post-intervention dans les trois entreprises ayant implanté des interventions 89
7. Discussion 93
7.1 Contexte et principaux résultats 93
7.2 Consistance des résultats avec la littérature 94
7.2.1 CTVP 94
7.2.2 ÉSAR 99
7.3 Interprétation des résultats complémentaires pour les entreprises A, B et C 100
7.3.1 CTVP 103
7.3.2 ÉSAR 104
7.4 Forces de l'étude 105
7.5 Faiblesses de l'étude 107
7.5.1 Limites du devis et de l'intervention 107
7.5.2 Biais de sélection 108
7.5.3 Biais d'information 109
7.5.4 Biais de confusion 111
7.5.5 Synthèse des biais potentiels les plus importants 113
7.6 Explication de certains choix méthodologiques 113
7.7 Validité externe 114
7.8 Retombées pour la santé publique 115
7.9 Suggestions d'études futures 116
7.9.1 Méthodologie 117
7.9.2 Recherche qualitative 117
7.9.3 CTVP et santé mentale 118
7.9.4 Documenter les mesures facilitantes à la CTVP 118
8. Conclusion 120
9. Bibliographie 121
10. Annexes 130

Liste des tableaux

Tableau 1 : Exemples de répercussions du conflit travail-vie personnelle sur les travailleurs (43) 8

Tableau 2 : Revues systématiques et méta-analyses portant sur la CTVP 29

Tableau 3 : Études d'interventions concernant la conciliation travail-vie personnelle 38

Tableau 4 : Mesures implantées dans le cadre de la NEES, sphère équilibre travail-vie personnelle dans les 10 entreprises étudiées 44

Tableau 5 : Exposition aux interventions de la sphère équilibre travail-vie personnelle.... 55

Tableau 6 : Insatisfaction des mesures organisationnelles d'équilibre travail-vie personnelle 59

Tableau 7 : Caractéristiques des variables modifiantes 60

Tableau 8 : Caractéristiques des variables confondantes (CTVP)..... 61

Tableau 9 : Caractéristiques des variables confondantes (ÉSAR) 62

Tableau 10 : Ajustements pour les variables confondantes 64

Tableau 11 : Pourcentage de participation, par entreprise 68

Tableau 12 : Description de la population à l'étude chez tous les individus et chez tous les individus, selon le sexe, avant l'intervention (T1) 69

Tableau 13 : Description de la population étudiée, par entreprise, avant l'intervention (T1) (n=2849) 71

Tableau 14 : Exposition aux différentes sphères d'intervention chez tous les individus et chez tous les individus selon le sexe, après l'intervention (T2) 74

Tableau 15 : Mesures de CTVP 75

Tableau 16 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES 76

Tableau 17 : Rapports de prévalence de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe 76

Tableau 18 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge..... 77

Tableau 19 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation .. 78

Tableau 20 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation (T2), selon le sexe 79

Tableau 21 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation .. 80

Tableau 22 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP parmi les entreprises ayant un pourcentage élevé de sujets exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP en comparaison aux entreprises ayant un faible pourcentage de sujets exposés, avant et après l'implantation 81

Tableau 23 : État de santé auto-rapporté 82

Tableau 24 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES 83

Tableau 25 : Rapport de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe 83

Tableau 26 : Rapport de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge 84

Tableau 27 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant et après l'implantation de la NEES 86

Tableau 28 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe 87

Tableau 29 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge 88

Tableau 30 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES 90

Tableau 31 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe 91

Tableau 32 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge 92

Liste des figures

Figure 1 : Modèle du conflit travail-famille 6
Figure 2 : Interventions organisationnelles et individuelles 10
Figure 3 : Modèle analytique de la santé, du bien-être et de la CTVP des employés 13
Figure 4 : Processus de l'état de santé auto-rapporté 21
Figure 5 : Modèle causal proposé des contraintes liées au travail, de la conciliation et des issues de santé 26

Liste des abréviations

ACFAS : Association canadienne-française pour l'avancement des sciences

BNQ : Bureau de normalisation du Québec

COPSOQ : Copenhagen Psychosocial Questionnaire

CTVP : Conciliation travail-vie personnelle

CTF : Conciliation travail-famille

EQCOTESST: Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail

ÉSAR : État de santé auto-rapporté

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

NEES : Norme Entreprises en Santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PAE : Programme d'aide aux employés

PGSP : Politique gouvernementale de prévention en santé

PNSP : Programme national de santé publique

ROWE : Results Only Work Environment

STAR : Support. Transform. Achieve. Results.

TVP : Travail-vie personnelle

Avant-propos

J’aimerais offrir mes sincères remerciements à tous les gens qui m’ont soutenue ou aidée, de près ou de loin, pour la rédaction de ce mémoire.

Tout d’abord, j’aimerais remercier Mahée Gilbert-Ouimet pour ses précieux conseils, sa disponibilité, sa capacité à m’enseigner des concepts méconnus mais tellement pertinents à la réalisation de ce projet. Merci pour ta confiance, ton support, les discussions toutes aussi pertinentes les unes que les autres et les innombrables surnoms que tu as pu me donner durant mon séjour avec l’équipe!

Je remercie également Chantal Brisson, ma directrice de recherche pour ses commentaires et sa rigueur scientifique.

Mon projet n’aurait pas été aussi profitable sans les recommandations de mon co-directeur, Michel Vézina. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre capacité à transmettre votre passion pour la santé au travail et vos précieux conseils et commentaires pour rendre ce rapport compréhensible et accessible à l’ensemble de la population.

Merci à toute l’équipe de recherche en santé des populations à laquelle j’ai pu me joindre pour le présent projet, spécialement à Caroline Duchaine, qui a été présente à toutes les étapes cruciales de mon projet. Et qu’auraient été mes journées sans ta machine à café!

Merci à Myrto Mondor pour ton aide et ta patience à m’enseigner les rudiments des statistiques, et à Denis Guillette, pour qui l’informatique n’a aucun secret!

J’offre également un remerciement à ma famille et amis, particulièrement à mes parents, Dominique et Mark ainsi qu’à mon frère Charlou, pour leur support inconditionnel, autant dans les bons que les moins bons moments. Merci à Victoria, Lisvia, Karine et Philippe pour les moments de folie et les petites pauses qui ont su agrémenter mes journées. Merci à mes amis, spécialement « la Cocagne », juste parce qu’on s’a et parce qu’un jour, on va la breveter notre *Théorie des gens sympathiques*! Merci aux résidents en santé publique et médecine préventive, spécialement Marie-Claude. Merci d’être là pour me permettre de parler de mes difficultés et tracas au quotidien. Personne ne peut comprendre aussi bien qu’eux le défi de rédiger un mémoire dans un temps aussi restreint et avec toutes les obligations que la résidence nous exige.

1. Introduction

Au cours des dernières décennies, la vie familiale et professionnelle des femmes et des hommes a connu une évolution marquée dans les pays industrialisés. Le taux d'emploi des mères québécoises ayant un enfant en bas âge est passé de 25% en 1976 à 71% en 2010 (3). Par conséquent, la majorité des parents, hommes et femmes, doivent concilier des obligations professionnelles et personnelles. De plus, les conditions du marché du travail sont en constante évolution en raison de l'augmentation de la compétitivité entre les entreprises et de la charge de travail des employés notamment (4, 5). Tous ces changements peuvent contribuer à accentuer le conflit travail-vie personnelle (TVP)[2]. Ainsi, selon les études, de 40 à 47% des travailleurs québécois occupant un emploi à temps plein déclarent avoir un niveau modéré à important d'interférence entre les sphères du travail et de la vie personnelle (6, 7). D'ailleurs, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a ajouté la conciliation travail-famille comme thème de son indice du *Vivre mieux* en 2011 (6, 8).

Au Québec, 21% des salariés de 25 ans ou plus et 37% des travailleurs autonomes du même groupe d'âge ont des conditions de conciliation travail-vie personnelle (CTVP)[3] non-satisfaisantes ou des horaires contraignants ayant un impact négatif sur leurs obligations personnelles (9). Un nombre grandissant d'études suggère que le conflit TVP est associé à des problèmes de santé physique et mentale (7, 9-11). Bien que de plus en plus d'entreprises implantent des mesures favorisant la CTVP, les effets de telles interventions sur la santé et le bien-être des employés sont mal connus (10). Sept études d'intervention ont mesuré l'effet de l'implantation d'interventions organisationnelles sur la CTVP (12-18). Six d'entre elles ont observé des effets bénéfiques sur la réduction du conflit TVP et sur différentes issues de santé, dont l'état de santé auto-rapporté (ÉSAR). Ces études sont toutefois limitées par une courte durée de suivi. De plus, la disparité des instruments utilisés pour évaluer la CTVP ainsi que les issues de santé mesurées limitent la possibilité de comparer les études entre elles. Six revues systématiques (10, 19-23) et trois méta-analyses (24-26) ont observé un effet néfaste du conflit TVP sur les différentes issues, mais les résultats demeurent mitigés. Ces études montrent également que la manière dont

[2] Survient lorsque l'engagement d'un individu dans l'une des sphères affecte négativement sa perception du fonctionnement de la seconde sphère

[3] Conditions relatives aux horaires et aux heures de travail, l'accès à certains congés, au travail à domicile et à des conditions particulières sur les lieux de travail

la mise en œuvre des interventions est effectuée serait également responsable d'effets favorables à la santé et de l'amélioration de la CTVP(21).

La *Norme Entreprise en Santé* (NEES; BNQ 9700-800/2008) est une initiative qui vise l'implantation d'interventions organisationnelles. Elle a été mise à la disposition des entreprises québécoises en 2008 afin d'améliorer la santé physique et mentale des travailleurs. Cette norme est une première mondiale, de par sa visée populationnelle. Les interventions prévues portent sur quatre sphères (27) : les pratiques de gestion, l'environnement de travail, les habitudes de vie et l'équilibre travail-vie personnelle. Les enjeux économiques et de santé publique reliés à la NEES sont importants. L'efficacité de ce type d'initiative pour améliorer la CTVP et la santé n'a jamais été évaluée.

Le présent mémoire étudie pour la première fois l'effet de la NEES sur la CTVP et sur l'état de santé globale. Cette étude a été effectuée à l'aide d'un devis longitudinal et utilisera une mesure validée de l'état de santé (ÉSAR) ainsi que deux indicateurs de la CTVP. Cette étude a pour but de faire progresser les connaissances au sujet des effets d'interventions organisationnelles sur la CTVP. Le projet de recherche s'inscrit dans une optique d'amélioration des connaissances pour apporter un meilleur soutien aux milieux de travail du Québec, soutenir les gestionnaires et les décideurs et potentiellement bonifier la NEES. En termes de santé publique, les résultats concernant l'efficacité de l'implantation des mesures de CTVP sont primordiaux. Le projet pourra avoir un impact sur la qualité des interventions futures concernant la CTVP en permettant de bonifier ces interventions en cours d'implantation, en plus de permettre une amélioration de la NEES et un transfert des connaissances vers les entreprises. La présente recherche permettra de documenter l'effet de telles mesures dans le contexte québécois. Les entreprises ayant participé à l'étude seront à même de consulter les résultats afin d'implanter ou de modifier des mesures visant l'équilibre travail-vie personnelle de leurs employés, selon leurs ressources et besoins.

2. État des connaissances

2.1 Conciliation travail-vie personnelle

L'arrivée des femmes sur le marché du travail est l'un des événements marquants du 20e siècle. Au Québec, entre 1976 et 2008, le nombre de femmes occupant un emploi s'est accru de 106,5%, faisant passer leur taux d'emploi de 37,4% à 57,3% (28). Chez les mères, cette hausse se concrétise par une augmentation du temps professionnel, mais qui n'est pas nécessairement compensée par une réduction du temps domestique. La réalité actuelle nécessite souvent de cumuler maternité et travail plutôt que de choisir entre ces sphères, comme il était fréquent de le faire auparavant. Les couples se partagent de plus en plus les tâches professionnelles, domestiques et liées aux enfants. En effet, 46,6% des travailleurs québécois à temps plein déclarent avoir un niveau modéré à important d'interférence entre les sphères du travail et de la vie personnelle (6).

Le conflit travail-vie personnelle est le produit de la société post-industrielle (6). Les recherches menées dans plusieurs pays au cours des dernières décennies révèlent que cette problématique ne cesse de s'accentuer (6, 29, 30) et qu'elle touche davantage les mères que les pères (29, 31).

La CTVP est un sujet d'intérêt pour les organisations et les individus puisque la santé et le bien-être de ces derniers tendent à être meilleurs lorsque l'équilibre entre le travail et la vie personnelle est maintenu (29, 32, 33). Cet équilibre semble également avoir un impact positif sur la productivité et la performance organisationnelle (34).

2.1.1 Définition

Le travail fait partie intégrante de la vie de la majorité des adultes. Il en est de même des activités personnelles, familiales et domestiques. Toutes ces occupations sont fondamentales à l'être humain et, lorsque bien intégrées, sont bénéfiques au bien-être de chacun. Toutefois, lorsque les conditions d'exercices de ces rôles ne sont plus favorables, la santé physique et mentale de ces personnes peut être altérée (6).

Avant de définir la CTVP et les conflits pouvant y être associés, il est primordial de différencier les termes « vie personnelle » et « famille », qui sont tous deux utilisés dans la

littérature (conciliation travail-vie personnelle et conciliation travail-famille). Le terme « vie personnelle » renvoie à toutes les activités effectuées de manière non-rémunérée, ce qui inclut les tâches domestiques et celles liées aux responsabilités familiales, mais également les activités de loisirs, les déplacements et les tâches connexes (9, 33). Pour sa part, la « vie familiale » est moins bien définie dans la littérature. Certains auteurs utilisent le terme « famille » lorsqu'il y a présence d'enfants à charge tandis que d'autres l'utilisent de façon plus globale afin d'inclure également les conjoints, les personnes en perte d'autonomie à charge ainsi que toutes autres relations pouvant interférer avec le travail et les tâches connexes (30). Le terme « vie personnelle » englobe le terme « famille » et sera utilisé dans le présent document. Les références au concept travail-famille seront utilisées s'il est question de l'interférence entre le travail et les tâches impliquant la prise en charge d'enfants ou d'autres personnes à charge uniquement.

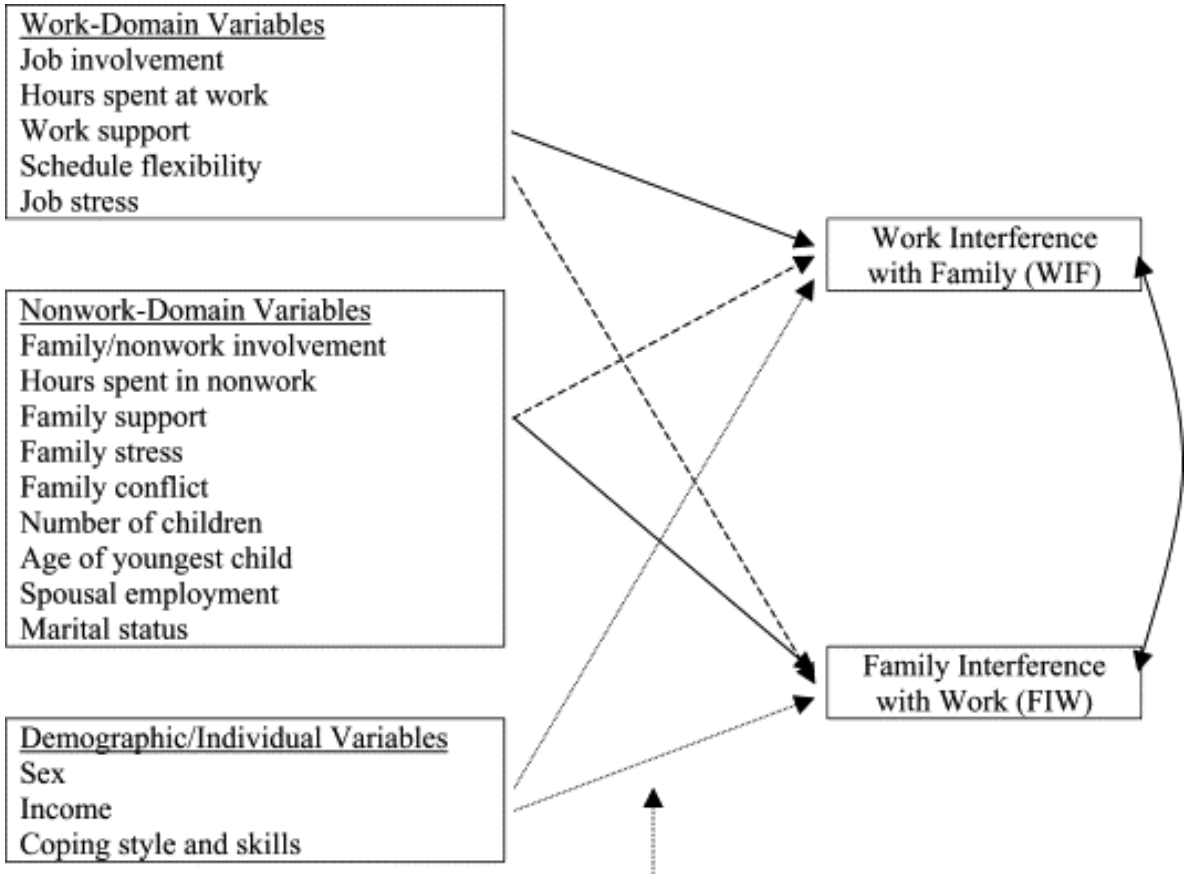
La CTVP réfère à un effort d'harmonisation entre les exigences du milieu professionnel et celles issues des divers rôles familiaux et personnels. Elle favorise un équilibre sain entre les sphères du travail, de la famille et de la vie personnelle (4). Par contre, si elle n'est pas optimale, certaines difficultés, problèmes ou conflits peuvent survenir chez les travailleurs. L'équilibre entre ces sphères est maintenu lorsque les capacités physiques, mentales et émotionnelles d'une personne permettent la réalisation d'activités dans tous les domaines de la vie (personnelle, familiale, professionnelle), sans nécessiter plus de ressources (temps, énergie, argent) que ce que l'individu peut fournir (35). Beauregard et Henry (36) affirment que la CTVP est favorisée lorsqu'un emploi combine les horaires flexibles et du support provenant des employeurs ainsi que lorsque le travailleur détient la capacité de s'adapter au contexte. La perception de cet équilibre diffère ainsi selon les individus. Le soutien social des superviseurs, défini comme l'importance qu'accorde l'employeur au bien-être de ses employés, et la perception du travailleur de l'aide apportée par les superviseurs pour favoriser ce bien-être contribuent à une bonne CTVP (37).

Le conflit travail-vie personnelle (TVP) survient lorsque l'engagement d'un individu dans l'une des sphères affecte négativement sa perception du fonctionnement d'une autre de ces sphères (7, 38, 39). Ce concept a été décrit par Kahn *et al.* (1964) qui mentionnaient que la multiplicité des rôles chez une personne pouvait entraîner du stress, voir un conflit entre les différents rôles (7). Ce conflit peut-être bidirectionnel, c'est-à-dire que les demandes liées au travail peuvent entraver celles de la vie personnelle et, à l'inverse, les

demandes familiales peuvent interférer avec la vie professionnelle (7, 16, 38). Le modèle de Michel et al. (26) présenté à la figure 1 illustre certains éléments qui pourraient avoir une influence sur le conflit TVP ainsi que la relation entre les types de conflit (travail-famille et famille-travail). Il est à noter que cette figure contient des éléments qui ne sont pas mutuellement exclusifs (par exemple, le soutien social et les contraintes psychosociales) ou qui sont peu utiles en raison de leur imprécision (par exemple, les caractéristiques du travail). De plus, les différents facteurs inclus n'ont pas fait l'objet de la même démonstration empirique concernant leur validité. Plusieurs auteurs présentent des modèles illustrant la relation entre les facteurs contribuant aux contraintes liés à l'emploi et le conflit TVP. Toutefois, la difficulté est de montrer ou de discuter de la complexité de la relation entre les risques psychosociaux et la CTVP (figure 1) et entre les risques psychosociaux et l'état de santé, avec la CTVP comme variable intermédiaire (voir la figure 5).

Un graphique simplifié et traduit ainsi qu'un tableau contenant les définitions des termes évoqués sont présentés à l'annexe 1.

Figure 1 : Modèle du conflit travail-famille (25)



Greenhaus et Beutell (39), décrivent trois formes du conflit : le conflit de temps, de tension et de comportement. Le conflit de temps se manifeste lorsque les exigences de la vie professionnelle et de la vie personnelle apportent trop de tâches à réaliser pour une période donnée. Le conflit de tension survient lorsque le stress ressenti dans l'une des sphères rend difficile l'exécution des exigences de l'autre sphère. Le conflit de comportement, pour sa part, apparaît lorsque les comportements requis par un rôle sont une source de conflits affectant les exigences de l'autre rôle. Duxbury et Higgins (29), quant à eux, le définissent en cinq formes : la surcharge de rôle, l'interférence entre les rôles (travail sur la famille et famille sur le travail), la pression sur le fournisseur de soins et l'empiètement du travail sur la famille.

La prémisse à la CTVP est que les travailleurs ayant de la facilité à coordonner leur vie familiale à leur vie professionnelle seraient plus en santé et plus satisfaits de leur vie en

général (34). Bien que la CTVP soit de plus en plus considérée par les entreprises, ses effets sur la santé et le bien-être des employés sont mal connus (10). De plus, il existerait une association entre une bonne CTVP et une perception favorable du support organisationnel, une meilleure attitude face au travail (36) et la satisfaction au travail (40). La flexibilité des horaires a été associée à une implication plus grande des employés face à leur milieu de travail et à une diminution du roulement du personnel (10). La semaine de travail comprimée et la réduction volontaire des heures travaillées ont pour leur part été associées à une plus grande satisfaction au travail et à une meilleure implication dans ce domaine (9, 10). Ces impacts ont aussi été remarqués dans les milieux de travail qui bénéficient de garderies ou d'autres services qui supportent les besoins liés à la famille.

Les études publiées ont montré que l'implantation de mesures favorisant la CTVP est associée à des effets positifs pour les organisations, telles que l'amélioration du recrutement et des échanges sociaux, la hausse de la performance organisationnelle ainsi qu'une réduction de l'absentéisme, des conséquences du présentéisme et du roulement du personnel (9, 21, 36, 38, 41). Ces conséquences positives pourraient amener une diminution des coûts pour les entreprises (36, 42).

Par contre, certains auteurs rapportent que des employés percevraient que l'utilisation de mesures pour favoriser la CTVP aurait un impact négatif sur l'avancement de leur carrière. Selon eux, l'utilisation de ces mesures pourrait être perçue de manière négative par l'employeur ou par leurs collègues. De plus, cette appréhension serait associée à une augmentation du niveau de conflit TVP chez ces employés (36).

2.1.2 Impacts du conflit travail-vie personnelle sur la santé des travailleurs

Le conflit TVP affecte négativement l'individu dans sa vie professionnelle, sa vie personnelle, son bien-être général et sa santé physique et mentale (37, 38). Le stress au travail[4] serait un prédicteur important du conflit travail-vie personnelle (6) et aurait des impacts sur l'habileté des travailleurs à concilier ces deux sphères. Actuellement, il y a

[4] Le concept de stress au travai est ambigü et donc difficile à interpréter. À titre d'exemple, dans le tableau 1, il est présenté comme un problème de santé psychologique, alors que selon la plupart des articles cités dans la présente section, il existerait une relation entre stress et santé mentale des travailleurs.

assez de données dans la littérature pour statuer qu'il existe un lien de causalité entre le stress au travail, la CTVP et la santé physique et mentale des travailleurs (4, 7, 10, 24, 30, 37, 39, 42). Le tableau 1, créé par la *Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations*, présente les répercussions individuelles du conflit TVP. Il importe toutefois de mentionner que le défi qu'éprouvent les employés à harmoniser leurs différents rôles peut amener des conséquences négatives à des niveaux qui impliquent d'autres individus : les familles, les milieux de travail et la société en général (29, 32).

Tableau 1 : Exemples de répercussions du conflit travail-vie personnelle sur les travailleurs (43)

Répercussions physiques	Fatigue Tensions musculaires Maux de tête et migraines Hypertension Hypercholestérolémie Troubles cardio-vasculaires Troubles gastro-intestinaux Allergies Asthme Diabète
Répercussions psychologiques	Stress Anxiété Humeur dépressive Épuisement Irritabilité Sentiment de culpabilité Détresse psychologique
Répercussions attitudinales	Insatisfaction conjugale et familiale Insatisfaction quant aux loisirs Insatisfaction professionnelle et intention de démission Insatisfaction quant à la vie en général
Répercussions comportementales	Pratique réduite d'activité physique Mauvaises habitudes alimentaires Consommation abusive de cigarettes, alcool, médicaments, drogues Trouble du sommeil Troubles alimentaires Problèmes relationnels à la maison et au travail Problèmes de ponctualité et d'absentéisme au travail Problèmes de rendement au travail

Dans un contexte où le travail s'intensifie en termes de temps et d'efforts, la pression vécue par les travailleurs tend à augmenter (44). Ces contraintes sont fortement associées à des problèmes de santé physique et mentale ainsi qu'à la difficulté à maintenir de saines

habitudes de vie (7, 10, 20). Le conflit TVP peut mener à des effets néfastes sur le bien-être individuel et la santé mentale, dont l'épuisement professionnel, la détresse psychologique, l'humeur dépressive et l'anxiété (9, 37, 45-47). La satisfaction et la performance au travail peuvent également être altérées lorsque le conflit s'accentue. Il en est de même pour le roulement du personnel, le présentéisme et l'absentéisme (4, 36).

Certains comportements liés à la santé, dont la consommation d'alcool et d'autres psychotropes[5] ainsi que la diminution de la pratique d'activité physique, sont associés au conflit (4, 7).

Une relation a été observée entre le conflit et certains problèmes de santé physique dont la dyslipidémie, l'hypertension, les événements cardiovasculaires, les troubles gastro-intestinaux ainsi que la fatigue et les céphalées de tension (4, 10, 48). La difficulté à concilier les responsabilités professionnelles et familiales a également été associée à l'augmentation de la prévalence de symptômes psychosomatiques comme la fatigue, le manque d'appétit et de concentration et les difficultés cognitives (7, 36).

Au Québec, Lippel et ses collaborateurs (49) ont observé, chez les travailleurs avec des responsabilités familiales plus élevées, un niveau de détresse psychologique modéré ou élevé (41,9% vs 30,8%), des symptômes dépressifs perçus comme étant liés à l'emploi (8,0% vs 7,3%) et des symptômes dépressifs perçus comme étant non liés à l'emploi (10,4% vs 4,6%).

Jusqu'à maintenant, plusieurs travaux ont observé les conséquences du conflit travail-famille (7, 24, 50, 51). Ces auteurs ont démontré que le conflit, en plus des conséquences pour la santé, diminue l'engagement organisationnel des travailleurs.

Finalement, les femmes, particulièrement les mères, sont plus susceptibles d'éprouver un conflit TVP et d'en subir les impacts (7, 52). C'est le fardeau cumulatif des obligations qui semble avoir des effets négatifs sur ce groupe de la population (9).

[5] Un psychotrope est une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux, sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de son éventuelle toxicité. (Dictionnaire des drogues et des dépendances, Larousse, 2004).

2.1.3 Interventions organisationnelles et individuelles

Les interventions pour favoriser la CTVP sont des politiques et des pratiques organisationnelles mises en place par l'employeur afin de favoriser l'équilibre entre les exigences de la vie professionnelle des employés et les demandes des autres sphères (38). Elles visent généralement trois composantes, soit l'horaire de travail, l'organisation du travail ainsi que la collaboration entre les travailleurs et les gestionnaires (21, 37, 53). Une intervention peut agir sur une seule ou plusieurs de ces composantes. La figure 2 illustre et catégorise certaines interventions reconnues pour favoriser la CTVP. Elles sont classées en fonctions des objectifs souhaités par les organisations et selon le niveau ciblé au sein de l'organisation (organisationnel, département, individuel). Les interventions en italique sont les plus fréquemment implantées. La classification a été faite ainsi par les auteurs (30), mais ces derniers mentionnent que la plupart des interventions peuvent ou devraient avoir une influence à plusieurs niveaux dans l'organisation.

Figure 2 : Interventions organisationnelles et individuelles (29)

Level	Organizational change	Work-group change	Individual or job change
Goals Foster Support	• *Dependent Care Benefits* • Statement from top management • Work-life staff • Work-life committee	• Training on emotional support and instrumental support, for supervisors and/or for groups	• Educational Programs and/or Employee Groups for users or those with specific family demands
Increase control over work time	• *Flexible hours and remote work policies* • Longer leaves and career breaks • Provide technology	• Training on options • Cross-training	• Encourage use • Back-up users
Manage workload	• *Part-time and reduced load arrangements* • No mandatory overtime • Paid vacation, sick days, leaves • Staffing changes to cover absences, reduce overload (e.g., on-call floater)	• Training on options available • Work redesign to reduce low-value tasks • Cross-training	• Work redesign for a specific job • Encourage use • Back-up users

Les interventions organisationnelles réfèrent à des activités visant à améliorer les caractéristiques reliées à l'emploi, en opposition aux interventions individuelles qui agissent en renforçant la capacité des individus à faire face à des facteurs psychosociaux défavorables (54). La littérature suggère également que les interventions

organisationnelles ont pour effet, si elles sont implantées adéquatement, de montrer aux employés que les dirigeants de l'organisation se soucient de leur bien-être, ce qui peut avoir comme effet d'améliorer le sentiment d'appartenance des employés envers leur travail (4). La culture organisationnelle peut avoir une influence notable (positive ou négative) sur l'atteinte de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle. La culture organisationnelle est un ensemble de croyances, de valeurs, de normes et d'attitudes qui sont véhiculées au sein d'une entreprise. Ainsi, la culture sexuée, la culture des longues heures de travail, la culture de l'argent et la culture des exigences du travail indiscutables sont défavorables à la CTVP (55). Dans les organisations qui offrent du soutien et qui diminuent les obstacles à la CTVP, les employés utilisent davantage les interventions mises en place et ont une perception plus positive de leur situation (6).

Malgré la littérature de plus en plus abondante sur le sujet, les pratiques organisationnelles implantées par les employeurs pour améliorer la CTVP seraient peu nombreuses au Québec (9). De plus, le taux de recours aux mesures mises en œuvre serait d'environ 40% (6). Vézina *et al. (9)* et St-Amour et Bourque (6) soulignent la nécessité de développer une culture organisationnelle et que les mesures satisfassent les employés pour qu'elles soient utilisées.

L'accès et l'utilisation de mesures pour favoriser la CTVP sont deux notions distinctes qui peuvent avoir des répercussions différentes sur la performance, le bien-être, la satisfaction, le recrutement et la rétention des employés (4). L'accès à une politique de CTVP considère que l'employé connaît l'existence de cette politique dans son milieu de travail et pense y être admissible. Cela ne signifie pas nécessairement que l'employé ait utilisé cette pratique. Il se peut qu'une politique existe sans que l'employé ne le sache ou sans que la possibilité réelle de s'en prévaloir ne soit possible (4, 38). Plusieurs études ont rapporté que des mesures de CTVP étaient accessibles en théorie dans un milieu de travail, mais qu'en pratique, elles étaient difficiles d'accès (6, 9, 36). La plupart des études disponibles ne permettent pas d'évaluer l'impact réel des interventions par les travailleurs, mais seulement la perception qu'ils ont de ces mesures (9, 36).

Afin de favoriser la CTVP, la perception d'une bonne culture organisationnelle serait tout aussi importante que les mesures implantées. Il ne suffit pas que des mesures soient disponibles pour que les employés les utilisent et pour que la CTVP soit perçue positivement par les employés. Les contextes social et culturel influencent l'utilisation et le

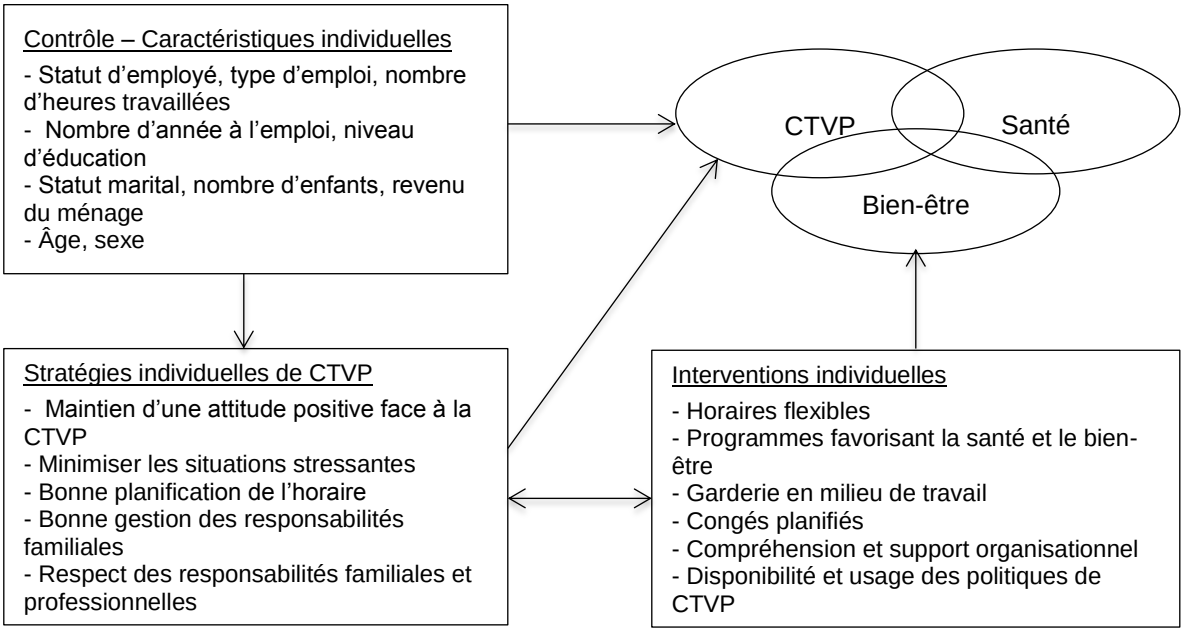
succès de telles interventions (56). En résumé, la culture organisationnelle, l'implication des gestionnaires et la satisfaction des utilisateurs des mesures implantées sont des facteurs à prendre en considération (21, 32) dans l'évaluation de l'efficacité des mesures implantées.

Joyce et ses collaborateurs (10) ont observé que les interventions qui augmentent le contrôle de l'employé (par exemple, l'horaire flexible) auraient un effet positif sur les issues de santé. Par ailleurs, les interventions dictées par les besoins de l'organisation uniquement (par exemple, temps partiel involontaire, contrôle des horaires) auraient des effets négatifs sur la santé. De ce fait, plusieurs éléments concernant l'implantation des interventions doivent être pris en considération puisque ces derniers influencent l'efficacité de ces interventions à améliorer la santé des employés. Parmi ces éléments figurent la façon dont les travailleurs perçoivent les interventions, leur degré d'implication dans l'entreprise et comment les employeurs gèrent le changement organisationnel (53).

Concernant l'implication des employés, dans un sondage récent (*National Survey of Top 100 Chief Financial Officers*), 65% des répondants affirment que les interventions visant la CTVP ne peuvent être mises en œuvre que sous la responsabilité du département des ressources humaines (1). Ils mentionnent que les employés et la direction doivent être impliqués dans le processus. Kossek *et al.* (57) réitèrent également l'importance d'impliquer les travailleurs ainsi que les gestionnaires à toutes les étapes de la mise en œuvre des interventions.

Il existe une relation bidirectionnelle entre l'individu et l'organisation quant à l'implantation d'interventions concernant la CTVP (6, 34, 36). Les interventions organisationnelles sont plus complexes à implanter, bien que plus pertinentes, efficaces et durables que les interventions individuelles (53, 58). La figure 3 permet de comprendre la relation entre les facteurs individuels, organisationnels et les issues de santé reliées à la CTVP. Ce cadre théorique décrit les liens entre l'effort individuel et organisationnel dans la gestion de la santé des employés, de leur bien-être et de la CTVP. L'objectif de ce cadre est de favoriser l'intégration des rôles et des responsabilités des individus et des organisations afin de parvenir à une meilleure santé des travailleurs.

Figure 3 : Modèle analytique de la santé, du bien-être et de la CTVP des employés (33)



Il existe une disparité des résultats quant à l'efficacité des mesures organisationnelles et individuelles pour favoriser la CTVP. Kossek *et al.* (57) et Zheng *et al.* (34) mentionnent que les approches individuelles peuvent être efficaces si elles sont implantées en association avec des stratégies organisationnelles de changement. Les interventions ciblant à la fois les niveaux organisationnel et individuel seraient les plus efficaces ; il s'agit de l'effet de composantes multiples (54). En effet, même si les interventions uniques peuvent être efficaces, des interventions plus globales portant sur plusieurs niveaux de l'organisation ont tendance à avoir une meilleure chance d'améliorer la santé des travailleurs (53, 59).

La majorité des auteurs ont observé un impact positif de la CTVP sur l'amélioration de la santé et du bien-être des employés. Par contre, l'implantation de mesures au niveau organisationnel demeure un défi pour les entreprises en raison de la difficulté de la mise en œuvre, des ressources nécessaires ainsi que de la difficulté à impliquer les différents acteurs. Il ne suffit pas de mesurer la santé, le bien-être et la CTVP au niveau individuel ni d'analyser les politiques implantées. Il importe d'évaluer conjointement les stratégies individuelles et organisationnelles ainsi que leurs effets combinés chez les employés (34).

2.1.4 Conditions de travail associées à la CTVP

Les principales mesures de CTVP peuvent être divisées en cinq catégories. Il s'agit de la flexibilité du travail, du soutien en milieu de travail, de l'aménagement du travail et de l'horaire, de la culture organisationnelle et du développement de programmes de promotion de la santé et du mieux-être (6, 34). Il est à noter que la culture organisationnelle peut jouer un rôle favorable ou non quant à l'issue de la CTVP, en raison de ses différentes caractéristiques. Notons, entre autres, la préoccupation de la direction pour la santé du personnel, l'implication des employés dans la prise de décision, les valeurs implicites et explicites, les structures de pouvoir et le respect.

Selon l'INSPQ (6), le pourcentage de travailleurs ayant accès à un horaire flexible et qui l'utilise est demeuré stable entre 1992 et 2005 chez les hommes et n'a que légèrement augmenté chez les femmes (29,8% à 32,7%). Le travail à domicile a quant à lui diminué de 6% au cours de ces années alors que cette forme de travail est présentée comme une solution au conflit TVP.

Les employés, particulièrement ceux ayant des enfants en bas âge, affirment manquer de temps pour assumer toutes leurs responsabilités. À cet égard, l'aménagement du temps de travail représenterait la mesure de conciliation la plus souhaitée au Québec (60). Les mesures reconnues efficaces et couramment utilisées sont décrites ci-après et les définitions sont tirées de l'*EQCOTESST (9)*, de la description de la *NEES* et de la *Norme conciliation travail-famille* (27, 61).

<u>Horaire flexible</u>

L'horaire variable suppose que les employés peuvent moduler les heures d'arrivée et de départ du travail. Les modalités de ce régime sont généralement assujetties à des règles précises qui prévoient une plage fixe où tous les employés doivent être présents (par exemple, être présent sur les lieux de travail entre 10h et 15h). Ce type d'horaire favorise l'arrimage de l'horaire professionnel et des obligations familiales et personnelles. La durée totale du travail n'est généralement pas modifiée dans un régime d'horaire variable.

Échange d’heures avec un collègue

Cette mesure permet aux employés d’échanger entre eux des quarts de travail, sans demander préalablement l’autorisation du supérieur immédiat. Cette mesure ne s’applique pas à tous les types d’emploi.

Semaine de travail réduite

L’employé peut convenir de diminuer la durée de sa semaine de travail, faisant passer celle-ci sous le seuil de 35 à 40 heures. Cette mesure peut être temporaire ou permanente, selon la situation. Elle doit également être approuvée par l’employeur. Elle s’applique généralement aux employés avec de jeunes enfants ou autres personnes à charge ou chez les employés aux prises avec des problèmes de santé ou invalidité. Les avantages sociaux et les programmes d’assurances peuvent être modifiés en conséquence.

L’horaire comprimé permet au travailleur de répartir ses heures de travail hebdomadaires sur un nombre de jours inférieur à ce qui est prévu initialement afin de se libérer pour vaquer à ses obligations personnelles et familiales.

Banque de temps

Cette mesure permet de choisir, dans des limites négociées, les heures maximales et les jours de travail supplémentaires qui pourront être accumulés aux fins de vacances. La banque de temps permet de réduire le nombre d’heures supplémentaires à payer. Elle combine habituellement l’horaire variable et la semaine de travail comprimée. Par contre, elle ne convient pas à tous les types d’emplois.

Travail à domicile

Le travail à domicile, ou télétravail, consiste à effectuer son travail au moins en partie à domicile plutôt qu'au bureau. Ce régime de travail suppose de définir à l'avance les

modalités telles que la durée du travail à distance, le mode de communication entre le télétravailleur, ses collègues et les clients. Ce moyen peut s'avérer efficace pour concilier les responsabilités familiales et professionnelles en éliminant le temps consacré aux déplacements et pouvoir maximiser le temps consacré aux tâches ménagères, par exemple. Par contre, il peut créer l'empiètement du travail sur la vie personnelle ou de la vie personnelle sur le travail.

Garderie en milieu de travail

La garderie en milieu de travail désigne un service qui est appuyé par un employeur, un groupe d'employeurs, un syndicat ou un groupe d'employés et qui vise à répondre à la demande des employés d'une organisation pour ce qui est de la garde des enfants. Le rôle et le degré d'implication des différentes instances dans l'implantation et le fonctionnement de la garderie peuvent varier.

La garderie sur les lieux de travail désigne une garderie physiquement établie dans les locaux d'un employeur, sans que ce dernier ne soit impliqué dans son fonctionnement.

Congés sans solde ou par traitement différé

Ils permettent à un employé de s'absenter du travail pour une période de temps considérable sans qu'il ne perde son statut d'emploi (et donc, sans perte des droits et des avantages sociaux). Les congés sabbatiques sont généralement payés (ou financés en partie) et peuvent être accordés à intervalles réguliers en sus des vacances. Dans certains cas, les employés peuvent avoir droit à des congés autofinancés selon un régime où une partie de leur salaire est retenue pour leur être versée durant leur période d'absence du travail. Ceci permet d'adapter l'horaire de travail à plus long terme, en fonction de contraintes prévisibles liées aux obligations personnelles.

Horaire comprimé

La semaine de travail comprimée suppose que l'employé travaille plus longtemps que les heures normales d'une journée ou d'un quart de travail en échange d'une journée supplémentaire de congé. Les employés peuvent commencer plus tôt ou terminer plus tard leur journée de travail. Habituellement, les ententes de compression d'une semaine de travail de 40 heures prévoient quatre jours de travail à raison de 10 heures par jour, une heure de plus par jour en échange d'une journée de congé additionnelle aux deux semaines ou une demi-heure de plus par jour en échange d'une journée de congé additionnelle aux trois ou quatre semaines.

Bien que cette section ne permette pas de rendre compte de toutes les mesures offertes pour favoriser la CTVP, elle dresse un portrait global de celles qui sont les plus fréquemment utilisées auprès des travailleurs.

2.1.5 Instruments de mesure du conflit

Pour mesurer la conciliation travail-vie personnelle, la présente étude a utilisé deux questions distinctes qui seront abordées dans la méthodologie. Bien qu'il ne s'agisse pas de questions validées dans la littérature, elles découlent de certains instruments de mesure existants. Afin d'être en mesure de mieux comparer les études existantes à la nôtre, il est primordial de présenter ces instruments de mesure. Trois instruments validés sont plus fréquemment utilisés pour mesurer le conflit TVP ou la CTVP. Ils sont décrits ici-bas et les questionnaires sont présentés à l'annexe 2. De plus, cette annexe présente un tableau comparant ces questions avec celles utilisées dans le cadre de notre étude, ce qui permet de constater que notre outil de mesure se compare à ceux présentés.

Le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) évalue les facteurs de risques psychosociaux au travail. En ce qui a trait à la dimension du conflit travail-vie personnelle, quatre questions y font référence :

- Do you often feel a conflict between your work and your private life, making you want to be in both places at the same time?
- Do you feel that your work drains so much of your energy that it has a negative effect on your private life?
- Do you feel that your work takes so much of your time that it has a negative effect on your private life?
- Do your friends or family tell you that you work too much?

Les réponses sont de type Likert, à quatre niveaux : i) *Absolument*, ii) *à un certain degré*, iii) *très partiellement*, iv) *non*. Les réponses sont généralement analysées sur une échelle continue. L'alpha de Cronbach lié à ces deux questions est de 0,81. Ces items ont été développés à partir des théories de Greenhaus and Beutell (39). Le COPSOQ a été utilisé dans trois études pour mesurer la CTVP (12, 17, 18). En plus de mesurer le conflit travail-vie personnelle, l'ÉSAR est rapporté par ce questionnaire.

L'échelle des conflits travail-famille de Netemeyer *et al.* (62) est formée de cinq items évaluant les conflits que le travail exerce sur la famille et cinq items pour les conflits que la famille exerce sur le travail (α de 0,89 et 0,88 respectivement). Voici les questions évaluant les conflits qu'exerce le travail sur la famille :

- The demands of your work interfere with your family or personal time.
- The amount of time your job takes up makes it difficult to fulfill your family or personal responsibilities.
- Things you want to do at home do not get done because of the demands your job puts on you.
- Your job produces strain that makes it difficult to fulfill your family or personal duties.
- Due to your work-related duties, you have to make changes to your plans for family or personal activities.

Les réponses sont de type Likert à cinq niveaux : i) *Fortement en désaccord*, ii) *faiblement en désaccord*, iii) *neutre*, iv) *faiblement en accord*, v) *fortement en accord*.

Finalement, l'échelle de conflit travail-famille de Frone *et al.* (63) est formée de dix items auto-rapportés et permet d'évaluer la capacité d'un individu à concilier ses tâches familiales et professionnelles. Les items contiennent des déclarations sur le travail et la vie familiale communs (par exemple « Après le travail, je suis trop fatigué pour faire certaines des choses que je voudrais à la maison »). Les réponses sont de type Likert à cinq catégories, variant de « jamais » à « très souvent ». Les alphas de Cronbach liés à ces deux questions sont de 0,78 (conflit travail-famille) et de 0,92 (conflit famille-travail).

2.1.6 Implantation des interventions organisationnelles

Les difficultés que pose la CTVP affectent directement la qualité de vie et la santé des travailleurs (37, 38). Pour différentes raisons, les processus en place ne sont pas toujours utilisés par les travailleurs. De plus, il a été démontré que l'implication des gestionnaires, le fait de posséder un certain contrôle sur son travail et la culture organisationnelle sont des éléments qui peuvent favoriser l'efficacité des interventions mises en place (36). Bien que l'implantation de mesures pour améliorer la CTVP soit de plus en plus commune, la plupart des organisations n'évaluent pas l'effet de ces interventions (36).

2.2 État de santé auto-rapporté

L'état de santé auto-rapporté (ÉSAR) a été mesuré dans le questionnaire complété par les travailleurs au cours de l'étude portant sur la NEES afin de mesurer leur état de santé globale. Les scores obtenus à T1 et à T2 seront comparés dans la présente étude afin d'évaluer l'efficacité des interventions visant à améliorer la santé des travailleurs, notamment l'ÉSAR. Cette section décrit cet indicateur.

2.2.1 Définition

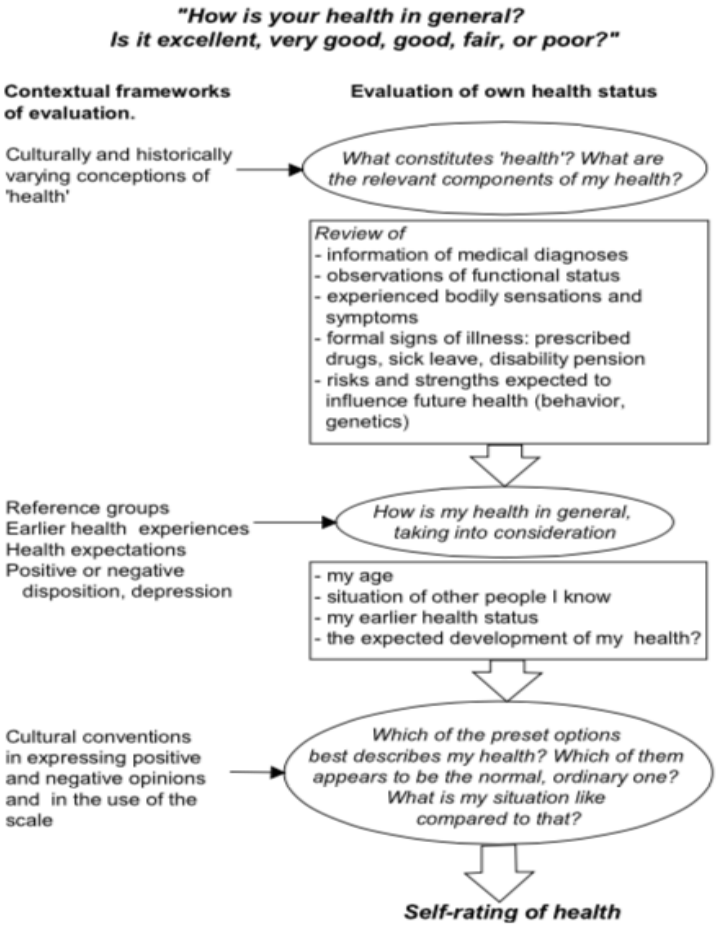
Depuis les années 1950, l'ÉSAR est l'indicateur le plus utilisé pour mesurer l'état de santé globale dans les recherches épidémiologiques (64, 65). Les différentes variantes de cet indicateur (quatre ou cinq niveaux, ajustement selon l'âge) sont validées et associées avec d'autres indicateurs de santé plus objectifs et spécifiques (66, 67).

L'ÉSAR est un indicateur qui se situe à mi-chemin entre les sciences sociales et le monde biologique (65). Pour le mesurer, il s'agit de demander aux individus : En général, diriez-vous que votre santé est : *i) Excellente, ii) très bonne, iii) bonne, iv) passable ou v) mauvaise* (9). La question peut varier légèrement selon les auteurs et les réponses peuvent être mesurées sur une échelle de type Likert à quatre ou cinq points (65, 68). Les résultats sont habituellement dichotomisés afin de créer les groupes « perception négative de l'état de santé général » et « perception positive de l'état de santé général » (9, 65).

La figure 4 expose les différents facteurs pris en considération par les répondants afin de définir leur état de santé globale. La réponse à la question est parfois plus intuitive que consciemment réfléchie. Ce modèle présente les différentes étapes du processus d'auto-évaluation effectué par les participants (colonne de droite). Tout d'abord, la personne doit définir le mot « santé » selon sa propre perception et identifier les éléments qui doivent être pris en compte en tant que composantes de l'état de santé. Ensuite, le participant doit décider lequel des niveaux de l'échelle les résument le mieux. À chaque étape, l'évaluation est influencée par des facteurs contextuels, décrits dans la colonne de gauche. Le résultat final dépend de la compréhension de l'individu de la « santé » et de l'examen de ses composantes, mais aussi du cadre contextuel dans lequel la santé est évaluée et de la manière dont l'échelle est utilisée.

Puisqu'il s'agit d'une mesure non spécifique de l'état de santé, cet indicateur peut être influencé par un nombre considérable de déterminants dont l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu et l'accès aux soins (9, 64, 65, 67). D'ailleurs, cet instrument de mesure est parfois modifié afin de prendre en considération l'âge des répondants puisque les problèmes de santé et la perception de l'état de santé varient grandement selon les tranches d'âge (65). La question se lit ainsi : Comment percevez-vous votre état de santé général en comparaison avec les gens de votre âge? *i) Beaucoup mieux, ii) légèrement mieux, iii) similaire, iv) légèrement moindre, v) beaucoup moindre*.

Figure 4 : Processus de l'état de santé auto-rapporté (61)



L'ÉSAR possède une validité notable pour prédire certains comportements généraux adoptés afin d'atteindre un état de santé satisfaisant selon la définition de la santé globale de l'OMS (66, 68, 69). Ces comportements regroupent l'utilisation de services de santé, les changements fonctionnels, le temps de convalescence lors d'un épisode de soins, la morbidité et la mortalité (9, 66, 68, 70). Toutefois, certaines recherches ont observé que cette question unique mesurant un état subjectif de santé et de bien-être n'est pas nécessairement associée avec des données plus objectives, par exemple, un diagnostic médical précis (68).

L'issue de santé la plus fortement corrélée avec l'ÉSAR est la mortalité. Même si cette association est bien documentée, elle n'est pas totalement comprise (65). Tel que

rapporté par Bowling (68), un score faible à l'ÉSAR (passable ou mauvaise santé) prédit une mortalité précoce en comparaison avec un score élevé (excellente ou très bonne santé). Lorsqu'ajusté pour l'âge, l'ÉSAR possède également une association avec la mortalité. Selon certaines études, cette association augmente avec l'âge alors que d'autres chercheurs ont démontré que la corrélation serait plus grande chez les jeunes adultes (65). La corrélation serait plus forte chez les hommes, chez les gens avec un statut socio-économique plus élevé et chez les caucasiens. Kaplan (66) a toutefois observé que la corrélation était plus élevée chez les femmes. Le risque de décès a été associé de manière significative à l'ÉSAR. Dans cette étude, le rapport de cote de la mortalité ajusté selon l'âge pour ceux qui percevaient leur santé comme mauvaise par rapport à *excellente* était de 2,33 pour les hommes et de 5,10 pour les femmes. L'association entre le niveau de santé perçue et la mortalité persistait dans la régression logistique multiple lorsque contrôlée pour l'âge, le sexe, l'état de santé physique, le revenu, l'éducation, la santé par rapport aux gens de même âge, la dépression et le niveau de bien-être général. Selon la méta-analyse de DeSalvo et ses collaborateurs (70), les personnes avec un état de santé auto-rapporté faible avaient un risque de mortalité deux fois plus élevé par rapport aux personnes avec un ÉSAR excellent. Selon cette méta-analyse, comparativement à des personnes ayant déclaré avoir un état de santé « excellent », le risque relatif (IC 95%) pour la mortalité, toutes causes confondues, était de 1,23 [IC 1,09-1,39], 1,44 [IC 1,21-1,71] et 1,92 [IC 1,64-2,25] pour ceux qui déclaraient avoir un état de santé « bon », « passable » et « mauvais » respectivement. Le fait que le groupe de référence inclut la catégorie « bon » a pu sous-estimer les résultats dans cette étude. Finalement, certaines études, bien que plus limitées que pour la mortalité, évoquent une corrélation positive entre l'ÉSAR et la morbidité (64).

Malgré la littérature qui montre l'association entre l'ÉSAR et la mortalité (et la morbidité, dans une plus faible mesure), cet outil comporte certaines faiblesses. D'abord, aucune définition universelle de l'état de santé globale n'existe, ce qui peut avoir un effet sur la validité de l'outil. Le processus décisionnel présenté à la figure 4 varie selon l'individu qui répond à la question, ce qui peut amener une variabilité de la perception de l'état de santé et des réponses des participants. Une autre limite de cet outil est la possibilité que les individus rapportent un état de santé plus faible que ce qu'ils vivent en réalité afin de devenir éligibles à des services de santé offerts dans certains contextes (70). Cette limite ne s'applique pas à notre étude.

Les limites ainsi que les avantages de la question validée mesurant l'ÉSAR découlent de la nature unique de cette mesure : elle est simple, inclusive et non-spécifique. Ces caractéristiques permettent de cibler les dimensions de la santé qui ne pouvaient pas être récoltées par des questions plus détaillées, mais en même temps, le chercheur n'a aucun contrôle sur les aspects de la santé qui sont pris en considération par le répondant. Toutefois, cet indicateur demeure fiable et valide lorsqu'il est utilisé pour fin de comparaison chez une population à plusieurs moments dans le temps (65), comme c'est le cas pour la présente étude.

2.2.2 État de santé auto-rapporté et conciliation travail-vie personnelle

La perception d'un conflit entre le travail et la vie personnelle, qui est souvent associée à des mauvaises conditions de CTVP, a été corrélée à un mauvais état de santé auto-rapporté dans plusieurs études (6, 9, 71).

La présente section illustre les résultats des revues systématiques recensées qui concernent la CTVP et qui ont comme issue l'ÉSAR. En fait, une seule revue systématique a rapporté les résultats de cette association (10). Cette revue systématique a retenu dix études ayant observé l'effet d'interventions sur l'horaire de travail flexible. Deux de ces études ont utilisé l'ÉSAR comme issue (18, 72). Pryce *et al. (18)* ont observé des résultats non significatifs entre les interventions et l'ÉSAR (F(176) = 0,34, pas de p ni IC disponible) alors que DeRaeve *et al.* (72) ont observé une diminution de l'ÉSAR lors de la réduction des heures de travail, chez les femmes uniquement (de 36-40 heures à < 36 heures) (RC 2,59, IC 95% (1,33-5,03)). Les résultats pour l'augmentation du temps de travail montrent également une diminution de l'ÉSAR, mais de façon marginalement significative (RC 1,97, IC 95% (0,99-3,91)) Aucun résultat significatif n'a été observé chez les hommes. Ces résultats semblent contre-intuitifs à première vue. Les auteurs mentionnent quelques hypothèses pour expliquer ces résultats contradictoires. Par exemple, les femmes ayant diminué leurs heures hebdomadaires ne sont peut-être pas encore adaptées à ce nouvel horaire et aucune amélioration des issues mesurées n'était encore détectable lors de la collecte de données. La revue systématique de Bambra *et al. (19)* portant sur la CVTP mentionne mesurer des indicateurs de santé auto-rapporté, sans toutefois utiliser l'indicateur validé discuté dans la présente section. Ces résultats sont donc non comparables.

Deux études transversales récentes non incluses dans les revues systématiques ont également évalué l'association entre la CTVP et l'ÉSAR (73, 74). Ces études comptaient 12 017 et 24 096 travailleurs actifs du Brésil (taux de participation 99,3%) et de plusieurs pays d'Europe (taux de participation de 31 à 74% dépendamment des pays). L'objectif principal était d'étudier la relation entre la CTVP et l'ÉSAR, selon le sexe, le pays et le niveau d'éducation. Les issues de santé mesurées étaient la conciliation ou le conflit travail-vie personnelle ainsi que l'ÉSAR.

Les employés ayant une faible CTVP avaient de plus faibles niveaux de bien-être (RC=2,06, IC 95%=1,83-2,31) et de santé auto-rapporté (RC= 2,00, IC 95%=1,84–2,17) (74). L'association était similaire pour les deux sexes. De plus, les participants qui avaient un faible ÉSAR étaient plus âgés, avaient un plus faible niveau d'éducation et travaillaient moins d'heures par semaine. Selon Griep *et al.* (2016), il existe une corrélation entre le degré de conflit travail-vie personnelle et l'ÉSAR (homme : RC=1,75, IC 95%=1,39-2,20 et femme : RC=1,46, IC 95%=1,16-1,85) Les deux études ont observé une corrélation entre l'augmentation du conflit travail-vie personnelle et un faible niveau d'ÉSAR. Ces mêmes résultats sont rapportés dans *l'EQCOTESST* (9). De plus, ce rapport mentionne que le conflit travail-vie personnelle et vie personnelle-travail affectent tous deux négativement l'ÉSAR.

Pour ce qui est des caractéristiques sociaux-économiques, plusieurs corrélations ont été évoquées précédemment dans cette section. Le fait de vivre seul est également associé à une perception plus négative de son état de santé (9).

Certaines limites sont présentes dans les articles recensés par les revues systématiques (10, 19) ainsi que dans les deux articles présentés (73, 74). Les études sont transversales, le lien de causalité est donc difficile à déterminer. Peu de questions sont posées afin de déterminer le degré de CTVP (une seule question dans l'article de Lunau), ce qui rend l'issue difficile à interpréter. La validité est donc questionnable en comparaison avec un instrument mesurant plusieurs dimensions du conflit TVP. Finalement, le taux de participation est faible dans cette étude, ce qui peut mener à un biais de sélection sous-estimant ou surestimant les résultats.

Au Québec, selon l'*EQCOTESST* (9), parmi les travailleurs québécois de 15 ans ou plus qui occupent un emploi depuis au moins huit semaines à raison de 15 heures par

semaine, 7,1% ont une perception négative de leur état de santé globale. Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes. De plus, les travailleurs de 55 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux à avoir une perception négative de leur état de santé (10,7%), comparativement à ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans (5,1%).

Plus globalement, il a été observé que lorsque les employeurs et les superviseurs sont disponibles et ont reçu une formation afin d'offrir un meilleur soutien en matière de CTVP, les employés se perçoivent en meilleure santé physique et mentale (41). L'ÉSAR est également plus élevé lorsque les mesures de CTVP mises en place sont disponibles et utilisées par les employés (34).

2.3 Recension des études d'intervention

Cette section présente les revues systématiques et méta-analyses concernant la CTVP ainsi que les études antérieures ayant porté sur des interventions organisationnelles pour améliorer la CTVP. Cette revue de la littérature a été réalisée de manière systématique. Les bases de données PubMed, Embase, PsycInfo, EBSCO, Web Of Science et Cochrane ont été consultées. La stratégie de recherche est présentée à l'annexe 3. Seuls les articles rédigés en français et en anglais ont été retenus.

2.3.1 Revues systématiques et méta-analyses

Trois méta-analyses (24-26) et six revues systématiques (10, 19-23) évaluant les effets d'interventions sur la CTVP et d'autres variables reliées à la santé des employés ont été recensées dans la littérature scientifique. Ces études ont été publiées entre 2005 et 2012 et sont résumées dans le tableau 2. Le nombre d'études analysées dans ces revues varie entre 10 et 190. Les populations, objectifs et résultats des études incluses dans ces revues diffèrent considérablement. Voici une synthèse des principaux résultats de ces revues systématiques et méta-analyses.

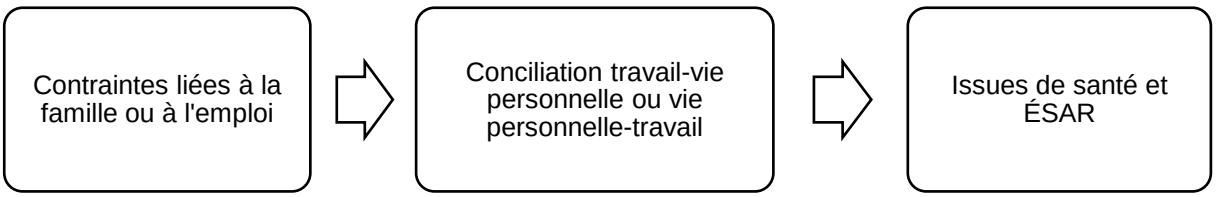
Objectifs

Les objectifs de recherche de certains auteurs étaient davantage de type descriptif (21). Par ailleurs, les objectifs comprennent : la compréhension de la direction du conflit (travail-famille ou famille-travail) (22, 24-26), les modérateurs de cette association (20, 24), l'élaboration d'un cadre théorique expliquant la corrélation entre le conflit et les facteurs de risque (26) ainsi que la description d'interventions organisationnelles visant à favoriser la CTVP (20, 21). Les autres objectifs généraux étaient de comprendre les effets de la semaine de travail comprimée sur la santé générale et sur la CTVP (19), l'évaluation des interventions organisationnelles sur certaines populations particulières, la détermination de l'effet des facteurs démographiques et psychosociaux sur le conflit (25) et l'évaluation de l'efficacité de certaines mesures particulières sur le bien-être, la santé physique, la santé mentale et la CTVP (10, 23). Les issues mesurées dans les études peuvent être regroupées selon ces catégories : les issues liées au travail, à la famille et à la santé (physique et mentale). Le conflit travail-vie personnelle est souvent mesuré de façon distincte. Différentes échelles de mesure sont utilisées pour l'évaluer (se référer à la section 5.3), ce qui amène une difficulté supplémentaire pour la comparaison entre les études.

Résultats principaux

Alors que certaines études démontrent l'association entre des contraintes liées à la famille ou à l'emploi et la CTVP, d'autres auteurs étudient le lien entre la CTVP et différentes issues de santé. Le modèle causal de cette relation est illustré à la figure 5.

Figure 5 : Modèle causal proposé des contraintes liées au travail, de la conciliation et des issues de santé (adapté de Byron et al. (2005), Michel et al. (2010) et St-Amour et al. (2013))



Les résultats montrent en majorité une association entre le conflit TVP et les différentes

issues. Les facteurs ayant le plus d'impact sur le conflit sont, selon Byron et collaborateurs (25), le stress lié au travail, le stress lié à la famille et les conflits liés à la famille. Le conflit travail-vie personnelle a une association plus importante avec les issues de santé que le conflit vie personnelle-travail. Bien que les études démontrent une relation entre les conflits et les issues, le conflit travail-vie personnelle est davantage associé aux issues liées au travail tandis que le conflit vie personnelle-travail est associé aux issues liées à la famille (22, 24, 25).

L'étude de Michel *et al.* (26) apporte des résultats nouveaux et étonnants sur les issues mesurées. Certaines hypothèses connues ont été confirmées. Cette méta-analyse a observé que les contraintes liées au travail sont davantage associées au conflit travail-famille (ρ= 0,5) alors que les stresseurs associés au domaine de la famille sont reliés au conflit famille-travail de manière significative (ρ= 0,4). De plus, tel qu'attendu, le soutien social diminue le conflit. Le soutien organisationnel et des supérieurs diminue le conflit travail-famille (ρ= -0,3 et ρ= -0,22) alors que le support du conjoint et de la famille diminue le conflit famille-travail (ρ= -0,16 et ρ= -0,11). Tous ces résultats sont significatifs. Toutefois, l'âge des enfants n'est pas un prédicteur de conflit travail-famille (ρ= -0,04) ou famille-travail (ρ= 0,02) contrairement à ce qui avait été montré dans l'article de Byron (2005). Les résultats exposés concernant les effets modérateurs diffèrent également de ce qui avait été montré dans les études antérieures. D'abord, les travailleurs sans enfant expérimenteraient davantage de conflit travail-famille que les parents ($F=6,04$, $p< 0,05$). La méta-analyse montre également, contre toutes attentes, que les hommes expérimenteraient plus de conflit travail-famille que les femmes en raison de l'ambigüité des rôles ($F=4,43$, $p< 0,05$). De plus, le conflit travail-famille dû au manque d'autonomie au travail diminuerait davantage chez les hommes que chez les femmes ($F=6,64$, $p < 0,05$). Finalement, parmi les facteurs modérateurs étudiés pour le conflit famille-travail (statut marital, statut parental, sexe), seulement le statut parental aurait un effet modifiant, dans le sens opposé à ce qui était attendu. Les travailleurs sans enfants expérimenteraient davantage de conflit famille-travail que les parents ($F=8,19$, $p < 0,05$). L'étude de Michel *et al.* (26) a analysé les mêmes issues que l'étude de Byron *et al.* (25), mais de manière plus détaillée.

Des résultats non concluants ont également été observés dans certaines études. Bambra *et al.* (19) affirment que les interventions visant à favoriser la CTVP n'améliorent pas

toujours la santé des employés travaillant sur des quarts de travail. Toutefois, il n'y a pas d'effets négatifs qui ont été observés sur les issues de santé. Selon cette même étude, l'utilisation de la semaine comprimée ne montre pas de réduction du conflit travail-vie personnelle. Par contre, Brough et ses collaborateurs (21) rapportent des résultats significativement positifs pour cette même intervention. Il a été observé que l'association entre les facteurs de risque et la CTVP est non linéaire (22). L'association entre la CTVP et l'ÉSAR a été discutée précédemment. Les covariables évaluées ne sont pas mentionnées dans toutes les études. Toutefois, Bambra *et al.* (2008) mentionnent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes socio-économiques. De plus, tel que mentionné précédemment (section 2.1.3), la manière dont la mise en œuvre des interventions est effectuée serait plus garante d'effets favorables à la santé et de la diminution du conflit que l'intervention en soi (21).

Limites

La majorité des études révisées mentionne l'importance de prendre en considération les caractéristiques organisationnelles lors de la mesure de l'effet des interventions implantées. Plusieurs études ont porté sur des populations particulières (le plus souvent, les travailleurs sur des quarts de travail) et les résultats sont difficilement généralisables à la population entière des travailleurs. Les résultats de ces études sont en majorité peu robustes, tel que mentionné par les auteurs. Les instruments de mesure de la CTVP varient énormément (se référer à la section 2.1.5) et la plupart sont construits à partir de données auto-rapportées. Ceci peut mener à l'introduction d'un biais d'information non-différentiel qui pourrait contribuer à sous-estimer les résultats puisque la perception de l'individu peut être importante et porteuse d'une partie de l'effet délétère. De plus, lorsque l'issue est aussi auto-rapportée, un biais d'information différentiel peut survenir et mener à une surestimation des mesures d'effet. En raison de la multitude d'instruments de mesure utilisés, aucun méta-estimé n'a été calculé dans les revues systématiques antérieures.

Cette disparité des données et la faiblesse des résultats font en sorte que peu de modèles théoriques ont été développés et testés afin de mieux étudier l'effet des contraintes psychosociales sur la CTVP et de celles-ci sur des issues de santé particulières.

Tableau 2 : Revues systématiques et méta-analyses portant sur la CTVP

Référence	Devis	Critères d'inclusion Nombre d'études	1. Objectifs 2. Issues	1. Covariables 2. Limites	Résultats
Amstad (2011)	Méta-analyse	Publiées dans revues avec évaluation par les pairs 1999-2006 Étudie CTF ou CFT N=98	1. Compréhension de la direction du conflit, des effets sur la santé, du rôle de cofacteurs potentiels 2. CTF, CFT (issues reliées au travail, à la famille, non-spécifiques)	1. Temps passé au travail, parentalité, SSE, support au travail, contrôle au travail 2. Hétérogénéité des covariables prises en considération	CTF davantage associé aux variables liées à la famille (ex : satisfaction familiale) CFT davantage associé aux variables liées au travail (ex : satisfaction au travail, absentéisme) Deux types de conflit (CTF et CFT) liés aux variables non spécifiques (satisfaction globale, problèmes de santé, détresse psychologique, abus de substance) Peu de résultats statistiquement significatifs
Bambra (2008-1)	Revue systé-matique	Études expérimentales ou non-expérimentales, publiées ou non, prospectives et rétrospectives, avec ou sans groupe contrôle, chez les travailleurs sur des quarts de travail N=40	1. Mesurer l'effet de la semaine de travail comprimée sur CTVP Mesurer l'impact du SES comme facteur modifiant 2. CTVP, issues de santé diverses	1. NM 2. Limites méthodologiques des études recensées : groupes contrôle inadéquats, manque de détails à propos de l'implantation, petits échantillons, courts suivis dans le temps	Effet des interventions sur les issues de santé inconsistant (certaines améliorations dans 35 études, pas de changement dans 12 études, effet négatif dans 2 études) Effet de la semaine de travail comprimée sur CTVP : amélioration dans 19 études, pas de changement dans 4 études, détérioration dans 5 études, mais différences significatives entre les groupes avant l'implantation

Référence	Devis	Critères d'inclusion Nombre d'études	1. Objectifs 2. Issues	1. Covariables 2. Limites	Résultats
Bambra (2008-2)	Revue systé-matique	Études expérimentales ou non-expérimentales, évaluation d'interventions organisationnelles sur l'horaire des quarts de travail N=26	1. Évaluer l'effet des interventions sur santé et CTVP chez les travailleurs sur des quarts de travail Mesurer l'impact du SSE 2. CTVP et issues liées à la santé	1. Âge, sexe, travail sur des quarts, statut socio-économique, nature du travail 2. Généralisation difficile, hétérogénéité des données disponibles concernant CTVP (impossibilité d'effectuer méta-analyse), hétérogénéité des issues mesurées	3 types d'intervention améliorent significativement CTVP et santé: (1) switching from slow to fast rotation, (2) changing from backward to forward rotation, and (3) self- scheduling of shiftwork
Brough (2010)	Revue systé-matique	Description des interventions Méthodologie permettant comparaison (groupe contrôle, analyse pré-post) Description de l'efficacité des interventions N=13	1. Évaluer la gestion des demandes liées au travail et à la vie personnelle sur la santé des travailleurs 2. Intervention visant à améliorer : temps de travail, équité au travail, performance, initiative visant l'intégration de CTVP CTVP Cultureorganisationnelle	1. NM 2. Études d'intervention avec groupe contrôle rares	Semaine de travail comprimée semble améliorer CTVP Manière d'implanter le travail sur des quarts est primordiale pour améliorer CTVP
Byron (2005)	Méta-analyse	Études quantitatives Aborder la relation entre un facteur de risque du conflit et le conflit Publication avant 2002, en anglais Analyse de CTF et CFT N=61	1. Déterminer l'effet relatif des facteurs socio-économiques, reliés à la famille et reliés à l'emploi qui interfèrent avec CTF et CFT 2. CTF et CFT	1. Sexe Statut parental Type de mesure dans les études 2. Différence des instruments de mesure Taille d'effet calculé selon petit nombre d'études	Facteurs reliés au travail : plus fortement relié à CTF Facteurs reliés à la famille : plus fortement relié à CFT Facteurs socio-économiques : faible corrélation Stress au travail, stress relié à la famille et conflit familial : corrélations les plus fortes

Référence	Devis	Critères d'inclusion Nombre d'études	1. Objectifs 2. Issues	1. Covariables 2. Limites	Résultats
Eby (2005)	Revue narrative	Étude de CTVP publiées dans IO/OB journal entre 1980 et 2002	1. Augmenter la compréhension des facteurs responsables du CTF 2. CTF, contraintes liées au travail, aide à la CTVP, horaires de travail, localisation du lieu de travail, issues liées à la carrière, sexe et CTF, revenu familial, capacité à effectuer tâches familiales et professionnelles	1. interaction entre travail et famille Attitude face au travail et face à la vie personnelle Stress 2. Études proviennent de revues concernant IO/OB uniquement Pas une méta-analyse car hétérogénéité des études	Relation entre travail et famille = complexe CTF plus prévalent que CFT Différence entre les genres concernant la relation entre conflit et les différentes issues liées à la CTVP
Joyce (2010)	Revue narrative	Études randomisées OU « interrupted time series » OU études avec groupe témoin et mesures pré- et post-intervention : étudie l'effet d'interventions pour favoriser horaire flexible Exclusion : durée < 6 mois, pas d'instrument validé Études publiées entre 1987 et 2008 N=10	1. Évaluer l'effet d'interventions pour favoriser un horaire flexible sur la santé physique, mentale et santé générale et bien-être des employés et leurs familles 2. Santé physique Santé mentale Santé globale Bien-être et CTVP	1. NM 2. Limites méthodologiques des études : court suivi, biais de sélection, mesures auto-rapportées, peu d'ajustement pour facteurs de confusion Hétérogénéité des populations, des interventions, des issues mesurées et des designs d'étude	Besoin d'études d'intervention : peu de résultats robustes aux ajustements statistiques Amélioration statistiquement significative des issues de santé dans 5 études avant-après Pas de différence entre les différents SSE

Référence	Devis	Critères d'inclusion Nombre d'études	1. Objectifs 2. Issues	1. Covariables 2. Limites	Résultats
Michel (2010)	Méta-analyse	Études comprenant au moins une mesure de CTF et/ou CFT Études comprenant au moins un « facteur de risque » de la CTF (prédéterminés par les auteurs) N=142	1. Création d'un modèle théorique du CTF/CFT et de ses facteurs de risque Classification et analyse des facteurs de risque de la CTF 2. CTF et CFT	1. Variables démographiques : sexe, statut marital, statut parental 2. Difficulté d'analyse de plusieurs variables indépendantes Peu d'études comprenant des données axées sur le comportement	1. Prédicteurs du CTF : facteurs de stress au travail (facteurs de stress liés à l'emploi, ambiguïté des rôles, surcharge de travail et exigences du temps de travail), le rôle du travail (participation au travail), soutien social au travail (soutien organisationnel, soutien des superviseurs) et les caractéristiques du travail (variété de tâches, autonomie de travail et organisation familiale). 2. Prédicteurs du CFT : stresseurs du rôle familial (facteurs de stress familiaux globaux, ambiguïté du rôle familial, surcharge du rôle familial, exigences du temps familial, exigences parentales et nombre d'enfants à charge), soutien social familial (soutien familial et soutien du conjoint), et caractéristiques familiales (climat familial). 3. Certains traits de personnalité (locus de contrôle interne et affect négatif) sont prédicteurs à la fois de CFT et CTF

Référence	Devis	Critères d'inclusion Nombre d'études	1. Objectifs 2. Issues	1. Covariables 2. Limites	Résultats
Nijp (2012)	Revue systé-matique	Études quantitatives publiées entre 1995 et 2011 Études transversales avec n≥100 OU études d'intervention avec groupe contrôle OU études longitudinales Mesure de l'horaire de travail qui était similaire à celle définit par les auteurs N=63 (provenant de 53 études)	1. Évaluer l'effet du contrôle de l'horaire de travail et CTVP, santé, bien-être, issues reliées au travail 2. CTVP Santé et bien-être Satisfaction au travail et performance au travail	1. NM 2. Peu d'études d'intervention longitudinales Hétérogénéité des instruments de mesure, des issues mesurées, des analyses : impossibilité d'effectuer méta-analyse Biais de publication potentiel	Association positive entre contrôle de l'horaire de travail et la CTVP, issues reliées au travail. PAS d'association avec les issues de santé Pas clair si les résultats sont indépendants ou influencés par caractéristiques socio-économiques Nécessité d'études d'intervention longitudinales

CTF : conflit travail-famille CFT : conflit famille-travail SSE : Statut socioéconomique CTVP : conciliation travail-vie personnelle
NM : non-mentionné

2.3.2 Études d'interventions portant sur la CTVP

L'implantation d'interventions organisationnelles a été recommandée afin d'améliorer la santé des travailleurs (53). Une revue de la littérature récente suggère que ces interventions peuvent produire des effets plus durables sur la santé des employés que les interventions individuelles (75). Toutefois, les études d'interventions organisationnelles visant à améliorer la CTVP demeurent peu nombreuses. La présente section résume ces études d'intervention.

Le tableau 3 résume les études d'interventions ayant évalué l'association entre l'implantation de ces interventions et l'amélioration de la CTVP ou la réduction du conflit TVP. Sept études d'interventions ont été recensées (12-18). Elles ont été publiées entre 2006 et 2015. Les issues ont été mesurées avant l'implantation de l'intervention, puis de quatre à vingt mois post-intervention. Six des études ont considéré deux temps de mesures alors que Haslam et ses collaborateurs (15) ont mesuré les issues à trois temps distincts (deux mesures post-intervention). Le nombre de participants variait de 93 à 840 travailleurs. Les populations étudiées étaient hétérogènes : travailleurs sur des quarts de travail (12), travailleurs en technologies de l'information (13, 16), enseignants ayant des enfants (15), employés de supermarchés (14). Certaines études ont présenté des résultats selon des interventions précises, comme les horaires de travail flexibles (17, 18). Le taux de participation au recrutement variait de 61 à 89,1% alors qu'il était de 67,3 à 95% au suivi.

Tout comme les populations étudiées, les interventions mises en œuvre étaient hétérogènes. Certaines visaient les travailleurs alors que d'autres s'adressaient aux superviseurs et employeurs. Des exemples de changements organisationnels implantés sont : l'introduction de l'autodétermination des horaires par support informatique (12, 17, 18), l'implantation du programme STAR (décrit dans la prochaine section, qui est une formation aux employeurs et aux superviseurs) afin d'augmenter le support des superviseurs auprès de leurs employés (13, 16) ou d'un programme semblable (Family supportive supervisor behaviors) (14) et certaines formations offertes aux employés ayant des enfants afin qu'ils parviennent à mieux concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales (Workplace triple P) (15).

En plus des résultats quantitatifs, certaines études ont récolté des données qualitatives afin de comprendre davantage l'implantation des interventions. Plusieurs constats ont été observés. D'abord, il est préférable d'impliquer les employés à toutes les étapes de la mise en œuvre (conception, implantation, évaluation) (18), et ce, afin d'augmenter la participation et l'effet

positif des programmes (14) et de limiter la résistance au changement (76). L'importance de cibler des objectifs organisationnels et de prendre en compte l'optimisation des ressources sont également des stratégies nécessaires au succès de programmes de ce type (12).

Toutes les études d'intervention analysées dans la présente revue de littérature portaient sur le conflit ou la conciliation travail-vie personnelle, que ce soit de façon uni- ou bidirectionnelle. Les autres issues mesurées étaient l'ÉSAR, la satisfaction au travail, le stress lié au travail, l'efficacité à l'emploi, certaines issues de santé physique (FS-12), le temps consacré aux enfants, les conflits conjugaux, les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et l'état de bien-être général.

Les principaux instruments de mesure de la CTVP sont décrits dans la prochaine sous-section (5.3). L'étude de Davis et al. (2015) ne possédait pas d'instrument validé. Toutes les autres études ont utilisés des questionnaires validés ; les alphas de Cronbach variaient de 0,58 à 0,95. En raison de la disparité des interventions implantées, des instruments de mesure utilisés et des différentes issues mesurées, la comparaison des résultats est difficile à effectuer.

Six études sur sept ont observé une amélioration de la CTVP à la suite de l'implantation des interventions organisationnelles. Albertsen et ses collaborateurs (12) ont noté une diminution globale du conflit à douze mois (RC=0,09, p=0,03). L'étude de Haslam a montré une diminution du conflit ($F(1,86)=8,35$, $p=0,01$), du stress au travail ($F(1,85)=10,22$, $p=0,002$), de la dépression ($F(1,84)=7,41$, $p=0,01$) et une augmentation de la conciliation travail-famille ($F(2,73)=7,73$, $p=0,001$) à la suite de la formation offerte aux employés pour faciliter la réalisation des tâches parentales. L'effet sur la satisfaction au travail n'était par ailleurs pas significatif ($F(1,86)=1,77$, $p=0,19$). Kelly (16) a également observé des résultats statistiquement significatifs sur le conflit vie personnelle-travail ($p=0,045$) et marginalement significatifs sur l'amélioration du conflit travail-vie personnelle ($p=0,059$). Cette étude a également remarqué une amélioration du temps familial chez les femmes seulement ($p=0,03$ chez les femmes, $p=0,14$ lorsque non stratifié).

Davis et ses collaborateurs (13) ont pour leur part étudié le temps que les parents passaient avec leurs enfants. Une augmentation de ces périodes de temps a été observée chez les parents ayant participé à l'intervention ($\beta=38,6$, $p<0,01$). Certaines études ont observé un effet positif de l'intervention, sans toutefois observer de changements de la CTVP ou des issues de

santé. Par exemple, Nabe-Nielsen et ses collaborateurs (2011) ont observé que les employés qui ont la possibilité de déterminer eux-mêmes leurs horaires via un outil électronique étaient plus impliqués dans la planification du travail que les employés pouvant émettre leur opinion via questionnaire ou via un groupe de discussion (RC=104, IC 95%=11,6-941). Par contre, aucun effet n'a été noté sur la santé, le bien-être ou l'amélioration de la CTVP à la suite de l'intervention. Les résultats de cette étude vont à l'encontre de la théorie voulant que l'autodétermination des horaires de travail améliore la santé et la CTVP des travailleurs. Pryce et ses collaborateurs (18) ont évalué l'effet d'un « open-rota scheduling system » chez les employés. Ils ont montré que les travailleurs plus satisfaits de leurs horaires de travail étaient moins susceptibles d'échanger leurs quarts de travail. Ces derniers ont rapporté des améliorations significatives de la CTVP (F=1,88, *p*=0,001). Par contre, aucun effet significatif n'a été mesuré pour la santé et le bien-être.

Finalement, Hammer et ses collaborateurs (14) ont observé un effet positif de l'intervention chez les participants ayant un haut niveau initial de conflit TVP alors qu'elle a provoqué un effet négatif chez ceux ayant un faible niveau de conflit à la base. Deux théories pourraient expliquer ce phénomène. Premièrement, le « family-friendly backlash » signifie que les employés qui auraient des besoins moindres en termes de CTVP pourraient avoir des réactions négatives car ils ne bénéficieraient pas des mesures mises en place. Cette situation pourrait paraître injuste pour eux. Deuxièmement, le « blended work group » stipule que les superviseurs favoriseraient les mesures implantées chez les travailleurs qui les nécessitent davantage, c'est-à-dire ceux avec un niveau élevé de conflit.

Les résultats présentés dans chacune des sept études ont été ajustés selon plusieurs covariables. Les principales étaient : le sexe, l'âge, le statut marital, la présence et le nombre d'enfants ou d'autres personnes à charge dans le ménage, l'âge et le sexe des enfants, le nombre d'heures travaillées par semaine, la demande liée au travail et les ressources disponibles au travail. Dans certaines études, les covariables ne sont pas mentionnées (18) ou elles demeurent vagues (ajustement selon le contexte socio-économique, selon les caractéristiques du ménage, selon des variables reliées au travail). Notons enfin que six études sur les sept possédaient un groupe contrôle (12-15, 17, 18).

Les principales limites recensées par les auteurs sont similaires d'une étude à l'autre. En raison de la diversité des groupes au recrutement et de l'utilisation de populations restreintes, la comparaison entre ces populations est difficile. De plus, en raison des courtes périodes au

suivi, il est impossible de connaître l'impact des interventions à plus long terme, à savoir si les effets seront conservés dans le temps. L'attrition peut avoir introduit un biais de sélection, par exemple si les participants perdus en cours de suivi étaient ceux ayant un conflit travail-famille (surestimation potentielle de l'effet des interventions). De plus, l'absence de données qualitatives pour expliquer l'implantation complique l'interprétation des résultats. Finalement, les mesures de la CTVP et/ou des issues sont majoritairement auto-rapportées, ce qui peut mener à un biais d'information non différentiel qui tend généralement à sous-estimer les mesures d'effets (77) car les travailleurs risquent de percevoir l'implantation (ou la non-implantation) différemment de ce qui a réellement été fait. Il y a risque d'une erreur de classification de la variable indépendante. Tel que mentionné ci-haut, les interventions, les instruments de mesure et les issues varient considérablement d'une étude à l'autre, ce qui rend la comparaison entre les études difficiles. Dans le domaine de la CTVP, il existe des études à visée épidémiologique et certaines provenant des sciences sociales. Les mesures effectuées, bien que complémentaires, sont différentes, ce qui complique également la comparaison des données.

En bref, peu d'études d'intervention ont été effectuées en lien avec la CTVP et dans les études existantes, les issues de santé mesurées sont limitées, en plus d'être hétérogènes.

Tableau 3 : Études d'interventions concernant la conciliation travail-vie personnelle

Auteurs/ Année	Population	Effectif	Taux de participation	1. Intervention 2. Événement	Facteurs d'ajustement	Résultats principaux
Albertsen (2013)	Travailleurs sur quart de travail	840 (784)	78,9% (73,1%)	1. "IT-supported self-rostering" 2. CTF	Sexe, âge, statut familial	RC : -0,085 (p = 0,031)
Davis (2015)	Travailleurs en techno avec enfants 9-17 ans	131 (99)	89,1% (67,3%)	1. STAR (cf section 2.5.3) 2. Temps quotidien consacré aux enfants	Sexe des parents, sexe des enfants	Parents du groupe intervention : ↑ significative du temps consacré aux enfants (ẋ=39 min/jr) (B=38.6, p<0.01) vs 24 minutes de moins (B –23.84, p 0.06) dans groupe contrôle
Hammer (2011)	Travailleurs dans épicerie	239	61% (67%)	1. " Supervisory training and self-monitoring intervention to ↑supervisors' use of family supportive supervisor behaviors " 2. CTF	Statut marital, personnes âgées vivant à domicile, nombre d'enfants, heures travaillées /sem	Effet positif de l'intervention chez individus avec niveau élevé de conflit, effet négatif si niveau faible de conflit.
Haslam (2012)	Ensei-gnants	107	73,3%	1. Workplace triple P (WPTP), intervention parentale 2. CTF, CFT	Capacité parentale, efficacité parentale, comportement des enfants, dépression, anxiété	WPTP statistiquement significatif pour ↓ 2 types de conflit. CTF : F(1,86) = 7,744 (0,04-0,89) CFT : F(1,86) = 8,345 (0,08-0,78)
Kelly (2014)	Firme de TI	946	74% (94%)	1. STAR 2. CTF, CFT, temps quotidien consacré aux enfants	Conditions de travail, titre d'emploi	Diminution de CTF et CFT ainsi qu'↑ du temps consacré aux enfants, de façon modérément significative. CTF : mesure d'effet 0,122 p 0,059 CFT : mesure d'effet 0,138 p 0,045 0,088 Temps avec enfants : mesure d'effet 0,179 p 0,024

Auteurs/ Année	Population	Effectif	Taux de participation	1. Intervention 2. Événement	Facteurs d'ajustement	Résultats principaux
Nabe-Nielsen (2011)	Travailleurs de la santé en gériatrie	496 (484)	73%	1. Autodétermination des horaires de travail via outil informatique 2. CTF	Âge, demande au travail, ressources au travail (soutien social des collègues et supérieurs)	Pas d'amélioration du conflit travail-famille (pas de RC fourni)
Pryce (2006)	Infirmières en psychiatrie	177	93-95%	1. Open-rota work scheduling système (approche participative) 2. CTVP	Aucun	Augmentation significative de la CTVP (F=1.88, p=0.001) dans le groupe intervention Pas d'effet significatif sur l'état de santé

CTF : conflit travail-famille CFT : conflit famille-travail CTVP : conciliation travail-vie personnelle SSE : Statut socioéconomique

2.3.3 Pistes d'explication des inconsistances observées dans les résultats des études antérieures

La présente revue de la littérature sur les initiatives pour favoriser la CTVP permet de formuler des conclusions générales. Les interventions qui augmentent la liberté de l'employé afin d'arrimer ses obligations personnelles et professionnelles sont plus enclines à être associées à des améliorations du bien-être et de la santé physique et mentale (10, 34). Rappelons que six des sept études d'intervention recensées ont observé une association entre les interventions et l'amélioration de la CTVP. Toutefois, une étude transversale (34) et une revue de littérature (36) démontrent des résultats contraires quant à la diminution du conflit travail-vie personnelle suite à l'implantation d'interventions organisationnelles. Zheng et al. (2016) et Beauregard et Henry (2009) mentionnent que les interventions organisationnelles pour favoriser la CTVP ont peu d'impacts sur la santé et le bien-être des employés, ce qui ne reflète pas les résultats évoqués par la plupart des études recensées dans la section précédente. Les résultats de revues systématiques plus globales mentionnent également l'efficacité des interventions organisationnelles pour améliorer certaines issues de santé (53, 59). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différents résultats. Brisson et ses collaborateurs (54) mentionnent que le manque d'engagement des gestionnaires et des employés est l'une des raisons pouvant expliquer les résultats mitigés des interventions organisationnelles. De plus, la nature transversale de plusieurs études ne permet pas d'établir de lien de causalité entre l'accès à des pratiques de CTVP et différentes issues de santé. D'autres éléments peuvent être en cause dont l'hétérogénéité des devis, la qualité variable des études, un suivi court dans le cas d'étude de type avant-après et de petites tailles d'échantillons. Ces mêmes constats ont également été faits suite à l'analyse des études d'intervention (section 5.2). Dans ce contexte, Zheng *et al.* (34), Kelly *et al.* (16) et Joyce *et al.* (10) mentionnent que des études avec devis plus appropriés (études prospectives et multi-niveaux) et un échantillon plus adapté devront être menées. En outre, des études rigoureuses afin de comprendre l'effet de mesures spécifiques de CTVP sur les individus et les organisations sont rares (4, 22, 30) et devront être développées.

2.3.4 Résumé

Malgré une littérature en plein essor et la prolifération des politiques organisationnelles de CTVP, la recherche dans ce domaine a eu un impact relativement limité sur la façon avec laquelle ces politiques sont gérées par les entreprises (4). Pourtant, le conflit TVP, la demande liée au travail et la gestion de la CTVP par les entreprises sont des problématiques de santé publique et de santé au travail grandissantes dans la société actuelle (57). De nombreuses études comparent les travailleurs avec et sans conflit, sans évaluer la structure organisationnelle de l'entreprise ou la façon dont les programmes ou interventions ont été implantés. Or, il a été mentionné antérieurement dans cette recension que la manière d'implanter ces programmes est tout aussi importante que le programme en soi. Ces lacunes limitent la diffusion de résultats positifs afin d'améliorer la CTVP.

Les constats majeurs de la présente revue de littérature sont :

- L'équilibre entre le travail, la vie personnelle et la vie familiale est maintenu lorsque les capacités physiques, mentales et émotionnelles d'une personne permettent la réalisation d'activités dans tous ces domaines, sans nécessiter plus de ressources (temps, énergie, argent) que ce que l'individu peut fournir.
- Cette problématique peut mener à des résultats négatifs en termes de santé mentale, physique et comportementale incluant le risque accru de maladies cardiovasculaires, la qualité du sommeil, les symptômes dépressifs, l'épuisement professionnel, la sécurité au travail, l'obésité et les troubles d'utilisation de substances (tabac, alcool, drogue).
- Les interventions étudiées jusqu'à maintenant visant à favoriser la CTVP sont très précises et ne touchent habituellement qu'un aspect de cette problématique plutôt que d'implanter des politiques ou programmes plus généraux et englobant (1).
- Aucune étude n'a examiné les effets de l'implantation d'une norme populationnelle visant l'amélioration de la CTVP jusqu'à présent.

2.4 Description de l'intervention : la NEES

Le groupe *Entreprise en Santé* a été créé suite à la préoccupation de gestionnaires par rapport aux coûts engendrés par les problèmes de santé chez leurs employés et leurs impacts sur le développement économique et les finances publiques (58). La NEES découle de l'initiative du groupe du même nom et a été créée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) (27). La NEES, créée en 2009, vise le maintien et l'amélioration durable de la santé des employés par la prévention de la maladie en milieu de travail (78). Pour y arriver, une mobilisation des entreprises et de leur personnel est essentielle. La prévention est prioritaire et elle passe nécessairement par le maintien et l'amélioration des pratiques organisationnelles. La Norme veut que soit intégrée la valeur de la santé des personnes dans les processus de gestion de l'entreprise. Elle nécessite l'engagement ferme et concret de la direction des entreprises, un partenariat étroit avec tous les intervenants concernés et le respect du caractère volontaire de la participation des travailleurs. Les interventions sont implantées à l'initiative des entreprises, parfois grâce à la contribution d'un consultant externe, et prenant appui sur les formations et les guides fournis par le Groupe Entreprise en Santé, qui est une association d'entreprises vouée à l'intégration de pratiques de santé et de bien-être au travail.

À ce jour, la NEES a été implantée dans 56 organisations publiques et privées au Québec. Quatre sphères d'activités sont exigés par la norme, soit les habitudes de vie (programmes de sensibilisation à l'activité physique, formations sur la gestion du stress, activités d'éducation sur différentes maladies, etc.), l'environnement de travail (distributrices d'aliments santé, aires de stationnement sécuritaires pour les vélos, etc.), les pratiques de gestion (mécanismes de consultation des travailleurs, formations des gestionnaires sur la reconnaissance et sur les communications efficaces, etc.) ainsi que l'équilibre travail-vie personnelle (horaires flexibles, télétravail, retour progressif après un congé de maternité, congés pour des raisons familiales, accès à une garderie en milieu de travail et autres services de soutien favorisant l'équilibre des travailleurs) (79).

Pour obtenir la certification, l'entreprise doit répondre à certaines exigences obligatoires (engagement de la direction, respect des lois et des règlements relatifs au travail, mise en place d'un comité de santé et mieux-être) et à d'autres dites « particulières » pour lesquelles les entreprises désireuses de recevoir la norme doivent aller au-delà des

seuils prévus par les lois et règlements. La NEES prévoit une évaluation visant à mesurer l'atteinte d'objectifs visés préalablement (27).

Parmi les dix entreprises impliquées dans la présente étude, trois entreprises (A-B-J) mentionnent avoir implanté des interventions dans les quatre sphères d'activités. Toutefois, l'implantation ou l'amélioration d'un programme d'aide aux employés (PAE) était considéré, dans le questionnaire, comme une mesure d'équilibre TVP. Après consultation avec l'équipe de recherche, nous avons statué que cette intervention était globale et n'influait pas directement et uniquement sur la CTVP. De ce fait, les entreprises qui on agit à ce niveau uniquement n'ont pas été considérées comme œuvrant au niveau de la sphère équilibre TVP. La seule intervention mise en œuvre dans cette sphère par l'entreprise J est un PAE. Cette entreprise n'a donc pas été considérée comme ayant implanté des interventions pour améliorer la CTVP. De plus, l'entreprise C, bien que n'ayant pas agi sur les quatre sphères, a tout de même implanté des interventions de la sphère équilibre TVP. Les interventions de la sphère TVP par entreprise sont présentées au tableau 4. Trois entreprises (C-H-J) ont implanté ou amélioré leur PAE. Tel que mentionné précédemment, cette mesure n'a pas été considéré pour l'équilibre TVP.

Tableau 4 : Mesures implantées dans le cadre de la NEES, sphère équilibre travail-vie personnelle dans les 10 entreprises étudiées

	Entreprise A	Entreprise B	Entreprise C	Entreprises D-E-F-G-H-I-J
Mesures implantées	Élaboration d'un guide pour le suivi des horaires flexibles Mise en place de caméras Web pour limiter les déplacements et formation aux utilisateurs Analyse de faisabilité pour une directive de télétravail Analyse de faisabilité pour entente avec les centres de la petite enfance	Conférence *Équilibre travail-vie personnelle* Questionnaire en ligne sur l'équilibre travail-vie personnelle Capsules infos *Équilibre travail-vie personnelle*	Permettre aux employés d'accumuler des heures en vue de pallier aux contraintes personnelles et/ou familiales Permettre aux employés d'avoir accès à des congés sans solde et/ou à traitement différé Maintenir l'accès à des horaires variables et favoriser l'accès à ceux qui ne l'ont pas actuellement Promotion des services offerts par le PAE	Aucune mesure de la sphère équilibre TVP implantée

2.5 Normes au Québec et ailleurs

Plusieurs lois ont été créées dans les pays industrialisés pour régir les normes du travail. Les gouvernements de quelques pays ont également mis à la disposition des milieux de travail des outils pour inciter ces derniers à mettre en place des mesures visant à favoriser de bonnes pratiques de gestion et améliorer la CTVP et la santé psychologique au travail (6). Par contre, outre au Québec et au Canada, peu de normes ou d'initiatives semblables à la NEES ont été identifiées dans la littérature. Créée en 2009, la NEES vise le maintien et l'amélioration durable de la santé des travailleurs par la prévention de la maladie en milieu de travail (78). La NEES nécessite l'engagement ferme et concret de la direction des entreprises, un partenariat étroit avec tous les intervenants concernés et le respect du caractère volontaire de la participation des travailleurs. Certains outils développés par les gouvernements ou par des organismes privés qui s'apparentent à cette norme sont présentés dans les paragraphes ci-après.

Au niveau canadien, la *Norme conciliation travail-famille* (BNQ 9700-820/2010) (61) et la *Norme Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail* (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ

9700-803/2013) (80) sont des normes similaires à la NEES (BNQ 9700/800/2008). D'ailleurs, elles ont toutes été implantées par le BNQ. Ailleurs dans le monde, *STAR* (Support. Transform. Achieve. Results.) (81), *ROWE* (Results Only Work Environment) (82), *Safe Work Australia* (83) et *Health and Safety Executive Project (84)* sont des initiatives populationnelles d'amélioration de la CTVP qui ont été implantées, sans toutefois posséder les caractéristiques d'une norme.

2.5.1 Norme conciliation travail-famille, Québec (BNQ 9700-820/2010)

Cette norme vise à ce que de plus en plus d'organisations développent des mesures et des pratiques d'aide et de soutien à la conciliation travail-famille (CTF). Elle constitue un document de référence qui spécifie les exigences en matière de bonnes pratiques de CTF. Elle est disponible à toutes les entreprises québécoises, qu'elles soient publiques ou privées et s'adapte à toutes les tailles d'organisations. Un programme de certification y est associé, offert par le BNQ. Elle a été conçue afin d'offrir plusieurs mesures de conciliation aux organisations désireuses de devenir certifiées en matière de CTF. Cette norme a été développée suite à l'initiative du ministère de la Famille.

Pour obtenir la certification, l'entreprise doit répondre à certaines exigences obligatoires (engagement de la direction, respect des lois et des règlements relatifs au travail, mise en place d'un comité CTF) et à des exigences plus particulières dépassant les seuils prévus par les lois et règlements liées à la CTF (gestion de la CTF, adaptabilité de l'organisation du travail, flexibilité du lieu de travail, services ou biens offerts en milieu de travail, aménagement du temps de travail, congés).

Les mesures et les pratiques de CTF disponibles via la *Norme conciliation travail-famille* sont regroupées dans différentes catégories : gestion de la CTF, adaptabilité de l'organisation du travail, aménagement du temps de travail, congés, flexibilité dans le lieu de travail, services ou biens offerts dans les lieux de travail. La certification permet à l'organisation de mettre en place un projet mobilisateur en démontrant son engagement envers la CTF, de fournir l'assurance que la direction est déterminée à mettre en œuvre des pratiques organisationnelles favorables à la CTF et de faire en sorte qu'elles soient durables et capables d'attirer et de conserver une main-d'œuvre qualifiée. De plus, les employés rapportent également de nombreux bienfaits : amélioration du sentiment

d’accomplissement dans leur vie personnelle, du sentiment d’appartenance à leur entreprise et du sentiment de confiance envers leur employeur, diminution du niveau de stress et des problèmes de santé, amélioration du rendement au travail. Aucune étude n’a évalué les retombées de cette norme jusqu’à présent.

2.5.2 Norme Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail, Canada (CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013)

Il s’agit d’une norme d’application volontaire qui a été implantée au Canada en 2013, conjointement avec le BNQ et le Conseil canadien des normes. Elle fournit aux employeurs des lignes directrices pour leur permettre de créer et d'améliorer continuellement des milieux de travail psychologiquement sains et sécuritaires pour leurs employés. Cette norme est également harmonisée avec d'autres normes et lignes directrices clés, notamment: *BNQ 9700-800 - Entreprise en santé (NEES)*, *CSA Z1002 sur la détermination et l'élimination des dangers pour la santé et la sécurité au travail et l'évaluation et le contrôle des risques*, *BSI PAS 1010 - Guidance on the Management of Psychosocial Risks in the Workplace*, et *Protégeons la santé mentale au travail*. Elle fournit un cadre de création et d’amélioration continue d’un milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire, notamment quant à :

- la détermination et l’élimination des dangers en milieu de travail qui posent un risque de dommage psychologique pour les travailleurs;

- l’évaluation et la maîtrise des risques en milieu de travail associés aux dangers qui ne peuvent pas être éliminés;

- la mise en place de structures et de pratiques qui favorisent et soutiennent la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail;

- la promotion d’une culture favorisant la santé et la sécurité psychologiques au travail.

Cette norme est fondée sur le fait que la mauvaise santé psychologique liée au travail est un facteur de risque de détresse psychologique. En ce qui concerne l'acceptabilité de cette norme par les employeurs et les employés, une étude récente a montré que la norme a été positivement décrite comme une ressource pouvant fournir des orientations

et des outils utiles afin d'aborder les éléments psychosociaux au travail. De plus, un large éventail d'avantages potentiels pour les employés, les employeurs et les lieux de travail ont été identifiés pour la mise en œuvre de la norme (85).

2.5.3 STAR, États-Unis (Support. Transform. Achieve. Results.)

STAR est une initiative qui vise à modifier les pratiques de gestion et les interactions entre les superviseurs et les employés dans les entreprises, particulièrement en ciblant le contrôle des horaires et du lieu de travail par les employés. Contrairement aux normes implantées au Québec décrites précédemment et permettant d'obtenir une certification, STAR est composée d'outils fournis aux employeurs (formation aux employeurs, guide pour les formations aux employés, matériel d'information pour les employés). Ces interventions sont implantées dans le but de promouvoir le soutien à la vie familiale et personnelle dans l'espoir de réduire les conflits travail-famille et d'améliorer le bien-être des employés.

Pour ce faire, STAR propose des interventions qui visent à outiller les gestionnaires pour favoriser la CTVP chez ses employés. Il s'agit de formations participatives et assistées par ordinateurs afin que les employeurs maîtrisent davantage les stratégies à adopter pour démontrer leur soutien par rapport à la CTVP, tout en maintenant un rendement satisfaisant dans l'entreprise. De plus, une séance de formation de huit heures pour les employés, en présence de leurs superviseurs, est effectuée. Le processus STAR vise, avec ces formations, à modifier la culture organisationnelle afin de promouvoir la santé et le bien-être des employés et de leurs familles tout en améliorant la productivité. Plusieurs études ont été menées afin d'évaluer les résultats de ces interventions (13, 16, 42). Certaines ont été décrites à la section 4.2 (13, 16).

2.5.4 ROWE, États-Unis (Results Only Work Environment)

ROWE est une stratégie de gestion des ressources humaines fondée sur la prémisse que les employés devraient être rémunérés selon leurs résultats plutôt que selon les heures travaillées. ROWE n'a pas été créée pour améliorer la CTVP. L'objectif était de

concevoir une nouvelle méthode de travail qui visait l'amélioration de la productivité. Néanmoins, étant donné le degré d'autonomie accordé aux travailleurs, l'amélioration de la CTVP et des habitudes de vie constituaient des objectifs secondaires de son implantation. ROWE vise à transformer la culture organisationnelle afin que le contrôle des employés sur leurs horaires et lieux de travail deviennent la norme.

L'intervention consiste en quatre séances de formation pour les employés et leurs superviseurs. Ces derniers assistent à une formation supplémentaire également. Ces séances interactives abordent la philosophie ROWE, le processus de changement qui sera engendré, les résultats attendus et les stratégies désirées pour favoriser l'implantation.

ROWE est donc une stratégie de changement organisationnel plutôt qu'une norme. Certaines études ont évalué les résultats de son implantation (82).

2.5.5 Safe Work Australia et Australian Workplace Barometer, Australie

Safe Work Australia est un organisme gouvernemental qui œuvre à la coordination et au développement de stratégies nationales sur les normes du travail et qui aide à l'implantation d'interventions pour favoriser la santé des travailleurs. Les membres de cet organisme réalisent également des projets de recherche sur ce même sujet.

D'ailleurs, le *Australian Workplace Barometer (AWB)* (83) est une enquête qui a été menée au niveau national, visant à comprendre la corrélation entre les facteurs de risque psychosociaux et reliés au travail, la santé psychologique et la motivation des travailleurs. Il a été prévu que les informations récoltées par cette enquête seraient utilisées pour aider les entreprises et les instances gouvernementales à développer des politiques et des stratégies d'intervention afin de diminuer le stress, les risques psychologiques et les blessures liés au travail.

Le « *Australian Work Health and Safety Strategy 2012–2022* » (86) a été créé suite à cette enquête et promeut la santé psychologique et physique des employés ainsi que des milieux de travail sécuritaires et productifs. Les résultats visés sont la diminution de la mortalité, des blessures et des maladies reliée aux accidents de travail. Certains

objectifs plus spécifiques ont également été déterminés. Sept domaines d'actions ont été ciblés afin de contribuer à l'amélioration de la santé des travailleurs (« healthy and safe by design », « supply chains and network », « health and safety capabilities », « leadership and culture », « research and evaluation », « government », « responsive and effective regulatory framework »). Ces stratégies ont été développées suite à des consultations avec le gouvernement, différentes entreprises et la population.

À notre connaissance, aucune norme n'a été implantée afin de documenter et contrôler les changements effectués dans les entreprises.

2.5.6 Health and Safety Executive Project, Royaume-Uni

Cette mesure a été mise en place au Royaume-Uni afin de supporter les entreprises dans l'implantation de normes de gestion visant à minimiser les facteurs psychosociaux pouvant diminuer la productivité et exacerber le stress lié au travail, l'absentéisme et certains problèmes de santé (84). Six stratégies ou domaines ont été retenus : la charge de travail, le contrôle des employés, le support des employeurs, l'environnement de travail, la définition des rôles et la gestion du changement organisationnel. Les normes de gestion ont pour fonction de développer une approche systématique d'évaluation des risques, de permettre l'évaluation de programme au moyen d'enquêtes et d'autres techniques, de faciliter la communication entre les organisations et leurs employés pour aider à décider des améliorations pratiques qui peuvent être faites et d'identifier les principaux facteurs de risque de stress lié au travail. Ultimement, le but est de fournir un cadre pour permettre aux entreprises d'évaluer leurs performances par rapport aux contraintes psychosociales au travail.

Au plan de l'évaluation du processus, Mackay *et al. (87)* rapportent des éléments clés tels que l'engagement de la direction, la participation des employés, l'importance d'un comité de suivi, l'intégration des interventions sur le stress dans une stratégie organisationnelle plus globale plutôt qu'une initiative ad hoc. Au plan de l'évaluation des effets, le *Labour Force Survey* (sondage national) montre une diminution de l'incidence des problèmes de stress, d'anxiété et de dépression au travail et du nombre de jours de travail perdus associés (88).

2.5.7 Autres

Dans la dernière décennie, d'autres pays, principalement en Europe, ont mis en place des interventions gouvernementales en matière de CTVP et ont effectué certains changements aux lois sur le travail. Certaines mesures ont été modifiées, notamment en ce qui a trait aux services de garde et aux congés parentaux, et ce, afin d'améliorer la CTVP (6). Comme nous venons de le constater, les normes telles que la NEES sont toutefois peu développées ailleurs dans le monde. Dans la plupart des cas, certains outils sont mis à la disposition des entreprises sans qu'un processus d'évaluation ne soient effectué. Les suggestions les plus souvent évoquées lorsqu'il est question de CTVP sont la flexibilité du temps de travail, le télétravail ou le partage d'un poste. Des guides de pratiques organisationnelles sont produits par les gouvernements ou des organismes affiliés afin de proposer des démarches pour aider les entreprises à développer une culture organisationnelle et des mesures favorables à la CTVP (89-91).

Finalement, certains pays ont entrepris des démarches supplémentaires en offrant de la formation à des inspecteurs en santé et sécurité au travail afin qu'ils puissent identifier les facteurs de risque psychosociaux du conflit travail-vie personnelle dans les milieux de travail. C'est entre autres le cas du Danemark, qui a formé ses inspecteurs selon les cinq principaux facteurs de risque et facteurs préventifs du conflit travail-vie personnelle afin que ces derniers puissent émettre des recommandations aux différentes entreprises (92).

Le Canada, particulièrement le Québec, est donc innovateur dans l'élaboration de normes en santé au travail, notamment concernant la CTVP. Bien que certains programmes aient été mis en place dans d'autres pays (tel que décrit dans la présente section), aucun n'a développé de norme à visée populationnelle aussi spécifique que celles développées par le BNQ.

3. Question, objectifs et hypothèse de recherche

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un projet d'envergure concernant les quatre sphères d'intervention de la *Norme Entreprise en Santé*.

3.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude vise à déterminer l'impact de l'implantation de la NEES (sphère équilibre travail-vie personnelle) sur la conciliation travail-vie personnelle et sur l'état de santé auto-rapporté des travailleurs de dix entreprises québécoises.

3.2 Objectifs spécifiques

Il s'agira de :

1. Comparer la prévalence de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP avant et après l'implantation de la NEES parmi les travailleurs.

2. Comparer la prévalence de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction quant aux mesures d'équilibre TVP, entre les travailleurs exposés à des interventions favorisant l'équilibre TVP et ceux non exposés.

3. Comparer la prévalence de la difficulté de CTVP avant et après l'implantation de la NEES, entre les entreprises les plus exposées aux interventions de la sphère équilibre TVP et les entreprises moins exposées aux interventions.

4. Comparer la prévalence d'une perception négative de l'état de santé auto-rapporté (ÉSAR) avant et après l'implantation de la NEES parmi les travailleurs.

3.3 Hypothèse de recherche

Les travailleurs du Québec qui ont la perception que des mesures organisationnelles pour favoriser l'équilibre TVP ont été mises en place ont plus de facilité à maintenir une bonne conciliation travail vie-personnelle (CTVP) et ont un meilleur état de santé auto-rapporté (ÉSAR).

4. Méthodologie

4.1 Devis de l'étude

Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans une étude d'intervention prospective de type avant-après effectuée sur des données secondaires. Cette vaste étude a été subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (2). La collecte de données initiale a été effectuée par l'INSPQ avant l'implantation de la NEES dans les entreprises, soit entre mai 2011 et décembre 2013. Les travailleurs des mêmes organisations ont complété un questionnaire de 24 à 38 mois après l'implantation entre juin 2014 et novembre 2015. Il s'agit de données quantitatives. Certaines données qualitatives ont également été utilisées afin de connaître les interventions implantées.

La CTVP globale, un score de la satisfaction des mesures d'équilibre TVP et l'état de santé auto-rapporté (ÉSAR) ont été mesurés chez chaque sujet, avant et après l'implantation des interventions.

Il s'agit d'un devis quasi-expérimental de type avant-après. Certaines analyses incluent un groupe de référence (travailleurs peu exposés aux interventions). Notre recherche a utilisé un devis adapté d'après Randall et ses collaborateurs (93), où le groupe de référence est constitué de salariés ayant eu peu ou pas d'exposition aux interventions. Ce type de devis permet, sous certaines conditions, de faire des inférences similaires à un devis quasi-expérimental avec groupe témoin externe, lorsque le contexte ne permet pas l'utilisation de groupes de référence extérieurs, comme dans le cas du présent projet.

4.2 Population et échantillonnage

Dix entreprises ont été sélectionnées parmi les entreprises qui ont obtenu ou qui étaient dans le processus pour obtenir la certification NEES et dont le diagnostic *Entreprise en santé* a été réalisé par l'INSPQ. Ces dix entreprises des secteurs privé et public ont été sélectionnées principalement pour couvrir un large spectre de l'activité économique du Québec : secteurs manufacturier, financier, municipal, gouvernemental et de la santé. L'échantillon inclut 2849 travailleurs à T1 et 2560 travailleurs à T2. Les catégories d'emploi représentées sont le personnel d'encadrement, les professionnels et

techniciens, le personnel de bureau et le personnel manuel. Les caractéristiques des entreprises participantes et la date des collectes de données sont présentées à l'annexe 4. Certains travailleurs ont été exclus, par exemple, le personnel qui travaille moins d'une journée par semaine, le personnel ayant moins de trois mois de service lors du sondage, les stagiaires et étudiants et les consultants externes. Aucun autre travailleur n'a été exclu, à l'exception de ceux qui n'avaient pas complété le questionnaire correctement. Comme l'intervention visait entre autres l'amélioration de la CTVP pour l'ensemble des travailleurs, tous les employés actifs et ceux en congé (vacances, maladie, maternité) ont été sollicités afin de compléter le questionnaire.

4.3 Collecte de données

La collecte des données a été effectuée en milieu de travail, avant l'implantation de la NEES (T1) et de 24 à 38 mois après l'intervention (T2), selon les entreprises. Le pourcentage de participation variaient de 71 % à 90 % au recrutement et de 63 % à 88% au suivi. Ces pourcentages par entreprise sont présentés à l'annexe 4. Toutes les entreprises participantes à T1 l'ont été à T2 également.

Les données à T1 et à T2 sur les pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail ont été collectées par l'INSPQ à l'aide du questionnaire auto-administré « Diagnostic EES » (annexe 5). Celui-ci a été élaboré en partie à l'aide d'indicateurs validés tirés d'enquêtes nationales (9) et couvre les quatre sphères de la NEES décrites préalablement (section 2.4). Une section du questionnaire est également réservée à l'appréciation générale de la santé et du mieux-être et une autre aux renseignements sociodémographiques des travailleurs. Dans le questionnaire post-intervention, une section supplémentaire a été ajoutée afin de documenter la démarche *Entreprise en santé* en soi, notamment quant aux pratiques visant l'équilibre TVP. Celle-ci a permis de collecter des données quantitatives via une série de questions sur les ressources organisationnelles, afin d'évaluer l'impact des interventions sur la CTVP. L'administration de ce questionnaire durait environ 30 minutes. Les données ont été mises à notre disposition par l'INSPQ avec le consentement des entreprises concernées. Toutes les données ont été dénominalisées avant l'analyse.

L'analyse documentaire (rapports de comité santé au travail, des comités en charge de changements organisationnels, compte rendus de réunion, etc.) n'est pas disponible aux fins d'analyse pour le moment. Seulement les plans d'action des entreprises ont été mis à notre disposition.

4.4 Définition opérationnelle des variables

4.4.1 Exposition aux interventions (variables indépendantes)

Implantation de la NEES

La NEES a été implantée dans toutes les entreprises participantes, à l'initiative de leurs gestionnaires. L'effet de cette variable indépendante sera observé en comparant les groupes avant et après l'implantation de la NEES.

Exposition individuelle aux interventions de la sphère équilibre travail-vie personnelle

L'intervention est définie comme étant tous les changements introduits dans le milieu dans le but explicite ou ayant la conséquence d'améliorer la situation au regard des quatre sphères définies par la NEES. Les décisions concernant la mise en place de l'intervention ont été prises par les gestionnaires.

La perception de l'exposition aux différentes interventions de la sphère *équilibre travail-vie personnelle* a été mesurée à l'aide d'un item du questionnaire auto-administré, après l'implantation (la question variait dépendamment des entreprises et les réponses ont été regroupées (voir le tableau 5). Les échelles de réponse sont de type Likert à quatre catégories. La qualité psychométrique de ces questions n'a toutefois pas été mesurée.

Une variable intégrant les réponses aux deux questions présentées dans le tableau 5 a été créée afin de mesurer l'exposition aux interventions de la sphère équilibre TVP. Pour fin de simplification, dans la présente étude, les individus ayant la perception que des interventions pour améliorer la CTVP ont été implantées au sein de leur entreprise sont les individus EXPOSÉS. Les individus qui ont la perception qu'aucune mesure n'a été mise en place dans leur milieu de travail sont les travailleurs NON EXPOSÉS.

L'exposition individuelle a été dichotomisée en fonction des réponses aux questions présentées dans le tableau 5. La catégorie non-exposée est composée des participants ayant répondu « aucun changement » ou « pas du tout » (selon la question posée). La catégorie exposée est composée des participants ayant répondu « un peu », « assez », « beaucoup », « améliorent ma situation de travail », « ne modifient pas ma situation de travail » ou « détériorent ma situation de travail ».

Tableau 5 : Exposition aux interventions de la sphère équilibre travail-vie personnelle

<table>
<tr><th>Questions</th><th>Codification</th></tr>
<tr><td>V1 : Depuis l'implantation de la démarche « Entreprise en santé » dans mon milieu de travail, j'ai constaté des changements à l'égard de : Mon équilibre travail – vie personnelle (flexibilité des horaires, travail à domicile, congés sans solde, banque de temps, etc.)

0 Aucun changement implanté
1 Améliorent ma situation de travail
2 Ne modifient pas ma situation de travail
3 Détériorent ma situation de travail</td><td rowspan="2"><u>Non exposés (E⁻)</u>

V1
0 Aucun changement implanté
<u>ET</u>
V2
0 Pas du tout

<u>Exposés (E⁺)</u>

V1
1 Améliorent ma situation de travail
2 Ne modifient pas ma situation de travail
3 Détériorent ma situation de travail

<u>ET</u>

V2
1 Un peu
2 Assez
3 Beaucoup</td></tr>
<tr><td>V2 : Dans le cadre de l'implantation de la démarche « Entreprise en santé » dans mon milieu de travail, j'ai constaté des changements à l'égard de la sphère d'activité : Équilibre travail – vie personnelle (ex. : accès à des congés, horaire flexible)

0 Pas du tout
1 Un peu
2 Assez
3 Beaucoup</td></tr>
</table>

Exposition par organisme aux interventions de la sphère équilibre travail-vie personnelle

Cette variable a été créée en calculant le pourcentage d'individus exposés aux interventions selon la variable décrite ci-haut, par entreprise. Le pourcentage a été calculé à T2 et ce même pourcentage a été appliqué à l'organisme à T1. La variable était donc disponible au deux temps pour permettre une comparaison avant-après. Cette variable a été dichotomisée à la médiane des dix organismes (0,56) afin d'obtenir un groupe d'organismes « peu exposés » aux interventions (E^-) et un groupe d'organismes « beaucoup exposés » aux interventions (E^+). Tous les participants d'un même organisme avaient donc la même valeur.

4.4.2 Issues mesurées (variables dépendantes)

Difficulté de CTVP globale

La perception globale de la difficulté de CTVP a été mesurée avant et après l'implantation de la NEES chez les participants. Les réponses étaient sous forme d'une échelle de type Likert à quatre catégories :

J'arrive à maintenir un équilibre entre mes obligations professionnelles et mes responsabilités personnelles.

1. *Jamais OU fortement en désaccord*
2. *De temps en temps OU en désaccord*
3. *Souvent OU d'accord*
4. *Tout le temps OU fortement d'accord*

Les choix de réponses variaient selon le questionnaire administré mais les réponses ont été groupées tel que présentées ci-haut, pour fin d'analyse. Cette variable a été analysée de manière dichotomique. Les réponses 1 et 2 ont été jumelées ainsi que les réponses 3 et 4.

Insatisfaction des mesures d'équilibre travail-vie personnelle

La seconde issue portait sur la satisfaction des mesures organisationnelles potentiellement implantées pour améliorer l'équilibre TVP. Cet aspect a été mesuré dans le questionnaire après l'intervention pour toutes les entreprises et aux deux temps de mesure uniquement pour l'entreprise B (puisque c'est la seule entreprise qui a utilisé le même questionnaire à T1 et T2). Il s'agit d'une question qui avait été validée pour l'EQCOTESST et qui a été reprise en partie :

Pour mon équilibre travail-vie personnelle, au sein de l'entreprise, la mesure xxx :

1. *Est satisfaisante*
2. *Est non satisfaisante*
3. *Serait facilitante*
4. *Ne serait pas facilitante*

Les mesures organisationnelles questionnées sont :

A. L'horaire flexible qui permet de choisir l'horaire de travail
B. La possibilité d'échanger des heures avec des collègues
C. L'accès à la semaine de travail réduite, sur une base volontaire
D. L'accès à une banque de temps qui permet d'accumuler des heures de travail utilisables au besoin
E. Le travail à domicile
F. L'accès à une garderie en milieu de travail
G. L'accès au congé sans solde ou au traitement différé
H. L'accès à l'horaire comprimé

Toutefois, la mesure « accès à l'horaire comprimé » n'a pas été utilisée dans les analyses puisqu'elle n'a pas été questionnée chez 4883 sujets.

La satisfaction des mesures d'équilibre TVP a été analysée selon un score obtenu en additionnant les résultats des réponses aux questions. Le score de cet indice varie de 0 à 7, en fonction du nombre de mesures implantées. Lorsque des données étaient manquantes, l'indice n'a pas été calculé.

Les résultats sont présentés selon la médiane du score (médiane=4). Le groupe de référence est constitué des cinq entreprises chez qui le résultat du score est en deçà de la médiane.

Deux autres versions de cette question ont été distribuées aux travailleurs.

Q2 : Je crois que la mesure xxx facilite ou pourrait faciliter un équilibre TVP dans l'organisation : i) Fortement en désaccord, ii) En désaccord, iii) D'accord, iv) Fortement d'accord.

OU

Q3 : La mesure xxx pourrait être facilitante pour mon équilibre TVP dans l'organisation :

i) Non facilitante, ii) Peu facilitante, iii) Facilitante, iv) Extrêmement facilitante.

Toutefois, les versions *Q2* et *Q3* ne permettent pas de déterminer si les mesures organisationnelles ont été implantées. De ce fait, seulement les entreprises ayant utilisées la version *Q1* ont pu être utilisées pour effectuer cette analyse. C'est pour cette raison que les données à T1 ne sont disponibles que pour l'entreprise B. Les neuf autres entreprises ont utilisé Q2 et Q3.

Les réponses ont été regroupées lors de l'analyse. Les réponses « satisfaisante (Q1)», ont été regroupées sous «mesures satisfaisantes». Les réponses «non-satisfaisante (Q1)», «serait facilitante (Q1)», «serait non facilitante (Q1)» ont été regroupées sous «mesures non satisfaisantes et/ou non implantées». Le tableau 6 illustre ce regroupement.

Tableau 6 : Insatisfaction des mesures organisationnelles d'équilibre travail-vie personnelle

Questions	Codification
Pour mon équilibre travail-vie personnelle, au sein de l'entreprise, la mesure xxx : 0 Est satisfaisante 1 Est non satisfaisante 2 Serait facilitante 3 Ne serait pas facilitante	**Mesures satisfaisantes** 0 Est satisfaisante **Mesures non-satisfaisantes/non implantées** 1 Est non satisfaisante 2 Serait facilitante 3 Ne serait pas facilitante

<u>État de santé auto-rapporté (ÉSAR)</u>

La mesure de l'état de santé globale a été collectée dans le questionnaire aux deux temps de mesure à l'aide d'une question validée (66, 67) et décrite dans la revue de littérature :

En général, diriez-vous que votre santé est :

1. *Excellente*
2. *Très bonne*
3. *Bonne*
4. *Passable*
5. *Mauvaise*

L'échelle de réponse est de type Likert à cinq catégories. Les réponses ont été dichotomisées (9, 65). Les analyses ont été effectuées en regroupant les réponses « bonne », « très bonne » et « excellente » sous le titre « perception positive de son état de santé globale», comme il a été fait dans l'EQCOTESST. Dans la littérature, les analyses sont effectuées en catégorisant les réponses en deux ou trois catégories.

4.4.3 Covariables

Dans la relation entre l'intervention et l'issue principale, certaines variables potentiellement modifiantes ou confondantes ont été identifiées.

Variables modifiantes

Dans la présente étude, l'âge et le sexe ont été considérés comme des facteurs potentiellement modifiants de la relation causale entre l'exposition aux mesures d'équilibre TVP et la CTVP/l'ÉSAR. Pour distinguer leur effet, ces variables ont été catégorisées de manière dichotomique et catégorielle respectivement lors des analyses statistiques.

Le tableau 7 présente les caractéristiques de ces variables. Il est à noter que pour l'âge, deux catégories ont dû être regroupées (<25 ans et 25-44 ans) en raison du petit n de l'une de ces catégories (et donc, de l'impossibilité d'effectuer les analyses avec cette catégorie).

Tableau 7 : Caractéristiques des variables modifiantes

Variables	Type	Détail
Âge	Catégorielle	<44 45-54 ≥55
Sexe	Dichotomique	Homme Femme

Variables confondantes

Par validité d'apparence, les facteurs potentiellement confondant les plus documentés ont été retenus dans les modèles ajustés, qu'il y ait confusion ou non. Ces facteurs disponibles dans la base de données et pris en considération pour la CTVP sont la scolarité, le support social au travail, le travail temps plein/temps partiel, la latitude décisionnelle, la détresse psychologique, le soutien des supérieurs, la reconnaissance au travail, la demande psychologique au travail et l'exposition aux trois autres sphères d'intervention : habitudes de vie, environnement de travail, pratique de gestion. Tous ces facteurs sont présentés dans le tableau 8. Plusieurs autres facteurs auraient dû être pris en considération (statut marital, présence d'enfants, culture organisationnelle, implication des employés, etc.) mais ces données n'étaient pas disponibles dans la base de données. Cet aspect sera abordé lors de la discussion sur les faiblesses de l'étude.

Tableau 8 : Caractéristiques des variables confondantes (CTVP)

Variables	Type	Détail
Scolarité complétée	Catégorielle	Secondaire ou moins Collégial Universitaire
Soutien social au travail	Dichotomique	Faible Élevé
Horaire temps plein/temps partiel	Dichotomique	Temps plein Temps partiel
Latitude décisionnelle	Dichotomique	Latitude faible (<24) Latitude élevée (≥24)
Détresse psychologique	Dichotomique	Détresse faible Détresse élevée
Soutien des supérieurs	Dichotomique	Soutien faible Soutien élevé
Reconnaissance au travail	Dichotomique	Reconnaissance faible Reconnaissance élevée
Demande psychologique	Dichotomique	Demande faible Demande élevée
Environnement de travail	Dichotomique	Non exposé Exposé
Pratiques de gestion	Dichotomique	Non exposé Exposé
Habitudes de vie	Dichotomique	Non exposé Exposé

Les variables confondantes prises en considération pour l'ÉSAR sont la scolarité, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes[6], le tabagisme, l'IMC, la détresse psychologique (94) et l'exposition aux trois autres sphères d'intervention. Ces facteurs sont présentés dans le tableau 9.

[6] Les saines habitudes alimentaires sont représentées par la consommation de fruits et légumes dans la présente étude

Tableau 9 : Caractéristiques des variables confondantes (ÉSAR)

Variables	Type	Détail
Activité physique	Catégorielle	Aucune 1-2 fois/semaine 3-5 fois/semaine ≥6 fois/semaine
Habitudes alimentaires : consommation de fruits et légumes	Catégorielle	Aucune 1 portion/jour 2 portions/jour 3 portions/jour 4 portions/jour 5 portions/jour et plus
Tabagisme	Catégorielle	Je fume tous les jours Je fume à l'occasion Je ne fume plus Je n'ai jamais fumé
IMC	Catégorielle	Sous la normale (<18,5) Normale (18,5 – 24,9) Surpoids (25,0 – 29,9) Obésité (≥30)
Détresse psychologique	Dichotomique	Détresse élevée (≥7) Détresse faible (<7)

4.5 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS 9.4 (95) en utilisant les données recueillies par le questionnaire auto-administré « Diagnostic EES » (Annexe 5). Une analyse descriptive a préalablement été réalisée afin d'étudier la distribution des variables chez les individus et par entreprise. Les comparaisons dans la distribution des variables descriptives entre le temps 1 et le temps 2 ont été effectuées à l'aide du test du khi-deux. Les rapports de prévalences ont été utilisés pour présenter les issues, qui étaient dichotomiques.

Dans les analyses, nous avons tenu compte de la corrélation intra-entreprise. Cette corrélation a eu deux effets inverses sur les mesures d'association (rapport de proportions dans le temps, rapport de proportions entre les exposés et les non-exposés

à T2, mesure d'interaction). D'une part, la corrélation intra-entreprise a eu pour effet d'augmenter la variabilité des proportions elles-mêmes, d'autre part, elle a réduit la variabilité des différences de ces proportions dans le temps ou entre les groupes d'exposition. Comme ces deux effets s'annulent en partie, nous n'avons pas tenu compte de la corrélation intra-entreprise pour les calculs de puissance.

Les rapports de prévalences ont été calculés à l'aide d'un modèle linéaire généralisé avec un lien log et une distribution de poisson (working poisson regression). Pour fin de confidentialité, les informations d'appariement des sujets n'ont pas pu être obtenues et trois stratégies de modélisation ont été utilisées pour tenir compte des différents niveaux d'effets. Les rapports de prévalences ont été estimés à l'aide de la méthode de Poisson robuste pour éviter les problèmes de calcul (96), en considérant indépendamment les sujets à T1 et T2, mais en contrôlant les différences systématiques potentielles entre les organisations comme des effets fixes. Ce modèle a permis de définir la relation entre l'exposition à des mesures organisationnelles favorisant l'équilibre TVP et les issues concernant la CTVP et l'ÉSAR, tout en contrôlant pour les covariables identifiées précédemment. De la même manière, le même modèle de Poisson robuste a été utilisé pour comparer ces prévalences chez les travailleurs exposés et non exposés aux interventions d'équilibre TVP à T2. Enfin, les rapports de prévalences ont été estimés en utilisant la régression log binomiale avec mesures répétées comparant le changement entre T1 et T2 dans les groupes d'organisations exposés aux interventions dans le domaine de l'équilibre TVP. Un terme d'interaction entre le groupe et le temps a été calculé pour estimer l'effet global de l'intervention.

L'intervalle de confiance des rapports de prévalences contenant la valeur nulle nous permettra de conclure en l'absence de la relation entre l'intervention et l'issue principale de l'étude. Le seuil de signification statistique retenu a été de 5%.

Trois modèles d'ajustement statistiques ont été testés lors des analyses (tableau 10). Ces modèles séquentiels incluaient des covariables dont les effets sur la CTVP et l'ÉSAR ont été documentés. Le modèle 1 représente le modèle brut tandis que le modèle 2 a été ajusté pour les facteurs socio-démographiques, à savoir l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Le modèle 3 diffère selon l'issue mesurée. Pour les issues liées à la CTVP, il a été ajusté, en plus des facteurs socio-démographiques, au travail temps

plein/temps partiel, à la détresse psychologique, la latitude décisionnelle, la reconnaissance au travail, la demande psychologique et à l'exposition aux sphères *habitudes de vie, environnement de travail* et *pratique de gestion.* Pour l'ÉSAR, le modèle 3 a été ajusté, en plus des facteurs socio-démographiques, à l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme, l'IMC et la détresse psychologique. Le modèle le plus ajusté a été retenu pour l'interprétation pour la CTVP puisque les résultats étaient robustes à l'ajustement de toutes les covariables. Pour l'ÉSAR, le modèle 2 a été retenu puisqu'il était plus stable entre les différentes entreprises. Il est à noter que certaines analyses ont été effectuées pour des organismes particuliers (organismes A, B et C). Pour ces analyses, les ajustements pour les trois autres sphères d'interventions étaient non applicables.

Tableau 10 : Ajustements pour les variables confondantes

Issues	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Difficulté de CTVP **Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP**	Modèle brut	Âge, sexe, scolarité	Âge, sexe, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion
ÉSAR	Modèle brut	Âge, sexe, scolarité	Âge, sexe, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique, exposition aux sphères habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion

4.6 Puissance de l'étude

Puisqu'il s'agit de données secondaires, le nombre de sujets et la proportion de sujets exposés aux interventions étaient connus et n'ont pas pu être modifiés. La puissance effective a été calculée pour chacun des objectifs spécifiques présentés précédemment. Un scénario de puissance par test du khi-carré pour échantillons non appariés a été retenu. Les tableaux des résultats de puissance sont présentés à l'annexe 6. Voici les rapports de prévalences nécessaires à l'obtention d'une puissance de 80% ou plus.

- Objectif 1 : Il faudrait obtenir un rapport de prévalence de 0,80 pour atteindre une puissance de 80,1 %

- Objectif 2 : Il faudrait obtenir un rapport de prévalence de 0,75 pour atteindre une puissance de 82,1 %

- Objectif 3 : Il faudrait obtenir un rapport de prévalence de 0,70 pour atteindre une puissance de 79,1 %

- Objectif 4 : Il faudrait obtenir un rapport de prévalence de 0,70 pour atteindre une puissance de 89,1 % ou un rapport de prévalence de 0,75 pour atteindre une puissance de 74,7%

5. Considérations éthiques

Le projet proposé s'inscrit dans le cadre d'une vaste étude évaluative dont le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Québec. Le questionnaire «diagnostic EES» a été administré sous la responsabilité de l'INSPQ. Un numéro d'identification a été assigné à chaque participant afin que la confidentialité soir préservée. Les données ont donc été dénominalisées. De plus, les entreprises participantes n'ont pas été divulguées.

Les informations recueillies par questionnaire sont demeurées confidentielles. Seuls les chercheurs ont été autorisés à consulter la base de données. Les statistiques ont été présentées de manière à ce que l'on ne puisse associer aucune information à un répondant particulier.

Les participants ont été sollicités pour répondre au questionnaire« Diagnostic EES», dans le cadre de la démarche Entreprise en santé. Les participants ont été informés sur le but de la participation, le volontariat et la confidentialité. Aucun formulaire de consentement n'a été signé par les individus. Le seul consentement des entreprises étaient nécessaire puisque les données personnelles demeuraient confidentielles. Les deux premières pages du questionnaire EES précisent ces éléments (annexe 5). Cette procédure suit les règles éthiques fixées par l'INSPQ pour le respect de la confidentialité et la protection des renseignements personnels lors d'un sondage.

6. Résultats

6.1 Description générale

L'étude a été réalisée auprès de 2849 travailleurs préalablement à l'implantation et 2560 travailleurs après l'intervention. Le tableau 11 présente le pourcentage de participation, par entreprise. Le tableau 12 résume les caractéristiques des participants à l'étude avant l'intervention. On peut remarquer une proportion plus importante de travailleurs âgés entre 45 et 54 ans. Le tableau E de l'annexe 7 montre que les proportions d'hommes et de femmes étaient semblables entre les deux temps de mesure (H : T1=50,8%, T2=52,6% et F : T1=49,2% et T2=47,4%). Pour ce qui est de la scolarité complétée (secondaire ou moins, collégial, universitaire), la distribution était semblable entre les deux temps de mesure. Les femmes étaient davantage éduquées que les hommes (tableau F, annexe 7). Une majorité d'individus travaillait à temps plein et avait une faible détresse psychologique, un bon soutien au travail et une faible demande psychologique. Les données concernant la latitude décisionnelle et la reconnaissance étaient également réparties de manière similaire entre les groupes. Toutes les proportions étaient semblables entre les deux sexes, exception faite de l'IMC où la majorité des hommes étaient en surpoids (H : 56,1%; F : 24,8%) alors que les femmes avaient un poids normal en majorité (H : 17,2%; F : 57,9%) (tableau F, annexe 7). Globalement, la CTVP et l'ÉSAR des travailleurs se sont détériorés après l'intervention. Ces résultats feront l'objet d'une analyse approfondie dans les prochaines sous-sections.

Le tableau 13 présente les caractéristiques de la population à l'étude, par entreprise.

Le tableau 14 illustre la perception des travailleurs quant à l'implantation d'interventions, par sphère d'activités. Cette dernière est similaire chez les hommes et chez les femmes pour la sphère équilibre TVP (H : 64,4%, F : 70,0%). Les données détaillées concernant l'exposition aux activités de la sphère *équilibre TVP,* par entreprise, sont présentées au tableau G de l'annexe 7.

Tableau 11 : Pourcentage de participation, par entreprise

Entreprise	T1	T2
A	82%	71%
B	67%	66%
C	79%	83%
D	76%	65%
E	79%	84%
F	83%	63%
G	86%	69%
H	81%	84%
I	71%	84%
J	90%	88%

Tableau 12 : Description de la population à l'étude chez tous les individus et chez tous les individus, selon le sexe, avant l'intervention (T1)

	T1 - Brut n (%)	**T1 - Selon le sexe** n (%)		
	n=2849	Hommes n=1344	Femmes n=1210	Valeur p
Âge				
<44	1410 (49,5)	744(51,5)	666 (47,5)	**<0,01**
45-54	947 (33,3)	503 (34,8)	444 (31,7)	
≥55	491 (17,2)	200 (13,8)	291 (20,8)	
Non répondu (5)				
Sexe				
Homme	1447 (50,8)	N/A	N/A	N/A
Femme	1402 (49,2)			
Non répondu (6)				
Scolarité complétée				
Primaire ou moins	37 (1,3)	25 (1,7)	12 (0,9)	**<0,01**
Secondaire	751 (26,4)	432 (29,9)	319 (22,8)	
Collégial	1024 (36,0)	496 (34,3)	528 (37,7)	
Universitaire	1033 (36,3)	493 (34,1)	540 (38,6)	
Non répondu (24)				
Horaire à temps plein ou temps partiel				
Temps plein	2611 (92,4)	1375 (95,2)	1236 (88,5)	**<0,01**
Temps partiel	216 (7,6)	55 (3,9)	161 (11,5)	
Non répondu (58)				
Activité physique (fois/semaine)				
≤1	425 (15,2)	217 (15,3)	208 (15,1)	
1-2	596 (21,3)	314 (22,1)	282 (20,4)	**0,01**
3-5	1180 (38,5)	573 (40,3)	507 (36,7)	
≥5	701 (25,0)	317 (22,3)	384 (27,8)	
Non répondu (86)				
Habitudes alimentaires : portions de fruits et légumes/jour				
≤1	293 (10,3)	192 (13,3)	101 (7,2)	
2-4	1643 (57,9)	901 (62,5)	742 (53,2)	**<0,01**
≥5	902 (31,8)	349 (24,2)	553 (39,6)	
Non répondu (30)				
Tabagisme				
N'a jamais fumé	1608 (56,6)	848 (58,9)	760 (54,3)	**<0,01**
Ne fume plus	813 (28,6)	358 (24,8)	455 (32,5)	
Fume à l'occasion	136 (4,8)	85 (5,9)	51 (3,7)	
Fume tous les jours	283 (10,0)			
Non répondu (16)		150 (10,4)	133 (9,5)	
IMC (kg/m^2)				
Sous la normale (<18,5)	13 (1,3)	2 (0,3)	11 (2,6)	**<0,01**
Normale (18,5 – 24,9)	352 (34,4)	102 (17,2)	250 (57,9)	
Surpoids (25,0 – 29,9)	439 (42,9)	332 (56,1)	107 (24,8)	
Obésité (≥30)	220 (21,5)	156 (26,4)	64 (14,8)	
Non répondu (2321)				
Détresse psychologique				
Détresse faible	1999 (70,5)	1050 (72,9)	949 (67,9)	**<0,01**
Détresse élevée	838 (29,5)	390 (27,1)	448 (32,1)	
Non répondu (22)				

	T1 - brut n (%)	**T1 - selon le sexe** n (%)		
	n=2849	Hommes n=1344	Femmes n=1210	Valeur p
Latitude décisionnelle				
Faible (<24)	1599 (56,2)	667 (46,2)	577 (41,2)	**0,01**
Élevée (≥24)	1244 (43,8)	776 (53,8)	823 (58,8)	
Non répondu (13)				
Soutien social au travail				
Élevé	2127 (75,1)	1051 (73,1)	1076 (77,0)	**0,02**
Faible	707 (25,0)	386 (26,9)	321 (23,0)	
Non répondu (26)				
Demande psychologique				
Élevée (>9)	1043 (36,8)	891 (61,9)	904 (64,6)	0,14
Faible (≤9)	1795 (63,2)	548 (38,1)	495 (35,4)	
Non répondu (22)				
Reconnaissance				
Faible (<15)	1589 (55,9)	815 (56,4)	774 (55,4)	0,58
Élevée (≥15)	1254 (44,1)	630 (43,6)	624 (44,6)	
Non répondu (11)				
Déséquilibre effort-reconnaissance				
Exposé à un déséquilibre	876 (30,9)	460 (32,0)	416 (29,8)	0,21
Non exposé à un déséquilibre	1960 (69,1)	979 (68,0)	981 (70,2)	
Non répondu (26)				
CTVP globale				
Bonne	2507 (88,2)	1257 (87,1)	1250 (89,4)	0,05
Mauvaise	335 (11,8)	187 (12,9)	148 (10,6)	
Non répondu (12)				
Satisfaction des mesures de CTVP (score)				
Satisfaisante	551 (51,0)	337 (50,3)	214 (52,1)	0,57
Non-satisfaisante	530 (49,0)	333 (49,7)	197 (47,9)	
Non répondu (1939)				
État de santé auto-rapporté				
Perception positive	2650 (93,2)	1333 (92,4)	1317 (94,1)	0,06
Perception négative	192 (6,8)	110 (7,6)	82 (5,9)	
Non répondu (45)				

Tableau 13 : Description de la population étudiée, par entreprise, avant l'intervention (T1) (n=2849)

	Entreprise n (%)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Âge										
<44	312 (59,3)	610 (56,4)	44 (26,0)	49 (30,6)	51 (27,4)	60 (31,1)	66 (50,4)	41 (30,6)	30 (44,9)	147 (73,1)
45-54	124 (23,6)	361 (33,4)	65 (38,5)	64 (40,0)	71 (38,2)	84 (43,5)	46 (35,1)	62 (46,3)	26 (38,8)	44 (21,9)
≥55	90 (17,1)	110 (10,2)	60 (35,5)	47 (29,4)	64 (34,4)	49 (25,4)	19 (14,5)	31 (23,1)	11 (16,4)	10 (5,0)
Non répondu (1)										
Sexe										
Homme	182 (34,6)	670 (62,0)	84 (49,4)	10 (6,3)	98 (52,7)	116 (60,1)	27 (20,6)	71 (53,0)	47 (70,2)	142 (70,7)
Femme	344 (65,4)	411 (38,0)	86 (50,6)	150 (93,8)	88 (47,3)	77 (39,9)	104 (79,4)	63 (47,0)	20 (29,9)	59 (29,4)
Non répondu (0)										
Scolarité complétée										
Secondaire ou moins	13 (2,5)	218 (20,2)	81 (47,7)	113 (72,0)	60 (32,3)	100 (51,8)	19 (14,5)	55 (41,0)	30 (44,8)	99 (49,5)
Collégial	145 (27,6)	462 (42,7)	53 (31,2)	29 (18,5)	84 (45,2)	61 (31,6)	51 (38,9)	52 (38,8)	24 (35,8)	63 (31,5)
Universitaire	368 (70,0)	401 (37,1)	36 (21,2)	15 (9,6)	42 (22,6)	32 (16,6)	61 (46,6)	27 (20,2)	13 (19,4)	38 (19,0)
Non répondu (4)										
Horaire à temps plein ou temps partiel										
Temps plein	504 (95,8)	1062(98,3)	117 (70,5)	150 (94,3)	163 (89,1)	156 (83,4)	103 (78,6)	103 (81,1)	55 (82,1)	198 (98,5)
Temps partiel	22 (4,2)	18 (1,7)	49 (29,5)	9 (5,7)	20 (10,9)	31 (16,6)	28 (21,4)	24 (18,9)	12 (17,9)	3 (1,5)
Non répondu (22)										
Activité physique (fois/semaine)										
0	62 (12,1)	109 (10,2)	30 (18,0)	37 (23,3)	44 (23,9)	49 (26,1)	21 (16,0)	26 (20,3)	13 (19,4)	34 (17,0)
1-2	94 (18,4)	169 (15,8)	34 (20,4)	44 (27,7)	29 (15,8)	50 (26,6)	26 (20,5)	35 (27,3)	25 (37,3)	90 (45,0)
3-5	190 (37,2)	512 (47,8)	59 (35,3)	51 (32,1)	65 (35,3)	55 (29,3)	51 (40,2)	35 (28,9)	17 (25,4)	43 (21,5)
≥6	165 (32,3)	281 (26,2)	44 (26,4)	27 (17,0)	46 (25,0)	34 (18,1)	29 (22,8)	30 (23,4)	12 (17,9)	33 (16,5)
Non répondu (47)										

	Entreprise n (%)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Habitudes alimentaires : portions de fruits et légumes (par jour)										
≤1	16 (3,0)	118 (10,9)	16 (9,6)	34 (21,8)	32 (17,4)	33 (17,2)	16 (12,2)	15 (11,2)	4 (6,0)	9 (4,5)
2-4	257 (48,9)	671 (62,1)	113 (67,7)	101 (64,7)	98 (53,3)	123 (64,1)	80 (61,1)	92 (68,7)	32 (47,8)	76 (38,0)
≥5	253 (48,1)	292 (27,0)	38 (22,8)	21 (16,5)	54 (29,4)	36 (18,8)	35 (26,7)	27 (20,2)	31 (46,3)	115 (57,5)
Non répondu (11)										
Tabagisme										
N'a jamais fumé	323 (61,4)	705 (65,2)	77 (45,8)	55 (34,6)	88 (47,6)	82 (43,2)	76 (58,0)	66 (49,6)	39 (58,2)	97 (48,5)
Ne fume plus	148 (28,1)	255 (23,6)	53 (31,6)	60 (37,7)	63 (34,1)	77 (40,5)	43 (32,8)	42 (31,6)	21 (31,3)	51 (25,5)
Fume à l'occasion	25 (4,8)	49 (4,5)	9 (5,4)	7 (4,4)	7 (3,8)	10 (5,3)	3 (2,3)	8 (6,0)	4 (6,0)	14 (7,0)
Fume tous les jours	30 (5,7)	72 (6,7)	29 (17,3)	37 (23,3)	27 (14,6)	21 (11,1)	9 (6,9)	17 (12,8)	3 (4,5)	38 (19,0)
Non répondu (9)										
IMC (kg/m^2)										
<18,5	Non-dispo	10 (1,1)	Non-dispo	3 (2,2)	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
18,5 – 24,9		289 (32,7)		63 (45,3)						
25,0 – 29,9		407 (46,0)		32 (23,0)						
>30		179 (20,2)		41 (29,5)						
Non répondu (1825)										
Détresse psychologique										
Détresse faible	379 (72,1)	774 (71,6)	109 (65,7)	109 (69,0)	126 (68,1)	127 (66,5)	92 (70,2)	94 (71,2)	49 (73,1)	140 (70,0)
Détresse élevée	147 (28,0)	307 (28,4)	57 (34,3)	49 (31,0)	59 (31,9)	64 (33,5)	39 (29,8)	38 (28,8)	18 (26,9)	60 (30,0)
Non répondu (12)										
Latitude décisionnelle										
Faible (<24)	212 (40,3)	628 (58,1)	120 (71,4)	123 (77,4)	105 (56,5)	135 (70,7)	88 (67,2)	77 (57,5)	27 (40,3)	84 (42,0)
Élevée (≥24)	314 (59,7)	453 (41,9)	48 (28,6)	36 (22,6)	81 (43,6)	56 (29,3)	43 (32,8)	57 (42,5)	40 (59,7)	116 (58,0)
Non répondu (6)										
Soutien social au travail										
Élevé	429 (81,6)	810 (74,9)	113 (68,5)	107 (68,2)	131 (70,8)	136 (72,0)	112 (85,5)	86 (64,7)	53 (79,1)	150 (75,0)
Faible	97 (18,4)	271 (25,1)	52 (31,5)	50 (31,9)	54 (29,2)	53 (28,0)	19 (14,5)	47 (35,3)	14 (20,9)	50 (25,0)
Non répondu (15)										

	Entreprise n (%)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Demande psychologique										
Élevée (>9)	188 (35,7)	437 (40,4)	48 (28,9)	58 (36,5)	72 (38,7)	59 (31,1)	55 (42,0)	42 (31,3)	17 (25,4)	67 (33,8)
Faible (≤9)	338 (64,3)	644 (59,6)	118 (71,1)	101 (63,5)	114 (61,3)	131 (69,0)	76 (58,0)	92 (68,7)	50 (74,6)	131 (66,2)
Non répondu (11)										
Reconnaissance										
Faible (<15)	324 (61,6)	575 (53,2)	100 (59,9)	98 (61,6)	112 (60,2)	117 (61,3)	51 (38,9)	80 (59,7)	36 (53,8)	96 (47,8)
Élevée (≥15)	202 (38,4)	506 (46,8)	67 (40,1)	61 (38,4)	74 (39,8)	74 (38,7)	80 (61,1)	54 (40,3)	31 (46,3)	105 (52,2)
Non répondu (6)										
Déséquilibre effort-reconnaissance										
Exposé à un déséquilibre	181 (34,4)	355 (32,8)	44 (26,7)	49 (31,0)	61 (32,8)	52 (27,4)	33 (25,2)	38 (28,4)	14 (20,9)	49 (24,8)
Non exposé à un déséquilibre	345 (65,6)	726 (67,2)	121 (73,3)	109 (69,0)	125 (67,2)	138 (72,6)	98 (74,8)	96 (71,6)	53 (79,1)	149 (75,3)
Non répondu (13)										
CTVP globale										
Bonne	441 (83,8)	933 (86,3)	152 (91,0)	146 (92,4)	168 (90,3)	170 (88,5)	128 (97,7)	123 (91,8)	61 (91,0)	185 (92,5)
Faible	85 (16,2)	148 (13,7)	15 (9,0)	12 (7,6)	18 (9,7)	22 (11,5)	3 (2,3)	11 (8,2)	6 (9,0)	15 (7,5)
Non répondu (7)										
Satisfaction des mesures d'équilibre TVP (score)										
Satisfaisante	Non-dispo	551 (51,0)	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Non-satisfaisante		530 (49,0)								
Non répondu (1768)										
État de santé globale										
Perception positive	511 (97,2)	995 (92,0)	153 (91,1)	136 (86,1)	174 (94,1)	182 (94,8)	123 (93,9)	127 (94,8)	65 (97,0)	184 (92,0)
Perception négative	15 (2,9)	86 (8,0)	15 (8,9)	22 (13,9)	11 (6,0)	10 (5,2)	8 (6,1)	7 (5,2)	2 (3,0)	16 (8,0)
Non répondu (7)										

Tableau 14 : Exposition aux différentes sphères d'intervention chez tous les individus et chez tous les individus selon le sexe, après l'intervention (T2)

	T2 Tous les individus n (%)	T2 Selon le sexe n (%)		Valeur p (selon le sexe)
	n=2560	Hommes n=1344	Femmes n=1210	
Exposition à la sphère «équilibre TVP » Exposé Non Exposé	 1399 (57,8) 1021 (42,2)	 748 (58,6) 529 (41,4)	 647 (56,9) 490 (43,1)	 0,41
Exposition à la sphère «habitudes de vie» Exposé Non Exposé	 1622 (67,0) 798 (33,0)	 822 (64,4) 455 (35,6)	 796 (70,0) 341 (30,0)	 **<0,01**
Exposition à la sphère «pratiques de gestion» Exposé Non Exposé	 1773 (73,3) 647 (26,7)	 920 (72,0) 357 (30,0)	 848 (74,6) 289 (25,4)	 0,16
Exposition à la sphère «environnement de travail» Exposé Non Exposé	 1114 (46,0) 1306 (54,0)	 618 (48,4) 659 (51,6)	 495 (43,5) 642 (56,5)	 **0,02**

6.2 Conciliation travail vie-personnelle chez les travailleurs

Rappelons d'abord que notre étude comporte deux mesures liées à la CTVP. La première est une question au sujet de la perception globale de la capacité de CTVP, comprenant quatre catégories : *J'arrive à maintenir un équilibre entre mes obligations professionnelles et mes responsabilités personnelles : i) Jamais OU fortement en désaccord, ii) de temps en temps OU en désaccord, iii) souvent OU d'accord, iv) tout le temps OU fortement d'accord.* La seconde porte sur la satisfaction des mesures potentiellement implantées pour améliorer l'équilibre TVP. Cette satisfaction a été mesurée dans le questionnaire après l'intervention pour toutes les entreprises et aux deux temps de mesure pour l'entreprise B, qui est l'entreprise avec le plus grand effectif : *Pour mon équilibre travail-vie personnelle, au sein de l'entreprise, la mesure xxx : i) est satisfaisante, ii) est non satisfaisante, iii) serait facilitante, iv) ne serait pas facilitante.* La satisfaction des mesures d'équilibre TVP a été analysée selon un score obtenu en additionnant les résultats des réponses aux questions. Le score de cet indice varie de 0 à 7, en fonction du nombre de mesures implantées, considérant la prémisse que chacune des mesures a la même valeur. Les résultats sont présentés selon la

médiane du score (médiane=4). Le groupe de référence est constitué des cinq entreprises chez qui le résultat du score est en deçà de la médiane. Le tableau 15 résume ces mesures.

Tableau 15 : Mesures de CTVP

CTVP : Perception globale	**Facilité à concilier**	**Difficulté à concilier**
J'arrive à maintenir un équilibre entre mes obligations professionnelles et mes responsabilités personnelles	Souvent OU Tout le temps	Jamais OU De temps en temps
CTVP : Satisfaction (score à 7 items)* **Mesure en place ET satisfaisante = 1**	**CTVP satisfaisante**	**CTVP non satisfaisante**
A. L'horaire flexible B. La possibilité d'échanger des heures avec des collègues C. L'accès à la semaine de travail réduite D. L'accès à une banque de temps E. Le travail à domicile F. L'accès à une garderie en milieu de travail G. L'accès au congé sans solde ou au traitement différé H. L'accès à l'horaire comprimé	Score ≥ 4**	Score < 4

*Disponible à T1 et T2 pour l'organisme B (à T2 uniquement pour les autres organismes)
**Médiane de la population = 4

6.2.1 Perception globale de la CTVP, analyse pré/post-intervention

Le tableau 16 montre une détérioration significative de la CTVP après l'implantation d'interventions (RP 1,22, IC 95% 1,07-1,39). Lorsque stratifiés pour le sexe (tableau 17), les résultats montrent une détérioration significative de la CTVP globale, chez les hommes et les femmes (H : RP 1,21, IC 95% 1,02-1,44; F : RP 1,23, IC 95% 1,01-1,51). L'interaction multiplicative entre les deux groupes est non significative (p 0,89). Lorsque stratifié pour l'âge (tableau 18), on note une détérioration significative chez les travailleurs âgés de plus de 55 ans uniquement (RP 1,84, IC 95% 1,20-2,84).

Tableau 16 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP	11,23	14,19	**1,26 (1,10-1,45)**	10,91	13,69	**1,26 (1,10-1,44)**	8,90	10,86	**1,22 (1,07-1,39)**

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 17 : Rapports de prévalence de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP									
Hommes	12,36	15,77	**1,28 (1,07-1,53)**	12,06	15,35	**1,27 (1,06-1,53)**	9,86	11,93	**1,21 (1,02-1,44)**
Femmes	10,06	12,47	**1,24 (1,01-1,53**)	9,81	12,10	**1,23 (1,00-1,52)**	7,98	9,84	**1,23 (1,01-1,51)**
Interaction multiplicative (p)			0,84			0,82			0,89

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 18 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP									
≤44	13,82	15,95	1,15 (0,97-1,38)	13,61	15,76	1,16 (0,97-3,82)	10,96	12,31	1,12 (0,95-1,33)
45-54	10,29	13,80	**1,34 (1,05-1,72)**	10,23	13,35	**1,30 (1,02-1,67)**	8,19	10,09	1,23 (0,97-1,57)
≥55	5,76	10,17	**1,77 (1,14-2,72)**	5,95	10,27	**1,73 (1,12-2,66)**	5,03	9,27	**1,84 (1,20-2,84)**
Interaction multiplicative (p)			0,17			0,23			0,11

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

6.2.2 Perception globale de la CTVP et satisfaction des mesures d'équilibre TVP, analyse transversale post-intervention, selon l'exposition individuelle aux interventions

Les données ont également été analysées afin d'obtenir des rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP après l'implantation selon que les travailleurs perçoivent qu'ils ont été exposés ou non aux interventions. La perception de l'exposition aux interventions de la sphère *équilibre TVP* a été mesurée à l'aide d'un item du questionnaire auto-administré, après l'intervention (se référer à la section 4.4.1, tableau 5).

Chez les travailleurs exposés, la difficulté de CTVP ainsi que l'insatisfaction des mesures équilibre TVP sont moindres que pour les travailleurs non-exposés (tableau 19). Un seul résultat va à l'encontre de la tendance. En effet, dans le modèle 3, la difficulté de CTVP est plus élevée chez les travailleurs exposés (RP 1,19, IC 95% 0,95-1,48). Des analyses complémentaires effectuées en ajustant pour tous les facteurs du modèle 3 à l'exception de l'exposition aux sphères *habitudes de vie, environnement de travail* et *pratiques de gestion* montrent des résultats qui vont dans le même sens que ceux des modèles 1 et 2 du tableau 18 (RP 0,96, IC 95% 0,80-1,15). Les mêmes

tendances sont observées lorsque cette issue est stratifiée selon le sexe (tableau 20) et l'âge (tableau 21). Il y a probablement présence d'un surajustement dû à l'ajustement pour les trois autres sphères d'exposition. Finalement, les mesures de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP sont significatives pour ces deux stratifications et vont dans le même sens, c'est-à-dire qu'il y a une insatisfaction plus importante parmi les travailleurs ayant la perception d'être peu exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP.

Tableau 19 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP	14,10	16,21	0,87 (0,72-1,05)	13,87	15,79	0,88 (0,73-1,06)	12,52	10,56	1,19 (0,95-1,48)
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	48,43	60,84	**0,80 (0,74-0,86)**	48,12	60,80	**0,79 (0,73-0,85)**	46,92	61,44	**0,76 (0,70-0,84)**

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 20 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation (T2), selon le sexe

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP									
Hommes	14,30	18,94	**0,76 (0,59-0,97)**	14,09	18,33	**0,77 (0,60-0,99)**	12,38	11,71	1,06 (0,81-1,38)
Femmes	13,95	13,11	1,06 (0,79-1,43)	13,75	13,11	1,05 (0,78-1,41)	12,71	9,33	1,36 (1,00-1,86)
Interaction multiplicative(p)			(0,08)			(0,12)			(0,18)
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP									
Hommes	53,08	63,56	**0,84 (0,76-0,92)**	52,76	63,52	**0,83 (0,75-0,91)**	51,31	63,49	**0,81 (0,72-0,90)**
Femmes	43,14	57,95	**0,74 (0,66-0,84)**	43,15	58,00	**0,74 (0,66-0,84)**	42,34	59,11	**0,72 (0,63-0,81)**
Interaction multiplicative(p)			(0,14)			(0,16)			(0,12)

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 21 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP parmi les travailleurs exposés aux interventions pour favoriser l'équilibre TVP en comparaison avec les travailleurs non-exposés, après l'implantation

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposés	RP (IC 95%)	%exposés	%non exposé	RP (IC 95%)
Difficulté de CTVP									
≤44	16,15	18,07	0,89 (0,69-1,15)	16,07	17,93	0,90 (0,69-1,16)	14,30	12,01	1,19 (0,91-1,56)
45-54	13,07	16,27	0,80 (0,57-1,13)	12,89	15,76	0,82 (0,58-1,16)	11,08	9,69	1,14 (0,79-1,65)
≥55	10,59	11,17	0,95 (0,56-1,61)	10,81	11,36	0,95 (0,56-1,62)	10,94	8,72	1,25 (0,74-2,14)
Interaction multiplicative (p)			(0,84)			(0,87)			(0,96)
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP									
≤45	48,11	61,80	**0,78 (0,70-0,87)**	47,95	61,48	**0,78 (0,70-0,87)**	46,64	61,81	**0,75 (0,67-0,85)**
45-54	50,84	59,94	**0,85 (0,74-0,97)**	49,80	59,84	**0,83 (0,73-0,95)**	48,41	60,07	**0,81 (0,70-0,93)**
≥55	45,09	60,00	**0,75 (0,62-0,91)**	45,61	60,78	**0,75 (0,62-0,91)**	45,06	62,81	**0,72 (0,59-0,87)**
Interaction multiplicative (p)			(0,49)			(0,62)			(0,57)

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

6.3 Conciliation travail-vie personnelle au sein des entreprises, post-intervention

L'exposition par entreprise aux interventions de la sphère *équilibre TVP* a été dichotomisée à la médiane des dix entreprises (médiane = 4), ce qui signifie que cinq entreprises sont considérées comme étant intervenues grandement (exposées) alors que les cinq autres sont considérées comme étant peu intervenues (non exposées), selon la perception des travailleurs de ces entreprises (n=10). Tous les participants d'une même entreprise ont donc la même exposition. Il est important de ne pas confondre la perception qu'ont les travailleurs d'avoir été exposés à l'exposition réelle, documentée à l'aide des analyses qualitatives. Le rapport de prévalences de la difficulté de CTVP avant et après l'implantation de la NEES a été comparé entre les entreprises exposées à des interventions favorisant l'équilibre TVP et les entreprises non exposées.

Puisque les entreprises sont comparées entre elles dans ces analyses (et non pas les travailleurs), il a été impossible de stratifier pour l'âge et pour le sexe. De plus, puisque le n est petit, l'ajustement n'a pu être fait que pour le sexe, l'âge et la scolarité. Par contre, des analyses complémentaires sont présentées à l'annexe 8 (tableaux F-G-H). Dans ces analyses, tous les travailleurs ont été analysés séparément. Les ajustements et stratifications ont donc pu être effectués. Par contre, le modèle statistique utilisé n'a pas permis de calculer des intervalles de confiance. Ce sont donc les valeurs p qui sont présentées dans ces tableaux.

Le tableau 22 montre une augmentation de la difficulté de CTVP entre les deux temps de mesure pour les entreprises moins exposées (RP 1,40 IC 95% 1,08-1,83). Pour les entreprises plus exposées, les résultats sont moindres et non significatifs.

Tableau 22 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP parmi les entreprises ayant un pourcentage élevé de sujets exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP en comparaison aux entreprises ayant un faible pourcentage de sujets exposés, avant et après l'implantation

	Entreprises plus exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP*			**Entreprises moins exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP***			**Effet d'intervention**
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Modèle 1							
Difficulté de CTVP	12,21	13,11	1,07 (0,77-1,50)	11,51	16,16	**1,40 (1,08-1,83)**	0,76 (0,50-1,17)
Modèle 2							
Difficulté de CTVP	10,41	11,07	1,06 (0,63-1,78)	12,20	16,09	1,32 (0,84-2,08)	0,81 (0,40-1,61)

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

6.4 État de santé auto-rapporté chez les travailleurs, analyse pré/post-intervention

La perception négative de l'état de santé auto-rapporté regroupe les réponses « passable » et «mauvaise » à la question : *En général, diriez-vous que votre santé est : i) Excellente, ii) très bonne, iii) bonne, iv) passable, v) mauvaise.* Le tableau 23 résume cette mesure. Le rapport de prévalences de la perception négative de l'ÉSAR a été calculé entre les deux temps de mesure chez les travailleurs. Bien que les trois modèles soient présentés dans les tableaux concernant l'ÉSAR, le modèle 2 (ajusté pour l'âge, le sexe et la scolarité) a été retenu pour les analyses, puisque les variables du modèle 3 (le plus ajusté) sont potentiellement intermédiaires. Ce choix permet de minimiser le risque de surajustement dû aux variables d'ajustement incluses dans le modèle 3 (consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*). Selon le tableau 24, la prévalence d'une perception négative de l'ÉSAR a augmenté entre T1 (6,29%) et T2 (7,19%). Toutefois, cette différence n'est pas significative (RP 1,15, IC 95% 0,94-1,39). Le tableau 25 présente les résultats stratifiés selon le sexe. Les résultats ne sont pas significatifs. La stratification selon l'âge montre une relation en U (« U-shaped relationship ») (tableau 26). En effet, on note une détérioration de l'ÉSAR chez les ≤44 ans (RP 1,32, IC 95% 0,98-1,76) et chez les ≥55 ans (RP 1,35, IC 95% 0,87-2,09) alors que l'on observe une amélioration chez les 45-54 ans (RP 0,88, IC 95% 0,63-1,21).

Tableau 23 : État de santé auto-rapporté

État de santé auto-rapporté	Perception positive	Perception négative
En général, diriez-vous que votre santé est :	1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne	4. Passable 5. Mauvaise

Tableau 24 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Perception négative ÉSAR	6,43	7,37	1,15 (0,95-1,39)	6,29	7,19	1,14 (0,94-1,39)	4,52	5,20	1,15 (0,93-1,43)

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 25 : Rapport de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Perception négative ÉSAR									
Hommes	7,45	7,90	1,06 (0,82-1,37)	7,31	7,72	1,06 (0,82-1,36)	4,53	4,63	1,02 (0,77-1,36)
Femmes	5,39	6,82	1,27 (0,95-1,69)	5,31	6,72	1,27 (0,95-1,70)	4,47	5,89	1,32 (0,98-1,77)
Interaction multiplicative(p)			0,36			0,36			0,20

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 26 : Rapport de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Perception négative ÉSAR									
≤44	5,68	7,29	1,28 (0,96-1,71)	5,51	7,27	1,32 (0,98-1,76)	4,18	5,42	**1,38 (1,02-1,87)**
45-54	7,62	6,99	0,92 (0,67-1,26)	7,47	6,54	0,88 (0,63-1,21)	5,42	4,39	0,87 (0,62-1,22)
≥55	6,19	8,39	1,36 (0,87-2,10)	6,18	8,32	1,35 (0,87-2,09)	5,01	5,82	1,25 (0,80-1,95)
Interaction multiplicative(p)			0,21			0,13			0,11

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

6.5 Résultats complémentaires des entreprises ayant implanté des interventions spécifiques à l'équilibre travail-vie personnelle

Afin de mieux comprendre les résultats précédents, nous avons réalisé une analyse qualitative préliminaire avec les données disponibles. Parmi les dix entreprises étudiées, seulement trois ont réalisé des interventions dans la sphère *équilibre TVP*. L'entreprise A a mis en place deux mesures et a entamé des analyses de faisabilité pour l'implantation d'interventions futures. Au sein de l'entreprise B, les interventions étaient plutôt axées sur de la formation et des conférences. L'entreprise C avait déjà des mesures d'équilibre TVP en place préalablement à l'implantation de la NEES (accumuler des heures, congés sans solde ou traitement différé, horaires variables pour certains employés). Suite à l'implantation de la Norme, ces activités devaient être améliorées, notamment en informant les employés de ces mesures, par différents moyens de communication. Le tableau 4 présenté à la section 2.4 présente les différentes mesures implantées dans ces entreprises.

Conséquemment, des analyses complémentaires ont été réalisées dans ces entreprises pour les trois issues mesurées dans le cadre de cette étude (CTVP globale, satisfaction des mesures d'équilibre TVP, ÉSAR). Les résultats ont été ajustés selon le sexe, l'âge et

la scolarité pour toutes les issues. Les issues concernant la CTVP l'ont été également pour le travail temps plein/temps partiel, la détresse psychologique, le soutien des supérieurs, la latitude décisionnelle, la reconnaissance au travail et la demande psychologique. L'ÉSAR a été ajusté également pour l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme, l'IMC, la détresse psychologique et l'exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail et pratique de gestion.* La difficulté de CTVP a été mesurée pour les trois entreprises alors que l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP a pu être étudiée seulement pour l'entreprise B dans les analyses longitudinales, en raison de données manquantes à T1 pour les entreprises A et C.

6.5.1 Perception globale de la CTVP et satisfaction des mesures d'équilibre TVP, analyse pré/post-intervention dans les trois entreprises ayant implanté des interventions

Pour l'entreprise A, le tableau 27 montre une diminution de la difficulté de CTVP entre T1 et T2, de manière non significative (RP 0,81, IC 95% 0,61-1,06). Les résultats vont dans le même sens que les résultats principaux lorsque stratifiés pour le sexe (tableau 28) (H : RP 0,97, IC 95% 0,58-1,62; F : RP 0,75, IC 95% 0,54-1,02) et pour l'âge (tableau 29) (≤ 44 ans : 0,79, IC 95% 0,57-1,09; 45-54 ans : RP 0,81 IC 95% 0,44-1,47; ≥ 55 ans : RP 0,99; IC 95% 0,4-2,15).

Pour l'entreprise B, nous observons dans le tableau 27 une augmentation de la difficulté de CTVP (RP 1,26, IC 95% 1,04-1,53) et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP (RP 1,29, IC 95% 1,20-1,39); ces deux résultats sont significatifs. Lorsque stratifiés pour le sexe (tableau 28), les résultats concernant la difficulté de CTVP (H : RP 1,20, IC 95% 0,95-1,52; F : RP 1,38, IC 95% 0,99-1,94) et l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP (H : RP 1,29, IC 95% 1,17-1,42; F : RP 1,30, IC 95% 1,14-1,47) vont dans la même direction. Il en est de même pour les mesures stratifiées selon l'âge (tableau 29) concernant la difficulté de CTVP (≤ 44 ans : 1,12, IC 95% 0,88-1,43; 45-54 ans : RP 1,47 IC 95% 1,02-2,11; ≥ 55 ans : RP 1,98; IC 95% 0,84-4,66) et pour l'insatisfaction

des mesures d'équilibre TVP (≤ 44 ans : RP 1,32, IC 95% 1,19-1,46; 45-54 ans : RP 1,25 IC 95% 1,10-1,43; ≥ 55 ans : RP 1,24; IC 95% 0,98-1,56).

Pour l'entreprise C, une augmentation de la difficulté de CTVP a été observée (RP 1,57, IC 95% 0,87-2,84). Les résultats vont dans le même sens lorsque les analyses sont stratifiées pour le sexe (H : RP 1,85; IC 95% 0,79-4,32; F : RP 1,28; IC 95% 0,48-3,43) et pour l'âge (≤ 44 ans : RP 2,05; IC 95% 0,74-5,73; 45-54 ans : RP 1,11 IC 95% 0,47-2,64; ≥ 55 ans : RP 3,03; IC 95% 0,33-27,50). Tous ces résultats sont non significatifs.

Tableau 27 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant et après l'implantation de la NEES

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Difficulté de CTVP	16,16	14,91	0,92 (0,69-1,24)	15,57	14,42	0,93 (0,69-1,24)	12,27	9,89	0,81 (0,61-1,06)
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Entreprise B									
Difficulté de CTVP	13,69	17,33	**1,27 (1,03-1,55)**	13,23	16,86	**1,27 (1,04-1,56)**	10,70	13,49	**1,26 (1,04-1,53)**
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	49,03	64,21	**1,31 (1,21-1,41)**	48,95	64,19	**1,31 (1,21-1,42)**	48,64	62,81	**1,29 (1,20-1,39)**
Entreprise C									
Difficulté de CTVP	8,98	14,81	1,65 (0,88-3,10)	7,07	12,20	1,73 (0,94-3,16)	4,83	7,60	1,57 (0,87-2,84)
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 28 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Difficulté de CTVP									
Hommes	13,74	12,66	0,92 (0,53-1,59)	13,27	12,25	0,92 (0,53-1,59)	10,70	10,39	0,97 (0,58-1,62)
Femmes	17,44	16,11	0,92 (0,65-1,31)	16,95	15,72	0,93 (0,66-1,31)	13,01	9,70	0,75 (0,54-1,02)
Interaction multiplicative (p)			0,99			0,99			0,39
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Interaction multiplicative			Non-dispo			Non-dispo			Non-dispo
Entreprise B									
Difficulté de CTVP									
Hommes	14,78	18,63	1,26 (0,98-1,62)	14,38	18,26	1,27 (0,99-1,63)	11,77	14,13	1,20 (0,95-1,52)
Femmes	11,92	15,38	1,29 (0,91-1,83)	11,60	14,89	1,28 (0,90-1,82)	9,09	12,58	1,38 (0,99-1,94)
Interaction multiplicative (p)			0,92			0,96			0,50
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP									
Hommes	49,70	65,98	**1,33 (1,20-1,46)**	49,63	65,84	**1,33 (1,21-1,46)**	49,39	63,58	**1,29 (1,17-1,42)**
Femmes	47,93	61,54	**1,28 (1,13-1,46)**	47,94	61,67	**1,29 (1,13-1,46)**	47,48	61,63	**1,30 (1,14-1,47)**
Interaction multiplicative (p)			0,68			0,70			0,92
Entreprise C									
Difficulté de CTVP									
Hommes	7,23	20,00	2,77 (1,12-6,82)	6,10	17,29	**2,84 (1,19-6,77)**	4,13	7,64	1,85 (0,79-4,32)
Femmes	10,71	5,78	0,88 (0,33-2,33)	8,01	7,75	0,94 (0,36-2,46)	5,19	7,43	1,28 (0,48-3,43)
Interaction multiplicative (p)			0,09			0,09			0,59
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Interaction multiplicative			Non-dispo			Non-dispo			Non-dispo

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique

Tableau 29 : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP et de l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Difficulté de CTVP									
≤44	18,27	16,85	0,92 (0,65-1,32)	17,56	16,38	0,93 (0,65-1,33)	14,07	11,05	0,79 (0,57-1,09)
45-54	14,52	12,82	0,88 (0,47-1,67)	14,86	13,12	0,88 (0,47-1,67)	10,86	8,76	0,81 (0,44-1,47)
≥55	11,11	11,11	1,00 (0,42-2,40)	10,89	10,53	0,967 (0,41-2,31)	8,77	8,18	0,93 (0,41-2,15)
Interaction multiplicative(p)			0,98			0,98			0,93
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Interaction multiplicative			Non-dispo			Non-dispo			Non-dispo
Entreprise B									
Difficulté de CTVP									
≤44	16,39	18,67	1,14 (0,89-1,46)	16,06	18,33	1,14 (0,89-1,47)	12,96	14,56	1,12 (0,88-1,43)
45-54	11,36	17,52	**1,54 (1,06-2,24)**	11,27	17,22	**1,53 (1,05-2,22)**	8,96	13,17	**1,47 (1,02-2,11)**
≥55	6,36	10,83	1,70 (0,70-4,11)	6,78	11,25	1,66 (0,69-4,00)	5,50	10,87	1,98 (0,84-4,66)
Interaction multiplicative(p)			0,3364			0,3722			0,2694
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP									
≤44	48,69	64,88	**1,33 (1,20-1,478)**	48,60	64,96	**1,34 (1,21-1,48)**	47,78	63,28	**1,32 (1,20-1,46)**
45-54	49,31	64,01	**1,30 (1,14-1,48)**	49,18	63,58	**1,29 (1,13-1,48)**	49,72	62,30	**1,25 (1,10-1,43)**
≥55	50,00	61,67	1,23 (0,97-1,56)	50,13	62,23	1,24 (0,98-1,57)	49,97	61,99	1,24 (0,98-1,56)
Interaction multiplicative(p)			0,83			0,82			0,76

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise C									
Difficulté de CTVP									
≤44	9,52	22,86	2,40 (0,79-7,31)	8,05	18,74	2,33 (0,77-7,07)	5,93	12,17	2,05 (0,74-5,73)
45-54	15,38	15,22	0,99 (0,41-2,41)	13,91	14,80	1,06 (0,44-2,55)	8,37	9,28	1,11 (0,47-2,64)
≥55	1,67	9,26	5,56 (0,67-46,07)	1,71	8,58	5,03 (0,61-41,8)	1,58	4,78	3,03 (0,33-27,5)
Interaction multiplicative(p)			0,17			0,24			0,51
Insatisfaction des mesures d'équilibre TVP	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo
Interaction multiplicative			Non-dispo			Non-dispo			Non-dispo

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

6.5.2 État de santé auto-rapporté, analyse pré/post-intervention dans les trois entreprises ayant implanté des interventions

Pour l'entreprise A (tableaux 30-31-32), une détérioration de l'ÉSAR a été observée dans les analyses brutes (RP 1,77, IC 95% 0,94-3,36) ainsi que dans celles stratifiées pour le sexe (Hommes : RP 2,73, IC 95% 0,72-10,37; Femmes : RP 1,54, IC 95% 0,74-3,18) et pour l'âge (≤44 ans : RP 1,56, IC 95% 0,67-3,63; 45-54 ans : RP 2,11, IC 95% 0,54-8,29; ≥55 ans : RP 2,07, IC 95% 0,51-8,33). Aucun résultat n'est significatif.

Pour l'entreprise B (tableaux 30-31-32), il existe une amélioration non-significative de l'ÉSAR suite à l'intervention dans le modèle brut (RP 0,90 IC 95% 0,67-1,22). Lorsque stratifiées pour le sexe, on observe une amélioration non-significative de l'ÉSAR chez les hommes (RP 0,73, IC 95% 0,50-1,07) mais une détérioration (non-significative) chez les femmes (RP 1,32, IC 95% 0,79-2,21). Lorsque stratifiées selon l'âge, les différences sont minimes et non-significatives.

Pour l'entreprise C, il n'y a aucun changement de l'ÉSAR, autant dans le modèle global (RP 1,01, IC 95% 0,48-2,11), le modèle stratifié selon le sexe (H : RP 0,94, IC 95%

0,33-2,68; F : RP 1,03, IC 95% 0,35-3,05) et le modèle stratifié selon l'âge (≤44 ans : RP 1,56, IC 95% 0,67-3,63; 45-54 ans : RP 2,11, IC 95% 0,54-8,29; ≥55 ans : RP 2,07, IC 95% 0,51-8,33). Toutefois, dans le modèle 3 (ajustement supplémentaire pour activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique), on observe une détérioration significative de l'ÉSAR (RP 3,18; IC 95% 1,06-9,59). Lorsque les analyses sont stratifiées pour le sexe, il existe une détérioration non significative de l'ÉSAR, pour les hommes et les femmes (H : RP 2,68; IC 95% 0,51-14,17; F : RP 1,35; IC 95% 0,48-3,78). Les résultats sont similaires lorsque stratifiés pour l'âge (≤ 44 ans : RP 0,78; IC 95% 0,20-3,01; 45-54 ans : RP 1,08; IC 95% 0,36-3,19; ≥ 55 ans : RP 1,24; IC 95% 0,26-5,87).

Tableau 30 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Perception négative ÉSAR	2,85	5,04	1,79 (0,93-3,35)	2,77	4,92	1,77 (0,94-3,36)	1,70	2,66	1,57 (0,54-4,52)
Entreprise B									
Perception négative ÉSAR	7,96	7,18	0,90 (0,67-1,22)	7,87	7,11	0,90 (0,67-1,22)	5,27	5,00	0,95 (0,71-1,27)
Entreprise C									
Perception négative ÉSAR	8,93	8,80	0,99 (0,47-2,07)	8,35	8,41	1,01 (0,48-2,11)	3,69	11,74	3,18 (1,06-9,59)

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 31 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon le sexe

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Perception négative ÉSAR									
Hommes	1,65	4,43	2,69 (0,71-10,22)	1,62	4,42	2,73 (0,72-10,37)	0,85	2,29	2,68 (0,51-14,17)
Femmes	3,49	5,37	1,14 (0,74-3,20)	3,45	5,30	1,54 (0,74-3,18)	2,20	2,97	1,35 (0,48-3,78)
Interaction multiplicative(p)			0,57 (0,47)			0,56 (0,46)			0,50 (0,34)
Entreprise B									
Perception négative ÉSAR									
Hommes	9,25	6,84	0,74 (0,50-1,08)	9,21	6,76	0,73 (0,50-1,07)	5,45	4,33	0,79 (0,55-1,15)
Femmes	5,84	7,69	1,32 (0,78-2,21)	5,79	7,66	1,32 (0,79-2,21)	4,79	6,30	1,31 (0,79-2,17)
Interaction multiplicative(p)			1,78 (0,08)			1,80 (0,07)			1,66 (0,11)
Entreprise C									
Perception négative ÉSAR									
Hommes	9,64	9,38	0,97 (0,36-2,66)	9,05	8,50	0,94 (0,33-2,68)	3,82	10,55	2,76 (0,63-12,15)
Femmes	8,24	8,20	1,00 (0,33-2,99)	6,86	7,09	1,03 (0,35-3,05)	4,48	14,46	3,23 (0,92-11,30)
Interaction multiplicative(p)			1,02 (0,98)			1,10 (0,90)			1,17 (0,83)

Modèle 1 : brut Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité

Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique

*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

Tableau 32 : Rapports de prévalences de la perception négative de l'état de santé auto-rapporté pour les entreprises A, B et C, avant (T1) et après (T2) l'implantation de la NEES, selon l'âge

	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)	% à T1	% à T2	RP (IC 95%)
Entreprise A									
Perception négative ÉSAR									
≤44	2,89	4,94	1,56 (0,67-3,64)	2,80	4,37	1,56 (0,67-3,63)	1,66	2,49	1,50 (0,45-5,00)
45-54	2,42	5,13	2,12 (0,54-8,28)	2,38	5,02	2,11 (0,54-8,29)	1,57	2,73	1,74 (0,38-8,06)
≥55	3,33	6,94	2,08 (0,51-8,43)	3,39	7,01	2,07 (0,51-8,33)	2,06	3,23	1,57 (0,32-7,66)
Interaction multiplicative (p)			0,90			0,90			0,98
Entreprise B									
Perception négative ÉSAR									
≤44	7,05	7,02	1,00 (0,65-1,52)	7,02	7,06	1,01 (0,66-1,53)	4,96	5,10	1,03 (0,68-1,54)
45-54	9,14	6,37	0,70 (0,41-1,19)	9,01	6,26	0,70 (0,41-1,19)	5,67	4,54	0,80 (0,47-1,36)
≥55	9,09	10,00	1,10 (0,50-2,44)	8,94	9,98	1,12 (0,50-2,48)	5,58	5,88	1,05 (0,48-2,32)
Interaction multiplicative (p)			0,51			0,49			0,74
Entreprise C									
Perception négative ÉSAR									
≤44	11,36	8,82	0,78 (0,20-3,02)	11,55	8,98	0,78 (0,20-3,01)	4,60	11,68	2,54 (0,51-12,58)
45-54	10,77	11,63	1,08 (0,36-3,18)	10,61	11,41	1,08 (0,36-3,19)	4,73	16,02	3,38 (0,86-13,31)
≥55	5,09	6,25	1,23 (0,26-5,82)	5,04	6,24	1,24 (0,26-5,87)	3,39	9,46	2,78 (0,52-15,08)
Interaction multiplicative (p)			0,89			0,89			0,94

Modèle 1 : brut
Modèle 2 : ajusté selon sexe, âge, scolarité
Modèle 3 : ajusté selon sexe, âge, scolarité, activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme, IMC, détresse psychologique
*Les catégorisations des variables d'ajustement sont présentées dans la section 4.4.3

7. Discussion

7.1 Contexte et principaux résultats

Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans une étude d'intervention de type avant-après avec groupe de référence (travailleurs peu exposés aux interventions). Il a été réalisé à partir des données secondaires récoltées dans le cadre de la *Norme Entreprise en Santé*. La collecte de données a été effectuée auprès de travailleurs de dix entreprises québécoises avant l'implantation de la NEES (T1, n=2849), puis 24 à 38 mois après l'implantation (T2, n=2560). L'étude visait à évaluer l'effet de la NEES sur la CTVP globale des travailleurs, de même que sur leur satisfaction quant aux mesures d'équilibre TVP implantées dans les entreprises et sur l'état de santé globale (ÉSAR). Voici le résumé des principaux résultats qui seront subséquemment discutés.

Une augmentation de la difficulté de CTVP entre les deux temps de mesure a été observée parmi les participants, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes (de manière significative). Cette détérioration a été observée dans toutes les tranches d'âge, mais elle était plus marquée chez les travailleurs âgés de 55 ans et plus. Cependant, le pourcentage de travailleurs ayant rapporté des difficultés de CTVP était moindre au suivi (T2) chez les travailleurs qui ont été exposés aux interventions, mais de manière non-significative. Au niveau des entreprises, on a observé une détérioration de la CTVP, autant chez celles où les travailleurs mentionnaient avoir été exposés à des interventions visant à améliorer l'équilibre TVP que chez celles où les travailleurs mentionnaient ne pas avoir été exposés à de telles interventions. Cette détérioration est toutefois non significative, à l'exception du modèle brut chez les non exposés. Le pourcentage de travailleurs ayant de la difficulté de CTVP était toutefois plus élevé dans les entreprises où les travailleurs mentionnaient ne pas avoir été exposés à des interventions visant à améliorer la CTVP.

Pour ce qui est de l'ÉSAR, une légère augmentation du pourcentage de travailleurs ayant une perception négative a été notée entre les deux temps de mesure (T1 : 6,29%, T2 : 7,19%, RP 1,14, IC 95% 0,94-1,39). Il n'existe pas de variation des résultats entre les deux temps de mesure selon le sexe et l'âge.

Une analyse qualitative a révélé que seulement trois entreprises ont implanté des mesures d'équilibre TVP. Des analyses complémentaires ont été effectuées pour évaluer la CTVP et l'ÉSAR des travailleurs de ces entreprises. Pour l'entreprise A, qui a implanté des interventions pour favoriser l'horaire flexible, on note une amélioration de CTVP et une détérioration de l'ÉSAR. Pour l'entreprise B, qui a réalisé des conférences et questionnaires sur la CTVP, on note une détérioration de CTVP et une amélioration de l'ÉSAR. Dans l'entreprise C, qui avait déjà des mesures en place avant l'implantation de la NEES et qui a fait la promotion de ces programmes par les employés, la difficulté de CTVP s'est accrue entre les deux temps de mesure. Il est à noter qu'il existe des résultats très différents pour l'ÉSAR selon les modèles.

7.2 Consistance des résultats avec la littérature

7.2.1 CTVP

Les études d'interventions organisationnelles visant à améliorer la CTVP demeurent peu nombreuses. Sept études d'intervention publiées entre 2006 et 2015 ont été recensées. Le taux de participation de ces études variait de 61 à 89% au recrutement et de 67 à 95% au suivi. Dans la présente étude, le taux de participation oscillait entre 71% et 90% au recrutement et entre 63% et 88% au suivi. Les temps de suivi des études antérieures étaient relativement courts, variant entre 4 et 20 mois après l'intervention (seulement deux études avec suivi de plus d'un an (18, 42)). Dans notre étude, ils oscillaient entre 24 et 38 mois selon les entreprises. Cela confère un avantage supplémentaire à nos analyses en offrant une période plus longue, permettant que les interventions puissent mener à des effets bénéfiques. De plus, les tailles d'échantillon des études antérieures se situaient entre 93 et 840 travailleurs alors que notre étude comptait plus de 2500 travailleurs.

Les études d'intervention antérieures étaient très hétérogènes quant aux populations étudiées, à la définition de la CTVP utilisée et aux interventions implantées (se référer à la section 2.3.2 et tableau 3). Quatre questionnaires différents ont été utilisés dans les sept études d'intervention antérieures afin de mesurer la CTVP : i) le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (97) a été utilisés dans trois études (12, 17, 18), ii) le questionnaire de Netemeyer et al. (62) dans deux études (14, 16), iii) celui de Frone (98)

dans une étude (15) et finalement, iv) l'étude de Davis (13) a utilisé un questionnaire non validé. Le contenu de ces questionnaires diffère et est présenté à l'annexe 2. En effet, bien que les questions abordent toutes le conflit TVP, la formulation de ces questions et les échelles de mesures utilisées varient. De plus, alors que les questions du COPSOQ sont fondées sur la perception du conflit, le questionnaire de Netemeyer et al. aborde des situations plus concrètes (ex : le temps passé au travail rend difficile d'effectuer toutes mes tâches familiales), tout comme le questionnaire de Frone et al.

Les interventions implantées étaient également très différentes, ce qui ajoute à la complexité de la comparaison de nos résultats. Les interventions implantées par les entreprises ayant participé à notre étude étaient en grande majorité différentes de celles des études antérieures. Les tableaux 25 et 3 présentent respectivement les interventions implantées dans la présente étude et dans les études antérieures. Il est important de noter que les interventions implantées dans les études d'interventions antérieures étaient précises et standardisées et ont été déterminées préalablement à l'étude par les chercheurs. Pour leur part, les interventions implantées dans le cadre de la NEES étaient laissées à la discrétion des gestionnaires d'entreprises. En fait, les gestionnaires convenaient des mesures jugées pertinentes et prioritaires selon les résultats de sondages distribués aux travailleurs et selon les ressources disponibles dans les milieux de travail. Il s'agit d'une particularité propre à notre étude qui visait à maximiser l'implication des milieux et voulant que l'identification préalable de priorités d'actions mènent à l'implantation d'interventions plus ciblées et aux effets plus bénéfiques. Il est également important de noter qu'aucune étude antérieure n'avait implanté une norme similaire à la NEES, c'est-à-dire une norme comportant plusieurs sphères d'interventions prédéfinies; ceci ajoute à la difficulté de comparaison des résultats.

Dans notre étude, tel que mentionné précédemment, les interventions mises en œuvre n'ont pas globalement amélioré la CTVP. De la même manière, l'étude d'intervention de Nabe-Nielsen et al. (17) n'a remarqué aucun impact des interventions (autodétermination de l'horaire, questionnaire sur les préférences d'horaire, séance d'information sur l'horaire flexible, discussions sur la manière dont les travailleurs pourraient contribuer à l'amélioration de l'horaire de travail) sur le conflit TVP de ses employés, ni sur leur santé et bien-être. Il est intéressant de remarquer qu'il existe une

ressemblance importante entre cette étude et la nôtre. En effet, ce sont les employeurs qui ont décidé des interventions implantées dans leurs entreprises, tout comme pour la NEES. De plus, les interventions mises en œuvre sont celles qui s'apparentent le plus à celles implantées dans les organismes A et B de notre étude. Nos résultats étaient donc consistants avec ceux de cette étude. Par ailleurs, la différence majeure est que l'étude de Nabe-Nielsen et al. a pu apparier les sujets entre les deux temps de mesure. Leur étude ne comprenait que des femmes, ce qui peut faire varier les résultats, considérant que les femmes sont plus sujettes au conflit TVP (9). Comme il s'agit d'une seule étude et qu'elle comporte tout de même certaines différences avec la nôtre (taille d'échantillon de 309 travailleurs du secteur de la santé, instrument de mesure validé (COPSOQ), temps de suivi de douze mois), il est préférable de demeurer prudent quant à la comparaison des résultats. Ces auteurs ont par ailleurs observé un effet positif de l'intervention, sans toutefois observer de changements de la CTVP ou des issues de santé. Ils ont observé que les travailleurs qui ont la possibilité de déterminer eux-mêmes leurs horaires via un outil électronique étaient plus impliqués dans la planification du travail que les travailleurs pouvant émettre leur opinion via un questionnaire ou un groupe de discussion. Il aurait été intéressant de mesurer la relation entre l'autodétermination de mesures précises pour améliorer la CTVP et le degré d'implication au travail dans notre étude.

Mis à part l'étude de Nabe-Nielsen et al. (17), les six autres études d'intervention antérieures ont observé une amélioration de la CTVP à la suite de l'implantation des interventions organisationnelles. Davis et al. (13) et Haslam et al. (15) ont effectué leurs études spécifiquement auprès de populations de travailleurs ayant des enfants. Les résultats sont donc difficilement comparables puisque, dans notre étude, l'information concernant le fait d'avoir ou non des enfants à charge n'était pas disponible. Ce manque d'information chez notre population a pu avoir un impact sur les résultats. En effet, une mauvaise CTVP serait potentiellement plus importante chez les travailleurs qui ont des enfants. De plus, les bénéfices de l'implantation d'interventions seraient probablement plus significatifs chez ces travailleurs. Nous pouvons présumer que la garde d'enfants est un des éléments de la vie personnelle qui contribue grandement au conflit TVP. Par le fait même, ce constat peut expliquer en partie l'absence d'effet observé dans notre étude. L'étude de Haslam visait à implanter des interventions pour les parents (campagnes d'information, capsules web, interventions comportementales). Ces

interventions étaient similaires à celles implantées par l'organisme B de notre étude. Elles étaient toutefois plus structurées et systématiques, ce qui peut contribuer à expliquer l'amélioration observée dans cette étude et l'absence d'effet observé dans l'organisme B. Il sera donc primordial de prendre en considération cet aspect dans l'analyse des données futures des études concernant la NEES.

Toutefois, dans l'organisme A de notre étude, une amélioration (non-significative) de la CTVP a été notée. Cette amélioration peut être expliquée en partie en comparant notre étude à celles relevées dans la littérature. En plus des résultats quantitatifs, trois études antérieures ont récolté des résultats qualitatifs afin de documenter l'implantation et le contenu des interventions (12, 14, 18). Ces études mentionnent l'importance de bien comprendre la manière dont les interventions sont mises en œuvre afin d'interpréter les résultats quantitatifs obtenus. Albertsen et al. (12) ont fait le constat que la compréhension de la dynamique de l'implantation d'interventions au sein des entreprises faciliterait la reproduction des interventions afin d'améliorer la CTVP au sein d'autres entreprises. L'étude de Hammer et al. (14), bien qu'ayant été effectuée sur des travailleurs très différents de ceux recrutés dans le cadre de la NEES (employés de supermarchés), ont également noté des résultats qualitatifs pertinents et utiles pour des recherches futures. Ils mentionnent qu'il est préférable d'impliquer les travailleurs et la direction à toutes les étapes de la mise en œuvre (conception, implantation, évaluation) d'interventions organisationnelles (18), et ce, afin d'augmenter la participation et l'effet positif des programmes (14) et de limiter la résistance au changement (76). L'importance de cibler des objectifs organisationnels et de prendre en compte l'optimisation des ressources sont également des stratégies nécessaires au succès de programmes de ce type (12). De plus, la manière dont la mise en œuvre des interventions est effectuée serait aussi garante d'effets favorables à la santé et de la diminution du conflit que l'intervention en soit (10, 21). Bref, le contexte et le processus d'implantation influencent l'utilisation et le succès de telles interventions (56). En raison de l'absence des données qualitatives pour notre étude, nous ne pouvons pas statuer sur la qualité de l'implantation des interventions pour l'entreprise A. Certaines données qualitatives concernant le processus d'implantation seront disponibles pours des analyses ultérieures et pourront permettre de comprendre si cet aspect pourrait expliquer que l'amélioration de la CTVP ne soit pas significative.

L'étude de Pryce et al. (18)s'apparente à notre étude puisque qu'elle a été menée auprès d'une population de travailleurs étudiée avant l'implantation et à long terme post-intervention (vingt mois). L'intervention implantée était toutefois différente des changements introduits par les entreprises A, B et C de notre étude. Cette intervention visait à ce que les travailleurs acquièrent le contrôle de leur horaire de travail. Les employés ont été impliqués dans l'élaboration de l'intervention par une approche participative. Un constat fort intéressant a été dégagé suite à l'implantation. En effet, bien que les travailleurs aient montré une résistance initiale à l'intervention, le fait d'avoir été impliqués à toutes les étapes de la mise en œuvre leur a permis de percevoir positivement le changement et de s'impliquer de manière proactive. Ils ont pu y parvenir en tenant des discussions approfondies sur la manière dont le travail est conçu et géré au sein de leur milieu de travail. L'implication des travailleurs a donc été bénéfique dans ce cas. Dans notre étude, bien qu'un comité sur la santé et le mieux-être comprenant des gestionnaires et des employés était présent dans les entreprises participantes, les employés n'étaient pas activement impliqués dans l'identification des priorités d'action et dans l'implantation des interventions. Cela peut contribuer à expliquer l'absence d'effet global observé.

L'équipe de recherche de notre étude a récolté des données qualitatives pour les entreprises A-B-D-E-F-G-I afin de documenter les interventions et leur processus d'implantation. Toutefois, seules des données préliminaires étaient disponibles au moment de la rédaction de ce mémoire. Ce volet qualitatif sera utile ultérieurement afin d'expliquer de manière plus approfondie les résultats allant à l'encontre de notre hypothèse de recherche, bien que ces résultats soient logiques, à posteriori, puisque peu d'entreprises ont réellement agi sur la CTVP.

Seulement une étude recensée (16) a analysé ses données séparément chez les hommes et les femmes comme nous l'avons fait. Les auteurs de cette étude ont observé des effets similaires chez les hommes et les femmes concernant la CTVP, exception faite du support offert par les superviseurs qui était plus bénéfique pour les hommes et de la meilleure CTVP chez les femmes rapportant avoir plus de temps à accorder à leur famille. De notre côté, aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes concernant l'effet de l'implantation de la NEES sur la CTVP. Toutefois, nous n'avons pas évalué les effets modifiants potentiels du soutien social des

superviseurs ou du fait de passer plus de temps en famille. Nos analyses ont cependant été ajustées pour le soutien social du superviseur, ce qui a contribué à minimiser l'effet confondant de cette variable. Une étude future pourra être effectuée afin d'évaluer l'effet modifiant du soutien social chez les employés pour favoriser la CTVP.

Finalement, tous les auteurs des revues systématiques et des méta-analyses sur le sujet sont unanimes : il n'existe pas de modèle unique pouvant expliquer la façon dont les travailleurs perçoivent et gèrent les enjeux liés à la CTVP (10, 19-25, 99). Plusieurs théories pertinentes sont disponibles mais en raison de la complexité de la problématique de la CTVP et des différents facteurs à prendre en considération, aucune de ces théories ne permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation concernant la CTVP. De plus, la majorité des auteurs mentionnent un biais de publication en faveur des études ayant observé des résultats significatifs. Il se pourrait ainsi que certaines études aient présenté des résultats similaires aux nôtres, mais que ces derniers ne soient pas accessibles via les bases de données consultées.

7.2.2 ÉSAR

Zheng et al. (34) ont observé que les travailleurs avec une perception favorable de leur CTVP ont un meilleur état de santé et de bien-être que ceux avec une perception défavorable. De plus, la perception d'un conflit TVP, qui est souvent associée à de mauvaises conditions de CTVP, a été corrélée à un mauvais état de santé auto-rapporté dans plusieurs études (6, 9, 71).

Trois études d'interventions antérieures ont utilisé le COPSOQ pour mesurer la CTVP (12, 17, 18). Tel que mentionné précédemment, cet instrument de mesure comprend également la question unique validée afin de mesurer l'ÉSAR. Par contre, une seule des études d'intervention a documenté l'ÉSAR comme issue de santé ; il s'agit de l'étude de Pryce et al. (18). De ce fait, nous ne pouvons comparer nos résultats qu'avec cette étude. Pryce et al. n'ont observé aucun changement significatif pour l'ÉSAR entre T1 et T2, tout comme nous. Malheureusement, les deux autres études ne mentionnent pas les résultats quant à l'ÉSAR.

Pour fin de comparaison, il est pertinent de présenter les résultats de *l'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* concernant l'ÉSAR chez les travailleurs québécois.

> « L'enquête (EQCOTESST) estime que 7,1 % des travailleurs québécois de 15 ans ou plus qui occupent un emploi depuis au moins huit semaines, à raison de 15 heures par semaine, ont une perception négative de leur état de santé général. Les différences observées entre les hommes et les femmes ne sont pas significatives au seuil de 5 %. Les travailleurs de 55 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux à avoir une perception négative de leur état de santé (10,7 %), comparativement à ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans (5,1 %) (9) ».

Dans notre étude, le pourcentage de travailleurs ayant une perception négative de son état de santé était de 4,5 % à T1 et de 5,2 % à T2. Le pourcentage de travailleurs ayant une perception négative de son état de santé était donc plus faible dans notre étude que ce qui a été rapporté dans l'EQCOTESST. Il n'existe pas de différence significative entre les différents groupes d'âge dans notre étude, contrairement à ce qui a été observé dans l'ECOTESST. En fait, aucune différence n'a été observée dans notre étude entre les mesures pré et post-intervention pour l'ÉSAR. Ceci peut être expliqué par la faible prévalence de la perception négative de l'ÉSAR avant l'implantation. En effet, il est difficile d'améliorer une issue qui est déjà jugée bonne avant même la mise en œuvre d'interventions.

Plus globalement, il a été observé que lorsque les employeurs et les superviseurs sont disponibles et ont reçu une formation afin d'offrir un meilleur soutien en matière de CTVP, les travailleurs se perçoivent en meilleure santé physique et mentale (41). L'ÉSAR semble également meilleur lorsque les mesures de CTVP mises en place sont disponibles et utilisées par les travailleurs (34). Voici ce qui a été observé dans les trois entreprises ayant réellement implanté des interventions pour favoriser la CTVP.

7.3 Interprétation des résultats complémentaires pour les entreprises A, B et C

Tel que mentionné dans la section « Résultats », une détérioration de la CTVP a été observée après l'intervention dans l'ensemble des dix entreprises. Aucun changement

significatif n'a été noté pour l'ÉSAR. Afin de mieux comprendre ces résultats plutôt inattendus, nous avons utilisé les résultats d'une analyse qualitative préliminaire effectuée par les chercheurs principaux de l'étude plus vaste dans laquelle le présent projet se situe.

Parmi les dix entreprises étudiées, seulement trois ont réalisé des interventions dans la sphère *équilibre TVP*, c'est-à-dire que seulement trois organismes ont choisi cette sphère pour réaliser leurs interventions. Pour les entreprises A et B, une analyse qualitative effectuée auprès d'informateurs clés a permis de dresser la liste des interventions mises en œuvre. Par contre, l'entreprise C n'a pas fait l'objet de cette analyse qualitative. Les interventions ont été obtenues à la lecture du plan d'action de l'entreprise. Toutefois, il peut y avoir une différence non négligeable entre les interventions prévues au plan d'action et celles effectivement réalisées. De plus, le plan d'action est en général moins détaillé que la liste des interventions répertoriée sur la base de notre collecte. Par conséquent, cela va créer une différence au niveau de l'interprétation des résultats de l'entreprise C : les interventions pourraient être assez différentes de ce qui a réellement été implanté. Cette réalité est à prendre en considération pour l'analyse des résultats pour cette entreprise.

La difficulté d'implanter des interventions dans cette sphère et la complexité de la relation entre les mesures implantées et l'amélioration de la CTVP pourraient expliquer le choix des interventions pour certaines entreprises. Nous pouvons penser que plusieurs postes de travail ne permettent pas l'implantation de certaines mesures pour favoriser la CTVP (par exemple, l'horaire variable pour des travailleurs sur des quarts de travail ou le télétravail pour les cols bleus). De plus, certaines mesures impliquent des aménagements des conditions de travail qui sont conventionnées et donc, pour lesquelles l'ancienneté joue un rôle important ou peuvent être difficiles à modifier. Bref, il ne faut pas sous-estimer la complexité d'implanter des mesures dans cette sphère d'intervention.

L'une des entreprises (B) ayant agi pour améliorer la CTVP avaient opté pour la certification supérieure «NEES élite». Par conséquent, elle avait l'obligation d'implanter des interventions dans toutes les sphères d'activités proposées par la Norme. En ayant opté pour cette certification volontairement, les directeurs d'entreprises montraient qu'ils

étaient motivés à améliorer les conditions de vie des travailleurs. Par contre, cela ne signifie pas que la CTVP soit leur priorité d'intervention. Ceci a pu influencer la mise en œuvre et, par le fait même, les résultats observés. Les entreprises A et C avait opté pour la certification de base « NEES standard ». Par contre, en implantant par choix des interventions de la sphère équilibre TVP, leur motivation était probablement importante, ce qui peut contribuer à expliquer l'amélioration de CTVP observée chez les travailleurs dans l'entreprise A. Les données qualitatives permettront de clarifier ce postulat dans une étude future. Puisque l'entreprise C avait déjà mis en œuvre les interventions avant l'implantation de la Norme, on peut supposer que peu de changements ont été effectués suite à cette mesure, ce pourquoi il n'y a pas de changement significatif entre T1 et T2. Le tableau 27 illustre d'ailleurs cette hypothèse. Le niveau de difficulté de CTVP était déjà moins important à T1 dans cette entreprise que dans les entreprises A et B, ce qui suggère une amélioration pré-intervention de la CTVP. Les analyses qualitatives permettront également de clarifier ces résultats.

Rappelons que les interventions choisies par les trois organismes diffèrent énormément. Pour l'entreprise B, des interventions non reconnues par la littérature ont été implantées et nous avons observé une détérioration de la CTVP après l'intervention. Au sein de cette entreprise, les interventions consistent en des formations et des conférences. Pour sa part, l'organisme A a plutôt mis en place deux mesures concrètes, soit un guide pour le suivi des horaires flexibles et la mise en place de caméras web pour limiter les déplacements. Cet organisme a également entamé des analyses de faisabilité pour la mise en place du télétravail et d'ententes avec les centres de la petite enfance. Enfin, l'entreprise C possédait déjà la possibilité d'accumuler ses heures, l'accès au congé sans solde, au traitement différé ou à l'horaire variable (pour certains employés). L'implantation de la Norme a fait en sorte que l'entreprise a tenté d'informer davantage ses employés sur ces mesures. De ce fait, il nous a paru approprié d'effectuer des analyses secondaires pour ces trois entreprises.

7.3.1 CTVP

Parmi les organismes ayant implanté des interventions, l'amélioration de la CTVP dans l'organisme A peut être expliquée par le fait que les mesures implantées étaient plus en lien avec les *a priori* théoriques et empiriques de la littérature. Ces mesures agissent davantage en profondeur en changeant les pratiques organisationnelles présentes dans les entreprises. La détérioration de la CTVP observée dans l'organisme B peut s'expliquer par le type d'interventions choisies. Les mesures mises en place ont été limitées à des conférences et des formations portant sur l'équilibre TVP. Nous n'avons pas les détails concernant le processus d'implantation de ces mesures. Ainsi, les employés ont été sensibilisés à l'importance de cet équilibre, sans toutefois qu'aient été implantées des mesures concrètes pour faciliter la CTVP. Les travailleurs ont peut-être même pris conscience de leur mauvaise CTVP dans le cadre de ces conférences et formations et ont répondu de façon plus négative au questionnaire à compléter après l'intervention. Bien que les résultats ne soient pas significatifs, une détérioration de la CTVP a été remarquée dans l'entreprise C. Deux éléments principaux peuvent expliquer ces résultats. Premièrement, lors de la première collecte de données (T1), la prévalence de travailleurs avec une mauvaise CTVP était faible (11,6%). Il est difficile d'améliorer une issue qui est déjà fort appréciable avant l'implantation d'interventions. Cette faible prévalence peut être expliquée, entre autres, par le fait que l'entreprise C possédait déjà des interventions pour favoriser une bonne CTVP, avant même la mise en place de la NEES. Cette réalité fait en sorte qu'il n'y a pas eu de changements majeurs entre T1 et T2 pour favoriser une bonne CTVP dans cette entreprise. Ce deuxième élément peut également expliquer les résultats.

Joyce et ses collaborateurs (10) ont observé que les interventions qui augmentent le contrôle de l'employé (par exemple, l'horaire flexible) auraient un effet positif sur la santé. Par ailleurs, les interventions dictées par les besoins de l'organisation uniquement (par exemple, temps partiel involontaire, contrôle des horaires) auraient des effets négatifs sur la santé. Les interventions mises en œuvre dans l'entreprise A (caméras web pour limiter les déplacements) augmentent le contrôle des travailleurs, tandis que les interventions de l'entreprise B (conférences et questionnaires) ont moins tendance à l'augmenter. Les résultats de ces deux entreprises sont donc en lien avec les conclusions de l'étude de Joyce et al. Pour ce qui est de l'entreprise C, bien qu'il

s'agisse de mesures reconnues, le fait qu'elles aient été implantées avant le début de l'étude rend la comparaison et l'interprétation des résultats difficiles. De plus, tel que mentionné précédemment, les mesures implantées ont été récoltées dans le plan d'action de cette entreprise et non par l'analyse qualitative comme pour les entreprises A et B, ce qui complexifie également l'analyse des résultats.

Plusieurs raisons peuvent donc expliquer les résultats contraires à nos hypothèses. D'abord, les mesures implantées par l'entreprise B ne sont pas reconnues efficaces dans la littérature. De plus, alors que la perception de l'implantation a été mesurée dans notre étude, nous n'avons pas les données qualitatives permettant de détailler les mesures ainsi que la façon dont l'implantation s'est déroulée. Les données subjectives pourraient ne pas être représentatives de ce qui a réellement été fait au sein des milieux de travail. Il serait important, dans un deuxième temps, de prendre ces données en considération.

7.3.2 ÉSAR

Pour les trois entreprises, aucun résultat n'est statistiquement significatif entre T1 et T2 concernant l'ÉSAR. Rappelons que pour l'ÉSAR, nous utilisons le 2^{e} modèle, puisqu'il semble plus stable et est mieux adapté à nos analyses (possibilité d'un surajustement dans le troisième modèle). Néanmoins, on note une détérioration de l'ÉSAR dans l'entreprise A, plus marquée chez les hommes. Il existe une légère amélioration de l'ÉSAR dans l'entreprise B. Lorsque stratifié pour le sexe, on observe une détérioration de l'ÉSAR chez les femmes mais une amélioration, toujours non-significative, chez les hommes. Aucun changement n'a été observé pour l'entreprise C (RP 1,01 IC 95% 0,48-2,11)

Cette absence de changement pour les trois entreprises peut être expliquée par plusieurs mécanismes. Tout d'abord, la prévalence de la perception négative de l'ÉSAR était très faible avant l'intervention (entre 2,8 et 8,4 %), ce qui signifie que peu de travailleurs ont rapporté avoir une mauvaise santé globale. Tel que mentionné précédemment, il est plus difficile d'améliorer significativement une issue dont la prévalence était faible avant l'intervention. La prévalence élevée de la perception

positive de l'ÉSAR peut s'expliquer par l'effet de bonne santé du travailleur (*Healthy worker effect*) (100), entre autres. Pour être en mesure de travailler, il faut normalement avoir une santé globale qui nous le permet. Les travailleurs ayant un moins bon état de santé qui étaient possiblement en arrêt de travail au moment de compléter le questionnaire ont été contactés, mais nous ne connaissons pas la proportion de ces travailleurs qui ont complété le sondage. On peut supposer que ces travailleurs ont répondu en moins grande proportion que les travailleurs actifs; ceci aurait pour effet d'accentuer cet effet. Finalement, on peut supposer que le temps de latence entre les deux mesures (T1 et T2) peut être court pour être en mesure d'observer un effet notable concernant un indicateur aussi global que l'ÉSAR.

7.4 Forces de l'étude

Malgré les limites exposées, la présente étude comporte plusieurs forces importantes. Plusieurs d'entre elles relèvent de choix méthodologiques posés afin de contourner les principales limites de la littérature actuelle.

Parmi celles-ci, notons qu'il s'agit d'une étude longitudinale, effectuée sur plusieurs organismes provenant de milieux variés. Aucune étude d'intervention sur la CTVP n'avait un échantillon d'aussi grande taille ni une durée de suivi aussi longue. De plus, il s'agit d'une intervention à composantes multiples, touchant au moins deux des quatre sphères prônées par la NEES. Ceci permet la prise en charge globale des travailleurs afin d'améliorer leur qualité de vie au travail et possiblement, leur état de santé. Cette force est particulière à la Norme et non pas au devis de l'étude.

Une particularité de notre étude, qui n'a été observée dans aucune des études d'interventions précédentes, est l'ajout d'une analyse transversale effectuée suite à l'intervention (T2). De cette manière, nous avons pu analyser les trois issues selon l'exposition de chacun des individus, à T2, ce qui n'a pas pu être mesuré dans les analyses longitudinales. La combinaison de ces deux devis offre un avantage dans l'analyse de nos résultats.

Concernant l'exposition aux interventions, elle a été catégorisée au niveau individuel ainsi qu'au niveau organisationnel, ce qui a permis d'effectuer des analyses à ces deux niveaux. Les analyses individuelles permettent de corréler l'exposition à des interventions à la CTVP et à l'ÉSAR. Les analyses par organisme permettent de comprendre l'effet d'être travailleur dans une entreprise particulière et ces mêmes issues. Par contre, le seuil déterminé pour l'exposition (selon la médiane des dix organismes, se référer à la sous-section 4.4.1) n'a pas permis de détecter de différences significatives pour la majorité des entreprises. Le seuil d'exposition aurait pu être déterminé autrement, par exemple, en comparant les entreprises ayant réellement implantées des mesures de CTVP et celles n'en ayant pas implantées. Ceci aurait possiblement augmenté les mesures d'effet.

Tel que mentionné dans la revue de la littérature, le concept de stress au travail est ambigü et donc, difficile à interpréter. Dans notre étude, nous avons utilisé des termes plus précis et moins ambigüs (contraintes organisationnelles ou psychosociales identifiables et mesurables), notamment pour ce qui est des variables d'ajustement.

Deux questions permettaient de mesurer la CTVP (difficulté de CTVP et insatisfaction des mesures TVP). L'une des questions était fondée sur la perception de la CTVP alors que la seconde permettait une réponse plus objective aux différentes interventions ayant pu être implantées. De cette manière, il s'agit de deux mesures complémentaires, évaluant de multiples composantes de la CTVP. Il est reconnu que la CTVP diffère chez les hommes et chez les femmes (73). De ce fait, des analyses indépendantes ont été effectuées en fonction du sexe, prenant ainsi en considération la différence notée dans la littérature. Pour sa part, l'ÉSAR est une mesure de l'état de santé validée et qui a été associée avec le degré de CTVP (71, 73, 74), ce qui ajoute à la pertinence de cette étude.

Afin de documenter de manière objective les interventions de CTVP implantées dans les entreprises, certaines données qualitatives ont été récoltées. Cette particularité permet de documenter ce qui a réellement été mis en œuvre dans les différentes entrerprises.

Tel que recommandé par la littérature, une approche interdisciplinaire a été utilisée pour l'implantation de la NEES. En effet, plusieurs acteurs ont été impliqués dans

l'élaboration et l'implantation de la Norme (27, 78) ainsi que dans son évaluation. Il importe de mentionner que la direction des entreprises a maintenu un engagement soutenu et un partenariat avec les intervenants concernés afin d'assurer le succès de la NEES. Finalement, l'implantation est évaluée par un auditeur externe reconnu, le Bureau de normalisation du Québec (BNQ).

7.5 Faiblesses de l'étude

7.5.1 Limites du devis et de l'intervention

Le guide de la Norme mentionne que « le plan de mise en œuvre doit comprendre une ou des interventions dans la sphère d'activité *habitudes de vie* qui vise les travailleurs, et une ou des interventions dans au moins une des sphères d'activité *pratiques de gestion, environnement de travail* ou *équilibre travail-vie personnelle*, qui visent l'environnement» (80). De ce fait, les entreprises avaient le choix ou non d'implanter des interventions de la sphère *équilibre TVP*. Des dix entreprises sélectionnées pour l'étude, seulement trois ont implanté des interventions dans cette sphère, ce qui limite la possibilité d'observer un effet sur les issues concernant la CTVP. De plus, peu de détails étaient fournis aux entreprises afin qu'ils déterminent les interventions d'équilibre TVP à implanter. Le BNQ n'a fourni aucun critère, ce qui peut entraîner une tendance à implanter des interventions qui ont un lien très ténu avec la CTVP. Pour cette raison, entre autres, certaines mesures implantées sont non documentées dans la littérature comme étant efficaces pour favoriser une bonne CTVP.

Tel que mentionné précédemment, l'étude a été effectuée à partir de données secondaires collectées auprès des entreprises ayant implanté la NEES. Le devis et les analyses du présent mémoire ont été conçus à partir de ces données. Conséquemment, certaines contraintes méthodologiques ont dû être respectées.

La collecte des données n'a pas permis d'attribuer de numéro d'identifiant aux participants en raison de contraintes éthiques. Conséquemment, il a été impossible d'apparier les individus entre les deux temps de mesure. Cette limite restreint les possibilités d'analyses qui ont pu être effectuées entre les deux temps de mesure. De ce fait, les comparaisons avant-après ont une précision moindre que ce qui aurait été

possible en tenant compte de la corrélation intra-individus. Les résultats présentés sont donc plus conservateurs. Nous avons tout de même pu effectuer une analyse globale en comparant les issues avant et après l'implantation de la norme, chez les exposés et non exposés aux interventions, par entreprise.

De plus, pour quatre organismes (C, F, G et H), l'implantation de la norme avait déjà débutée avant l'étude. Ainsi, la mesure pré-intervention de ces organismes n'est pas équivalente à celle des autres organismes puisque des changements avaient déjà été apportés dans le milieu de travail préalablement à la mesure initiale. Les données ne nous permettent pas de savoir si ces changements concernent les interventions de la sphère TVP particulièrement. Cette limite a comme conséquence de sous-estimer possiblement l'effet des interventions dans ces quatre organismes. Il est toutefois important de noter qu'il est possible que certaines autres entreprises aient également déjà implantés des interventions visant à améliorer l'une ou l'autre des sphères de la norme. En effet, de telles interventions ont pu être mises en place préalablement, dans le cadre d'initiatives propres à ces entreprises.

Bien que, dans les analyses, nous ayons comparé les travailleurs ayant la perception d'avoir été exposés aux interventions à ceux n'ayant pas la perception d'avoir été exposés, on peut penser que des inteventions ont quand même été implantées sans que les travailleurs n'aient pu s'en rendre compte (Ex : formation des cadres). De plus, il n'y avait pas de groupe « non exposé » à proprement dit, ce qui aurait été pertinent afin de mesurer l'effet réel des interventions et l'engagement de la direction pour améliorer les conditions des travailleurs. Ceci a pu avoir comme impact de sous-estimer la force des effets.

7.5.2 Biais de sélection

Les entreprises qui ont choisi d'implanter la NEES sont possiblement plus sensibles au bien-être de leurs travailleurs. Il est ainsi possible que les conditions de travail avant l'implantation aient été supérieures aux conditions de la moyenne des entreprises québécoises. De ce fait, on peut penser qu'un biais de volontariat puisse être présent,

ce qui a pu sous-estimer la force des associations avec les trois issues mesurées (difficulté de CTVP, insatisfaction des mesures d'équilibre TVP, ÉSAR).

Le biais de bonne santé des travailleurs est à considérer dans la présente étude. Aucune information n'est mentionnée sur les travailleurs ayant quitté l'entreprise entre les deux temps de mesure (perdus de vue). De plus, bien que les travailleurs en arrêt de travail au moment de compléter les questionnaires devaient être contactés, nous n'avons pas l'information sur leur taux de réponse. On peut supposer qu'ils ont répondu en proportion moindre que les travailleurs actifs. Ceci pourrait surestimer l'effet de la satisfaction quant aux mesures visant à favoriser la CTVP, puisque ces travailleurs sont davantage à risque d'avoir une perception négative de leur état de santé et de mauvaises conditions de CTVP. La présence de ce biais contribue généralement à sous-estimer la force des associations observées (101, 102) (dans ce cas, à supposer que certains travailleurs ont quitté l'entreprise en raison de l'insatisfaction des conditions de travail ou pour maladie). Il aurait été pertinent de connaître ces proportions afin de pouvoir statuer sur un potentiel biais.

7.5.3 Biais d'information

Il est à noter que les travailleurs étaient au fait que l'entreprise pour laquelle ils travaillaient implantait une norme pour favoriser leurs conditions de travail (non aveuglement). Puisque les travailleurs connaissaient la nature de la NEES et les implications de son implantation, ils ont peut-être été plus sévères lorsqu'ils ont complété le questionnaire en post-intervention, ce qui a pu mener à une sous-estimation des mesures d'effets. De plus, les données relatives à la perception de l'intervention, à la CTVP et à l'ÉSAR étaient auto-rapportées (expositions et issues). Ce type de données est plus sujet aux erreurs de mesure que les mesures objectives. Par exemple, les travailleurs qui ont de la difficulté de CTVP ou qui présentent un mauvais ÉSAR sont plus susceptibles d'avoir une perception négative des interventions implantées, ce qui risque d'entraîner une sous-estimation des mesures d'effet (77). Pourtant, en ce qui concerne la CTVP et l'ÉSAR, les mesures auto-rapportées paraissent appropriées. En effet, ces mesures font appel à la perception des participants face à leur environnement

de travail. Siegrist, mondialement reconnu pour ses recherches sur les contraintes liées au travail et auteur du modèle efforts-reconnaissance, soutient que c'est entre autres le jugement ou la perception que porte l'individu par rapport à son environnement de travail qui crée le mécanisme pathogène (103). Cette théorie peut être appliquée aux issues mesurées par la présente étude.

Le biais d'information est aussi présent lorsqu'il y a une erreur dans la définition ou la mesure de l'exposition ou de l'issue. Dans notre cas, les deux types de mesure peuvent poser ce problème. En effet, tel que discuté dans la section 4.4, les questionnaires différaient selon les entreprises et le temps de mesure (T1 et T2). De plus, les questions utilisées pour mesurer la difficulté de CTVP et l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP n'ont pas d'évidence de validité. De ce fait, les mesures d'effets pourraient être sous-estimées ou surestimées. Dans les prochaines études, il est suggéré d'utiliser un questionnaire unique pour toutes les entreprises et aux différents temps de mesure. De plus, des questionnaires validés de la CTVP, comme le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (97) ou l'échelle des conflits travail-famille de Netemeyer *et al.* (62) permettraient de diminuer ce risque de biais. Pour sa part, l'ÉSAR est un instrument validé (65, 67, 70) et pertinent dans le contexte actuel.

La question sur l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP pourrait également engendrer un biais lié à une énumération non exhaustive des possibilités d'interventions de CTVP. Les interventions implantées par l'organisme B ne sont possiblement pas incluses dans les catégories questionnées. Puisque cet outil ne permet pas nécessairement d'englober toutes les dimensions de la CTVP, il peut en résulter une sous-estimation de la mesure d'effet.

Un biais d'information peut également être introduit lors de la catégorisation des variables. Par exemple, une catégorisation dichotomique peut entraîner une dilution potentielle des effets (biais d'information non différentiel) en comparaison à une catégorisation plus raffinée, en trois catégories ou plus (101). Dans notre étude, l'ÉSAR a été catégorisé de la même manière que dans les études semblables recensées dans la littérature. Les variables liées à la CTVP ont été catégorisées de manière dichotomique, ce qui a pu mener à des associations moins fortes tel que mentionné précédemment (biais d'information non différentiel) entre l'exposition aux interventions

d'équilibre TVP et les issues liées à la CTVP. Une catégorisation en tertiles aurait pu accroître la validité interne des mesures d'association en réduisant les chances d'introduction d'un biais d'information. Les tertiles ont l'avantage d'offrir un gradient de l'exposition. Un tel gradient réduit l'effet de dilution découlant d'une catégorisation binaire. Cependant, une catégorisation en tertiles aurait réduit la puissance atteinte par nos analyses alors qu'elle était déjà faible (annexe 6). En raison du nombre élevé de valeurs manquantes ou du faible n dans certaines strates pour quelques variables d'ajustement (âge et scolarité), ces strates ont dû être combinées, ce qui peut mener au même effet que décrit ci-haut.

7.5.4 Biais de confusion

Les facteurs pouvant influencer la CTVP qui ont été pris en considération dans les études antérieures sont : l'âge, le sexe, la scolarité (ou le titre d'emploi), le type d'horaire, le statut familial, le statut marital, le nombre d'enfants et/ou de personnes à charge vivant à domicile, le sexe des enfants, le comportement des enfants, la capacité parentale, le soutien social au travail, la demande liée au travail ainsi que la présence ou des antécédents de dépression et de troubles d'anxiété (12-18). Idéalement, l'effet de confusion potentiel de tous ces facteurs aurait dû être pris en considération dans les analyses de la présente étude afin de minimiser le risque de biais. Le questionnaire utilisé pour la présente étude n'a pas permis de contrôler pour plusieurs facteurs importants pouvant agir comme facteur modifiant ou confondant. Les facteurs non mesurés sont : le statut familial, le statut marital, le nombre d'enfants et/ou de personnes à charge vivant à domicile, le sexe des enfants, le comportement des enfants, la capacité parentale ainsi que les antécédents de dépression et de troubles d'anxiété. L'absence de variables concernant la présence d'enfants à charge est problématique puisqu'il est démontré que le fait d'avoir des enfants augmente la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle. De ce fait, un effet modifiant a pu être introduit dans l'étude des relations entre l'exposition à des interventions d'équilibre TVP et la CTVP. Il en va de même pour l'ÉSAR. Cet indicateur a été ajusté pour le sexe, l'âge, la scolarité, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme, l'IMC et la

détresse psychologique. La consommation d'alcool et de drogues n'a pas été questionnée. Par conséquent, aucun ajustement n'a été possible pour ces variables.

Dans l'analyse des effets de l'intervention sur la CTVP, l'ensemble des variables jugées potentiellement confondantes dont nous disposions ont été incluses dans le modèle statistique complet (modèle 3) afin de limiter la confusion. Il s'agit de la détresse psychologique, de la latitude décisionnelle, de la reconnaissance au travail et de l'exposition aux trois autres sphères d'interventions de la NEES. La détresse psychologique (94, 104) agit à titre de proxy de l'anxiété et de la dépression puisque ces composantes n'étaient pas disponibles dans le questionnaire. Les problèmes de santé mentale sont potentiellement confondants tel qu'il a été évoqué dans la revue de littérature. Pour ce qui est de la latitude décisionnelle et de la reconnaissance au travail, ils ont des effets reconnus sur la santé et possèdent des composantes pouvant influencer la CTVP (105-109), soit l'autonomie liée aux horaires variables de la latitude décisionnelle et l'estime de soi et le respect de la reconnaissance. Toutefois, la latitude et la reconnaissance pourraient également agir à titre de facteurs intermédiaires puisque les interventions pourraient améliorer la latitude ou la reconnaissance, qui pourraient ensuite améliorer la perception que les travailleurs ont de leur CTVP. Or, ils n'ont pas été considérés ainsi dans la présente étude. Ainsi, en ajustant pour ces variables, nous avons pu annuler une partie de l'effet étudié. Toutefois, lorsque l'on compare les modèles 2[7] et 3[8], il n'existe pas de différence de plus de 10% pour les rapports de prévalence, ce qui nous laisse croire qu'il n'y avait pas de surajustement important. La seule exception à ce constat a été observée dans le tableau 21, pour la difficulté de CTVP selon l'âge. Puisqu'il s'agit d'un résultat isolé, nous avons conservé la latitude et la reconnaissance dans l'ensemble des modèles complets.

Finalement, il a été considéré que les entreprises ayant implanté la NEES étaient davantage sensibles au bien-être des travailleurs et que le fait d'implanter des interventions dans les sphères *habitudes de vie, pratiques de gestion* ou *environnement de travail* pouvait être un facteur confondant de l'association entre l'exposition aux mesures visant l'équilibre TVP et la CTVP.

[7] Ajusté pour âge, sexe, scolarité

[8] Ajusté pour sexe, âge, scolarité, travail temps plein/temps partiel, détresse psychologique, soutien des supérieurs, latitude décisionnelle, reconnaissance au travail, demande psychologique, exposition aux sphères *habitude de vie, environnement de travail, pratique de gestion*

7.5.5 Synthèse des biais potentiels les plus importants

Certains biais plus importants ont pu avoir un impact sur la validité interne des résultats observés.

- Biais d'information : Les questions utilisées pour mesurer la difficulté de CTVP et l'insatisfaction des mesures d'équilibre TVP n'ont pas d'évidence à priori de validité, mais sont des mesures acceptables puisqu'elles permettent tout de même d'objectiver la présence d'interventions implantées et la perception de la présence de ces interventions chez les travailleurs. De ce fait, les effets réels de l'intervention sur la CTVP pourraient avoir été sous-estimés, vu le caractère non différentiel de la plupart des biais mentionnés précédemment. De plus, les questionnaires différaient selon les entreprises et le temps de mesure (T1 et T2).
- Biais de confusion et effet modifiant : Plusieurs variables confondantes et/ou modifiantes (présence et nombre d'enfants et/ou de personnes à charge vivant à domicile, statut familial, statut marital) de la CTVP n'ont pas été mesurées. Ceci pourrait sous ou surestimer la mesure d'effet. L'absence de variables concernant la présence d'enfants à charge est problématique puisqu'il est démontré que le fait d'avoir des enfants augmente la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle.
- L'absence d'interventions ou l'implantation d'interventions non reconnues dans la littérature est une faiblesse majeure, qui limite l'interprétation des résultats.

D'autres études contournant ces limites seront nécessaires dans le futur.

7.6 Explication de certains choix méthodologiques

Les résultats de cette étude reposent sur un devis quasi-expérimental avant-après avec un groupe de référence. Ce modèle a été utilisé parce qu'il représente une bonne alternative à un essai contrôlé randomisé. En effet, il serait impossible de procéder à une randomisation dans le cas du processus de certification, puisque l'entreprise choisit les interventions effectuées en fonction de ses ressources et des besoins de ses travailleurs. Dans le cas présent, le devis s'apparente à une étude observationnelle car

ce sont les employeurs qui décidaient des mesures implantées et de comment ils le faisaient.

7.7 Validité externe

La sélection des entreprises n'a pas été faite pour que ces dernières soient représentatives de tous les travailleurs québécois. De plus, la mise en œuvre d'interventions a été effectuée sur une base volontaire des entreprises, ce qui peut diminuer la représentativité (biais de volontariat déjà abordé). Des contraintes financières et techniques peuvent expliquer ce choix méthodologique par le BNQ et l'INSPQ.

Dix entreprises ont été sélectionnées pour le présent projet parmi les vingt-cinq entreprises qui sont en cours d'implantation de la NEES. Ces dix entreprises des secteurs privé et public ont été sélectionnées principalement pour couvrir un large spectre de l'activité économique du Québec : secteur manufacturier, financier, municipal, gouvernemental et secteurs de la santé. Ceci représente un spectre d'activités tout de même large qui favorise la généralisation des résultats. Les caractéristiques des entreprises et de leurs travailleurs ont été documentées lors des analyses. La majorité des travailleurs étaient âgés de moins de 44 ans, possédaient minimalement un diplôme d'étude collégial et travaillaient à temps plein. Cela représente une part importante des travailleurs québécois (9) et des travailleurs des pays industrialisés, favorisant ainsi la généralisation des résultats. Par contre, une certaine prudence est requise quant à la généralisation. En effet, on peut noter des particularités chez certains travailleurs, par exemple, les travailleurs sur des quarts de travail, qui font que les résultats de cette étude ne peuvent pas nécessairement leur être appliqués. De plus, certains types d'entreprises ne sont pas représentés dans la présente étude, dont ceux qui embauchent des travailleurs de statuts socio-économiques plus faibles (commerce au détail, restauration, supermarchés). D'autres études évaluant la CTVP et l'ÉSAR chez ces travailleurs sont nécessaires.

7.8 Retombées pour la santé publique

Le présent projet de recherche s'inscrit dans une optique d'amélioration des connaissances pour apporter un meilleur soutien aux milieux de travail du Québec afin d'améliorer la CTVP. En termes de santé publique, les résultats concernant l'efficacité de l'implantation des mesures de CTVP sont primordiaux. Malgré des résultats globaux qui vont à l'encontre de nos hypothèses, il a été possible d'identifier des éléments clés concernant les interventions et leur implantation qui peuvent expliquer ces résultats. Rappelons que seulement trois entreprises sur les dix étudiées ont implanté des mesures pour favoriser la CTVP. Deux de celles-ci ont implanté des mesures reconnues efficaces. Cette constatation est primordiale pour la santé publique. En effet, les entreprises voulant améliorer la CTVP de leurs employés devront utiliser des mesures démontrées efficaces et recommandées dans la littérature scientifique afin d'observer les effets escomptés. Notons, entre autres, les horaires flexibles, les banques de temps, les congés sans solde/traitement différé, l'échange d'heures avec des collègues et la semaine de travail réduite. De plus, des interventions bien ciblées et adéquatement implantées pourraient avoir un effet positif sur la CTVP et, par le fait-même, améliorer la santé et la productivité des travailleurs. De ce fait, la bonification de la présente norme, en balisant les interventions d'équilibre TVP favorisant une bonne CTVP pourrait permettre des retombées positives pour les entreprises et la santé de leurs employés.

La norme *Conciliation travail-famille* du BNQ a été abordée dans la revue de littérature du présent mémoire. La NEES pourrait être bonifiée en utilisant les principes plus restrictifs de la norme *Conciliation travail-famille*, c'est-à-dire en proposant des interventions démontrées efficaces dans la littérature. Malgré le fait que les résultats globaux de l'étude vont à l'encontre de nos hypothèses de recherche, il est important de souligner ces principaux constats; en effet, même si la plupart des entreprises n'ont pas implanté d'interventions pour favoriser la CTVP, la seule entreprise qui a mis en œuvre des interventions reconnues efficaces (entreprise A – l'entreprise C ayant préalablement implanté ces mesures) a observé une amélioration de la CTVP chez ses employés.

Il existe des inégalités sociales de santé chez certains travailleurs québécois. En effet, les travailleurs ayant un faible niveau de scolarité tendent à avoir de moins bonnes

conditions de travail et, par conséquent, moins d'autonomie, de soutien organisationnel et de reconnaissance liés à leur emploi, ce qui accentue les inégalités de santé déjà visibles chez cette population. Dans ce contexte, la norme Entreprise en santé est évoquée dans le Programme nationale de santé publique (PNSP) (110) ainsi que dans la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) (111). Cela lui confère un levier important afin d'influencer et soutenir les différents acteurs comme les chefs d'entreprises ainsi que les décideurs publics afin de les encourager dans l'implantation d'interventions pertinentes à l'amélioration de la CTVP. Selon le PGPS, « il sera ainsi possible de mobiliser davantage les organisations publiques et privées dont les décisions en matière d'organisation, de conditions de travail et de pratiques de gestion peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé de leurs employés.»

Pour assurer le transfert des connaissances, la présente étude fera l'objet d'un article scientifique qui s'ajoutera aux évidences pour montrer la pertinence d'implanter des interventions d'équilibre TVP afin d'améliorer la CTVP chez les travailleurs. Suite à la rédaction de ce mémoire, une rétroaction sera fournie au BNQ et aux entreprises afin d'optimiser leurs pratiques de CTVP. De plus, une présentation des résultats préliminaires a été effectuée en novembre 2016 lors du Colloque annuel de l'Institut de la statistique du Québec dont le thème était justement la CTVP. Une seconde présentation est prévue en mai 2017 au congrès annuel de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), sur le même sujet.

7.9 Suggestions d'études futures

Une revue de la littérature sur les impacts des interventions implantées pour favoriser une bonne CTVP a permis d'identifier certaines lacunes dans les connaissances actuelles liées à l'amélioration de la CTVP (4, 10, 30). Le présent mémoire visait à combler ces lacunes et à répondre aux recommandations émises par les auteurs des études d'interventions et des revues systématiques répertoriées dans la littérature. Toutefois, d'autres études sont requises afin d'approfondir la compréhension de l'effet des interventions visant à améliorer la CTVP. Voici quelques pistes pour les études futures.

7.9.1 Méthodologie

Les recommandations découlant de l'analyse de nos résultats nous permettent d'appuyer ceux des différents auteurs cités dans notre revue de la littérature. Les études futures auraient avantage à utiliser un devis prospectif avec groupe témoin ainsi qu'une durée de suivi de plus de 12 mois. Des mesures validées de la CTVP afin d'étudier adéquatement les effets de mesures d'équilibre TVP sur la CTVP et la santé des travailleurs devront également être développées. De plus, les travailleurs devraient être appariés entre les différents temps de mesures.

Le champ des connaissances serait renforcé par des analyses multi-niveaux évaluant les interventions ainsi que les résultats aux niveaux individuel et organisationnel. Ce type d'analyse permettrait de tenir compte de la corrélation potentielle intra- et interclasse. Elles offriraient l'avantage de corriger la variance des estimés en les rendant plus conservateurs. Le fait de ne pas avoir pris en considération l'effet multi-niveau peut sous-estimer la variance des effets et donc, surestimer leur significativité (c'est-à-dire conclure qu'il y a un effet alors qu'il n'y en a pas).

Les données des recherches futures pourraient également faire l'objet d'études plus approfondies, incluant notamment certaines covariables potentiellement confondantes ou modifiantes, notamment la présence d'enfants, les conditions de travail, l'accès au temps de loisirs et la santé.

Il est primordial que les recherches futures implantent des intervetions démontrées efficaces, afin de pouvoir mesurer l'effet réel de l'implantation d'un programme d'équilibre TVP sur la CTVP.

7.9.2 Recherche qualitative

Tel que mentionné tout au long du présent mémoire, il est important que les études futures fournissent des informations explicites sur les antécédents, les motivations ainsi que sur le contenu des interventions dans lesquelles les travailleurs et les gestionnaires

s’investissent. Depuis quelques années, nous observons une plus grande triangulation des méthodes qualitatives et quantitatives (14, 112), bien que cette tendance soit encore quelque peu limitée (113). La collecte de données qualitatives permettrait d’approfondir la question de l’implantation et de la gestion de la CTVP par les entreprises. Une approche interdisciplinaire de ces questions serait bénéfique, voir même essentielle afin de concevoir des études solides et d’intéresser les différentes parties prenantes qui s'intéressent à ce sujet, à savoir les employeurs, les gouvernements et leurs décideurs ainsi que les travailleurs. Nous estimons qu'il est important d'évaluer les effets des stratégies individuelles de CTVP et des interventions organisationnelles favorisant la CTVP et leurs effets sur la santé et le bien-être des employés (34).

7.9.3 CTVP et santé mentale

La présente étude a permis d’étudier l’effet d’une intervention visant à améliorer la CTVP sur l’ÉSAR, une issue de santé générale. Par ailleurs, l’analyse d’autres données recueillies dans le cadre du même projet, pourrait nous permettre éventuellement d’approfondir la relation entre les interventions d’équilibre TVP et la santé mentale des travailleurs. Les problèmes de santé mentale constituent l’une des principales causes d’absence au travail de longue durée. Au Canada, 28% des femmes et 22,4% des hommes occupant un emploi rémunéré présentent des symptômes de détresse psychologique élevée (31). Il est important de noter que la détresse psychologique associée à la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle est diminuée de manière significative en présence d’une augmentation de la reconnaissance et d’une diminution de la charge de travail (45). Ce lien de causalité pourra être étudié davantage dans de futures études.

7.9.4 Documenter les mesures facilitantes à la CTVP

Documenter les mesures facilitant la CTVP serait également important pour les études futures. En effet, il est important de noter que ces mesures facilitantes n’auraient pas

toutes le même effet bénéfique sur la conciliation (9, 38). Afin de s'assurer que les entreprises implantent des interventions reconnues efficaces, il est primordial d'identifier les combinaisons de pratiques de CTVP les plus bénéfiques pour la santé des travailleurs québécois. Celles-ci peuvent varier en fonction des particularités des entreprises et des caractéristiques des travailleurs impliqués. Des études futures seraient utiles pour déterminer ces combinaisons.

8. Conclusion

La présente étude visait à mesurer l'impact de l'implantation de la NEES (sphère équilibre travail-vie personnelle) sur la CTVP et l'ÉSAR dans dix entreprises québécoises.

Globalement, une augmentation de la difficulté de CTVP entre les deux temps de mesure a été observée. Pour ce qui est de l'ÉSAR, une légère augmentation non-significative du pourcentage de travailleurs ayant une perception négative a également été observée. Cependant, il est important de noter que seules trois entreprises ont implanté des interventions visant à améliorer la CTVP. Dans ces trois entreprises, les résultats diffèrent, mais la CTVP s'est améliorée lorsque les interventions implantées étaient reconnues efficaces dans la littérature.

La difficulté de CTVP peut avoir des répercussions importantes sur la santé. Des interventions bien ciblées pourraient avoir un effet positif sur la conciliation travail vie-personnelle et, par le fait même, améliorer la santé et la productivité des travailleurs. D'un point de vue de santé publique, cette étude représente un levier utile afin de mobiliser et soutenir les gestionnaires des entreprises déjà impliquées dans le projet et ultimement, d'autres organisations dans la province, au Canada ou ailleurs dans le monde.

9. Bibliographie

1. Yost CW, Miller D, Spigner J. Work-life balance: Perspectives from the field. The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for organizations and employees. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2016. p. 135-55.

2. Sultan-Taïeb H. Demande de subvention : Évaluation des interventions mises en oeuvre dans le cadre de la norme Entreprises en santé: implantation, impact économique pour l'employeur et impacts sur la santé physique et mentale des salariés. 2013

3. Lacroix C, Boulet M. La répartition du temps des parents québécois et la conciliation de leurs responsabilités familiales et professionnelles. Institut de la statistique du Québec. 2013;18(1):14-9.

4. Barber LK, Grawitch MJ, Maloney PW. Work-life balance: Contemporary perspectives. Grawitch, Matthew J. (Ed); Ballard, David W. (Ed). In : The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for organizations and employees , (pp. 111-133). Washington, DC, US: American Psychological Association, viii, 272 pp. 2016.

5. Chrétien L, Létourneau I. La culture organisationnelle et les préoccupations des parents-travailleurs concernant le soutien de l'employeur en matière de conciliation travail-famille. Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail. 2010;5(1):70-94.

6. St-Amour N, Bourque M. Conciliation travail-famille et santé : Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays? Direction du dévelopement des individus et des commuautés, Institut national de santé publique du Québec2013.

7. Allen TD, Herst DE, Bruck CS, Sutton M. Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. J Occup Health Psychol. 2000;5(2):278-308.

8. OCDE. Assurer le bien-être des familles. Éditions OCDE; 2011.

9. Vézina M, E. , Cloutier S, Stock K, Lippel E, Fortin E, Delisle A, et al. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. 2011.

10. Joyce K, Pabayo R, Critchley J, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employeehealth and wellbeing (Review). The Cochrane Library. 2010.

11. Biron C, Karanika-Murray M. Process evaluation for organizational stress and well-being interventions: Implications for theory, method, and practice. International Journal of Stress Management. 2014;21(1):85-111.

12. Albertsen K, Garde AH, Nabe-Nielsen K, Hansen AM, Lund H, Hvid H. Work-life balance among shift workers: Results from an intervention study about self-rostering. Int Arch Occup Environ Health. 2014;87(3):265-74.

13. Davis KD, Lawson KM, Almeida DM, Kelly EL, King RB, Hammer L, et al. Parents' Daily Time With Their Children: A Workplace Intervention. Pediatrics. 2015;135(5):875-82 8p.

14. Hammer LB, Kossek EE, Anger WK, Bodner T, Zimmerman KL. Clarifying Work-Family Intervention Processes: The Roles of Work-Family Conflict and Family-Supportive Supervisor Behaviors. J Appl Psychol. 2011;96(1):134-50.

15. Haslam DM, Sanders MR, Sofronoff K. Reducing work and family conflict in teachers: A randomised controlled trial of Workplace Triple P. School Mental Health. 2012;5(2):70-82.

16. Kelly EL, Moen P, Oakes JM, Fan W, Okechukwu C, Davis KD, et al. Changing work and work-family conflict: Evidence from the work, family, and health network. Am Sociol Rev. 2014;79(3):485-516.

17. Nabe-Nielsen K, Garde AH, Diderichsen F. The effect of work-time influence on health and well-being: A quasi-experimental intervention study among eldercare workers. Int Arch Occup Environ Health. 2011;84(6):683-95.

18. Pryce J, Albertsen K, Nielsen K. Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work–life balance. J Nurs Manag. 2006;14(4):282-8.

19. Bambra C, Whitehead M, Sowden A, Akers J, Petticrew M. “A hard day’s night?” The effects of Compressed Working Week interventions on the health and work-life balance of shift workers: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2008;62(9):764-77.

20. Bambra CL, Whitehead MM, Sowden AJ, Akers J, Petticrew MP. Shifting schedules: The health effects of reorganizing shift work. Am J Prev Med. 2008;34(5):427-34.

21. Brough P, O'Driscoll MP. Organizational interventions for balancing work and home demands: An overview. Work Stress. 2010;24(3):280-97.

22. Eby LT, Casper WJ, Lockwood A, Bordeaux C, Brinley A. Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980–2002). J Vocat Behav. 2005;66(1):124-97.

23. Nijp H, Beckers D, Geurts S, Tucker P, Kompier M. Systematic review on the association between employee worktime control and work-non-work balance, health and well-being, and job-related outcomes. Scand J Work Environ Health. 2012;38(4):299-313.

24. Amstad FT, Meier LL, Fasel U, Elfering A, Semmer NK. A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. J Occup Health Psychol. 2011;16(2):151-69.

25. Byron K. A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. J Vocat Behav. 2005;67(2):169-98.

26. Michel JS, Kotrba LM, Mitchelson JK, Clark MA, Baltes BB. Antecedents of work–family conflict: A meta-analytic review. Journal of organizational Behavior. 2010;32:689–725.

27. Bureau de normalisation du Québec. BNQ 9700-800/2008 : Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail. Québec2008.

28. Ministère de la Famille et des Aînés. Un portrait statistique des familles au Québec – Édition 2011. Québec: Gouvernement du Québec; 2011. p. 21.

29. Duxbury L, Higgins C. Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question. Canada: Santé Canada; 2003.

30. Kelly EL, Kossek EE, Hammer LB, Durham M, Bray J, Chermack K, et al. Getting There from Here: Research on the Effects of Work–Family Initiatives on Work–Family Conflict and Business Outcomes. The Academy of Management annals. 2008;2(1):305-49.

31. Vézina M, Bourbonnais R, Marchand A, Arcand R. The association between psychosocial work demands and mental health problems in Quebec: a gender-based analysis. Can J Public Health. 2010;101 Suppl 1:S23-8.

32. Nault M, Tessier S. Enjeux et solutions québécoises pour la conciliation famille-travail : une recension des écrits. Québec: Association pour la santé publique du Québec; 2007. 49 p. p.

33. St-Amour N, Laverdure J, Devault A, Manseau S. La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2005.

34. Zheng C, Molineux J, Mirshekary S, Scarparo S. Developing individual and organisational work-life balance strategies to improve employee health and wellbeing. Employee Relations. 2015;37(3):354-79.

35. Grawitch MJ, Barber LK, Justice L. Rethinking the work–life interface: It's not about balance, it's about resource allocation. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2010;2:127-59.

36. Beauregard TA, Henry LC. Making the link between work-life balance practices and organizational performance. Human Resource Management Review. 2009;19(1):9-22.

37. Kossek, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. Pers Psychol. 2011;64(2):289-313.

38. Institut de la statistique du Québec. Les pratiques de conciliation travail et vie personnelle: Un outil pour atténuer la détresse psychologique des salariés du Québec. Gouvernement du Québec; 2013. p. 33.

39. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of Conflict between Work and Family Roles. The Academy of Management Review. 1985;10(1):76-88.

40. Mache S, Bernburg M, Groneberg DA, Klapp BF, Danzer G. Work family conflict in its relations to perceived working situation and work engagement. Work (Reading, Mass). 2016;53(4):859-69.

41. Kossek EE, Hammer LB. Supervisor Work/Life Training Gets Results. Harv Bus Rev. 2008;2008:36.

42. Barbosa C, Bray JW, Dowd WN, Mills MJ, Moen P, Wipfli B, et al. Return on investment of a work–family intervention: Evidence from the work, family, and health network. J Occup Environ Med. 2015;57(9):943-51.

43. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. Répercussions du conflit travail-vie personnelle 2013. Available from: http://www.cgsst.com/fra/repercussions-du-conflit-travail-vie-personnelle/repercussions-sur-les-personnes-en-emploi.asp.

44. Mercure D. Travail et familles. Des tensions croissantes au cours de la prochaine décennie. Dans G. Pronovost, C. Dumont et I. Biteaudeau (Éds.), La famille à l'horizon 2020 (147-172). Québec : Presses de l'Université du Québec. 2008.

45. Cooklin AR, Dinh H, Strazdins L, Westrupp E, Leach LS, Nicholson JM. Change and stability in work-family conflict and mothers' and fathers' mental health: Longitudinal evidence from an Australian cohort. Soc Sci Med. 2016;155:24-34.

46. Wang J, Patten SB, Currie S, Sareen J, Schmitz N. A population-based longitudinal study on work environmental factors and the risk of major depressive disorder. Am J Epidemiol. 2012;176(1):52-9.

47. Major VS, Klein KJ, Ehrhart MG. Work time, work interference with family, and psychological distress. J Appl Psychol. 2002;87(3):427-36.

48. van Hedel K, Mejia-Guevara I, Avendano M, Sabbath EL, Berkman LF, Mackenbach JP, et al. Work-Family Trajectories and the Higher Cardiovascular Risk of American Women Relative to Women in 13 European Countries. Am J Public Health. 2016;106(8):1449-56.

49. Lippel K, Messing K, Vézina S, Prud'homme P. Chapitre 3 : Conciliation travail et vie personnelle. . Vézina M, E , Cloutier S, Stock K, Lippel E Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST). Québec2011.

50. Ford MT, Heinen BA, Langkamer KL. Work and family satisfaction and conflict: a meta-analysis of cross-domain relations. J Appl Psychol. 2007;92(1):57-80.

51. Kossek EE, Ozeki C. Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. J Appl Psychol. 1998;83(2):139-49.

52. Brisson C., Aboa-Eboulé C., Leroux I., Gilbert-Ouimet M., Vézina M., Bourbonnais R. Psychosocial factors at work and heart disease. In: Heart & Mind: the Evolution of Cardiac Psychology" focused on clinical psychology. New-York: Amerian Psychological Association. 2011.

53. Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. BMC Public Health. 2014;14:135.

54. Brisson C, Gilbert-Ouimet M, Duchaine C, Trudel X, Vézina M. Workplace Interventions Aiming to Improve Psychosocial Work Factors and Related Health. In: Publishing SI, editor. Work Stress and Health in a Globalized Economy. Switzerland2016.

55. Chrétien L, Létourneau I. La conciliation travail-famille: au-delà des mesures à offrir, une culture à mettre en place. Gestion. 2010;35(3):53-61.

56. St-Amour N. La conciliation travail-famille au Québec : des enjeux complexes et en évolution. Gatineau: Université du Québec en Outaouais Centre d'étude et de recherche en intervention sociale; 2009. 17 p.

57. Kossek EE, Hammer LB, Kelly EL, Moen P. Designing work, family & health organizational change initiatives. Organ Dyn. 2014;43(1):53-63.

58. Caouette M-E, Paradis M-E, Biron C. Implementing the Quebec 'Healthy Enterprise'standard: considering readiness for change and psychosocial safety climate. Corporate Wellness Programs: Linking Employee and Organizational Health. 2014:120.

59. Corbiere M, Shen J, Rouleau M, Dewa CS. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. Work (Reading, Mass). 2009;33(1):81-116.

60. Tremblay D-G, Vaillancourt C. La conciliation des responsabilités parentales et professionnelles chez les employés de bureau : résultats d'une recherche menée au Québec. Note de recherche de la Chaire sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir. 2000.

61. Bureau de normalisation du Québec. BNQ 9700-820/2010, Norme conciliation travail-famille. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec; 2010.

62. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. J Appl Psychol. 1996;81: 400– 10.

63. Frone MR, Yardley JK, Markel KS. Developing and Testing an Integrative Model of the Work–Family Interface. J Vocat Behav. 1997;50(2):145-67.

64. Eriksson I, Undén A-L, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. Int J Epidemiol. 2001;30(2):326-33.

65. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009;69(3):307-16.

66. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. Am J Epidemiol. 1983;117(3):292-304.

67. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21-37.

68. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? J Epidemiol Community Health. 2005;59(5):342-5.

69. Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. Conférence internationale sur la Santé; 22 juillet 1946; New York: Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé; 1946. p. 100.

70. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006;21(3):267-75.

71. Winter T, Roos E, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Work-family conflicts and self-rated health among middle-aged municipal employees in Finland. Int J Behav Med. 2006;13(4):276-85.

72. De Raeve L, Jansen NW, Kant IJ. Health effects of transitions in work schedule, workhours and overtime in a prospective cohort study. Scand J Work Environ Health. 2007;33(2):105-13.

73. Griep RH, Toivanen S, van Diepen C, Guimaraes JM, Camelo LV, Juvanhol LL, et al. Work-Family Conflict and Self-Rated Health: the Role of Gender and Educational Level. Baseline Data from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Int J Behav Med. 2016;23(3):372-82.

74. Lunau T, Bambra C, Eikemo TA, van der Wel KA, Dragano N. A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. Eur J Public Health. 2014;24(3):422-7.

75. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? Scand J Work Environ Health. 2014;40(3):230.

76. Tremblay D-G. Conciliation emploi-famille et temps sociaux. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2012. 409 p. p.

77. Rothman K, Greenland S, Last T. Modern epidemiology. : Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins 2008.

78. Bureau de normalisation du Québec. Retour d'expérience sur l'initiative québécoise Entreprise en santé. Québec2014.

79. Agrément Canada, Conseil québécois d'agrément, Gouvernement du Québec. Guide d'information Entreprise en santé. Québec2011.

80. Bureau de normalisation du Québec, Groupe CSA. Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail — Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes. Bibliothèque et Archives nationales du Québec2013.

81. Work family and health network. Toolkits to Achieve Workplace Change Harvard.2016 [13 novembre 2016]. Available from: http://projects.iq.harvard.edu/wfhn/toolkits-achieve-workplace-change.

82. Thomson J, Ressler C. ROWE : The future of work starts here United States2016 [13 novembre 2016]. Available from: http://www.gorowe.com.

83. Dollard M, Bailey T, McLinton S, Richards P, McTernan W, Taylor A, et al. The Australian Workplace Barometer : Report on psychosocial safety climate and worker health in Australia. University of South Australia: Safe Work Australia; 2012.

84. Health and safety executive. Managing the causes of work-related stress : A step-by-step approach using the managements standards 2007 [13 juillet 2016]. Available from: http://www.hse.gov.uk/stress/standards/index.htm.

85. Association canadienne de normalisation. CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013, Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail — Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Québec2013.

86. Safe Work Australia. Australian Work Health and Safety Strategy 2012–2022 : Healthy, safe and productive working lives. Canberra: Safe Work Australia; 2012.

87. Mackay C, Palferman D, Saul H, Webster S, Packham C. Implementation of the Management Standards for work-related stress in Great Britain. In: Routledge, editor. Improving organizational interventions on stress and well-being : Adressing process and context issues 2012. p. 285-312.

88. Health and sefety executive. Health and safety statistics 2008/2009. In: executive Has, editor. UK 2009.

89. Employment New Zealand. Work-life balance in New Zealand: Ministry of Business, Innovation and Employment; 2010 [30 août 2016]. Available from: http://employment.govt.nz/er/bestpractice/worklife/.

90. Governement of United Kingdom. Flexible working: Governement of United Kingdom; 2014 [30 août 2016]. Available from: http://www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.i=1075431613&r.l1=1073858787&r.l

2=1084822788&r.l3=1073858926&r.l4=1074409708&r.s=m&r.t=CASESTUDIES&topicId=1074409708.

91. FairWork Ombudsman. Work and family: Australian Obudsman; 2010 [15 août 2016]. Available from: http://www.fairwork.gov.au/resources/best-practice-guides/pages/work-and-family.aspx.

92. Rasmussen MB, Hansen T, Nielsen KT. New tools ans strategies for the inspection of the psychosocial working environment : The experience of the Danish Environment Autority. Safety Science. 2011;49(4):565-74.

93. Randall R, Griffiths A, Cox T. Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2005;14(1):23-41.

94. Kessler R, Andrews G, Colpe L. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002;32(06):959-76.

95. SAS Institute Inc. The SAS system for Sun OS. Cary, North Carolina2000.

96. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. Am J Epidemiol. 2005;162(3):199-200.

97. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Scandinavian Journal of Public Health. 2010;38(3_suppl):8-24.

98. Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. J Appl Psychol. 1992;77(1):65-78.

99. Michel J, Kotrba L, Mitchelson J, Clark MA, Baltes B. Antecedents of work-family conflict: A meta-analytic review. Journal of organizational behavior 2011;32(5):689-725.

100. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. Indian J Occup Environ Med. 2009;13(2):77-9.

101. Rothman K, Greenland S, Lash T.L. Modem Epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 2008.

102. Checkoway H, Pearce NE, Kriebel D. Research methods in Occupational epidemiology. Second edition ed. 2004. New York: Oxford University Press.

103. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science Medicine. 2004(58):1483-99.

104. Kessler R, Barber C, Beck A. The world health orgnanization Health and work Performance Questionnaire (HPQ). Occup Environ Med. 2003;45(2):156-74.

105. Siegrist J, Peter R. Measuring effort-reward imbalance at work: Guidelines. . Düsseldorf. 1996.

106. Siegrist J, Starke D, Chandola T. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science Medicine. 2004;58(8):1483-99.

107. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol. 1998;3(4):322-55.

108. Karasek RA, Theorell T. Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books Publishers; 1990.

109. Karasek R. Stress prevention through work reorganization: A summary of 19 international case studies. Conditions of work digest: Preventing stress at work. 1992;11:23-41.

110. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Programme national de santé publique 2015-2025. Québec: Gouvernement du Québec; 2015. p. 88.

111. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Politique gouvernementale de prévention en santé. Québec: Gouvernement du Québec; 2016. p. 112.

112. Ernst Kossek E, Huber MSQ, Lerner JV. Sustaining work force inclusion and well-being of mothers on public assistance: Individual deficit and social ecology perspectives. J Vocat Behav. 2003;62(1):155-75.

113. Casper WJ, Eby LT, Bordeaux C, Lockwood A, Lambert D. A review of research methods in IO/OB work-family research. J Appl Psychol. 2007;92(1):28-43.

10. Annexes

Annexe 1

Figure A : Modèle du conflit travail-famille (Michel et al., 2010)

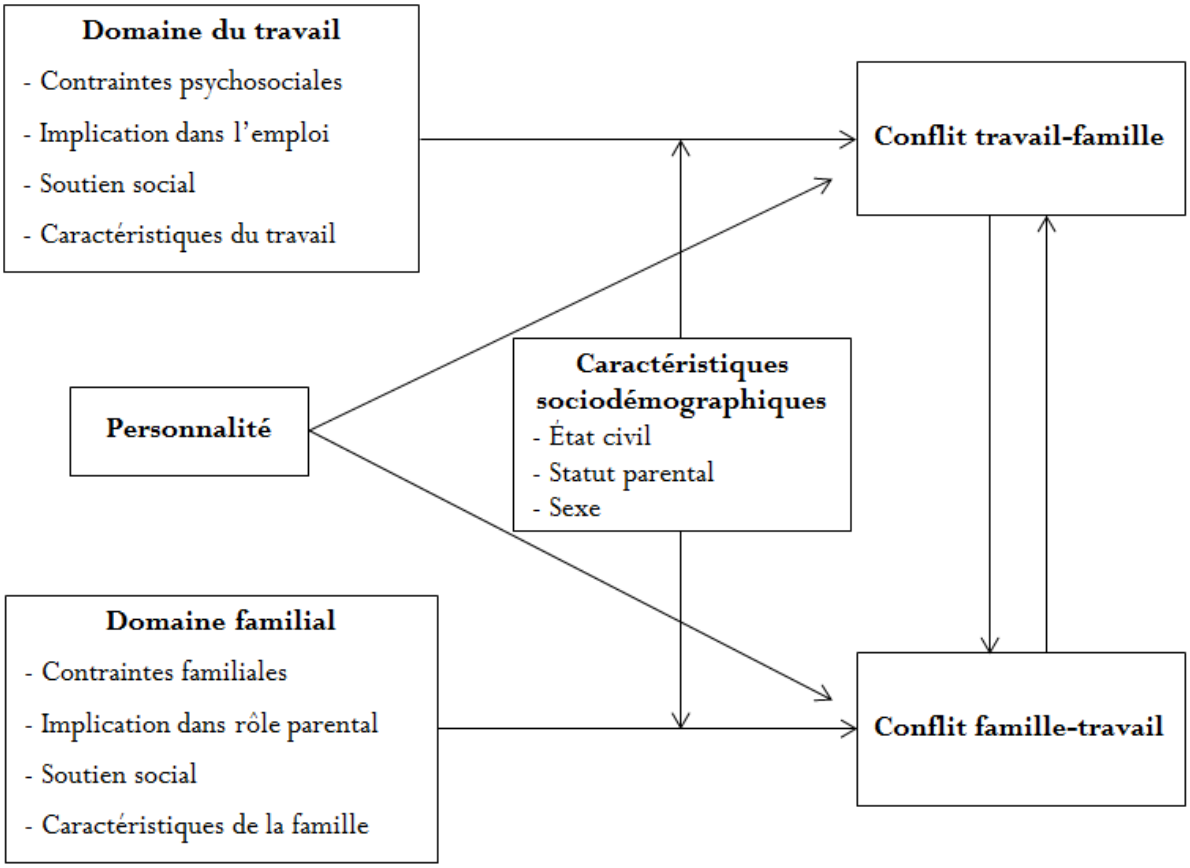


Tableau A: Définitions des éléments inclus dans la figure 1

Construct	Definitions
Work domain	
Role stressors	
Job stressors	Pooled (at the sample level) conflict, ambiguity, overload, and/or time demands of the work domain Used when the study did not report individual job stressors
Work role conflict	The extent to which an individual experiences incompatible role pressures within the work domain
Work role ambiguity	The lack of necessary information (specificity and predictability) about duties, objectives, and responsibilities needed for a particular work–role or the lack of work–role clarity
Work role overload	The perception of having too many work–role tasks and not enough time to do them
Work time demands	Amount of time devoted to the work role Includes work time demands, hours worked, and hours spent in paid work
Role involvement	
Job involvement	Level of psychological involvement (attachment, connection) to the work role
Work interest/centrality	Perceived importance of work in one's life; the degree to which the work role is central in life Includes work centrality/identity, work interest, and work importance
Social support	
Organizational support	Amount of instrumental aid, emotional concern, informational, and/or appraisal functions from the organization
Supervisor support	Amount of instrumental aid, emotional concern, informational, and/or appraisal functions from the immediate supervisor
Coworker support	Amount of instrumental aid, emotional concern, informational, and/or appraisal functions from peers or coworkers
Work characteristics	
Organizational tenure	Duration of placement within an organization
Job tenure	Duration of placement on a particular job
Type of job	Categorization of jobs characteristics Includes job and organizational level, job rank, job type (e.g., blue collar vs. white collar), and self-employment
Current salary	Employee's current monetary compensation
Task variety	The extent to which a job requires an individual to perform a wide range of tasks
Job autonomy	Degree of freedom available on the job
Schedule flexibility	Flexible working hours Includes schedule flexibility, flextime, telecommuting, and shift work
Family friendly organization	Organizations that are sympathetic toward employee family-related needs Includes family supportive organization, work–family organizational culture, number of organizational benefits offered, and dependant care benefits/family supportive services
Family domain	
Role stressors	
Family stressors	Pooled (at the sample level) conflict, ambiguity, overload and/or time demands of the family domain Used when the study did not report individual family stressors
Family role conflict	The extent to which an individual experiences incompatible role pressures within the family domain

Construct	Definitions
Family role ambiguity	The lack of necessary information (specificity and predictability) about duties, objectives, and responsibilities needed for a particular family–role or the lack of family–role clarity
Family role overload	The perception of having too many family–role tasks and not enough time to do them
Family time demands	Amount of time devoted to the family role Includes family time demands and time spent in family work
Parental demands	Demands on the parental role Includes number and age of children
Number of children/dependents	Number of children (and other dependents) living at home Includes total number of children, number of children 18 or under, number of children 7 or under, number of children under 5, and total number of other dependents
Age of children	Age of children Includes age of children and age of youngest child living at home
Role involvement	
Family involvement	Level of psychological involvement (attachment, connection) to the family role
Family interest/centrality	Perceived importance of family in one's life; the degree to which the family role is central in life Includes family centrality/identity, family commitment, and family importance
Social support	
Family support	Amount of instrumental aid, emotional concern, informational, and/or appraisal functions from the family unit
Spousal support	Amount of instrumental aid, emotional concern, informational, and/or appraisal functions from the spouse
Family characteristics	
Working spouse	Status of spouse's paid employment Includes working spouse, spouse hours worked, and spouse hours worked per week
Family income	Collective wage of the family unit
Family climate	Extent to which the family unit is sympathetic toward members needs Includes family climate for sharing, family climate for sacrifice (reverse coded), family climate, family cohesion, family adaptability
Personality	
Internal locus of control	Extent to which individuals feel that outcomes are caused by the individual or self (i.e., internal variables) as opposed to external variables such as chance Includes locus of control, sense of control, and perceived control
Negative affect/neuroticism	Extent to which individuals have higher levels of distress, anxiety, and dissatisfaction; focusing primarily on unpleasant characteristics of themselves, others, and the world; represents an individual's tendency to experience psychological distress

Annexe 2

Instruments de mesure du conflit travail-vie personnelle

1. COPSOQ

Choix de réponses possibles

The response option for questions in COPSOQ II is given below:

(a) Always; Often; Sometimes; Seldom; Never/hardly ever
(b) Always; Often; Sometimes; Seldom; Never/hardly ever (reversed scoring)
(c) To a very large extent; To a large extent; Somewhat; To a small extent; To a very small extent
(d) Always; Often; Sometimes; Seldom; Never/hardly ever; Not relevant
(e) Very satisfied; Satisfied; Unsatisfied; Very unsatisfied; Not relevant
(f) Yes, often; Yes, sometimes; Rarely; No, never
(g) Yes, certainly; Yes, to a certain degree; Yes, but only very little; No, not at all

Questionnaire

Demands at work

Scale	Item #	Item	Response option
Quantitative demands	QD1	Is your workload unevenly distributed so it piles up?	a
	QD2	How often do you not have time to complete all your work tasks?	a
	QD3	Do you get behind with your work?	a
	QD4	Do you have enough time for your work tasks?	b
Work pace	WP1	Do you have to work very fast?	a
	WP2	Do you work at a high pace throughout the day?	c
	WP3	Is it necessary to keep working at a high pace?	c
Cognitive demands	CD1	Do you have to keep your eyes on lots of things while you work?	a
	CD2	Does your work require that you remember a lot of things?	a
	CD3	Does your work demand that you are good at coming up with new ideas?	a
	CD4	Does your work require you to make difficult decisions?	a
Emotional demands	ED1	Does your work put you in emotionally disturbing situations?	a
	ED2	Do you have to relate to other people's personal problems as part of your work?	a
	ED3	Is your work emotionally demanding?	c
	ED4	Do you get emotionally involved in your work?	c
Demands for hiding emotions	HE1	Are you required to treat everyone equally, even if you do not feel like it?	a
	HE2	Does your work require that you hide your feelings?	c
	HE3	Are you required to be kind and open towards everyone – regardless of how they behave towards you?	c

Work organization and job contents

Scale	Item#	Item	Response option
Influence	IN1	Do you have a large degree of influence concerning your work?	a
	IN2	Do you have a say in choosing who you work with?	a
	IN3	Can you influence the amount of work assigned to you?	a
	IN4	Do you have any influence on what you do at work?	a
Possibilities for development (skill discretion)	PD1	Does your work require you to take the initiative?	c
	PD2	Do you have the possibility of learning new things through your work?	c
	PD3	Can you use your skills or expertise in your work?	c
	PD4	Does your work give you the opportunity to develop your skills?	c
Variation	VA1	Is your work varied?	a
	VA2	Do you have to do the same thing over and over again?	b
Meaning of work	MW1	Is your work meaningful?	c
	MW2	Do you feel that the work you do is important?	c
	MW3	Do you feel motivated and involved in your work?	c
Commitment to the workplace	CW1	Do you enjoy telling others about your place of work?	c
	CW2	Do you feel that your place of work is of great importance to you?	c
	CW3	Would you recommend a good friend to apply for a position at your workplace?	c
	CW4	How often do you consider looking for work elsewhere?	b

Interpersonal relations and leadership

Scale	Item #	Item	Response option
Predictability	PR1	At your place of work, are you informed well in advance concerning for example important decisions, changes, or plans for the future?	c
	PR2	Do you receive all the information you need in order to do your work well?	c
Recognition	RE1	Is your work recognised and appreciated by the management?	c
	RE2	Does the management at your workplace respect you?	c
	RE3	Are you treated fairly at your workplace?	c
Role clarity	CL1	Does your work have clear objectives?	c
	CL2	Do you know exactly which areas are your responsibility?	c
	CL3	Do you know exactly what is expected of you at work?	c
Role conflicts	CO1	Do you do things at work, which are accepted by some people but not by others?	c
	CO2	Are contradictory demands placed on you at work?	c
	CO3	Do you sometimes have to do things which ought to have been done in a different way?	c
	CO4	Do you sometimes have to do things which seem to be unnecessary?	c
Quality of leadership		To what extent would you say that your immediate superior:	
	QL1	– makes sure that the individual member of staff has good development opportunities?	c
	QL2	– gives high priority to job satisfaction?	c
	QL3	– is good at work planning?	c
	QL4	– is good at solving conflicts?	c
			c
Social support from colleagues	SC1	How often do you get help and support from your colleagues?	d
	SC2	How often are your colleagues willing to listen to your problems at work?	d
	SC3	How often do your colleagues talk with you about how well you carry out your work?	d
Social support from supervisors*	SS1	How often is your nearest superior willing to listen to your problems at work?	a
	SS2	How often do you get help and support from your nearest superior?	a
	SS3	How often does your nearest superior talk with you about how well you carry out your work?	a
Social community at work	SW1	Is there a good atmosphere between you and your colleagues?	a
	SW2	Is there good co-operation between the colleagues at work?	a
	SW3	Do you feel part of a community at your place of work?	a

*These questions were only addressed to respondents who were not supervisors themselves and who had a supervisor.

Work-individual interface

Scale	Item #	Item	Response option
Job insecurity	JI1	Are you worried about becoming unemployed?	c
	JI2	Are you worried about new technology making you redundant?	c
	JI3	Are you worried about it being difficult for you to find another job if you became unemployed?	c
	JI4	Are you worried about being transferred to another job against your will?	c
Job satisfaction		Regarding your work in general. How pleased are you with:	
	JS1	– your work prospects?	e
	JS2	– the physical working conditions?	e
	JS3	– the way your abilities are used?	e
	JS4	– your job as a whole, everything taken into consideration?	e
Work–family conflict	WF1	Do you often feel a conflict between your work and your private life, making you want to be in both places at the same time?	f
		The next three questions concern the ways in which your work affects your private life:	
	WF2	Do you feel that your work drains so much of your *energy* that it has a negative effect on your private life?	g
	WF3	Do you feel that your work takes so much of your *time* that it has a negative effect on your private life?	g
	WF4	Do your friends or family tell you that you work too much?	g
Family–work conflict		The next two questions concern the ways in which *your private life* affects your work:	
	FW1	Do you feel that your private life takes so much of your *energy* that it has a negative effect on your work?	g
	FW2	Do you feel that your private life takes so much of your *time* that it has a negative effect on your work?	g

Values at the workplace

The next questions are not about your own job but about the workplace as a whole

Scale	Item #	Item	Response option
Mutual trust between employees	TE1	Do the employees withhold information from each other?	h
	TE2	Do the employees withhold information from the management?	h
	TE3	Do the employees in general trust each other?	c
Trust regarging management	TM1	Does the management trust the employees to do their work well?	c
	TM2	Can you trust the information that comes from the management?	c
	TM3	Does the management withhold important information from the employees?	h
	TM4	Are the employees able to express their views and feelings?	c
Justice	JU1	Are conflicts resolved in a fair way?	c
	JU2	Are employees appreciated when they have done a good job?	c
	JU3	Are all suggestions from employees treated seriously by the management?	c
	JU4	Is the work distributed fairly?	c
Social inclusiveness	SI1	Are men and women treated equally at your workplace?	c
	SI2	Is there space for employees of a different race and religion?	c
	SI3	Is there space for elderly employees?	c
	SI4	Is there space for employees with various illnesses or disabilities?	c

Health and well-being

Scale	Item #	Item	Response option
General health perception	GH1	In general, would you say your health is: (Excellent, Very good, Good, Fair, Poor)	i
		These questions are about how you have been during *the last 4 weeks*.	
Sleeping troubles	SL1	How often have you slept badly and restlessly?	j
	SL2	How often have you found it hard to go to sleep?	j
	SL3	How often have you woken up too early and not been able to get back to sleep?	j
	SL4	How often have you woken up several times and found it difficult to get back to sleep?	j
Burnout	BO1	How often have you felt worn out?	j
	BO2	How often have you been physically exhausted?	j
	BO3	How often have you been emotionally exhausted?	j
	BO4	How often have you felt tired?	j
Stress	ST1	How often have you had problems relaxing?	j
	ST2	How often have you been irritable?	j
	ST3	How often have you been tense?	j
	ST4	How often have you been stressed?	j
Depressive symptoms	DS1	How often have you felt sad?	j
	DS2	How often have you lacked self-confidence?	j
	DS3	How often have you had a bad conscience or felt guilty?	j
	DS4	How often have you lacked interest in everyday things?	j
Somatic stress	SO1	How often have you had stomach ache?	j
	SO2	How often have you had a headache?	j
	SO3	How often have you had palpitations?	j
	SO4	How often have you had tension in various muscles?	j
Cognitive stress	CS1	How often have you had problems concentrating?	j
	CS2	How often have you found it difficult to think clearly?	j
	CS3	How often have you had difficulty in taking decisions?	j
	CS4	How often have you had difficulty with remembering?	j
Self-efficacy		How well do these descriptions fit you as a person?	
	SE1	I am always able to solve difficult problems, if I try hard enough.	k
	SE2	If people work against me, I find a way of achieving what I want.	k
	SE3	It is easy for me to stick to my plans and reach my objectives.	k
	SE4	I feel confident that I can handle unexpected events.	k
	SE5	When I have a problem, I can usually find several ways of solving it.	k
	SE6	Regardless of what happens, I usually manage.	k

Offensive behaviour

Scale	Item #	Item	Response option
Sexual harassment	SH	Have you been exposed to undesired sexual attention at your workplace during the last 12 months?	l
Threats of violence	TV	Have you been exposed to threats of violence at your workplace during the last 12 months?	l
Physical violence	PV	Have you been exposed to physical violence at your workplace during the last 12 months?	l
Bullying	BU	Bullying means that a person repeatedly is exposed to unpleasant or degrading treatment, and that the person finds it difficult to defend himself or herself against it.	
		Have you been exposed to bullying at your workplace during the last 12 months?	l
Unpleasant teasing	UT	Have you been exposed to unpleasant teasing at your workplace during the last 12 months?	l
Conflicts and quarrels	CQ	Have you been involved in quarrels or conflicts at your workplace during the last 12 months?	l
Gossip and slander	GS	Have you been exposed to gossip and slander at your workplace during the last 12 months?	m

2. NETEMEYER : WORK AND FAMILY CONFLICT SCALE

Work–Family Conflict Scale

1. The demands of my work interfere with my home and family life.
2. The amount of time my job takes up makes it difficult to fulfill family responsibilities.
3. Things I want to do at home do not get done because of the demands my job puts on me.
4. My job produces strain that makes it difficult to fulfill family duties.
5. Due to work-related duties, I have to make changes to my plans for family activities.

Family–Work Conflict Scale

1. The demands of my family or spouse/partner interfere with work-related activities.
2. I have to put off doing things at work because of demands on my time at home.
3. Things I want to do at work don't get done because of the demands of my family or spouse/partner.
4. My home life interferes with my responsibilities at work such as getting to work on time, accomplishing daily tasks, and working overtime.
5. Family-related strain interferes with my ability to perform job-related duties.

3. FRONE : THE WORK-FAMILY CONFLICT SCALE (WAFCS)

		Very strongly disagree						Very strongly agree
1	My work me spending sufficient quality time with my family	1	2	3	4	5	6	7
2	There is no time left at the end of the day to do the things I'd like at home (e.g., chores and leisure activities)	1	2	3	4	5	6	7
3	My family misses out because of my work commitments	1	2	3	4	5	6	7
4	My work has a negative impact on my family life	1	2	3	4	5	6	7
5	Working often makes me irritable or short tempered at home	1	2	3	4	5	6	7
6	My work performance suffers because of my personal and family commitments	1	2	3	4	5	6	7
7	Family related concerns or responsibilities often distract me at work	1	2	3	4	5	6	7
8	If I did not have a family I'd be a better employee	1	2	3	4	5	6	7
9	My family has a negative impact on my day to day work duties	1	2	3	4	5	6	7
10	It is difficult to concentrate at work because I am so exhausted by family responsibilities	1	2	3	4	5	6	7

4. Comparaison des questions liées à la CTVP

Tableau B : Comparaison des questions liées à la CTVP selon les différents questionnaires

COPSOQ	NETEMEYER WFC and FWC scales	FRONE The WFC scale	NEES
1. Do you often feel a conflict between your work and your private life, making you want to be in both places at the same time? 2.Do you feel that your work drains so much of your energy that it has a negative effect on your private life? 3. Do you feel that your work takes so much of your time that it has a negative effect on your private life? 4. Do your friends or family tell you that you work too much?	<u>Work on family</u> 1. The demands of my work interfere with my home and family life. 2. The amount of time my job takes up makes it difficult to fulfill family responsibilities. 3. Things I want to do at home do not get done because of the demands my job puts on me. 4. My job produces strain that makes it difficult to fulfill family duties. 5. Due to work-related duties, I have to make changes to my plans for family activities. <u>Family on work</u> 1. The demands of my family or spouse/partner interfere with work-related activities. 2. I have to put off doing things at	1. My work me spending sufficient quality time with my family 2. There is no time left at the end of the day to do the things I'd like at home (e.g., chores and leisure activities) 3. My family misses out because of my work commitments 4. My work has a negative impact on my family life 5. Working often makes me irritable or short tempered at home 6. My work performance suffers because of my personal and family commitments 7. Family related concerns or responsibilities often distract me at work 8. If I did not have a family I'd be a better employee 9. Myfamilyhasanegativeimpact on my day to day work duties	1. J'arrive à maintenir un équilibre entre mes obligations professionnelles et mes responsabilités personnelles. 2. Pour mon équilibre travail-vie personnelle, au sein de l'entreprise, la mesure xxx : 1. *Est satisfaisante* 2. *Est non satisfaisante* 3. *Serait facilitante* 4. *Ne serait pas facilitante* <u>* Mesures questionnées :</u> L'horaire flexible qui permet de choisir l'horaire de travail La possibilité d'échanger des heures avec des collègues L'accès à la semaine de travail réduite, sur une base volontaire L'accès à une banque de temps

	work because of demands on my time at home. 3. Things I want to do at work don't get done because of the demands of my family or spouse/partner. 4. My home life interferes with my responsibilities at work such as getting to work on time, accomplishing daily tasks, and working overtime. 5. Family-related strain interferes with my ability to perform job-related duties.	10. It is difficult to concentrate at work because I am so exhausted by family responsibilities	qui permet d'accumuler des heures de travail utilisables au besoin Le travail à domicile L'accès à une garderie en milieu de travail L'accès au congé sans solde ou au traitement différé L'accès à l'horaire comprimé

Annexe 3

Stratégie de recherche de la revue de littérature sur les études d'interventions

Pour produire ce mémoire, une recherche de type systématique a été effectuée dans la littérature en lien avec les interventions organisationnelles chez les travailleurs concernant le conflit ou la conciliation travail-vie personnelle. Comme la majorité des écrits sont en anglais, nous avons au préalable trouvé des équivalents anglais en utilisant le moteur de recherche du Catalogue et Index des sites médicaux de langue française (Cismef. http://www.hetop.eu/hetop/). Les mots-clés utilisés sont présentés dans le tableau ci-bas. Les recherches ont été effectuées dans les bases de données suivantes : PubMed, Cinhal, Embase, PsychInfo, Web Of Science et Cochrane. Lorsque nécessaire, les articles issus des références pertinentes citées dans les articles principaux ont été consultés. Après lecture des titres et des résumés disponibles, nous avons retenu, sur la base des objectifs de recherche, les articles pertinents. Les textes complets de tous ces articles sont disponibles à partir de la bibliothèque Ariane.

Tableau C : Mots-clés utilisés

Population	Intervention	Issue
Work	Intervention	WFC
Employee*	Organisational practice	FWC
Worker*	Organizational practice	WIF
Occupation*		FIW
Workplace		Work life
Job		Work family
		Life work
		Family work
		Work to life
		Life to work
		Compressed week
		Flexible work
		Flexible* hour
		Flexible schedule
		Shared time
		Distance work
		Gradual return
		Childcare AND workplace
		Telecommuting
		Work schedule tolerance (Mesh)
		Flexitime
		Self-scheduling

Annexe 4

Tableau D : Caractéristiques des entreprises participantes et dates de collecte de données

Organisme	Répondants à T1			Employés totaux à T1	Taux de participation		Date de sondage	
	H	F	Total		T1	T2	T1	T2
A	182	344	526	641	82%	71%	Fév 2012	Déc 2014
B	670	411	1081	1622	67%	66%	Déc 2013	Déc 2015
C	84	86	169	212	79%	83%	Oct 2012	Juin 2015
D	10	150	160	211	76%	65%	Déc 2012	Déc 2014
E	98	88	186	234	79%	84%	Mars 2012	Mai 2015
F	116	77	193	232	83%	63%	Nov 2012	Juin 2015
G	27	104	131	152	86%	69%	Juin 2012	Juin 2014
H	71	63	134	166	81%	84%	Nov 2012	Juin 2015
I	47	20	67	94	71%	84%	Avril 2010	Mai 2013
J	142	59	201	223	90%	88%	Juin 2011	Avril 2014

T1 : Mesure pré-intervention
T2 : Mesure post-intervention

Annexe 5

Questionnaire auto-administré «Diagnostic EES»

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Entreprise ABC

Questionnaire diagnostic « Entreprise en santé »

Introduction

Votre organisation s'est engagée dans une démarche de certification en lien avec la norme **« Entreprise en santé »**.

L'organisation qui vise la certification doit recueillir des données dans les quatre sphères d'activités suivantes :

1- Environnement de travail
2- Organisation du travail et pratiques de gestion
3- Équilibre travail – vie personnelle
4- Habitudes de vie

Le présent questionnaire est le moyen retenu par votre organisation pour recueillir de l'information sur ces quatre sphères d'activités.

Tous les employés de votre organisation sont invités à remplir le questionnaire. Votre collaboration est volontaire, mais essentielle afin de nous permettre de dresser un diagnostic de la situation actuelle dans votre milieu. Une fois la compilation et l'analyse des données complétées, les résultats dépersonnalisés seront fournis à votre comité de santé et mieux-être responsable d'élaborer un plan de mise en œuvre.

Soyez assuré que toutes les informations que vous fournirez dans le cadre de ce questionnaire seront dépersonnalisées pour en assurer la **confidentialité** et qu'aucun individu ne pourra être identifié dans la présentation des résultats.

Merci de votre collaboration.

Apposez votre étiquette ici (instructions au verso)

Pour l'INSPQ, équipe « Promotion de la santé des travailleurs »

Michel Vézina, responsable scientifique
Carole Chénard, chargée de projet
Marie-Michèle Mantha-Bélisle, agente de recherche

Québec

Code d'accès unique et confidentiel

Ce code d'accès vous permet de remplir le questionnaire en ligne ou papier. VEUILLEZ UTILISER L'ACCÈS EN LIGNE **OU** PAPIER. Vous ne disposez que d'un seul accès. S'il s'avérait que vous utilisiez à la fois l'accès en ligne et l'envoi du questionnaire papier, vos réponses au questionnaire « papier » seraient rejetées.

Avis sur la confidentialité

Les réponses au questionnaire sont confidentielles. Les données recueillies seront dépersonnalisées et utilisées aux seules fins de la réalisation et de l'évaluation de la démarche « Entreprise en santé ». Les données dépersonnalisées pourraient aussi être utilisées par l'INSPQ à des fins de recherche pour l'amélioration de la démarche « Entreprise en santé ».

Tous les questionnaires remplis « en ligne » seront automatiquement intégrés dans un fichier par une ressource externe. La base de données constituée des questionnaires « Entreprise en santé » sera transférée à une ressource désignée de l'Infocentre afin d'être traitée.

Seuls les membres de l'équipe « Promotion de la santé des travailleurs », les ressources externes et de l'Infocentre désignées ont accès aux données. Ces personnes ont signé les ententes de confidentialité pour avoir accès aux données dans le cadre de leurs fonctions.

L'équipe « Promotion de la santé des travailleurs » tient à préciser aux employés que des mesures de sécurité ont été prises pour assurer cette confidentialité. **Seuls les résultats des analyses pour les sites de l'organisation (le cas échéant), les services (ou directions) et les catégories d'emploi comptant un minimum de 30 répondants sont diffusés. Lorsque le nombre de répondants est restreint, les résultats sont regroupés ou non diffusés.**

À noter :

- Si vous n'avez pas reçu de code d'accès et/ou d'enveloppe retour, veuillez contacter un membre de votre comité de santé et mieux-être.
- Assurez-vous d'apposer l'étiquette avec le code d'accès sur le questionnaire.
- Remplissez toutes les sections et retournez le questionnaire à l'aide de l'enveloppe adressée à votre responsable ou directement à l'INSPQ.
- Veuillez répondre dans le délai demandé par votre organisation.

Comment remplir le questionnaire?

Vous devez compter environ 40 minutes pour remplir le questionnaire.

Veuillez répondre à **toutes** les questions. Il est important de vous référer à votre **situation actuelle** et/ou à l'emploi que vous occupez **actuellement**. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Veuillez répondre en fonction de **votre** point de vue personnel.

Pour la plupart des questions, vous avez 4 choix de réponse possibles, soit vous êtes :

Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord

Lorsque l'échelle de réponse sera différente, ce changement sera porté à votre attention.

Aussi, des **questions ouvertes** seront posées dans chacune des sections afin d'obtenir **vos suggestions et commentaires**. Ils seront pris en compte dans l'analyse des résultats des questionnaires et seront regroupés aux fins de présentation des résultats afin de préserver la confidentialité.

SECTION 1 - Environnement de travail

La présente section concerne votre appréciation de l'aménagement sain et sécuritaire de votre environnement de travail.

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en **cochant** la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
1. De manière générale, je considère mon environnement de travail (espace de travail, véhicule, machinerie, etc.) sécuritaire.	☐	☐	☐	☐
2. Les conditions ambiantes suivantes de mon environnement de travail sont saines et adéquates à l'égard de :				
A. Qualité de l'air et ventilation	☐	☐	☐	☐
B. Éclairage	☐	☐	☐	☐
C. Température	☐	☐	☐	☐
D. Bruit	☐	☐	☐	☐
E. Risque d'infection	☐	☐	☐	☐
3. L'aménagement de mon espace de travail est conçu de façon à favoriser une bonne posture (ex : véhicule, machinerie, mobilier, équipement).	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : La question 4 réfère à une échelle différente.

4. Dans le cadre de votre emploi, à quelle fréquence êtes-vous exposé(e) à chacune des situations suivantes :	Jamais	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
A. Travailler le dos penché en avant ou de côté, ou avec une torsion du dos (dos « twisté »).	☐	☐	☐	☐
B. Effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras (ex. : le travail à la chaine, la saisie de données ou encore un rythme imposé par une machine) ou effectuer des gestes de précision (ex. : saisir du bout des doigts, aligner un outil ou une pièce ou contrôler finement ses mouvements)	☐	☐	☐	☐
C. Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement.	☐	☐	☐	☐
D. Manier sans aide des charges lourdes (ex. : soulever, porter, transporter des personnes ou des charges comme des caisses ou des meubles).	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : Les questions suivantes réfèrent à l'échelle habituelle.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
5. Je considère que mon environnement de travail est aménagé pour favoriser la pratique d'activités physiques (accès aires de promenades, salle d'exercice, supports à vélos, douches, vestiaires, etc.).	☐	☐	☐	☐
6. Je considère que mon environnement me permet d'adopter une saine alimentation (aires de repas, fours micro-ondes, machines distributrices, menus santé, etc.).	☐	☐	☐	☐

7. Indiquez les changements que, si c'était possible, **vous** aimeriez effectuer ou que **votre organisation** pourrait effectuer pour répondre à vos besoins et pour favoriser un milieu de travail plus sain ou plus adéquat au niveau de l'**environnement de travail.**

SECTION 2 – Organisation du travail et pratiques de gestion

La présente section concerne :
A) l'**organisation du travail et B)** les **pratiques de gestion.**

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en **cochant** la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
8. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.	☐	☐	☐	☐
9. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.	☐	☐	☐	☐
10. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.	☐	☐	☐	☐
11. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.	☐	☐	☐	☐
12. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.	☐	☐	☐	☐
13. Mon travail exige d'aller très vite.	☐	☐	☐	☐
14. On me demande de faire une quantité excessive de travail.	☐	☐	☐	☐
15. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.	☐	☐	☐	☐
16. Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres. (Ces demandes peuvent provenir de différents groupes : supérieurs, collègues, clientèles, etc. Il s'agit de ce que vous vivez en général au travail.)	☐	☐	☐	☐
17. Mon travail exige de travailler très fort. (Exigences mentales ou physiques)	☐	☐	☐	☐
18. Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail.	☐	☐	☐	☐
19. À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe.	☐	☐	☐	☐
20. Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi. (Il peut s'agir d'une attitude agressive.)	☐	☐	☐	☐

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
21. Au travail, mes efforts sont suffisamment appréciés. (Le manque d'appréciation peut provenir de différents groupes : supérieurs, collègues, clientèle, etc. Il s'agit de ce que vous vivez en général au travail.)	☐	☐	☐	☐
22. Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.	☐	☐	☐	☐
23. Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis.	☐	☐	☐	☐
24. Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail.	☐	☐	☐	☐
25. Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi. (Il peut s'agir d'une attitude agressive.)	☐	☐	☐	☐
26. Mon supérieur immédiat est disponible pour répondre à mes questions lorsque la situation l'exige.	☐	☐	☐	☐
27. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.	☐	☐	☐	☐
28. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.	☐	☐	☐	☐
29. Mes perspectives de promotion sont faibles.	☐	☐	☐	☐
30. Ma sécurité d'emploi est faible.	☐	☐	☐	☐
31. Vu tous mes efforts et réalisations, je reçois le respect et l'estime que je mérite au travail.	☐	☐	☐	☐
32. Vu tous mes efforts et réalisations, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.	☐	☐	☐	☐
33. Vu tous mes efforts et réalisations, mon salaire est satisfaisant.	☐	☐	☐	☐
34. Je subis plusieurs interruptions et dérangements dans la réalisation de mes tâches.	☐	☐	☐	☐
35. Au travail, on me traite équitablement.	☐	☐	☐	☐

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
36. De manière générale, je suis consulté dans les prises de décision qui concernent mes tâches.	☐	☐	☐	☐
37. De manière générale, je suis consulté dans les prises de décision qui concernent mon unité de travail (service, département, division ou section).	☐	☐	☐	☐
38. Mon supérieur immédiat favorise la communication de l'information au sein de mon unité de travail (service, division ou section).	☐	☐	☐	☐
39. J'ai accès à des activités de formation pour mon développement professionnel.	☐	☐	☐	☐
40. De manière générale, la formation que je reçois répond à un besoin de développement par rapport aux tâches que j'ai à exécuter dans mon emploi.	☐	☐	☐	☐
41. Généralement, vous explique-t-on clairement ce que vous avez à faire dans votre travail.	☐	☐	☐	☐
42. Mon supérieur immédiat tient compte de mes capacités et de ma santé dans ses décisions de gestion.	☐	☐	☐	☐
43. Mon supérieur immédiat favorise ma participation aux activités de promotion de la santé et mieux-être.	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : La question 44 réfère à une échelle de mesure différente.

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
44. Dans votre emploi actuel, diriez-vous que vous avez les moyens pour faire un travail de bonne qualité.	☐	☐	☐	☐

45. Indiquez les changements que, si c'était possible, **vous** aimeriez effectuer ou que **votre organisation** pourrait effectuer pour répondre à vos besoins et pour favoriser un milieu de travail plus sain ou plus adéquat au niveau de l'**organisation de votre travail et des pratiques de gestion.**

SECTION 3 – Équilibre travail – vie personnelle

La présente section concerne l'équilibre travail – vie personnelle.
Elle vise à connaître les pratiques et les mesures favorisant l'équilibre travail – vie personnelle auxquelles vous avez ou voudriez avoir accès.

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en **cochant** la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
46. J'ai la possibilité de m'absenter du travail, au besoin, pour des raisons familiales ou personnelles.	☐	☐	☐	☐
47. Je considère que mon supérieur immédiat respecte l'horaire et les congés une fois qu'ils sont établis.	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : La prochaine question réfère à une échelle de mesure différente.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord	Ne sait pas
48. Je considère que les mesures de retour au travail à la suite d'une absence prolongée sont satisfaisantes.	☐	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : La question 49 réfère à l'échelle habituelle

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
49. J'arrive à maintenir un équilibre entre mes obligations professionnelles et mes responsabilités personnelles.	☐	☐	☐	☐

Pour la question 50, l'échelle est différente. La question vise à connaître votre satisfaction à l'égard de mesures en place dans votre organisation. ATTENTION : Pour les mesures non accessibles, vous devez cocher celles qui seraient facilitantes à votre équilibre « travail – vie personnelle **».**

Pour chacune des mesures, cocher un seul choix.

	Mesure en place		**Mesure non accessible**	
50. Pour mon équilibre « travail-vie personnelle » au sein de l'organisation, la mesure… :	**Est satisfaisante**	**Est non satisfaisante**	**Serait facilitante**	**Non facilitante**
A. Un horaire flexible qui permet de choisir mon horaire de travail	☐	☐	☐	☐
B. La possibilité d'échanger des heures avec un ou une collègue	☐	☐	☐	☐
C. L'accès à la semaine de travail réduite, sur une base volontaire	☐	☐	☐	☐
D. L'accès à une banque de temps qui permet d'accumuler des heures de travail utilisables au besoin	☐	☐	☐	☐
E. Le travail à domicile	☐	☐	☐	☐
F. L'accès à une garderie en milieu de travail	☐	☐	☐	☐
G. L'accès au congé sans solde ou au traitement différé (on entend par « traitement différé » la possibilité de faire répartir un salaire sur plusieurs années de façon à recevoir un salaire durant le congé)	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : La prochaine question réfère à une échelle de mesure différente.

	Oui	Non
51. Avez-vous accès à un programme d'aide aux employés (PAE) ?	☐	☐

Si vous avez répondu NON, veuillez vous rendre directement à la question 53.

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour l'énoncé qui suit, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
52. Je suis satisfait des services offerts par le PAE (ex. : accessibilité, information, couverture, qualité).	☐	☐	☐	☐

53. Indiquez les changements que, si c'était possible, **vous** aimeriez effectuer ou que **votre organisation** pourrait effectuer pour répondre à vos besoins et pour favoriser un milieu de travail plus sain ou plus adéquat au niveau de l'**équilibre travail – vie personnelle.**

SECTION 4 – Habitudes de vie

La présente section porte sur les habitudes de vie à l'égard des éléments suivants :
A) l'**activité physique**, **B)** l'**alimentation**, et **C)** le **tabagisme.**

A) ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les questions suivantes portent sur l'activité physique utilisée comme moyen de *transport* et sur celle pratiquée durant les temps libres (*loisir*).

ATTENTION : Les 2 prochaines questions réfèrent à une échelle de mesure différente.

54. **Activité physique de *transport*** (marche, vélo, patins à roulettes pour se rendre au travail, à l'école, faire des courses, se rendre chez des amis, etc.)

a) De manière générale, au cours de l'année, utilisez-vous ce type de moyens de transport?

- ☐ Oui
- ☐ Non, passez à la **question 55**

b) De manière générale, au cours de l'année, à quelle fréquence utilisez-vous ce type de moyens de transport?

- ☐ Moins d'un jour par semaine
- ☐ Un jour par semaine
- ☐ Deux jours par semaine
- ☐ Trois jours par semaine
- ☐ Quatre jours par semaine
- ☐ Cinq jours par semaine ou plus

55. **Activité physique de *loisir*** (activités sportives, de plein air, de conditionnement physique, de danse ou simplement aller marcher durant ses temps libres)
Note : Les « temps libres » incluent, également, les pauses et les périodes de repas au travail.

a) De manière générale, au cours de l'année, pratiquez-vous ce type d'activités?

- ☐ Oui
- ☐ Non, passez à la **question 56**

b) De manière générale, au cours de l'année, à quelle fréquence pratiquez-vous ce type d'activités?

- ☐ Moins d'un jour par semaine
- ☐ Un jour par semaine
- ☐ Deux jours par semaine
- ☐ Trois jours par semaine
- ☐ Quatre jours par semaine
- ☐ Cinq jours par semaine ou plus

ATTENTION : Les questions 56 et 57 réfèrent à l'échelle habituelle

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
56. J'ai l'intention de faire régulièrement de l'activité physique au cours des prochains mois.	☐	☐	☐	☐
57. À mon travail, j'ai accès à différents **programmes ou activités** qui favorisent la pratique de l'activité physique (cours de mise en forme, club de marche, tarif corporatif pour l'inscription à des activités physiques, etc.).	☐	☐	☐	☐

B) ALIMENTATION

ATTENTION : Les deux questions suivantes réfèrent à une échelle de mesure différente.

58. En général, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont :

- ☐ Excellentes
- ☐ Très bonnes
- ☐ Bonnes
- ☐ Passables
- ☐ Mauvaises

Relativement à la question 59, une *portion* correspond à un fruit ou à un légume de la grosseur d'une balle de tennis, ½ tasse de fruits ou de légumes en morceaux, ½ tasse de jus de fruits ou de légumes ou ¼ de tasse de fruits séchés.

59. En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour?

- ☐ Moins de deux
- ☐ Deux
- ☐ Trois
- ☐ Quatre
- ☐ Cinq
- ☐ Six
- ☐ Sept
- ☐ Huit ou plus

ATTENTION : La question 60 réfère à une échelle de mesure différente.

60. Au cours d'une semaine de travail, pour chacun des endroits suivants, à quelle fréquence prenez-vous normalement vos repas **durant les heures de travail**, que ce soit le déjeuner, le dîner ou le souper ?

	Jamais	1 à 3 fois par mois	1-2 fois par semaine	3-4 fois par semaine	5 fois et plus par semaine
A. Je vais au restaurant avec service rapide de type sandwicherie, café, ou comptoir à sushi.	☐	☐	☐	☐	☐
B. Je vais au restaurant avec service rapide de type friterie, comptoir à burgers, pizza, poulet frit.	☐	☐	☐	☐	☐
C. Je vais dans un restaurant avec service aux tables.	☐	☐	☐	☐	☐
D. J'apporte un lunch qui a été préparé à la maison.	☐	☐	☐	☐	☐
E. J'apporte un lunch qui a été acheté prêt-à-manger (ex. : repas congelé, mets cuisiné en épicerie).	☐	☐	☐	☐	☐
F. J'utilise les services de restauration de la cafétéria, traiteur, ou autres services à mon lieu de travail.	☐	☐	☐	☐	☐
G. Je retourne chez moi et y prends mon repas.	☐	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : Les questions 61 et 62 réfèrent à l'échelle habituelle.

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
61. J'ai l'intention de manger au moins 7 portions quotidiennes de fruits et légumes au cours des prochains mois.	☐	☐	☐	☐
62. À mon travail, j'ai accès à différents **programmes** qui favorisent l'adoption d'une saine alimentation (ex. : bulletins d'information, conférences, consultations, etc.)	☐	☐	☐	☐

C) TABAGISME

ATTENTION : Les prochaines questions réfèrent à des échelles de mesure différentes.

63. Quel est votre statut par rapport à la consommation de tabac?

- ☐ Je fume tous les jours (veuillez vous rendre directement à la **question 65**)
- ☐ Je fume à l'occasion (veuillez vous rendre directement à la **question 65**)
- ☐ Je ne fume plus (complétez la **question 64** puis passez à la **question 67**)
- ☐ Je n'ai jamais fumé (veuillez vous rendre directement à la **question 67**)

64. Depuis quand avez-vous cessé de fumer? (complétez la question puis passez à la **question 67**)

- ☐ Moins de 3 mois
- ☐ Entre 3 et 6 mois
- ☐ Entre 6 et 18 mois
- ☐ Plus de 18 mois

ATTENTION : Les questions 65 et 66 réfèrent à l'échelle habituelle.

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
65. J'ai l'intention d'arrêter de fumer au cours des prochains mois.	☐	☐	☐	☐
66. Je serais intéressé à connaître les moyens pour m'aider à cesser de fumer (ex. : aides à l'arrêt tabagique, aides pharmacologiques).	☐	☐	☐	☐

67. Indiquez les changements que, si c'était possible, **vous** aimeriez effectuer ou que **votre organisation** pourrait effectuer pour répondre à vos besoins et pour favoriser un milieu de travail plus sain ou plus adéquat au niveau des **habitudes de vie** (activité physique, alimentation et tabagisme).

_____

_____

_____

_____

La question suivante aidera votre **comité de santé et mieux-être** dans l'élaboration du **plan de mise en œuvre**.

68. Parmi les **quatre sphères d'activités** de la norme présentées ci-dessous, laquelle devrait être une priorité pour le Comité de santé et mieux-être dans l'élaboration de son plan d'action et pourrait mieux répondre à vos besoins.

Coc*her un seul choix*

Sphères d'activités	
A. Environnement de travail	☐
B. Organisation du travail et pratiques de gestion	☐
C. Équilibre travail – vie personnelle	☐
D. Habitudes de vie	☐

La question suivante est en lien avec le souhait du Conseil d'administration d'évaluer la satisfaction du personnel de l'INSPQ vis-à-vis leur qualité de vie au travail.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
69. De manière générale, je suis satisfait de ma qualité de vie au travail.	☐	☐	☐	☐

SECTION 5 – Appréciation générale de la santé et du mieux-être

Les énoncés suivants sont en lien avec différents aspects de votre santé et de votre bien-être.

ATTENTION : Les questions de cette section réfèrent à des échelles de mesure différente.

☐ Si vous êtes **enceinte**, cochez la case et passez à la **question 72.**

70. Combien mesurez-vous sans chaussure ?

□ ____ Pieds____ pouces OU □ ____ Centimètres

71. Combien pesez-vous ?

□ ____ Livres OU □ ____ Kilogrammes

72. En général, diriez-vous que votre santé est :

☐ Excellente
☐ Très bonne
☐ Bonne
☐ Passable
☐ Mauvaise

Les questions 73 et 74 concernent uniquement les douleurs que vous avez pu ressentir aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations et **excluent les douleurs dues à un accident de travail.**

73. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous ressenti des douleurs importantes **reliées partiellement ou complètement à votre emploi actuel** qui vous ont dérangé(e) durant vos activités quotidiennes dans l'une ou l'autre des régions corporelles suivantes :

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Tout le temps
1- Au cou	☐	☐	☐	☐
2- Au dos	☐	☐	☐	☐
3- Aux membres supérieurs (épaules, bras, coudes, avant-bras, poignets ou mains)	☐	☐	☐	☐
4- Aux membres inférieurs (hanches, cuisses, genoux, jambes, mollets, chevilles ou pieds)	☐	☐	☐	☐

Si vous avez répondu jamais pour les quatre régions corporelles, passez à la question 75.

74. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de ces douleurs durant les 12 derniers mois?

(Inscrire le total des jours de travail manqués pour toutes les régions corporelles visées par des douleurs.)

- ☐ _____ (nombre de jours **de travail**)
- ☐ Aucun
- ☐ Ne sait pas

75. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti (e) :

	Jamais	Rarement	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps
1- Nerveux/nerveuse	☐	☐	☐	☐	☐
2- Désespéré(e)	☐	☐	☐	☐	☐
3- Agité(e) ou ne tenant pas en place	☐	☐	☐	☐	☐
4- Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire	☐	☐	☐	☐	☐
5- Que tout était un effort (À ce point fatigué(e) que tout est un effort)	☐	☐	☐	☐	☐
6- Bon(ne) à rien	☐	☐	☐	☐	☐

Les questions 76 à 79 réfèrent au fait d'aller travailler malgré l'impression que vous devriez plutôt vous absenter parce que vous étiez malade.

76. Au cours des douze (12) derniers mois, vous est-il arrivé d'aller travailler malgré l'impression que vous devriez plutôt vous absenter parce que vous étiez malade?

☐ Oui

☐ Non, allez à **la question 80**

77. Au cours des douze (12) derniers mois, combien de jours avez-vous travaillé dans cet état :

Nombre de jours : ____

78. Pendant ces journées où vous étiez au travail tout en étant malade, quel pourcentage de votre niveau habituel de productivité avez-vous été capable de fournir au travail?

Encercler le nombre qui convient le mieux.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

79. Pendant ces journées où vous étiez au travail tout en étant malade, quel problème de santé vous a affecté le plus?

Cocher un seul choix.

☐ Problème cardiaque ou vasculaire

☐ Problème aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations

☐ Problème psychologique incluant épuisement, dépression ou anxiété

☐ Autre problème de santé

80. Au cours des douze (12) derniers mois, à votre emploi principal actuel, avez-vous été l'objet de harcèlement psychologique, c'est-à-dire des *paroles ou des actes répétés qui ont porté atteinte à votre dignité ou à votre intégrité?*

☐ Oui

☐ Non, allez à la **question 83**

☐ Préfère ne pas répondre (veuillez vous rendre à la **question 83**)

81. Est-ce que le harcèlement psychologique provenait principalement :

☐ Des membres de l'organisation où vous travaillez

☐ De personnes extérieures à l'organisation où vous travaillez (clients, patient, proche, visiteur, etc.) (veuillez vous rendre à la **question 83**)

☐ Préfère ne pas répondre (veuillez vous rendre à la **question 83**)

82. De qui provenait-il plus particulièrement ? Était-ce… (vous pouvez cocher plus d'une réponse)

- ☐ D'un ou plusieurs de vos supérieur (s)
- ☐ D'un ou plusieurs employé(e)s sous votre responsabilité
- ☐ D'un ou plusieurs de vos collègue (s)
- ☐ Préfère ne pas répondre

83. Indiquez les changements que, si c'était possible, **vous** aimeriez effectuer ou que **votre organisation** pourrait effectuer pour répondre à vos besoins et pour favoriser un milieu de travail plus sain ou plus adéquat au niveau de la **santé et du mieux-être**.

_____
_____
_____
_____

SECTION 6 – Démarche « Entreprise en santé »

Les renseignements suivants sont recueillis afin de permettre de mieux évaluer l'impact de la démarche « Entreprise en santé » dans votre milieu.

ATTENTION : la question 84 réfère à une échelle différente. Veuillez cocher un seul choix de réponse pour chacun des éléments.

	Aucun changement implanté	**Changements implantés qui :**			**Je ne sais pas**
		améliorent ma situation de travail	ne modifient pas ma situation de travail	détériorent ma situation de travail	
84. Depuis l'implantation de la démarche « Entreprise en santé » dans mon milieu de travail, j'ai constaté des changements à l'égard de :					
A. Mon environnement de travail (postures de travail, qualité de l'air, bruit, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
B. Ma charge de travail (nombre d'employés, changement de tâches, temps pour faire les tâches, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
C. Mon autonomie (participation à des décisions qui me concernent, choix des moyens ou des méthodes de travail, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
D. Le soutien que je reçois de mes collègues (partage d'outils et d'informations, rencontres, comités de travail, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
E. Le soutien que je reçois de mon supérieur immédiat (rencontres d'équipe, rencontres individuelles, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
F. La reconnaissance de mon travail (efforts et réalisations soulignés, perspectives de promotion favorisées, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
G. Mon équilibre travail – vie personnelle (flexibilité des horaires, travail à domicile, congés sans solde, banque de temps, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
H. Mes habitudes de vie (aide à l'arrêt du tabac, organisation d'activités sportives, conseils pour une saine alimentation, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

Les questions 85 et 86 réfèrent à l'échelle habituelle.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
85. La haute direction démontre sa préoccupation pour la ***démarche « Entreprise en santé »*** par son implication et son engagement à l'égard de :				
A. Environnement de travail	☐	☐	☐	☐
B. Organisation du travail et pratiques de gestion	☐	☐	☐	☐
C. Équilibre travail – vie personnelle	☐	☐	☐	☐
D. Habitudes de vie	☐	☐	☐	☐
86. L'organisation met en œuvre la ***démarche « Entreprise en santé »*** avec la participation et la consultation des employés et des représentants des travailleurs à l'égard de :	**Fortement en désaccord**	**En désaccord**	**D'accord**	**Fortement d'accord**
A. Environnement de travail	☐	☐	☐	☐
B. Organisation du travail et pratiques de gestion	☐	☐	☐	☐
C. Équilibre travail – vie personnelle	☐	☐	☐	☐
D. Habitudes de vie	☐	☐	☐	☐

ATTENTION : la question 87 réfère à une échelle différente.

87. Mes suggestions dans le cadre de la démarche « Entreprise en santé » sont prises en compte à l'égard de :	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord	Ne s'applique pas
A. Environnement de travail	☐	☐	☐	☐	☐
B. Organisation du travail et pratiques de gestion	☐	☐	☐	☐	☐
C. Équilibre travail – vie personnelle	☐	☐	☐	☐	☐
D. Habitudes de vie	☐	☐	☐	☐	☐

La question 88 porte sur la **démarche « Entreprise en santé »** globalement.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement d'accord
88. En pratique, la ***démarche « Entreprise en santé »*** implique tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation.	☐	☐	☐	☐

Veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés qui suivent, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation, et ce, en considération de la **démarche « Entreprise en santé ».**

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Fortement d'accord
89. Je suis confiant (e) que la démarche contribue à améliorer ma situation de travail.	☐	☐	☐	☐	☐
90. J'ai des attentes élevées par rapport aux impacts de la démarche sur ma situation de travail.	☐	☐	☐	☐	☐
91. J'ai hâte de voir les impacts des changements implantés dans mon milieu.	☐	☐	☐	☐	☐
92. Je suis prêt (e) à accepter les changements implantés dans mon milieu.	☐	☐	☐	☐	☐
93. Je pense que les changements découlant de la démarche améliorent notre performance.	☐	☐	☐	☐	☐
94. J'ai l'opportunité de donner mon point de vue et mes suggestions avant que les changements ne soient implantés.	☐	☐	☐	☐	☐
95. Je suis impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre des changements en lien avec la démarche.	☐	☐	☐	☐	☐
96. Mon supérieur immédiat fait beaucoup d'effort pour impliquer les employés dans la démarche.	☐	☐	☐	☐	☐
97. Mon supérieur immédiat nous indique clairement les avantages de mettre en place des actions.	☐	☐	☐	☐	☐
98. Mon supérieur immédiat travaille activement à la mise en place d'actions en lien avec la démarche.	☐	☐	☐	☐	☐
99. J'ai l'occasion de discuter avec mon supérieur immédiat des conséquences de la démarche sur moi.	☐	☐	☐	☐	☐
100. L'information concernant l'implantation de la ***démarche « Entreprise en santé »*** est facilement accessible.	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION 7 - Renseignements sociodémographiques

Les renseignements suivants sont recueillis afin de permettre de mieux évaluer les besoins en fonction des caractéristiques des employés.

101. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ Entre 25 et 44 ans
- ☐ Entre 45 et 54 ans
- ☐ 55 ans ou plus

102. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- ☐ Primaire ou moins
- ☐ Secondaire
- ☐ Collégial
- ☐ Universitaire

103. Quel est votre sexe?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Les renseignements suivants sont recueillis à des fins de présentation des données si le nombre de répondants est suffisant.

Indiquez le service (ou division) pour lequel vous êtes à l'emploi. (à ajuster selon l'entreprise)

- ☐ Service 1
- ☐ Service 2
- ☐ Service 3

104. Quelle catégorie d'emploi décrit le mieux votre rôle dans l'organisation? (à ajuster selon l'entreprise)

- ☐ Personnel d'encadrement
- ☐ Professionnel
- ☐ Technicien
- ☐ Bureau
- ☐ Manuel

105. Votre statut d'emploi est-il permanent ou temporaire (c'est-à-dire à durée déterminée)?

- ☐ Permanent
- ☐ Temporaire (ou contractuel ou occasionnel)

106. En moyenne, combien de jours par semaine travaillez-vous habituellement dans l'organisation?

Inscrire le nombre de jours par semaine : ____ jours par semaine (entre 1 et 7)

107. En moyenne, combien d'heures par jour travaillez-vous habituellement dans l'organisation?

Inscrire le nombre d'heures par jour : _____ heures par jour (entre 1 heure et 24 h)

108. Depuis combien d'années êtes-vous à l'emploi de votre organisation (ancienneté)?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 et 2 ans
- ☐ 2 à 4 ans
- ☐ 5 à 9 ans
- ☐ 10 à 14 ans
- ☐ 15 à 24 ans
- ☐ 25 ans et plus

Fin du questionnaire. Merci de votre collaboration.

Annexe 6

Calculs de puissance

Figure B : Puissance statistique, objectif 1

The POWER Procedure
Pearson Chi-square Test for Proportion Difference

Fixed Scenario Elements	
Distribution	Asymptotic normal
Method	Normal approximation
Reference (Group 1) Proportion	0.1179
Group 1 Sample Size	2842
Group 2 Sample Size	2555
Number of Sides	2
Null Relative Risk	1
Alpha	0.05

Computed Power		
Index	Relative Risk	Power
1	0.60	>.999
2	0.65	>.999
3	0.70	0.991
4	0.75	0.945
5	0.80	0.801
6	0.85	0.547
7	0.90	0.277

Figure C : Puissance statistique, objectif 2

The POWER Procedure
Pearson Chi-square Test for Proportion Difference

Fixed Scenario Elements	
Distribution	Asymptotic normal
Method	Normal approximation
Reference (Group 1) Proportion	0.1621
Group 1 Sample Size	1505
Group 2 Sample Size	1050
Number of Sides	2
Null Relative Risk	1
Alpha	0.05

Computed Power		
Index	Relative Risk	Power
1	0.60	0.998
2	0.65	0.986
3	0.70	0.939
4	0.75	0.821
5	0.80	0.622
6	0.85	0.390
7	0.90	0.198

Figure D: Puissance statistique, objectif 3

The POWER Procedure
McNemar Normal Approximation Test

Fixed Scenario Elements	
Distribution	Asymptotic normal
Method	Exact
Correlation	0.5
Reference Proportion	0.1225
Number of Pairs	525
Nominal Alpha	0.05
Number of Sides	2
Null Ratio of Discordant Proportions	1

Computed Power			
Index	Relative Risk	Actual Alpha	Power
1	0.60	0.0494	0.970
2	0.65	0.0493	0.908
3	0.70	0.0493	0.791
4	0.75	0.0493	0.621
5	0.80	0.0493	0.431
6	0.85	0.0493	0.261
7	0.90	0.0493	0.139

Figure E : Puissance statistique, objectif 4

The POWER Procedure
Pearson Chi-square Test for Proportion Difference

Fixed Scenario Elements	
Distribution	Asymptotic normal
Method	Normal approximation
Reference (Group 1) Proportion	0.0676
Group 1 Sample Size	2842
Group 2 Sample Size	2555
Number of Sides	2
Null Relative Risk	1
Alpha	0.05

Computed Power		
Index	Relative Risk	Power
1	0.60	0.993
2	0.65	0.966
3	0.70	0.891
4	0.75	0.747
5	0.80	0.544
6	0.85	0.334
7	0.90	0.172

Annexe 7

Résultats descriptifs supplémentaires

Tableau E : Description de la population à l'étude, avant (T1) et après (T2) l'intervention

	T1 n=2849	**T2** n=2560	**Valeur p**
	n (%)	n (%)	
Âge			
<44	74 (2,6)	51(2,0)	0,31
45-54	1336 (46,9)	1213 (47,5)	
≥55	947 (33,3)	823 (32,2)	
Non répondu (5)	491 (17,2)	469 (18,3)	
Sexe			
Homme	1447 (50,8)	1344 (52,6)	0,18
Femme	1402 (49,2)	1210 (47,4)	
Non répondu (6)			
Scolarité complétée			
Primaire ou moins	37 (1,3)	30 (1,2)	0,76
Secondaire	751 (26,4)	657 (25,9)	
Collégial	1024 (36,0)	896 (35,3)	
Universitaire	1033 (36,3)	957 (37,7)	
Non répondu (24)			
Horaire à temps plein ou temps partiel			
Temps plein	2611 (92,4)	2347 (93,0)	0,38
Temps partiel	216 (7,6)	177 (7,0)	
Non répondu (58)			
Activité physique (fois/semaine)			
≤1	425 (15,2)	424 (16,8)	**0,02**
1-2	596 (21,3)	464 (18,4)	
3-5	1180 (38,5)	1026 (40,7)	
≥5	701 (25,0)	607 (24,1)	
Non répondu (86)			
Habitudes alimentaires : portions de fruits et légumes/jour			
≤1	293 (10,3)	292 (11,5)	0,38
2-4	1643 (57,9)	1460 (57,5)	
≥5	902 (31,8)	789 (31,0)	
Non répondu (30)			
Tabagisme			
N'a jamais fumé	1608 (56,6)	1478 (57,9)	0,09
Ne fume plus	813 (28,6)	750 (29,4)	
Fume à l'occasion	136 (4,8)	121 (4,7)	
Fume tous les jours	283 (10,0)	204 (8,0)	
Non répondu (16)			
IMC (kg/m^2)			
Sous la normale (<18,5)	13 (1,3)	25 (1,2)	0,18
Normale (18,5 – 24,9)	352 (34,4)	791 (38,3)	
Surpoids (25,0 – 29,9)	439 (42,9)	846 (41,0)	
Obésité (≥30)	220 (21,5)	402 (19,5)	
Non répondu (2321)			
Détresse psychologique			
Détresse faible	1999 (70,5)	1859 (72,9)	**0,05**
Détresse élevée	838 (29,5)	691 (27,1)	
Non répondu (22)			

	T1 n=2849 n (%)	**T2** n=2560 n (%)	**Valeur p**
Latitude décisionnelle			
Faible (<24)	1599 (56,2)	1468 (57,5)	0,35
Élevée (≥24)	1244 (43,8)	1085 (42,5)	
Non répondu (13)			
Soutien social au travail			
Élevé	2127 (75,1)	1957 (76,8)	0,14
Faible	707 (25,0)	592 (23,2)	
Non répondu (26)			
Demande psychologique			
Élevée (>9)	1043 (36,8)	1035 (40,6)	**<0,01**
Faible (≤9)	1795 (63,2)	1514 (59,4)	
Non répondu (22)			
Reconnaissance			
Faible (<15)	1589 (55,9)	1475 (57,7)	0,17
Élevée (≥15)	1254 (44,1)	1080 (42,3)	
Non répondu (11)			
Déséquilibre effort-reconnaissance			
Exposé à un déséquilibre	876 (30,9)	874 (34,3)	**0,01**
Non exposé à un déséquilibre	1960 (69,1)	1673 (65,7)	
Non répondu (26)			
Exposition à la sphère «équilibre TVP »			
Exposé			
Non Exposé	Non-dispo	1399 (57,8)	Non-dispo
Non répondu (2989)		1021 (42,2)	
Exposition à la sphère «habitudes de vie»			
Exposé	Non-dispo	1622 (67,0)	Non-dispo
Non Exposé		798 (33,0)	
Non répondu (2989)			
Exposition à la sphère «pratiques de gestion»			
Exposé			
Non Exposé	Non-dispo	1773 (73,3)	Non-dispo
Non répondu (2989)		647 (26,7)	
Exposition à la sphère «environnement de travail»			
Exposé	Non-dispo	1114 (46,0)	Non-dispo
Non Exposé		1306 (54,0)	
Non répondu (2989)			
CTVP globale			
Bonne	2507 (88,2)	2174 (85,1)	**<0,01**
Mauvaise	335 (11,8)	381 (14,9)	
Non répondu (12)			
Satisfaction des mesures de CTVP (score)			
Satisfaisante	551 (51,0)	1108 (46,4)	**0,01**
Non-satisfaisante	530 (49,0)	1281 (53,6)	
Non répondu (1939)			
État de santé globale			
Perception positive	2650 (93,2)	2326 (92,2)	0,15
Perception négative	192 (6,8)	196 (7,8)	
Non répondu (45)			

Tableau F : Description de la population à l'étude, avant (T1) et après (T2) l'intervention, selon le sexe

	T1 n=2849 n (%)			**T2** n=2560 n (%)		
	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p
Âge						
<25	43 (3,0)	31 (2,2)	**<0,01**	29 (2,2)	22 (1,8)	**<0,01**
25-44	7017(48,5)	635 (45,3)		635 (47,3)	578 (47,5)	
45-54	503 (34,8)	444 (31,7)		461 (34,3)	360 (29,8)	
≥55	200 (13,8)	291 (20,8)		219 (16,3)	250 (20,7)	
Scolarité complétée						
Primaire ou moins	25 (1,7)	12 (0,9)	**<0,01**	19 (1,4)	11 (0,9)	**<0,01**
Secondaire	432 (29,9)	319 (22,8)		399 (29,9)	257 (213)	
Collégial	496 (34,3)	528 (37,7)		462 (34,7)	433 (35,9)	
Universitaire	493 (34,1)	540 (38,6)		453 (34,0)	504 (41,8)	
Horaire à temps plein ou temps partiel	1375 (95,2)	1236 (88,5)	**<0,01**	1259 (95,7)	1082 (90,0)	**<0,01**
Temps plein	55 (3,9)	161 (11,5)		57 (4,3)	120 (10,0)	
Temps partiel						
Activité physique (fois/semaine)						
≤1	217 (15,3)	208 (15,1)	**0,01**	236 (18,0)	188 (15,7)	**0,03**
1-2	314 (22,1)	282 (20,4)		220 (16,7)	242 (20,2)	
3-5	573 (40,3)	507 (36,7)		557 (42,4)	466 (38,8)	
≥5	317 (22,3)	384 (27,8)		302 (23,0)	304 (25,3)	
Habitudes alimentaires : portions de fruits et légumes/jour				214 (16,1)	78 (6,5)	**<0,01**
≤1	192 (13,3)	101 (7,2)	**<0,01**	801 (60,1)	657 (54,6)	
2-4	901 (62,5)	742 (53,2)		317 (23,8)	469 (39,0)	
≥5	349 (24,2)	553 (39,6)				
Tabagisme						
N'a jamais fumé	848 (58,9)	760 (54,3)	**<0,01**	815(60,8)	659 (54,6)	**<0,01**
Ne fume plus	358 (24,8)	455 (32,5)		337 (25,1)	412 (34,2)	
Fume à l'occasion	85 (5,9)	51 (3,7)		77 (5,7)	44 (3,7)	
Fume tous les jours	150 (10,4)	133 (9,5)		112 (8,4)	91 (7,6)	
IMC (kg/m^2)						
Sous la normale (<18,5)	2 (0,3)	11 (2,6)	**<0,01**	6 (0,5)	19 (2,1)	**<0,01**
Normale (18,5 – 24,9)	102 (17,2)	250 (57,9)		262 (22,9)	527 (57,5)	
Surpoids (25,0 – 29,9)	332 (56,1)	107 (24,8)		595 (52,1)	249 (27,2)	
Obésité (≥30)	156 (26,4)	64 (14,8)		280 (24,5)	121 (13,2)	
Détresse psychologique						
Détresse faible	1050 (72,9)	949 (67,9)	**<0,01**	994 (74,2)	860 (71,4)	0,12
Détresse élevée	390 (27,1)	448 (32,1)		346 (25,8)	344 (28,6)	
Latitude décisionnelle						
Faible (<24)	667 (46,2)	577 (41,2)	**0,01**	573 (42,7)	508 (42,1)	0,76
Élevée (≥24)	776 (53,8)	823 (58,8)		768 (57,3)	698 (57,9)	
Soutien social au travail						
Élevé	1051 (73,1)	1076 (77,0)	**0,02**	982 (73,5)	970 (80,4)	**<0,01**
Faible	386 (26,9)	321 (23,0)		355 (26,5)	236 (19,6)	

	T1 n=2849 n (%)			**T2** n=2560 n (%)		
	Hommes	Femmes	p	Hommes	Femmes	p
Demande psychologique						
Élevée (>9)	891 (61,9)	904 (64,6)	0,14	783 (58,5)	727 (60,4)	0,33
Faible (≤9)	548 (38,1)	495 (35,4)		556 (41,5)	477 (39,6)	
Reconnaissance						
Faible (<15)	815 (56,4)	774 (55,4)	0,58	538 (40,1)	539 (44,6)	**0,02**
Élevée (≥15)	630 (43,6)	624 (44,6)		803 (59,9)	669 (55,4)	
Déséquilibre effort-reconnaissance						
Exposé à un déséquilibre	460 (32,0)	416 (29,8)	0,21	483 (63,9)	388 (32,2)	**0,04**
Non exposé à un déséquilibre	979 (68,0)	981 (70,2)		854 (36,1)	816 (67,8)	
Exposition à la sphère «équilibre TVP »	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo			
Exposé				748 (58,6)	647 (56,9)	0,41
Non Exposé				529 (41,4)	490 (43,1)	
Exposition à la sphère «habitudes de vie»	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo			
Exposé				822 (64,4)	796 (70,0)	**<0,01**
Non Exposé				455 (35,6)	341 (30,0)	
Exposition à la sphère «pratiques de gestion»	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo			
Exposé				920 (72,0)	848 (74,6)	0,16
Non Exposé				357 (30,0)	289 (25,4)	
Exposition à la sphère «environnement de travail»	Non-dispo	Non-dispo	Non-dispo			
Exposé				618 (48,4)	495 (43,5)	**0,02**
Non Exposé				659 (51,6)	642 (56,5)	
CTVP globale						
Bonne	1257 (87,1)	1250 (89,4)	0,05	1124 (83,7)	1045 (86,7)	**0,04**
Mauvaise	187 (12,9)	148 (10,6)		219 (16,3)	161 (13,4)	
Satisfaction des mesures de CTVP (score)						
Satisfaisante	337 (50,3)	214 (52,1)	0,57	717 (57,4)	562 (49,6)	**<0,01**
Non-satisfaisante	333 (49,7)	197 (47,9)		533 (42,6)	572 (50,4)	
État de santé globale						
Perception positive	1333 (92,4)	1317 (94,1)	0,06	1214 (91,9)	1107 (92,6)	0,54
Perception négative	110 (7,6)	82 (5,9)		107 (8,1)	89 (7,4)	

Tableau G : Proportion d'exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP, par entreprise

Entreprises	Perception d'être exposé à la sphère équilibre TVP n (%)	Perception de ne pas être exposé à la sphère équilibre TVP n (%)	Non-répondu n (%)
A	271 (27,6)	145 (14,8)	566 (57,6)
B	501 (24,4)	422 (20,5)	1133 (55,1)
C	60 (19,7)	66 (21,6)	179 (58,7)
D	93 (28,8)	61 (18,9)	169 (52,3)
E	97 (25,8)	83 (22,1)	196 (52,1)
F	83 (24,2)	62 (18,1)	198 (57,7)
G	42 (19,5)	42 (19,5)	131 (60,9)
H	46 (17,9)	62 (24,1)	149 (58,0)
I	68 (44,7)	17 (11,8)	67 (44,1)
J	138 (34,5)	61 (15,3)	201 (50,25)

Annexe 8

Analyses complémentaires (lorsque n=10)

Tableau I : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP parmi les entreprises ayant un pourcentage élevé de sujets exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP en comparaison aux entreprises ayant un faible pourcentage de sujets exposés, avant et après l'implantation

	Entreprises plus exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP*			**Entreprises moins exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP***			**Effet d'intervention**
	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	RP (valeur p)
Modèle 1							
Difficulté de CTVP	12,25	13,05	**1,0652 (0,0107)**	11,48	16,21	1,4126 (0,7223)	0,7541 (0,2067)
Modèle 2							
Difficulté de CTVP	12,05	12,79	1,0617 (0,7317)	11,03	15,39	**1,3961 (0,0126)**	0,7604 (0,2118)
Modèle 3							
Difficulté de CTVP	10,15	10,70	1,0550 (0,8007)	8,52	11,43	1,3407 (0,0751)	0,7869 (0,3697)

Tableau J : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP parmi les entreprises ayant un pourcentage élevé de sujets exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP en comparaison aux entreprises ayant un faible pourcentage de sujets exposés, avant et après l'implantation, stratifié selon le sexe

	Entreprises plus exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP*			**Entreprises moins exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP***			Effet d'intervention
	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	RP (valeur p)
Modèle 1							
Difficulté de CTVP							
Hommes	13,13	12,21	0,9295 (0,5210)	12,86	18,49	1,4385 (0,0644)	0,6461 (0,0546)
Femmes	11,57	13,67	1,1809 (0,5890)	9,73	13,06	**1,3415 (0,0000)**	0,8803 (0,6845)
Interaction multiplicative (p)							(0,3855)
Modèle 2							
Difficulté de CTVP							
Hommes	12,74	11,76	0,9230 (0,5033)	12,44	17,95	1,4422 (0,0719)	0,6400 (0,0586)
Femmes	11,25	13,40	1,1906 (0,5839)	9,55	12,51	**1,3109 (0,0000)**	0,9082 (0,7637)
Interaction multiplicative (p)							(0,3389)
Modèle 3							
Difficulté de CTVP							
Hommes	11,03	10,95	0,9929 (0,9395)	9,61	12,67	1,3183 (0,1836)	0,7532 (0,2177)
Femmes	9,32	10,28	1,1026 (0,7869)	7,42	10,19	**1,3744 (<0,0001)**	0,8023 (0,5418)
Interaction multiplicative (p)							(0,8547)

Tableau K : Rapports de prévalences de la difficulté de CTVP parmi les entreprises ayant un pourcentage élevé de sujets exposés aux interventions de la sphère équilibre TVP en comparaison aux entreprises ayant un faible pourcentage de sujets exposés, avant et après l'implantation, stratifié selon l'âge

	Entreprises plus exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP*			**Entreprises moins exposées aux interventions de la sphère *équilibre TVP***			Effet d'intervention
	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	% à T1	% à T2	RP (valeur p)	RP (p)
Modèle 1							
Difficulté de CTVP							
≤44	14,45	15,04	1,0404 (0,7871)	14,44	17,97	1,2441 (0,1755)	0,8363 (0,4119)
45-54	11,14	10,20	0,9151 (0,6894)	10,58	16,99	**1,6059 (<0,0001)**	**0,5698 (0,0194)**
≥55	7,73	11,90	1,5402 (0,2830)	4,93	9,69	**1,9657 (<0,0001)**	0,7835 (0,5785)
Interaction multiplicative (p)							(0,4690)
Modèle 2							
Difficulté de CTVP							
≤44	14,33	14,86	1,0370 (0,8012)	13,87	17,36	1,2518 (0,1854)	0,8284 (0,3929)
45-54	11,44	10,16	0,8878 (0,6018)	10,45	16,26	**1,5561 (<0,0001)**	**0,5705 (0,0196)**
≥55	8,08	12,46	1,5434 (0,2464)	5,19	9,90	**1,9089 (0,0002)**	0,8085 (0,6005)
Interaction multiplicative (p)							(0,4311)
Modèle 3							
Difficulté de CTVP							
≤44	12,25	12,49	1,0191 (0,9157)	10,50	12,57	1,1976 (0,3507)	0,8510 (0,5280)
45-54	9,06	7,95	0,8769 (0,5711)	8,09	11,61	**1,4342 (<0,0001)**	**0,6114 (0,0452)**
≥55	6,64	10,88	1,6379 (0,2044)	4,12	8,99	**2,1841 (<0,0001)**	0,7499 (0,4845)
Interaction multiplicative (p)							(0,4855)

Analyse

Le tableau 38 montre une augmentation de la difficulté de CTVP entre les deux temps de mesure, autant dans les entreprises exposées (T1 : 10,15%, T2 : 10,70%) que chez celles non exposées (T1 : 8,52%, T2 : 11,43%). De plus, on peut observer une augmentation plus marquée de la difficulté de CTVP chez les entreprises non exposées aux interventions (Effet d'intervention RP 0,79, p 0,37). Ce résultat n'est toutefois pas significatif. L'augmentation de la difficulté de CTVP est significative chez les femmes des entreprises non exposées (tableau 39) (RP 1,37, p <0,01). Pour ce qui est de la stratification selon l'âge (tableau 40), on observe une augmentation de la difficulté de CTVP chez tous les groupes d'âge et la différence entre les deux temps de mesure s'accentue proportionnellement à l'âge (≤44 ans : RP 1,20, p 0,3507; 45-54 ans : RP 1,43, p <0,01; ≥55 ans : RP 2,18, p <0,01). Toutefois, l'interaction multiplicative entre la difficulté de CTVP et l'âge n'est pas significative (p 0,49).