

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

**IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE AUPRÈS DE
TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE
PAR UNE RECHERCHE-ACTION**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© LISE CHAMBERLAND

Mars 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Composition du jury :

Nicole Ouellet, Ph.D., présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Hélène Sylvain, Ph.D., directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Catherine Tourette-Turgis, Ph.D., examinatrice externe, UPMC – Sorbonne

Universités

Dépôt initial décembre 2010

Dépôt final mars 2011

À René Gagnon,

« La plus importante et la plus
négligée de toutes les conversations,
c'est l'entretien avec soi-même. »

Chancelier Oxenstiern

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire représente pour moi un dépassement personnel bien spécial. Mon ambition à réussir a été enrichie par des personnes qui m'inspirent de façon substantielle.

Parmi ces dernières, j'aimerais souligner la précieuse collaboration de ma directrice de maîtrise, madame Hélène Sylvain, professeure et directrice du LASER (Laboratoire de recherche sur la santé en région) à l'Université du Québec à Rimouski. Je lui adresse mes remerciements; sans elle et sa grande générosité, tout ce travail ne serait pas à terme aujourd'hui. Elle m'a toujours soutenue positivement, rigoureusement et patiemment. Hélène est pour moi une mentore et un modèle pour la profession infirmière. Grâce à elle, je suis allée au-delà de mes limites.

Pour leur précieuse collaboration, je désire exprimer toute ma reconnaissance aux travailleurs en industrie qui ont participé à cette étude ainsi qu'à la communauté professorale qui m'a encadrée pendant tout le parcours académique de deuxième cycle.

Je souhaite remercier ma mère Georgette Anctil, pour sa maîtrise de la langue française, mon père Yves Chamberland et ma belle-mère Colette Morin pour leur soutien moral, leur écoute. Également, toute ma reconnaissance à mon conjoint et ami René Gagnon pour son assistance continue tout au long de mon projet et de mes études. Merci de m'avoir accompagnée dans ce processus de croissance professionnelle et personnelle. Toute ma gratitude à Fulbert Moumboulou pour son ouverture d'esprit qui a motivé la finalité de ce projet de recherche et ses précieux encouragements.

Je tiens également à remercier Sandra pour son calme, Ève pour sa précieuse présence, Rahn pour ses ambitions et à Yves Noël pour sa science, un merci tout spécial.

Pour terminer, j'exprime ma reconnaissance envers les organismes subventionnaires qui m'ont permis de me consacrer à ce projet de maîtrise. Je remercie les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport (MELS) et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent (ORIIBSL).

Je souhaite partager cette réalisation avec chacun de vous qui m'avez écoutée et encouragée, ainsi qu'avec tous ceux qui de près ou de loin y ont contribué. Je me considère choyée d'avoir pu compter sur la présence de toutes ces personnes du début à la fin de cette entreprise.

RÉSUMÉ

La santé cardiovasculaire des travailleurs en industrie joue un rôle essentiel pour le maintien de leur bien-être. La région du Bas-Saint-Laurent fait partie des régions où le fardeau est le plus lourd en HTA. De saines habitudes de vie pourraient, à elles seules, diminuer l'impact des MCV. Cette recherche a pour but d'implanter un programme de prévention de l'hypertension artérielle en industrie, en collaboration avec un groupe de travailleurs. Le devis de recherche-action a permis d'opérationnaliser le processus d'implantation tout en respectant la progression des travailleurs en industrie à travers le changement de comportement (Altrichter, Kemmis, McTaggart, & Zuber-Skerritt, 2002). Le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska et DiClemente (1982) a été retenu afin d'appuyer le devis. Les activités seront retenues en fonction des mesures valorisées par les travailleurs comme moyens favorisant la prévention de l'hypertension artérielle. Trois entretiens de groupe semi-dirigés ont été réalisés auprès de cinq travailleurs. L'analyse expose des thèmes reliés à des facteurs personnels (connaissances) et à l'emploi (temps) freinant l'adoption de saines habitudes de vie. Les résultats font ressortir entre autres deux éléments importants dont nous devons tenir compte lors d'implantation de programme préventif en industrie. Les stratégies demandées par les travailleurs sont adaptées à l'étape où ils se situent dans les stades de changement de comportement. Cette démarche participative à la recherche de solutions a permis de mettre en évidence les solutions proposées (enseignement de groupe sur la saine alimentation et visite des professionnels de la santé en industrie) par les travailleurs. Afin d'obtenir des résultats à long terme, nous estimons que l'implantation de programmes de prévention en industrie doit respecter certains processus. Par exemple, tenir compte de l'identification du problème et du rythme de ceux qui le vivent et accorder le temps nécessaire à l'intégration du nouveau comportement de santé. Cette recherche sur le processus d'implantation de programme préventif en HTA en industrie a permis d'établir un pont entre le milieu clinique et le milieu de travail. Nous croyons nécessaire de poursuivre des recherches en fonction du temps accordé au processus d'implantation et au maintien d'un mode de vie sain.

Mots clés : recherche-action, hypertension, prévention, travailleurs en industrie-habitudes de vie, stade de changement de comportement

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ix
RÉSUMÉ	xi
TABLE DES MATIÈRES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xvii
LISTE DES FIGURES	xix
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 LA PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1 DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ALARMANTES	3
2.2 LES HABITUDES DE VIE DES TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE	4
2.3 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION	5
2.4 L'ENGAGEMENT À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ EN MILIEU INDUSTRIEL.....	8
2.5 LA PERTINENCE POUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE.....	10
2.6 LA PRÉSENTATION DES OBJECTIFS DE RECHERCHE	11
CHAPITRE 3 RECENSION DES ÉCRITS.....	13
3.1 L'INVENTAIRE DES ÉCRITS CONSULTÉS.....	13
3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	14
3.3 LES FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES ET LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SAINES HABITUDES DE VIE.....	16
3.3.1 L'activité physique.....	16
3.3.2 Le tabac.....	18
3.3.3 L'alimentation.....	19
3.3.4 La consommation d'alcool	21

3.3.5	Le stress	24
3.4	LES STRATÉGIES ADAPTÉES AUX TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE AU COURS DU PROCESSUS	24
3.5	LA MOBILISATION VERS LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	26
3.6	LE CADRE DE RÉFÉRENCE, LE MTT DE PROCHASKA	28
3.6.1	La description du MTT	28
3.6.2	Les concepts du MTT	29
3.6.3	L'utilité du MTT	31
3.7	LA JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	32
CHAPITRE 4 MÉTHODE		35
4.1	LE CHOIX DU DEVIS	35
4.2	LES PRINCIPES ET CARACTÉRISTIQUES DU DEVIS	36
4.3	LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	38
4.3.1	Le choix du milieu de recherche	38
4.3.2	L'échantillon et le recrutement	39
4.3.3	Les outils de recherche	40
4.4	LE DÉROULEMENT DU PROJET	44
4.4.1	Le premier cycle de recherche	44
4.4.2	Le deuxième cycle de recherche	46
4.4.3	Le troisième cycle de recherche	48
4.5	LE PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES	49
4.5.1	Les considérations éthiques	51
4.5.2	Les critères de rigueur scientifique	51
CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS		55
5.1	LE PREMIER CYCLE	55
5.1.1	L'entretien avec la direction	56
5.1.2	Le profil socioéconomique des travailleurs	56
5.1.3	Les perceptions sur les habitudes de vie	58

5.1.4	L'entretien de groupe	61
5.1.5	Les thèmes reliés aux facteurs personnels et au travail	63
5.2	LE DEUXIÈME CYCLE.....	68
5.2.1	L'alimentation.....	69
5.2.2	Le stress	70
5.2.3	La cessation tabagique.....	70
5.2.4	L'activité physique.....	71
5.2.5	La rencontre du comité des travailleurs	72
5.3	LE TROISIÈME CYCLE.....	73
5.3.1	L'évaluation de l'activité.....	73
5.3.2	L'ambivalence	74
5.3.3	Les avantages et les coûts associés.....	75
5.3.4	La participation de la communauté	76
5.3.5	Les étapes de changement de comportement	77
5.3.6	Les priorités retenues	78
5.3.7	Les résultats des questionnaires de satisfaction	80
5.4	LE RETOUR SUR L'ANALYSE.....	82
CHAPITRE 6 DISCUSSION.....		85
6.1	L'INTÉGRATION DE SAINES HABITUDES DE VIE AU TRAVAIL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE L'HTA	85
6.2	LES THÈMES RELIÉS AUX FACTEURS PERSONNELS ET AU TRAVAIL.....	86
6.2.1	Le manque de connaissances et manque de latitude	86
6.2.2	Le stress et le manque de temps	87
6.3	LES STADES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS, LE RESPECT DU RYTHME DES TRAVAILLEURS ET LES STRATÉGIES	89
6.4	LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EN INDUSTRIE.....	91
6.5	LE PROCESSUS EN SPIRALE DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DE L'HTA	92
6.6	LES LIMITES DE LA RECHERCHE	93

6.7	L'APPORT DE LA RECHERCHE	94
6.8	PISTES DE RÉFLEXION POUR L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE L'HTA.....	95
6.9	RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES À POURSUIVRE	97
6.9.1	La pratique infirmière en industrie.....	97
6.9.2	La poursuite de recherches.....	98
	CHAPITRE 7 CONCLUSION.....	101
	APPENDICE A AFFICHE DE SOLLICITATION.....	103
	APPENDICE B INDICATIONS GÉNÉRALES POUR LA CONDUITE DE COLLECTE DE DONNÉES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET DE L'ANIMATION DES ENTRETIENS DE GROUPE AVEC LES TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE	105
	APPENDICE C QUESTIONNAIRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	109
	APPENDICE D GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE.....	115
	APPENDICE E QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS.....	119
	APPENDICE F GRILLES D'OBSERVATION DES ENTRETIENS DE GROUPE.....	121
	APPENDICE G PLAN USINE EN SANTÉ.....	125
	APPENDICE H PLAN DES INTERVENTIONS PRIORISÉES	127
	APPENDICE I QUESTIONNAIRE SUR LES STADES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	129
	APPENDICE J QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE FIN D'ACTIVITÉ.....	131
	APPENDICE K FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	135
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	141

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les stades de changement selon Prochaska.....	30
Tableau 2 : Outils de recherche	41
Tableau 3 : Synthèse du premier cycle de recherche	45
Tableau 4 : Synthèse du deuxième cycle de recherche.....	47
Tableau 5 : Synthèse du troisième cycle de recherche	48
Tableau 6 : Synthèse de l'analyse des données	50
Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants	57
Tableau 8 : Profil descriptif des habitudes de vie.....	59
Tableau 9 : Autoévaluation du stress, du changement de comportement et de la santé	60
Tableau 10 : Thèmes et stades issus de l'analyse	62
Tableau 11 : Activités et stade issu de l'analyse	68
Tableau 12 : Évaluation et stade issu de l'analyse.....	73
Tableau 13 : Réalisation des activités.....	79
Tableau 14 : Résultats du questionnaire d'évaluation : échelle de satisfaction.....	80

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La spirale du cycle de la recherche-action37

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde. Afin de réduire ce fardeau canadien, la Coalition canadienne pour la prévention et le contrôle de l'hypertension (CCPCH), connue aujourd'hui sous le nom de Pression artérielle Canada (PAC) a été mise sur pied en 1984. En 1992, PAC donne le surnom de « tueur silencieux » à l'HTA. C'est en 1995 que PAC élabore des recommandations nationales pour l'amélioration du mode de vie comme mesure de prévention non pharmacologique; elle préconise la modification de certaines habitudes de vie comme l'exercice, le tabagisme, l'alimentation et le stress.

Ce projet de recherche s'intéresse à la prévention de l'HTA auprès de travailleurs en industrie en favorisant de saines habitudes de vie. Les travailleurs en industrie de par leur portrait sociodémographique répondent aux critères de certaines vulnérabilités. Donc, comment intervenir auprès d'un groupe de travailleurs en industrie pour l'adoption de saines habitudes de vie en matière de prévention de l'HTA? Nous tenterons d'y répondre par la mise en place d'un programme de prévention axé sur la participation des travailleurs en industrie et du respect du rythme de ceux-ci à l'aide d'un modèle théorique de changement de comportement. Les travailleurs sont invités à se joindre à l'équipe de direction dans la résolution de problèmes pour favoriser la croissance de leur bien-être et leur santé. Dans ce contexte, il est essentiel de retenir l'importance de la promotion de la santé, du rôle de l'infirmière et de l'alliance avec les travailleurs en industrie.

Cette étude qualitative de type recherche-action comprend cinq chapitres. Le premier présente la problématique de ce projet. Il trace un portrait de la situation de la santé cardiovasculaire des travailleurs, de l'HTA et des coûts reliés à cette problématique, de

l'impact du changement de comportement ainsi que des stratégies possibles. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits en lien avec la recherche-action. Il trace le portrait à jour des maladies cardiovasculaires et de son principal facteur de risque l'HTA. Il traite des principales études liées aux facteurs de risques, à la santé des travailleurs, au changement de comportement et aux programmes d'intervention mis en place en industrie pour la prévention de l'HTA auprès des travailleurs. Le cadre théorique servant de support à la recherche y est présenté, soit le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska ainsi que les principaux concepts des étapes de changement de comportement. Le troisième chapitre décrit la méthode de recherche et l'approche qualitative de type recherche-action participative. L'évolution de l'étude, les instruments de collecte de données, les participants, le plan d'analyse des données, les critères de rigueur et les considérations éthiques y sont expliqués. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude en lien avec les objectifs de recherche. Finalement le cinquième chapitre présente la discussion suite au processus d'implantation et amène les recommandations jugées utiles aux fins de recherches ultérieures.

CHAPITRE 2

LA PROBLÉMATIQUE

Dans le cadre de ce chapitre, la problématique associée aux maladies cardiovasculaires, mais plus précisément à l'hypertension artérielle, sera présentée dans le contexte de la santé des travailleurs. Nous y aborderons également les programmes de prévention, l'engagement à l'amélioration de la santé en milieu de travail et la pertinence pour la discipline infirmière. Finalement, nous présenterons le but de l'étude et les objectifs de recherche.

2.1 DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ALARMANTES

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la principale cause de décès à l'échelle mondiale et au Canada (Statistique Canada, 2008). Au Québec, 33 % de tous les décès en 2002 ont été attribuables aux MCV et un peu plus du tiers surviennent chez les hommes (Cardinal, Francoeur, Hamel, Kirouac, & Théberge, 2003). Selon l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH)-IRSC (2009), les individus, et plus particulièrement les hommes, sont identifiés comme une population vulnérable et sont davantage exposés à certains facteurs de risque occasionnant le développement de l'HTA. Un des principaux facteurs de risque de développement des MCV est l'hypertension artérielle (HTA). Dans les pays industrialisés, l'HTA touche environ 15 % des populations et elle est responsable d'une importante part de la morbidité cardiovasculaire (Gosse & Bely, 2004). Au Canada, la prévalence de l'HTA est de cinq millions de Canadiens et de Canadiennes adultes, ce qui signifie qu'un adulte sur six a une tension artérielle élevée. Parmi ceux-ci, 42 % ne le savent pas et 16 % sont traités (Fondation des maladies du coeur du Canada, 2010). Des données issues de l'Enquête de la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) portant

de 2000 à 2005 font ressortir une augmentation des problèmes d'HTA pour la province de Québec et dans le reste du Canada. La région du Bas-Saint-Laurent fait partie des régions où le fardeau est le plus lourd (Cazale, Laprise, & Nanhou, 2009). Sur les 26 principaux problèmes de santé chroniques dans la région du Bas-Saint-Laurent, l'HTA se classe au troisième rang, ce qui représente un taux de 15,4 % chez les hommes (Campbell, 2008b).

Kenny, Yardley, Martineau et Jay (2008) estiment que le mode de vie que l'homme emprunte joue un rôle sur sa santé et que les comportements liés à ses habitudes de vie, contrairement à la génétique, peuvent être modifiés. Les habitudes de vie et particulièrement celles qui concernent l'activité physique, le tabac, l'alimentation, l'alcool et le stress pourraient, à elles seules, diminuer l'impact des MCV. Nous choisissons donc de concentrer notre action sur ces principaux facteurs de risques modifiables.

2.2 LES HABITUDES DE VIE DES TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE

L'impact des mauvaises habitudes de vie sur les MCV demeure la principale cause d'invalidité chez les travailleurs. Les MCV représentent 39 % des indemnisations dans le secteur industriel masculin (Statistique Canada, 2007). Nous sommes à même de constater que pour l'année 2005, 1097 Canadiens sont décédés au travail. Les décès sur les lieux du travail chez les hommes sont 30 fois supérieurs à ceux des femmes. Les conséquences du travail ont un impact indirect sur ces causes de décès. Par exemple, les heures prolongées qui engendrent une fatigue musculaire, le stress environnemental et de mauvaises habitudes de vie seraient des cofacteurs qui augmenteraient le taux de décès au travail chez les hommes (Bonhomme, 2008).

De plus, en 2008, 44 % des travailleurs en industrie qui se classent dans le secteur de transformation et de fabrication gagnent le salaire minimum et 48,8 % d'entre eux considèrent ne pas avoir assez de latitude sur la prise de décision au travail (Statistique Canada, 2005a). Or, le fait d'avoir un faible revenu et peu de maîtrise sur son travail rend

vulnérable aux MCV et ces facteurs de vulnérabilité s'ajoutent à ceux reconnus modifiables comme le sont les habitudes de vie et leurs effets sur l'HTA (Fondation des maladies du coeur du Québec, 2006).

Tous les facteurs identifiés modifiables pour prévenir l'HTA supposent qu'il est possible d'augmenter la qualité de vie des travailleurs en industrie si des interventions adéquates sont posées à la lumière des connaissances repérées et du modèle d'intervention choisi ici. Afin d'améliorer la santé des travailleurs et de réduire les frais engendrés par leur état de santé, la prévention de l'HTA auprès des travailleurs en industrie au Québec devient une priorité en matière de santé publique (Santé Canada, 2007). Ces données épidémiologiques et sociodémographiques démontrent l'impact des habitudes de vie sur les MCV des travailleurs en industrie.

2.3 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

À l'instar du Canada et d'autres pays, au Québec les entreprises n'ont pas de politique sur la participation des employés aux activités physiques durant les heures de travail (Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 2008). Selon Messier et Langlais (2008), du Bureau de normalisation du Québec, l'intégration de l'activité physique en milieu de travail pourrait, à elle seule, diminuer l'impact des indemnités chez les travailleurs en industrie. Quelques exemples de programme ont été identifiés dans la littérature visant la réduction de l'incidence des MCV et la prévention de l'HTA. Au Canada, le *First-step program* utilise un podomètre afin de favoriser l'activité physique. Ce programme a été implanté auprès des personnes diabétiques et maintenant différentes populations le sollicitent, comme les écoles et les milieux de travail (Chan, Ryan, & Tudor-Locke, 2004). En concordance, une étude de Lippincott et coll.(2008) démontre une réduction significative de la tension artérielle diastolique chez les travailleurs sédentaires si on augmente l'activité physique au travail de 15 à 20 minutes par jour. Un employé qui intègre l'activité physique dans son mode de vie est 12 % plus productif qu'un

employé sédentaire (Messier & Langlais, 2008).. Il faut donc créer des environnements physiques et sociaux propices à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie favorisant la prévention de l'HTA.

Toujours selon Messier et Langlais (2008), en éliminant un seul facteur de risque à la santé des travailleurs, il est possible de constater une augmentation de productivité de 9 % et une réduction de l'absentéisme de 2 %. Par exemple, un employé non fumeur coûte 3 150 \$ de moins par année à son entreprise qu'un employé fumeur et pour chaque dollar que l'entreprise investit dans un programme de développement de saines habitudes de vie, elle en génère des gains de 1,50 \$ à 3 \$ sur sa productivité dans les 5 ans qui suivent l'implantation d'un programme (Messier & Langlais, 2008). Les auteurs rapportent qu'une intervention de nature préventive possède en soit des effets positifs sur la santé des travailleurs (Messier & Langlais, 2008). Le rapport de l'Agence de la santé publique, mis à jour en 2008, mentionne l'importance des programmes de prévention en matière de l'HTA. Ce rapport suggère d'étendre la prévention en milieu de travail et d'établir le lien entre les saines habitudes de vie et la prévention de l'HTA (Santé Canada, 2000). Ce lien montre l'importance de développer des stratégies de prévention sur des facteurs de risques modifiables qui prédisposent à l'HTA, des facteurs modifiables que l'on nomme habitudes de vie (Bacon, Sherwood, Hinderliter, & Blumenthal, 2004; Malina & Little, 2008).

Il est aussi reconnu qu'une saine alimentation favorise l'augmentation de la capacité physique au travail, une meilleure concentration et réduit les risques de maladies chroniques (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2008). La santé des hommes passerait par leur emploi et les sociétés auraient grandement besoin d'aide afin d'améliorer les habitudes de vie des travailleurs en commençant par leur alimentation (Reiter, 2008). Une étude réalisée aux États-Unis en matière d'application de politique alimentaire agit dans ce sens. Cette étude a connu un succès en matière d'implantation. L'auteur précise que la consolidation de la politique repose sur des activités de masse qui visent un objectif commun « *la santé cardiovasculaire* ». L'éducation aux consommateurs, aux fournisseurs et un processus d'inspection ont permis de respecter la

réduction des acides gras transgéniques dans l'alimentation des New-Yorkais et de réduire de manière significative les risques de MCV (Tan, 2009). Lors de la soixantième assemblée mondiale de la santé tenue en avril 2007, l'OMS dit clairement que nous devons élaborer des programmes selon le sexe qui demandent des mécanismes de participation des travailleurs et des employeurs pour créer des milieux de travail sains, stimuler la promotion de la santé et inciter les travailleurs à avoir une hygiène de vie incluant une saine alimentation et de l'activité physique (Barker, Ricardo, & Nascimento, 2007).

Parmi les habitudes de vie, la consommation d'alcool en est une dont on doit tenir compte. Une étude réalisée par Fairlie (2005), rapporte que dans certaines industries canadiennes, le nombre d'employés qui auraient utilisé des services de thérapie pour traiter des problèmes de consommation d'alcool a augmenté de 481 % au cours des trois dernières années. Afin de freiner cette hausse, le chercheur propose aux industries d'offrir une formation de contrôle du stress à leurs employés. Ce chercheur établit un lien entre la consommation d'alcool en industrie et le niveau de stress relié au travail (Fairlie, 2005). Une recherche menée en Chine, auprès de 657 participants âgés de 40 ans et plus avec deux groupes démographiques différents, avait pour but de comparer différentes habitudes de vie, dont la consommation d'alcool et leur effet sur la tension artérielle. Une corrélation positive a été relevée entre l'augmentation de la tension artérielle, le sexe masculin, l'âge et la consommation d'alcool ($P < .001$ pour tous). De plus, les résultats ne sont pas significatifs chez les deux groupes. L'échantillon dont le mode de vie est plus sain et dont le niveau de scolarité est le plus élevé présente des résultats non significatifs. En conclusion, cette analyse des résultats montre l'effet bénéfique de saines habitudes de vie sur le maintien d'une tension artérielle dans les mesures de la normale chez un groupe plus vulnérable (Ruixing et coll., 2007).

Si le contrôle du stress peut favoriser la diminution de la consommation d'alcool et ainsi réduire l'HTA, il semble que pour favoriser le contrôle de l'HTA, le stress devrait être traité avec précaution. Pour Gosse et Bely (2004) le stress devrait faire partie avec prudence des mesures de prévention de l'HTA. Selon ceux-ci, le client qui considère que le stress est

un élément déclencheur aurait tendance à abandonner le traitement antihypertenseur quand il se sent bien et à prendre sa TA régulièrement en situation de stress, ce qui aboutit à une surestimation de la TA. Notons un fait intéressant relié à la consommation d'alcool au travail dont un cofacteur de risque a été étudié par Maranda (1991). Une recherche sociodémographique auprès de quatre groupes d'ouvriers d'usine du Québec (n= 1400) montre que l'alcool ferait partie d'un système défensif auquel les ouvriers adhèrent en réaction à des stress reliés aux conditions de leur travail. Les ouvriers rapportent travailler fort, avoir chaud et avoir droit à une récompense. Les longues heures de travail répétitif, les quarts de nuit sont des situations qui augmentent le stress et qui favoriseraient la consommation d'alcool (Maranda, 1991).

De plus, en 2008, une enquête menée par la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario révèle que cette province a une des prévalences les plus faibles au monde pour l'HTA et également le plus haut taux de sensibilisation de contrôle de l'HTA au monde. Cette province canadienne favorise l'implantation du programme éducatif canadien de l'hypertension (PECH). Cela montre que la promotion de saines habitudes de vie dans les communautés est un investissement pour l'économie mondiale et locale (Institute of Human Nutrition, 2007). La mise en place de programmes de santé entraîne une diminution des frais médicaux, du nombre d'absences et du taux d'accidents au travail (Santé Canada, 2007). Il devient évident que la santé cardiovasculaire au travail devient une préoccupation majeure pour le système de santé.

2.4 L'ENGAGEMENT À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ EN MILIEU INDUSTRIEL

Les instances gouvernementales québécoises ont mis en œuvre des programmes de prévention en matière de saines habitudes de vie par le biais d'une nouvelle norme ISO (Organisation internationale de normalisation) qui valorise l'implication de toute la communauté industrielle (Messier & Langlais, 2008). Ce programme vise la mise en place d'une certification de qualité titrée : « Prévention, promotion et pratiques organisationnelles

favorables à la santé en milieu de travail » (Messier & Langlais, 2008). Le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) reconnaît l'importance du maintien et de l'amélioration de la santé en milieu de travail aux fins d'une meilleure productivité. Cependant, les programmes de prévention sont trop souvent élaborés par des experts et le point de vue des travailleurs ne transparaît pas dans plusieurs recherches empiriques qui se sont préoccupées de leur santé et des programmes de promotion (Engbers, van Poppel, Chin A Paw, & van Mechelen, 2006; Engbers, van Poppel, & van Mechelen, 2007; Glasgow, Terborg, Hollis, Severson, & Boles, 1995; Glasgow, Terborg, Strycker, Boles, & Hollis, 1997; Messier & Langlais, 2008). Il semble qu'il y ait un écart entre les programmes actuellement offerts et l'engagement de changement de comportement des personnes visées par les programmes de prévention. La préoccupation du changement de comportement doit aussi rejoindre la réalité des travailleurs en industrie.

De plus, il apparaît que les travailleurs en industrie éprouvent de la difficulté à adopter des comportements favorisant de saines habitudes de vie. Une étude récente sur le lien entre la formation et la prévention de blessures musculosquelettiques, menée par Whysall, Haslam et Haslam (2007), arrive à la conclusion qu'il n'existe pas de preuve que les programmes de formation sont efficaces pour prévenir ce type de blessures. Ces résultats décevants peuvent s'expliquer par le fait que les travailleurs manqueraient de motivation pour changer leur comportement. La plupart des programmes conçus pour aider les gens à modifier leurs comportements problématiques opèrent selon un paradigme d'action en présumant qu'ils sont prêts à poser des gestes immédiats pour changer (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). En se basant sur des études effectuées dans le domaine de la santé, Prochaska et ses collègues estiment qu'à peine 20 % des personnes qui sont aux prises avec un comportement nuisible le reconnaissent, les autres 80 % ne sont pas conscientisés au problème ou ne se sentent pas concernées par celui-ci (Prochaska, 1995; Prochaska, Johnson, & Lee, 1998). Cette recherche vise, dans une démarche participative, à implanter un programme de prévention de l'HTA, à identifier les problèmes ressentis en regard des saines habitudes de vie souhaitées dans l'industrie et à cerner quelles mesures retenues par le groupe de travailleurs favoriseront un changement de comportement. Le

modèle retenu aux fins de cette recherche est le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska. Le MTT est une théorie intermédiaire de type descriptive (Dallaire, 2008) et est un cadre de référence ouvert qui nous permet d'atteindre nos objectifs.

Nous croyons que l'expérience vécue par les travailleurs en industrie servira à explorer les saines habitudes de vie et que l'utilisation d'une recherche-action favorisera leur participation à l'implantation d'activités préventives utilisant des stratégies qui favorisent une démarche de changement de comportements (Niesz, Koch, & Rumrill, 2008). Nous porterons un intérêt particulier à leur engagement dans le processus de changement. Nous souhaitons voir leurs habiletés individuelles se déployer dans l'application de mesures préventives chez des travailleurs en industrie.

2.5 LA PERTINENCE POUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

Plusieurs données tirées des rapports d'enquête provenant de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) font état de mesures préventives en matière d'accidents (La Commission de la santé et de la sécurité au travail, 2009). Aucune étude n'a exploré la compréhension des habitudes de vie à partir d'un groupe de travailleurs en industrie comme moyen de prévention et d'implantation d'un programme de prévention de l'HTA. L'amélioration de la santé des communautés fait partie de la mission infirmière (Dallaire, 2008). La science infirmière cherche entre autres à promouvoir et à maintenir des comportements de santé afin de renforcer les sociétés dans leur processus de devenir (Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010). L'avenir de la profession passe par des activités qui favorisent le rôle de la protection du public, de l'enseignement et des activités de promotion (Utley-Smith, 2004).

Des recherches visant des résultats ancrés dans la réalité pour la clientèle et des mesures de promotion de santé, particulièrement auprès de groupes vulnérables, encouragent l'adoption de comportements de santé (Heller, Oros, & Durney-Crowley,

2008). Une réduction des coûts reliés aux problèmes de santé doit notamment passer par l'accroissement d'alliances avec les entreprises, le gouvernement et le rôle infirmier en santé industrielle (Santé Canada, 2004b). Cette vision rejoint un des objectifs généraux de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail (2010): l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs doit prendre une ampleur nationale pour influencer les lois et législations de la santé et de la sécurité.

2.6 LA PRÉSENTATION DES OBJECTIFS DE RECHERCHE

Le but de cette recherche est d'implanter un programme de prévention de l'HTA en collaboration avec des travailleurs en industrie à l'aide de stratégies adaptées aux stades de changement de comportements selon le MTT de Prochaska.

Pour atteindre ce but et en concordance avec notre cadre théorique, nous utiliserons la méthodologie de la recherche-action. La méthode retenue est celle expliquée par Zuber-Skerritt (2001). Elle est décrite comme une approche en spirale, comprend trois cycles de quatre phases et permet le retour aux cycles précédents. Cette méthode nous permettra d'engager les travailleurs dans un processus de transformation tout en favorisant la traversée des étapes de changements de comportement.

Les objectifs de recherche sont :

- 1) de recueillir les perceptions auprès des travailleurs en industrie en lien avec les saines habitudes de vie prédéterminées qui favorisent la prévention de l'hypertension artérielle : activité physique, tabac, alimentation, alcool et stress;
- 2) de déterminer à quel stade de changement de comportement se situent les travailleurs en industrie;
- 3) de faire ressortir des solutions à mettre en œuvre dans le milieu de travail qui favorisent la prévention de l'hypertension artérielle et s'arrêter sur une solution;

4) d'établir un processus d'implantation dans le milieu de travail pour la solution retenue:

5) d'évaluer le processus de l'implantation et stimuler la continuité de la prévention de l'hypertension artérielle.

CHAPITRE 3

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits qui ont documenté cette recherche. Les sujets abordés se regroupent autour de la prévention de l'HTA auprès de travailleurs en industrie et sont divisés en quatre thèmes : 1) l'état de la situation concernant les maladies cardiovasculaires, plus particulièrement de l'HTA 2) les facteurs de risque modifiables et les programmes préventifs en matière de saines habitudes de vie 3) les stratégies adaptées aux travailleurs en industrie au cours du processus et 4) la mobilisation vers le changement de comportement. Pour terminer, le modèle transthéorique de Prochaska est présenté.

3.1 L'INVENTAIRE DES ÉCRITS CONSULTÉS

Nous avons utilisé les bases de données informatisées Eric, Medline, Psychology and Behavioral Sciences, Cinhal, ProQuest, ScienceDirect, Sage, Academic Search Premier et Google Scholar, afin de documenter l'état actuel des connaissances sur la problématique de l'HTA. Les sites Internet de Santé Canada, des Instituts de recherche de Santé Canada, du MSSS et de Statistique Canada ont été explorés. Somme toute, plus d'une soixantaine d'articles scientifiques, de textes théoriques, de données épidémiologiques et de livres ont été analysés pour permettre la mise à jour des connaissances sur le sujet traité. Des mots-clés tels que : recherche-action, hypertension artérielle, travailleurs en industrie, saines habitudes de vie, santé des travailleurs, étape de changement de comportement, programme de prévention, alcool, tabac, alimentation, stress et activité physique ont été utilisés. Cette activité de recherche documentaire permet de constater que la littérature abonde de travaux concernant les programmes de prévention de santé auprès des travailleurs (De Vet, de Nooijer, de Vries, & Brug, 2006; Jiang, Chen, Bi, & Ying, 2009; Kang, et al., 2005).

Cependant, très peu s'intéressent à l'implantation de programmes visant l'adoption de saines habitudes de vie pour améliorer la santé physique des travailleurs tout en tenant compte de la motivation à changer de comportement. La plupart des programmes de prévention sont préconçus par les professionnels de la santé avant leur implantation. C'est à partir de cette recension que nous avons choisi de situer les travailleurs en industrie en regard des étapes de changement de comportements afin de mieux les accompagner dans le processus d'implantation en matière de prévention de l'HTA.

Les articles choisis répondent à des critères d'utilité clinique et de rapport entre l'intervention et l'efficacité des programmes de prévention. Différentes études construites sur des interventions menées auprès de clients en processus de changement (Begun, Strodhoff, Weinstein, Shelley, & Short, 1997), sur des clients en programme de réhabilitation (Brodeur, 2006), auprès de clients souffrant de troubles anxieux et de cessation de tabac (Brown, 1997; Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) ont été explorées et examinées. Des recherches menées sur le temps requis pour traverser des stades de changement de comportement et qui déterminent les chances de maintenir le changement ont aussi été consultées (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, & et al., 1994).

3.2 L'ÉTAT DE LA SITUATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Chaque année dans le monde, il meurt plus de personnes en raison des MCV que de toutes les autres causes. Environ 17,1 millions de décès sont associés aux MCV, soit 29 % de la mortalité mondiale et d'ici 2030, on estime à 23,6 millions le nombre de personnes qui mourront d'une MCV (Organisation mondiale de la Santé, 2009). Bien qu'au Québec la mortalité associée au MCV est en diminution grâce à l'amélioration du traitement pharmacologique (Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, 2006), la prévalence des MCV est en augmentation. Au Canada, huit Canadiens sur dix présentent au moins un des facteurs de risque de MCV et plus précisément celui de

l'HTA. (Lee, Chiu, Manuel, & et al., 2009). Pour le Québec, l'augmentation de la prévalence de l'HTA est passée de 11,6 % à 14,4 % entre 1994 et 2000 (Wielgosz, et al., 2003). Pour l'année 2006-2007, cette augmentation est d'environ 29 %. Comme l'HTA est « le tueur silencieux », ce phénomène est très inquiétant. Une étude réalisée initialement auprès de 3267 hommes âgés de 30 à 45 ans a démontré qu'une élévation de la tension artérielle systolique augmente les risques de mortalité chez les hommes de cette tranche d'âge (Strandberg, Salomaa, Vanhanen, Pitkälä, & Miettinen, 2002). De plus, depuis les dix dernières années, le principal diagnostic, suite à une consultation médicale chez les adultes, est celui d'HTA. Cette tendance est à la hausse (Aubé-Maurice, Rochette, & Blais, 2010). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) confirme que l'HTA est le principal risque de mortalité. L'OMS prédit que l'HTA prendra des proportions épidémiques et recommande de prioriser des programmes de prévention. En 2000, à l'échelle mondiale, environ 7 millions de décès ont été attribués à une tension artérielle en dehors des limites de la normale (Aubé-Maurice, et al., 2010). L'HTA contribue aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), aux infarctus du myocarde et conduit à l'insuffisance cardiaque et rénale. Elle est aussi associée aux dysfonctions sexuelles et à la démence (Campbell, 2008a). La prévention de l'HTA a un impact sur plusieurs conditions de santé.

Depuis 2000, le programme d'enseignement canadien de l'HTA (PECH) organise des stratégies nationales pour réduire l'HTA reconnue comme la principale cause des MCV. Les recommandations sont claires, il faut agir et l'action qui vise les modifications des habitudes de vie est une pierre angulaire afin de réduire l'incidence de l'HTA (Poirier & Drouin, 2009). Le manque d'activité physique, l'usage du tabac, une alimentation riche en matières grasses et le stress font partie des habitudes à modifier pour réduire l'HTA et ainsi réduire la prévalence des MCV (Boone-Heinonen, Evenson, Taber, & Gordon-Larsen, 2009; Franco, Peeters, Bonneux, & de Laet, 2005; Stevens, Cai, Evenson, & Thomas, 2002).

Les auteurs consultés soulignent l'importance d'agir sur les facteurs modifiables comme moyen efficace de prévention en matière de MCV (Khot, et al., 2003). Selon ces

derniers, il est clair que la majorité des facteurs de risques des MCV relèvent de l'ordre de la prévention afin de développer de saines habitudes de vie et réciproquement tendre à diminuer le risque de développer de l'HTA, laquelle est une condition de santé modifiable (Aubé-Maurice, et al., 2010).

3.3 LES FACTEURS DE RISQUES MODIFIABLES ET LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SAINES HABITUDES DE VIE

L'analyse de l'état de la situation a permis de faire ressortir les saines habitudes de vie comme des facteurs essentiels à la prévention de l'HTA. Les habitudes de vie retenues dans cette recherche correspondent aux principaux facteurs de risques identifiés dans la littérature, soit l'activité physique, le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool et le stress. Ces habitudes de vie modifiables sont ciblées par les lignes directrices du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) pour l'année 2008 et sont directement reliées aux facteurs de risque cardiovasculaires associés à l'HTA (Bélanger, 2008). Toutes les stratégies préventives utilisées doivent s'adresser à toutes les populations (Campbell, 2008a). Nous présentons dans les paragraphes suivants les principales recommandations ayant un impact positif sur la santé des travailleurs en lien avec les habitudes de vie priorisées par les lignes directrices portant sur la prévention primaire de l'HTA. Nous présentons aussi certaines études qui se préoccupent de l'efficacité de programmes de prévention visant la santé des travailleurs.

3.3.1 L'activité physique

L'insuffisance de l'activité physique est un facteur assez préoccupant. Au Québec chez les hommes âgés de 24 à 44 ans, environ 60 % ne font pas d'activité physique plus de trois fois semaine (Nolin & Hamel, 2008). Étant donné que les styles de vie dans les pays industrialisés occidentaux sont caractérisés par un niveau décroissant de l'activité physique,

certaines auteurs s'intéressent à cet effet sur la santé (Warburton, Katzmarzyk, Rhodes, & Shephard, 2007; Warburton, Nicol, & Bredin, 2006). Des recherches soulignent l'importance de l'activité physique dans la prévention primaire de plusieurs maladies chroniques (Malina & Little, 2008; Thomas & Williams, 2006; Warburton, et al., 2007). D'autres cherchent à établir des liens entre l'inactivité physique et les maladies chroniques (Chan, et al., 2004). D'un point de vue à l'autre, il ressort de cela que la prévention des maladies chroniques et plus particulièrement de l'HTA est possible grâce à l'adoption de comportements de santé.

Les principales recommandations canadiennes sur l'activité physique au travail encouragent les entreprises à offrir des heures réservées à l'activité physique tout en adoptant des politiques d'horaire flexible. En effet, des recherches ont montré que l'augmentation de la participation des employés à des programmes préventifs d'activité physique en entreprise est favorisée par une approche laissant place au temps et à l'espace nécessaires au sein même de l'entreprise (Cheng & Chan, 2009; Kernozek, Iwasaki, Fater, Durall, & Langenhorst, 2006).

Une étude menée en Australie auprès de travailleurs en industrie conclut que de simples mesures de motivation arrivent à donner des résultats qui modifient le comportement des travailleurs. La simple utilisation d'un podomètre au travail a été suffisante pour favoriser l'augmentation de l'activité physique chez 70 % des participants à un programme de promotion (Thomas & Williams, 2006).

Dans le cadre de la mise en place de programmes de santé favorisant l'augmentation de l'activité physique en Suisse, des rapports de recherches entre 1980 et 2000 ont été analysés. Au total, 849 rapports ont fait l'objet de la recherche et 94 ont été retenus : ceux-ci répondaient aux critères de rigueur de la méthodologie. Il en ressort que quatre types d'intervention visant les programmes de promotion de l'activité physique auprès d'adultes seraient fortement recommandés. Parmi eux, se classent au deuxième rang les programmes de changement de comportements dans une communauté à l'aide de supports sociaux, par exemple une infirmière jouant un rôle de leader en entreprise (Bernstein, 2002).

3.3.2 Le tabac

Les méfaits du tabagisme sont connus depuis plus de 40 ans, le tabagisme est de loin la principale cause de décès évitables au Québec (Tremblay & Gervais, 2001). Chaque année, environ 10 000 Québécois meurent des maladies reliées à la consommation de produits du tabac (Rehm, et al., 2006). Les hommes sont généralement de plus grands fumeurs que les femmes, leur consommation quotidienne se chiffrant à 18,1 cigarettes par jour (Statistique Canada, 2005b). L'arrêt tabagique est un facteur qui augmenterait grandement la santé de ces derniers (Statistique Canada, 2005b).

C'est l'avènement de lois adoptées par les gouvernements restreignant l'usage du tabac dans les milieux de travail qui a contribué à des modifications de prise de conscience en matière de santé chez les travailleurs (Tremblay & Gervais, 2001). Des études ont démontré que les politiques mises en place pour interdire l'usage du tabac en milieu de travail au Québec ont eu un impact sur la décision de cesser de fumer chez les travailleurs (Tremblay & Gervais, 2001). Au Québec, la stratégie utilisée pour réduire la consommation tabagique est intégrée à l'échelle provinciale et est véhiculée grâce aux centres d'abandon du tabagisme (CAT). L'approche privilégiée par les CAT est celle du MTT de Prochaska, adaptée aux étapes des stades de changement de comportements (Gouvernement du Québec, 2009). La majorité des fumeurs feront de 4 à 5 tentatives d'abandon avant de renoncer au tabac : le modèle utilisé permet aux fumeurs de prendre conscience que chaque tentative n'est pas un échec.

Les programmes de cessation d'arrêt tabagique en milieu de travail sont inspirés pour la plupart de ceux offerts dans un contexte clinique. La littérature scientifique fait état de deux types d'interventions brèves individuelles ou de groupes relativement à l'efficacité de programme de cessation tabagique. L'intervention minimale (≤ 3 minutes) démontre que 13,4 % des personnes ayant reçu un counseling minimal sont abstinentes après 5 mois d'arrêt. Pour le counseling bref (de 3 à 10 minutes), c'est environ 16 %. En conclusion, le

counseling minimal augmente le taux de cessation d'environ 2.5 % et le counseling bref d'environ 5 % (Fiore & al., 2000).

Les activités de cessation tabagique doivent se poursuivre afin d'en réduire l'incidence en milieu de travail (Gun, Pratt, Ryan, Gordon, & Roder, 2006). La diminution de la prévalence du tabagisme et des problèmes de santé au travail qui y sont reliés sont des priorités gouvernementales (Institut canadien d'information juridique, 1999). De nombreuses interventions ont été mises en place depuis les années 1990 et nous avons vu la prévalence du tabagisme passer de 30 % en 1999 à 21,7 % en 2007 (Gouvernement du Québec, 2009).

Tous les experts dans le domaine de la cessation tabagique reconnaissent qu'une variété d'interventions est nécessaire auprès des populations afin de favoriser la cessation tabagique et que le travail doit être constant et soutenu (Tremblay & Gervais, 2001).

3.3.3 L'alimentation

Un régime alimentaire sain permet de combler les besoins en vitamines et autres éléments nutritifs; il permet de maintenir un poids santé et, par le fait même, réduit le risque de développer des maladies cardiovasculaires (Kremers, et al., 2005; Statistique Canada, 2007). Les recommandations en matière de saine alimentation sont celles du guide alimentaire canadien « Bien manger avec le guide alimentaire canadien » (Santé Canada, 2007) dont les recommandations sont soutenues par des données probantes (Lees & Redman, 2002).

L'obésité est reconnue comme un facteur ayant des répercussions sur le travail et est devenue une question de santé personnelle (Park, 2009). Pour l'année 2005, la prévalence de l'obésité chez les travailleurs canadiens est de 15,7 %. L'augmentation du poids corporel est plus importante chez les hommes. L'obésité masculine est plus marquée dans le haut du corps et au tour de la taille ce qui entraîne des risques accrus de maladies cardiovasculaires

incluant l'HTA. Une alimentation de meilleure qualité améliorerait cette situation de beaucoup. Le défi est grand parce que 85 % des hommes âgés de 30 à 64 ans estiment avoir de saines habitudes alimentaires, les plus âgés exprimant en plus grand nombre cette idée (Lefebvre, 2004). Seulement 36 % d'entre eux disent consommer la portion de fruits et légumes recommandée par le Guide alimentaire canadien chaque jour. Les recommandations du guide alimentaire canadien parlent aussi de choisir des aliments qui contiennent moins de sodium (Santé Canada, 2004a). Des chercheurs canadiens ont démontré qu'en limitant les additifs alimentaires en sodium nous serions en mesure de réduire de 1 000 000 le nombre de Canadiens qui souffrent d'HTA. Il est aussi rapporté que cet impact réduirait de 430 millions de dollars les dépenses du système public de santé (Joffres, Campbell, Manns, & Tu, 2007).

Dans le cadre d'une étude sur le problème de l'obésité et la nécessité d'intervenir auprès de travailleurs adultes, une équipe de chercheurs a mené des entretiens de groupe auprès d'une population de 8000 employés, tous travaillant à temps complet et étant âgés de 18 ans et plus. Cinq entretiens de groupe auxquels 57 personnes ont participé ont eu lieu. Les participants ont été regroupés selon le genre, la race et la catégorie d'emploi. Après l'analyse des résultats, il en ressort que des facteurs tels que la nourriture servie en cafétéria, la vente d'aliments, les services d'approvisionnement en alimentation et l'information sur la saine alimentation sont tous des facteurs qui font obstacle à la modification de comportement (Devine, Nelson, Chin, Dozier, & Fernandez, 2007).

Aux Pays-Bas, le gouvernement a instauré un programme de promotion de santé, le « worksite health promotion program's » (WHPP's) pour augmenter la connaissance des employés afin de stimuler des comportements de santé (Dishman, Oldenburg, O'Neal, & Shephard, 1998). Le gouvernement suppose que l'on doit incorporer de nouvelles stratégies au programme conventionnel pour atteindre de meilleurs résultats en matière de changements de comportement de santé. Donc une intervention environnementale fut instaurée concernant la nourriture. Le but de cette étude est d'analyser les effets d'une intervention environnementale en industrie sur des causes déterminant le comportement

alimentaire. Les hommes constituent 65 % de la population. On a choisi le biais de transmission d'informations sur l'importance d'une saine alimentation et sur le nombre de calories par aliment et l'installation de distributrices alimentaires contenant de sains aliments. Après trois mois d'information, les résultats sont modestes. Les variables examinées ne peuvent expliquer l'effet sur le comportement ($P > 0.05$). Cette recherche s'est avérée utile pour l'environnement industriel, par exemple la mise en place de distributrices d'aliments sains, la réduction de la consommation de gras. Cependant, les comportements alimentaires en matière de consommation de fruits et légumes sont inchangés. Les auteurs concluent qu'à l'avenir il faut modifier les habitudes de vie par des interventions plus intensives sur les ambients (Engbers, et al., 2006).

3.3.4 La consommation d'alcool

Au Canada, en 2002, on considère que 39.8 milliards de dollars étaient consacrés aux coûts reliés à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites. (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2008). On estime de 22 % à 33 % la population en milieu de travail qui excéderait le taux de consommation à faible risque (moins de deux verres par jour) (Gouvernement du Canada, 2009). Au Québec, un employé sur dix a un problème de surconsommation d'alcool ou de drogue ; ce qui représente 250 000 travailleurs et travailleuses qui ont des problèmes de consommation (Harrison & Legendre, 2002). Une étude québécoise estime la perte de productivité reliée à la consommation d'alcool et de drogues à 1,2 milliard de dollars (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 1999). Les recommandations de la Fondation des maladies du cœur du Québec indiquent de limiter sa consommation d'alcool à une ou deux par jour jusqu'à un maximum de neuf par semaine chez les femmes et de 14 par semaine chez les hommes. Ces lignes directrices s'appliquent avec restriction chez les personnes qui présentent certaines maladies ou qui prennent certains médicaments (Fondation des maladies du coeur du Québec, 2008a).

En 1999, une enquête du Centre canadien de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (CCLAT) estimait à 4,1 milliards de dollars la perte de productivité reliée à l'alcool. Certains facteurs augmentent le risque d'abus d'alcool au travail; à titre d'exemple, citons le stress important, de longues journées de travail et les fonctions répétitives (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2008). L'abus d'alcool au travail entraîne des conséquences qui perturbent la qualité du travail (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2008). Des recherches ont permis de faire ressortir des milieux de travail à risque et parmi ceux-ci l'industrie du bois, les scieries et les milieux de transformation ne sont pas épargnés (Grunberg, Moore, & Greenberg, 1998). Le plus haut taux de surconsommation se retrouverait parmi les travailleurs à la chaîne (Harisson & Legendre, 2002). Pour la catégorie des 25-44 ans, 9,3 % des hommes ont pris plus de 14 consommations d'alcool au cours d'une période de sept jours (Statistique Canada, 2005c). La consommation d'alcool et plus particulièrement sa surconsommation est directement liée à l'élévation de la tension artérielle (TA) et représente un des facteurs qui n'est pas toujours pris en considération (Gosse & Bely, 2004). Une enquête tenue en Basse-Normandie évalue à 15 % le nombre d'accidents de travail occasionnés par la consommation d'alcool et estime entre 10 % et 15 %, le nombre de buveurs excessifs en industrie (Demortière, Michaud, & Dewost, 2005).

Une recherche s'est intéressée à l'analyse de la prévalence de la consommation d'alcool des travailleurs canadiens en fonction de leur profession afin de dégager des interventions appropriées en matière de santé publique. Elle relève, à l'égard des professions, que la prévalence la plus élevée se trouve dans le secteur de l'exploitation forestière qui va jusqu'à 29 %. (Marchand & Charbonneau, 2008) .

Une étude de Doumas (2008) apporte un regard nouveau sur un programme de prévention en matière de consommation d'alcool en milieu de travail. Au total, 124 participants, de jeunes adultes ont accepté volontairement de suivre les programmes proposés. Trois groupes ont été formés. Le premier a reçu de l'information sur un site web, le second a eu cette même information à laquelle on a ajouté 15 entretiens motivationnels et

finalement un troisième représentait le groupe témoin. Les résultats ont indiqué que les deux premiers groupes ont présenté de manière significative une diminution de la consommation d'alcool en comparaison au groupe témoin sur une période de 30 jours ($F(1.76)=11.05, p<.001, n^2=.13$). Cela s'est avéré particulièrement pour les participants évalués au départ comme des buveurs à haut risque. Les 15 sessions additionnelles n'ont pas eu d'impact. Donc l'utilisation d'un site web est un outil qui diminuerait la consommation chez les jeunes adultes dans leur milieu de travail (Doumas et Hannah, 2008).

Des conditions sont nécessaires pour réussir des programmes de prévention en matière de consommation d'alcool en milieu de travail. Le partenariat entre les professionnels de la santé et les aidants naturels, le fait de bien connaître le milieu et de s'assurer que les activités de prévention collent à la réalité du milieu sont quelques mesures prérogatives à la démarche (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 1999). Le milieu de travail étant reconnu comme un lieu stratégique d'intervention en raison de son potentiel d'homogénéité, des stratégies peuvent facilement y être utilisées ; à titre d'exemple, citons les dépliants sur l'alcool qui incitent à en modérer la consommation ou à la supprimer, des affiches ou articles qui sont des outils à considérer tel que le suggère le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (1999). Ce sont des exemples d'outils stratégiques qui permettent de rejoindre le groupe de travailleurs et qui nécessitent peu d'investissement.

De toute évidence, les interventions de prévention en matière de surconsommation d'alcool doivent porter non pas uniquement sur la consommation d'alcool, mais sur l'ensemble des facteurs ou sur une partie des facteurs qui influencent les travailleurs à percevoir l'alcool comme une récompense à leur dur labeur.

3.3.5 Le stress

Les connaissances sur le stress vécu par les travailleurs en industrie suggèrent un ensemble de facteurs responsables de cette condition. Aux facteurs directement liés au travail comme le travail répétitif, les horaires, la rémunération, s'ajoutent les facteurs externes au travail (Marchand, Demers, & Durand, 2005).

Les lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur du Québec indiquent qu'un surplus de stress augmente les risques des maladies cardiovasculaires et peut entraîner une élévation de la tension artérielle. Des études tentent de préciser l'impact du stress sur la santé cardiovasculaire des travailleurs (Esler, Schwarz, & Alvarenga, 2008; Gosse & Bely, 2004; Kang, et al., 2005). Le lien entre le stress et les maladies du cœur n'est pas totalement compris par les scientifiques. Il est précisé que l'identification de la source du stress en première étape, puis l'activité physique, la verbalisation des sentiments et une saine alimentation sont des éléments qui contribuent à diminuer et à contrôler le stress. (Fondation des maladies du coeur du Québec, 2008b). Certains auteurs expliquent les facteurs reliés au stress du travail comme un équilibre entre les demandes physiques, répétitives et le pouvoir sur le degré de contrôle (latitude) exercé sur le travail (Kang, et al., 2005; Wilkins & Beaudet, 1998).

Les interventions en milieu de travail doivent donc tenir compte de la qualité de vie des travailleurs en incluant tous facteurs associés au stress (Kang, et al., 2005). Les travailleurs en industrie doivent reconnaître les situations qui engendrent le stress au travail afin d'agir sur les bonnes causes (Sigouin, Bernier, & Lussier, 2008).

3.4 LES STRATÉGIES ADAPTÉES AUX TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE AU COURS DU PROCESSUS

La population retenue pour l'étude est exclusivement masculine. Certaines caractéristiques sont associées aux hommes et directement en lien avec leur santé et leur

risque de développer de l'HTA. Par exemple, les hommes vivent généralement six années de moins que les femmes au Québec et ils sont reconnus comme ayant de moins bons comportements de santé que les femmes ainsi que de l'ensemble des hommes des autres provinces canadiennes (Lefebvre, 2004). Les obstacles à la santé des hommes ne sont pas à négliger et sont surmontables. Les hommes en général suppriment l'expression de leurs émotions et perçoivent leur santé comme une forme de compétition (Courtenay, 2000; Sabo, 2000). Cela les amène à consulter trois fois moins que les femmes en soins de première ligne; environ 33 % n'ont pas de médecin et ils remettent régulièrement à plus tard une consultation lorsqu'ils présentent des signes ou des symptômes (Galdas, Cheater, & Marshall, 2005).

Un projet d'intervention d'enseignement soutenu par une approche collaborative et réalisé aux États-Unis entre novembre 2006 et novembre 2007 auprès de 261 hommes âgés de 22 à 67 ans montre l'effet du groupe sur un individu. Ce projet du nom de MÉGA, a organisé des rencontres de groupe de 8 à 12 hommes d'une durée de 90 à 120 minutes à la place du traditionnel examen physique annuel. Pendant la première heure, les clients étaient rencontrés en individuel pour examiner les données de laboratoire prélevées antérieurement. Chaque client avait préalablement passé un examen physique de dix minutes avec le médecin; ensuite débutait la présentation de groupe d'une durée approximative de 1 heure. Des diapositives ont été présentées sur des questions importantes pour la santé des hommes. Les saines habitudes de vie ont été traitées. L'âge des 261 hommes participant au projet s'étendait de 22 à 67 ans. Plus de 99 % ont rapporté un taux de satisfaction élevé après leur participation. À la question : Choisiriez-vous le programme MEGA pour votre prochaine visite médicale annuelle? La réponse a été claire : 230 (95 %) des hommes qui participaient à l'étude ont répondu oui (Campbell, Shah, & Gosselin, 2009). Les clients confirmaient avoir reçu plus d'informations que lors de la visite médicale individuelle. Ce modèle de groupe a conduit les hommes dans un processus de prise en charge, de collaboration et a laissé un sentiment d'accomplissement et de pouvoir sur soi et sur le groupe.

Les stratégies préventives en matière de santé sont davantage exploitées par les entreprises aux États-Unis étant donné les régimes d'assurances privées. Au Québec, les efforts doivent se maintenir en gardant à l'esprit l'aspect de la responsabilisation des communautés industrielles à l'égard de leur propre santé (Bilodeau, 2003).

3.5 LA MOBILISATION VERS LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

À l'heure actuelle aux États-Unis des programmes de promotion de santé sont en place dans 80 à 90 % des milieux de travail (Graham, 2003). Bien que les programmes de santé soient moins répandus au Canada, l'approche est semblable à celle des États-Unis. Les résultats du sondage mené en 1999 par Santé Canada auprès de 422 employeurs canadiens montrent que 17,5 % des sociétés produisent des programmes de mieux-être au travail et 64 % offrent des formations telles que la cessation tabagique et la gestion du stress (Graham, 2003). Dans le document préparé pour la Division de l'analyse et de l'évaluation économiques de Santé Canada, Graham (2003) précise qu'une des limites aux initiatives de programmes de santé en milieu de travail serait le peu d'attention portée aux attitudes et aux comportements des individus en matière de santé. La plupart du temps, aux yeux de la majorité des employeurs canadiens, la promotion de la santé des travailleurs n'est rien de plus qu'une simple question touchant la santé (Graham, 2003). Il est très important d'élaborer des programmes de promotion de santé qui visent des modifications de comportements à long terme.

Pour leur part, les gouvernements mettent en place des mesures organisationnelles en lien avec des équipements de sécurité qui réduisent les risques d'accident et qui favorisent une amélioration de la qualité dans l'exécution du travail des hommes (Bonhomme, 2008). Il semble que la préoccupation de la santé au travail est perçue de manière fonctionnelle plutôt qu'en fonction de la santé physique. Par exemple, la loi sur la santé et la sécurité au travail adoptée en 1979 parle de la prévention des accidents du travail et de la maladie professionnelle (Commission de la santé et de la sécurité au travail, 1979). Les éléments

tels que la prise en charge de santé par de saines habitudes de vie des communautés industrielles, son impact sur la prévention des accidents du travail et la maladie professionnelle sont très peu explorés et exploités. Malgré cela, il existe une préoccupation du bien-être des individus en milieu de travail.

Une recherche-action menée par un groupe d'ergothérapeutes auprès d'un groupe de 27 participants en production de métal chaud avait pour but de démontrer que la concrétisation des projets d'amélioration de santé dans les industries dépend de l'implication des participants dans le processus du déroulement du projet. Le projet a permis à l'entreprise de poursuivre le programme et après la fin du projet, des participants ont continué de s'impliquer dans un comité de santé (Bellemare, Montreuil, Marier, Prévost, & Allard, 2001). Une autre recherche a été réalisée au Québec en 2000 auprès d'éboueurs et regroupait plus de 2500 travailleurs. Elle a démontré l'importance d'impliquer les travailleurs aux prises de décisions. La méthode vise le transfert de connaissances sur le terrain. Des mesures de prévention en matière de risque de blessures sont transférées en tenant compte du point de vue des participants; ceux-ci ont été impliqués dès le début du projet de recherche. Les résultats font l'objet d'une réévaluation constante et sont révélateurs. Dix ans après la recherche, le portrait du changement est significatif; par exemple, le taux de fréquence des accidents est passé de 74 % à 34 % et le taux de cotisation de l'employeur à la CSST de 11,30 \$ à 8,15 \$ pour chaque 100,00 \$ de masse salariale. C'est donc dire que cette approche a favorisé l'adoption persistante de changement auprès des travailleurs (Bourdouxhe & Gratton, 2003).

La présente recherche tente d'influencer les travailleurs en industrie afin de provoquer un changement de comportement positif chez les travailleurs en matière de prévention de l'HTA. Le processus d'implantation d'activités visant les saines habitudes de vie est supporté par un cadre théorique de changement de comportement. Les industries semblent être des milieux propices à des interventions pouvant favoriser ou influencer les comportements de santé. De plus, ces secteurs permettent d'accéder à une grande proportion de la population d'adulte (Reiter, 2008).

3.6 LE CADRE DE RÉFÉRENCE, LE MTT DE PROCHASKA

Cette section présente le cadre de référence du MTT de Prochaska qui repose sur les concepts des stades de changements de comportement et des stratégies adaptées afin de traverser les étapes des stades. Il sera question de quatre parties : la description, les concepts, l'utilité et la justification de l'étude.

3.6.1 La description du MTT

Le MTT est un modèle de changement individuel qui décrit comment les gens modifient un comportement problématique ou acquièrent un comportement positif (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). La base du modèle émet des hypothèses au sujet de la nature du changement et les meilleures interventions pour y parvenir (Prochaska, et al., 1998). Le thème central du MTT de Prochaska propose que les personnes qui modifient leur comportement passent par une série de stades et que la progression d'un stade à l'autre soit facilitée par l'utilisation des bonnes stratégies de changement au bon moment.

Le MTT soutient premièrement que les personnes qui modifient leur comportement passent par une série de stades nommés précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et conclusion. Les stades doivent être franchis dans cet ordre. L'omission de l'un ou de plusieurs stades rend l'individu vulnérable aux rechutes (Prochaska, et al., 1994). Deuxièmement, la progression d'un stade à l'autre est facilitée par l'utilisation des bonnes stratégies de changement au bon moment. Le MTT classe les problèmes en cinq grandes catégories appelées niveaux de changement (Prochaska, et al., 1994), soit : les symptômes et les problèmes situationnels, les cognitions mal adaptées, les conflits interpersonnels actuels, les conflits avec la famille et les autres systèmes et les conflits intra-personnels. Ces niveaux de changement s'inscrivent dans une hiérarchie de manière à énoncer des problèmes de plus en plus complexes et profonds. Les problèmes situationnels

sont les moins menaçants et c'est généralement à ce niveau que les individus préfèrent travailler (Prochaska & DiClemente, 1992). Le tableau 1 donne un aperçu du modèle et de ses stades de changements.

Les phases du modèle possèdent des critères permettant d'assigner un individu à un stade spécifique. Les stades sont placés dans un ordre permettant de prédire dans quelle séquence ils seront franchis. Les personnes appartenant à un même stade sont confrontées à des obstacles communs, ces obstacles possèdent une définition différenciée selon le stade. Chaque stade comporte par ailleurs un certain nombre de tâches à accomplir avant de passer au stade suivant. Bien que le temps nécessaire pour franchir chaque étape varie considérablement, ces tâches sont présumées invariables (Pallonen, et al., 1994; Prochaska, et al., 1992; Prochaska, et al., 1994).

3.6.2 Les concepts du MTT

La démarche entreprise pour la réalisation de la recherche du MTT relève du domaine de l'empirique et du théorique. Elle a conduit les auteurs du modèle à définir une série de concepts clés. Les concepts sont tous interreliés dans le processus. Les principaux concepts du MTT sont les stades de changement, les stratégies de changement, la balance décisionnelle, le sentiment d'efficacité personnelle et les niveaux de changement (Brodeur, 2006). La traversée des stades résulte d'expériences et d'activités personnelles à laquelle les individus adhèrent afin de modifier leurs comportements. Par exemple, les personnes qui cessent de fumer utilisent jusqu'à 130 techniques différentes (Norcross, Prochaska, & DiClemente, 1986). Cette foule d'activités et d'expériences a conduit à la catégorisation des stratégies de changement. Leur définition s'est faite de manière théorique et empirique. Ces stratégies sont regroupées en deux stratégies pour prendre en considération à la fois des changements initiés par l'individu lui-même et de ceux induits par l'environnement. Pendant la progression entre les stades, la balance décisionnelle traduit les changements cognitifs subtils (Velicer, et al., 1998).

Tableau 1 : Les stades de changement selon Prochaska

Stades	Définitions	Comportements
1. Précontemplation	<ul style="list-style-type: none"> Résistance à l'idée de reconnaître qu'un comportement pose problème et qu'il doit être modifié 	<ul style="list-style-type: none"> n'ont pas l'intention éventuelle de changer ont peu ou pas conscience de leur problème adoptent souvent une attitude défensive peuvent désirer changer, mais ce changement n'est pas perçu sérieusement peuvent se présenter en thérapie lorsqu'ils sont sous la pression d'un proche ou d'une institution peuvent parfois manifester de l'intérêt pour le changement lorsqu'ils sont sous cette pression reviennent vite à leurs anciennes habitudes lorsque la pression s'estompe.
2. Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> Prise de conscience du problème et désir sérieux d'une résolution mais aucun engagement dans l'action. 	<ul style="list-style-type: none"> sont préoccupés par les inconvénients qu'entraînerait une modification de leur façon d'agir
3. Préparation	<ul style="list-style-type: none"> Engagement dans le changement et gestes dans le but de modifier le comportement 	<ul style="list-style-type: none"> se fixent des objectifs et un plan d'action
4. L'action	<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de l'environnement dans le but de résoudre le problème 	<ul style="list-style-type: none"> demande du temps et de l'énergie
5. Maintien	<ul style="list-style-type: none"> Réussite à effectuer les changements souhaités, phase de stabilisation du comportement et de prévention de la rechute, processus en forme de spirale et non linéaire 	<ul style="list-style-type: none"> acquièrent un nouveau comportement
6. Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> Intégration du nouveau comportement 	<ul style="list-style-type: none"> «c'est le défi de toute une vie».

Source : Adaptation de Brodeur (2006)

Le MTT s'appuie également sur les écrits de Bandura (2003) qui a développé une théorie concernant le sentiment d'efficacité personnelle (Prochaska, 1998). Ce concept renvoie au jugement qu'une personne porte quant à sa capacité d'accomplir avec succès les comportements requis dans une situation précise. Selon Bandura (2003), une personne qui se perçoit efficace est convaincue d'atteindre le succès, persévère pour atteindre les résultats attendus, alors que le contraire est aussi vrai. Le sentiment d'efficacité personnelle s'acquiert par les réussites accomplies par soi-même et aussi par des expériences comme l'observation de personnes qui maîtrisent le comportement attendu, par la persuasion et par l'éveil des émotions.

3.6.3 L'utilité du MTT

L'expansion fulgurante qu'a connue le modèle au cours des 25 dernières années témoigne de son utilité. En 25 ans, les subventions reçues par les chercheurs associés au développement du MTT s'élèveraient à plus de 70 millions de dollars américains. Le nombre de participants aux recherches dépasserait quant à lui les 120 000 personnes (Brodeur, 2006; Pro-Change Behavior Systems Inc., 2004). Le modèle a été appliqué à la modification de plusieurs problèmes de santé et a fait l'objet de nombreuses recherches dans ce domaine. Les catégories de recherches sont diversifiées (Prochaska & Norcross, 1994; Prochaska, et al., 1994) par exemple : alimentation et troubles alimentaires (anorexie, boulimie, obésité et saine alimentation), la prévention du cancer (utilisation des crèmes solaires), dépistage par la mammographie et tests d'exposition au radon, le respect / non-respect des ordonnances médicales chez les patients souffrant d'hypercholestérolémie, d'hypertension, de diabète, d'ostéoporose ou du VIH /sida pour ne nommer que celles-ci. Puisque les recherches font ressortir des relations similaires entre les concepts du modèle à travers l'ensemble de ces comportements, il est vu comme un modèle universel (Brown, 1997).

Une des problématiques ayant retenu l'attention des concepteurs du MTT est celle du tabagisme. En cherchant à comprendre comment les gens cessent de fumer, ils ont découvert les stades de changement et redéfini empiriquement les stratégies de changement (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, et al., 1988). Les connaissances développées dans les études sur le tabagisme ont rapidement été transférées à la problématique des dépendances à l'alcool et aux drogues.

3.7 LA JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Les perspectives infirmières ont, entre autres, pour objectif de trouver des moyens pour améliorer la santé des collectivités (Goulet & Dallaire, 1999). Le volet promotion de la santé de la pratique infirmière vise des résultats qui favorisent des habitudes de vie saine et une augmentation du bien-être afin de réduire les risques de complications sur l'état de santé des collectivités (Lévesque-Barbès, 2010). L'idée de ce projet est d'appliquer dans notre pratique professionnelle des interventions basées sur des données probantes et soutenues par un cadre théorique qui a fait ses preuves et ainsi guider les collectivités vers des processus de changement de comportement qui tiennent compte de leur perspective et de leur motivation à agir (Dallaire, 2008).

Le MTT de Prochaska (1995) a été retenu comme cadre pour situer les travailleurs dans les stades de changement de comportements et permettre d'orienter le choix de stratégies adaptées. Le MTT comprend des interventions et des méthodes qui ont déjà prouvé leur utilité dans les recherches antérieures ou dans l'expérience clinique. Il n'exclut aucune technique ni aucun autre modèle d'intervention, pourvu qu'on les utilise en tenant compte du stade de changement (Prochaska, 1995). Les infirmières qui désirent l'utiliser doivent être capables de maîtriser les stratégies applicables à chacun d'entre eux (Beauchamp & Blais, 2010).

Ce cadre théorique vient appuyer la recherche-action qui renvoie à un changement dans une situation donnée. Le MTT ne vise pas exclusivement la production de connaissances, il sert à évaluer la position des travailleurs dans les stades de changement et à favoriser l'utilisation de stratégies adaptées. Ainsi, le processus d'implantation a été maximisé pour l'adoption de saines habitudes de vie au travail. De plus, le devis de la recherche-action apparaît être une méthodologie qui permet d'opérationnaliser le processus d'implantation en respectant la progression des travailleurs en industrie à travers le changement (Altrichter, et al., 2002). La plupart du temps, les types de recherche-action se distinguent selon leurs finalités ou la position qu'occupe le chercheur. Cette recherche est dite collaborative. Nous cherchons à comprendre la situation en traversant le processus de changement tout en tenant compte que le changement est une priorité (Karsenti & Savoie-Zajc, 2004).

CHAPITRE 4

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode de recherche utilisée. Nous avons privilégié l'approche qualitative, de type recherche-action pour implanter un programme de prévention de l'HTA sur les saines habitudes de vie auprès de travailleurs en industrie. Compte tenu de l'intérêt d'intégrer les acteurs dans le processus participatif de transformation, cette recherche se veut un devis pertinent à la réalisation du projet. Le type d'étude, la population, les méthodes de collecte de données et les analyses employés sont présentés. Nous terminons en soulignant les critères de rigueur de l'étude et les principes éthiques qui l'encadrent.

4.1 LE CHOIX DU DEVIS

Ce devis de recherche-action est une approche de recherche rigoureuse et systémique qui permet l'intégration de l'expertise professionnelle et la participation active des gens du milieu. La contribution des participants, des chercheurs et des acteurs à la résolution du problème optimise la transformation souhaitée (Stringer & Genat, 2007).

Par conséquent, le projet de recherche répond aux principales notions découlant des cinq dimensions de la recherche-action selon Lavoie, Marquis et Laurin (1996). Il s'agit : 1) d'une approche sociale 2) soutenue par une stratégie d'intervention 3) qui réunit la recherche et l'action 4) dans le but de changer une situation existante 5) à partir de besoins sociaux réels. Cette approche possède un caractère empirique et demeure en lien constant avec le vécu et la réalité de la communauté. C'est un travail d'équipe entre les chercheurs et la communauté ayant comme objectif commun d'améliorer une situation. Ce type de

recherche demande l'intégration des participants dans un processus de réflexion (Carr, 1994). C'est à partir d'une situation initiale que les coauteurs (participants et chercheurs) s'engagent à la transformation des pratiques courantes (Altrichter, et al., 2002). Karsenti et Savoie-Zajc (2004) distinguent trois types de recherche-action en se basant sur une classification reprise par Zuber-Skerritt (2001). La recherche-action serait inspirée du courant positiviste, interprétatif ou émancipatrice.

4.2 LES PRINCIPES ET CARACTÉRISTIQUES DU DEVIS

Parmi les approches de recherche-action, plusieurs s'inspirent du travail de Kurt Lewin, identifié comme le « père » de la recherche-action (Altrichter, et al., 2002; Stringer & Genat, 2007; Zuber-Skerritt, 2001, 2005) qui intègre les participants à la recherche. S'inspirant du travail de Lewin, les professeurs, Altrichter et coll.(2002) définissent la recherche-action comme :

Une forme d'investigation collective où des individus se concentrent sur une situation problématique par rapport à une situation sociale les concernant afin d'améliorer la situation initiale. Toute la démarche est réalisée par les individus engagés dans l'action sociale. (p.2, traduction libre)

Ce projet de recherche-action s'inspire d'une définition développée par Altrichter, et coll. (2002). Ces coauteurs s'entendent sur une définition flexible et pragmatique et reprennent le modèle en spirale de la recherche-action proposé par Zuber-Skerritt (2001). Zuber-Skerritt (2001) affirme que le changement est effectif si les sujets sont fortement engagés dans le processus. Les conclusions de ses recherches montrent que les participants qui s'investissent dans la résolution d'un problème sont plus enclins à modifier leurs comportements. Le devis de la recherche-action va dans le même sens puisqu'il implique les personnes dans la définition d'un problème et dans la recherche de solutions pour le

résoudre. Ce sont des étapes de l'intégration du changement de comportements (Altrichter, et al., 2002).

La méthodologie de cette recherche utilise le modèle en spirale repris par Zuber-Skerritt (2001) proposé par Kemmis et Mc Taggart 1988 et inspiré du travail de Lewin. Ce modèle décrit la continuité et l'interactivité du processus. Cette recherche se déroule en trois cycles comprenant chacun quatre étapes. Le premier cycle sert à explorer et à analyser le contexte où se situe le problème. Il permet d'amener et de déterminer des solutions à travers les quatre étapes. Le second cycle évalue l'implantation des solutions retenues et le troisième cycle examine le changement. Les quatre étapes de chaque cycle : 1) observation; 2) action; 3) plan; 4) réflexion favorisent l'évaluation continue du processus afin de rendre une synthèse conforme au déroulement du projet. Les étapes font partie d'un processus en spirale qui permet de revenir en arrière et de s'ajuster à tout changement du déroulement du projet (Altrichter, et al., 2002). Son diagramme, présenté à la figure 1, montre l'engagement dans la recherche et le développement ainsi que la réflexion entreprise et l'action (Altrichter, et al., 2002).

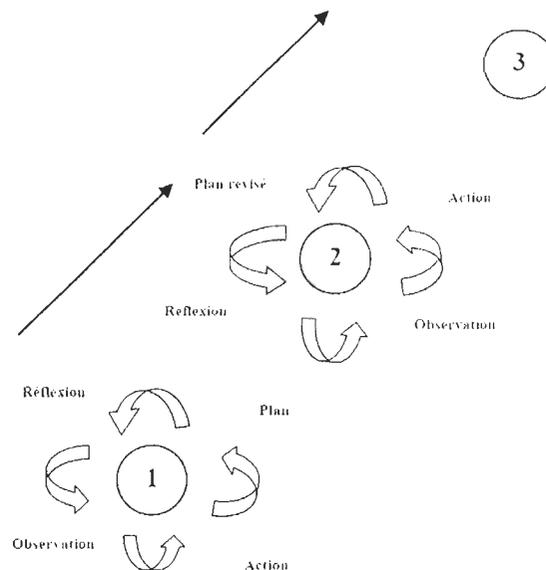


Figure 1: La spirale du cycle de la recherche-action
Source : Zuber-Skerritt (2001, p.15)

Dans ce type d'étude, la méthodologie de la recherche-action soutient que les actions entreprises visent des objectifs communs et les critères de réussite se mesurent en fonction des résultats escomptés. La généralisation des résultats se limite au contexte de l'étude, les résultats peuvent avoir une signification pour des situations similaires (Karsenti & Savoie-Zajc, 2004).

4.3 LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette section présente les étapes du modèle en spirale repris par Zuber-Skerritt (2001) ainsi que le contexte de l'entreprise pour situer le milieu dans lequel le projet de recherche se déroule. Ensuite, les critères de sélection de la population et le recrutement sont abordés. Nous présentons les outils ayant servi à la collecte de données ainsi que son déroulement. Finalement, le plan d'analyse, les critères de rigueur et les considérations éthiques sont expliqués.

4.3.1 Le choix du milieu de recherche

Après l'analyse de la problématique de la prévention de l'HTA auprès de travailleurs en industrie, un contact a été établi avec une entreprise répondant aux critères de certaines vulnérabilités, par exemple, le niveau de scolarité, le genre et certaines conditions de travail. C'est au cours d'une première rencontre d'une durée de 1 heure 30 minutes que nous avons appris que par le passé, l'entreprise avait fait affaire avec une infirmière au privé pour obtenir des services qui visaient la prévention en milieu de travail. Cela démontrait l'intérêt que cette entreprise portait à la préoccupation pour la santé des travailleurs en industrie. Les représentants de l'entreprise et la chercheuse ont convenu qu'un projet de recherche se déroulerait au sein de l'entreprise dans les mois suivants.

Ce milieu de recherche choisi est une industrie située dans une municipalité régionale de comté du Bas-Saint-Laurent. Une population d'environ 20 000 personnes réside sur ce territoire. Le projet se déroule dans l'industrie du bois, secteur de production. Une salle de conférence aménagée dans les locaux de l'industrie a servi de lieu de rencontre avec les gestionnaires et pour les entretiens de groupe avec les travailleurs. L'entreprise qui participe au projet de recherche est composée majoritairement d'hommes à 96 %. Ils proviennent des municipalités environnantes.

4.3.2 L'échantillon et le recrutement

Le premier recrutement fut une invitation à participer au projet sous forme d'affichage dans l'industrie (en appendice A). L'équipe de gestion de l'industrie a manifesté de l'intérêt pour le recrutement des travailleurs. Il a été décidé par la direction que les heures libérées aux participants, lors des entretiens de groupe, seraient rémunérées afin de faciliter le recrutement. Il s'est déroulé sur une période de trois semaines en février 2010. Après cette période, une seule personne a manifesté son intérêt à participer au projet de recherche. À la suite de cette première tentative et compte tenu du projet de recherche retenu, un échantillonnage intentionnel fut privilégié. L'échantillonnage choisi s'apparente à la méthode de convenance puisque la personne s'engage sur une base volontaire et consciente (Karsenti & Savoie-Zajc, 2004). Cet échantillon est formé du comité des employés dont un représentant de chaque chaîne de montage participe au projet de recherche. Les personnes ciblées et sollicitées par le comité pouvaient manifester leur refus à l'équipe de gestion. Hamel (2000) soutient qu'un échantillon de petite taille et bien composé peut suffire à décrire correctement l'objet à l'étude. Les critères de sélection concernant le groupe sont les suivants : les représentants de la direction doivent travailler dans l'industrie, ils doivent être employés par l'industrie dans une des fonctions suivantes : comité de direction, directeurs de services ou services des ressources humaines. Les travailleurs en industrie doivent être embauchés depuis plus de deux mois afin de garantir

une certaine connaissance de la culture du milieu. Tous les membres du groupe participent à l'étude sur une base volontaire. La période totale de recrutement s'est échelonnée sur environ un mois, allant du début février au début mars. Le profil sociogéographique des travailleurs sera détaillé dans le prochain chapitre.

4.3.3 Les outils de recherche

Le projet de recherche a requis la création d'un outil de recrutement par affichage, de sept instruments de collecte de données : un questionnaire sociodémographique, trois grilles d'entretiens de groupe, un questionnaire d'évaluation de l'activité, un questionnaire sur les étapes de changement de comportements et un questionnaire d'évaluation de fin de l'activité. Il a aussi été nécessaire de créer quatre outils servant d'appui à la recherche : un guide d'indications générales pour la conduite de collecte de données sociodémographiques, de l'animation de l'entretien de groupe; une grille d'observation lors d'entretien de groupe; un plan d'intervention et un journal de bord. Le tableau 2 regroupe les outils de ce projet de recherche.

Un entretien de groupe pilote auprès de cinq infirmières non impliquées dans le projet fut réalisé pour tester la grille d'entretien. Le matériel d'enregistrement et les habiletés de l'étudiante chercheuse à conduire des entretiens de groupe ont été validés. La rétroaction des participants a permis d'apporter des précisions au guide et à la façon d'animer le groupe.

Tableau 2 : Outils de recherche

Types d'outils de recherche	Outils de recherche
Recrutement	Affiche
Collecte	Questionnaire sociodémographique Grilles d'entretien de groupe (3) Questionnaire d'évaluation de l'activité Questionnaire sur les étapes de changements de comportement Questionnaire d'évaluation de fin d'activité
Appui	Guide des indications générales Grille d'observation des entretiens de groupe Plan d'intervention Journal de bord

Dans un premier temps, la chercheure a complété une grille des indications générales pour la conduite à tenir lors de la collecte de données sociodémographiques et de l'entretien de groupe (appendice B). Ce plan a servi de guide à l'étape de la collecte. Dans un second temps, les données recueillies par la recension des écrits et les problèmes vécus au sein de l'entreprise ont servi à l'élaboration du questionnaire sociodémographique (en appendice C). Le questionnaire sociodémographique, distribué aux travailleurs, réunit des données objectives permettant de dresser un portrait des travailleurs en industrie et des données subjectives concernant ses habitudes de vie et sa position dans les stades de changement de comportements. Les données subjectives furent saisies à l'aide d'échelles visuelles analogiques. Ces échelles se traduisent à partir des perceptions où chaque extrémité de l'échelle correspond à une perception opposée en lien avec l'indicateur évalué (Burns & Grove, 2009). Le questionnaire sociodémographique a été développé afin de recueillir les données descriptives. Cet instrument est composé de six pages, contenant quatre parties : 1) des renseignements généraux, 2) les habitudes de vie des travailleurs en industrie, 3) la

motivation aux changements de comportement 4) la santé des travailleurs en industrie. Il se remplit en 10 minutes. Il a été transmis à l'ensemble des travailleurs en industrie six semaines avant le début du premier entretien de groupe par l'entremise de l'équipe de gestion. Cet ensemble représente 60 employés du genre masculin. Cela a permis de mieux orienter le guide d'entretien pour la collecte de données sur les perceptions des saines habitudes de vie (voir appendice D).

Dans un troisième temps, les entretiens de groupe ont eu lieu. Les collectes de données ont été réalisées à l'aide de guides d'entretien semi-structurés auprès des travailleurs en industrie. Lors de ces rencontres, la chercheure détermine un ordre de questions et ramène au besoin les participants sur le thème. Elle reste ouverte aux réalités du moment et tente d'obtenir le plus d'informations possible en moins de temps possible. Selon Simard (1989), la méthode d'entretien de groupe est utilisée pour explorer des sujets, pour générer des hypothèses et valider de l'information. Elle permet de poser des questions sur le thème à l'étude et de favoriser l'expression des participants sur leur expérience. Les guides d'entrevue ont été administrés au groupe en trois temps lors de chacun des cycles du projet. Lors des trois rencontres, un document, incluant le guide d'entrevue et un questionnaire d'évaluation de l'activité (voir appendice E) ont été remis aux participants. Ce questionnaire d'évaluation demande environ 5 minutes pour être rempli. Il comprend deux pages dont une section, avec des mesures sous forme d'échelles analogiques, qui vise l'évaluation de l'aspect pédagogique, une deuxième section qui contient trois questions ouvertes laissant place à l'expression des sentis et une dernière section réservée aux commentaires en lien avec l'activité. Après chaque entretien, et ce, le jour même, la chercheure a complété une grille d'observation de l'entretien (voir appendice F) ce qui a permis d'avoir bien à l'esprit le déroulement verbal et non verbal de la rencontre. Une synthèse écrite fut réalisée dans les jours suivant l'entretien de groupe afin qu'un membre du comité de gestion la distribue aux participants. Une semaine après la distribution de la synthèse, un appel téléphonique a été fait à chaque participant pour des fins de validation. Les entrevues de groupe d'une durée d'une heure à une heure trente, furent l'objet

d'enregistrement audio et vidéo, avec l'assentiment des participants, facilitant ensuite la transcription du verbatim le plus fidèlement possible.

À la suite du premier entretien de groupe, les idées ayant fait l'objet d'un consensus ont été ressorties sous forme de plan d'intervention (voir appendice G). Ce plan comprend un volet interprofessionnel qui vise le dépistage de l'HTA en milieu de travail et un volet autogestion qui est composé de mesures préventives à implanter en industrie pour favoriser la prévention de l'HTA.

Au cours du deuxième entretien de groupe, une rencontre supplémentaire fut demandée par les travailleurs; par la suite, un plan fut réalisé (voir appendice H). Ce plan se divise en cinq colonnes correspondant à la date, au numéro de priorisation de l'activité, à la directive, au comment, aux initiales de la personne responsable et à la date de réalisation. Dans chaque rangée se trouve le nom de l'activité retenue : peinture, radio, catalogue, heure de dîner, feuilles de suggestions de boîtes à lunch santé, machine distributrice d'aliments santé, affiche et dépliants de prévention, inscription au gymnase et volet interprofessionnel (dépistage de l'HTA en milieu de travail). Ce plan a servi de guide au moment de l'évaluation finale de l'activité. En complémentarité, un questionnaire a permis de situer en fin de projet la progression des travailleurs dans les étapes de changements de comportement (voir appendice I). Cette grille comporte cinq questions clés qui permettent de situer les travailleurs à l'une des cinq étapes de changements (Olivier & Levasseur, 2006).

En fin de projet, un questionnaire d'évaluation fut transmis à l'ensemble des travailleurs de l'industrie afin d'évaluer le changement (en appendice J). Il a été transmis une semaine avant la fin de l'activité de recherche en date du 31 mai 2010. Cet instrument est composé de trois pages. Il se remplit en 3 à 4 minutes. Ses parties sont divisées comme suit : renseignements généraux, motivation aux changements de comportement et degré de satisfaction en lien avec l'activité de recherche tenue au sein de l'industrie.

De plus, la chercheuse a tenu un journal de bord. Ce journal est un instrument de collectes qui permet de recueillir des informations et d'en faire une synthèse lors du déroulement du projet de recherche (Dolbec & Clément, 2000). Il a été complété le plus rapidement possible après chaque étape du projet. Il a permis de suivre la démarche d'implantation tout en respectant le plus objectivement possible les réalités rencontrées. Au cours de ce projet, le journal de bord a aussi contribué à prendre en note des observations kinesthésiques et certaines problématiques rencontrées par les travailleurs en industrie ainsi que les réflexions de la chercheuse.

4.4 LE DÉROULEMENT DU PROJET

La partie qui suit décrit la collecte de données utilisées pour définir les perceptions sur les saines habitudes de vie retenues et le choix des travailleurs en lien avec l'implantation d'un programme de prévention d'HTA au travail. Ces données ont été recueillies sur une période de 5 mois tout au long du déroulement du projet et de son processus continu d'évaluation.

La recherche s'est tenue de février à juin 2010. La collaboration des travailleurs en industrie dans le projet consiste à se présenter à trois entretiens de groupe et à se mobiliser pour l'implantation d'un programme de prévention d'HTA au travail. Les tableaux 3, 4 et 5 présentent pour chacun des trois cycles un résumé du déroulement de la collecte de données et les objectifs de chaque étape des trois cycles.

4.4.1 Le premier cycle de recherche

La première vague d'entrevues informelles a été réalisée auprès de l'équipe de direction de l'industrie en mai 2009. Cette première rencontre avec l'équipe de direction visait à faire ressortir des constats communs sur les saines habitudes de vie et leur impact

sur les travailleurs en industrie. En septembre 2009, une deuxième rencontre de 30 minutes a été fixée afin de conclure une entente. Tout au début, nous nous sommes attardés sur les rôles de chacun. La chercheuse s'est identifiée et présentée comme la conceptrice de la recherche. Les travailleurs en industrie et la chercheuse ont convenu d'agir ensemble dans le processus de recherche pour le grand bénéfice de tous. Le but du projet a bien été identifié ainsi que l'endroit de l'activité de recherche et sa durée approximative. Le tableau 3 présente la synthèse.

Tableau 3 : Synthèse du premier cycle de recherche

Cycles et étapes de la recherche	Objectifs des étapes	Collecte de données	Sources des données	Instruments
1 ^{er} Cycle Étape plan	1) prendre connaissance du point de vue de la direction et analyser les perceptions des travailleurs en industrie sur les saines habitudes de vie comme mesure préventive de l'HTA	1.1 Analyse documentaire	1.1 Les habitudes de vie des travailleurs en industrie	1.1 Documentations scientifiques
		1.2 Entretien individuel PDG et DRH de l'entreprise (n=2)	1.2 Entretien informel	
		1.3 Données descriptives	1.3 Les travailleurs en industrie (n=60)	1.3 Questionnaire sociodémographique
Étape action et observation Détermination des idées pour le programme	3) Amener des solutions de mesures préventives à mettre en œuvre au sein de l'entreprise comme mesure préventive de l'HTA	2.1 Entretien de groupe	2.1 Les travailleurs (n=5)	2.1 Grille d'entretien
Étape de réflexion		2.2 Validation par entretien téléphonique	2.2 Les travailleurs et le DRH	2.2 Synthèse de l'entretien de groupe
		2.3 Satisfaction lors de l'entretien de groupe	2.3 Les travailleurs (n=5)	2.3 Questionnaire de satisfaction

L'entreprise était prête à collaborer au projet de recherche en libérant les travailleurs désireux de participer au projet ainsi que par l'impression des documents, par la distribution de la collecte de données sociodémographiques, du questionnaire d'évaluation en fin de projet et en s'impliquant dans le processus même d'implantation de mesures préventives de l'HTA.

À la suite de ces deux rencontres, nous nous sommes engagés dans le processus de l'implantation d'un programme de prévention d'HTA choisi par et pour les travailleurs de l'entreprise.

Lors des rencontres, la chercheuse a posé les questions et a agi comme médiatrice. La durée des entretiens de groupe a été d'environ 1 heure 30 minutes. C'est au cours du premier cycle que le questionnaire sociodémographique a été transmis aux travailleurs (n=60). Grâce aux données obtenues et analysées, nous avons préparé le premier guide d'entretien de groupe. Le premier entretien de groupe cible les perceptions sur les saines habitudes de vie et le choix d'activités en lien avec celles-ci comme mesure préventive de l'HTA au sein de l'industrie.

4.4.2 Le deuxième cycle de recherche

Le second entretien vise une recherche de solutions, une prise de position sur une ou des activités préventives et un moyen d'implantation en milieu industriel. À la fin de cette rencontre, un plan d'action doit être réalisé. La mise en place du plan d'action des mesures préventives en industrie a conduit les travailleurs à demander une rencontre informelle avec l'équipe de gestion de l'industrie. Ces derniers ont manifesté l'intérêt d'être accompagnés par la chercheuse lors de cette rencontre du comité des employés. C'est donc au cours du deuxième cycle qu'une rencontre s'est ajoutée et organisée. Cette rencontre visait la mise en place du plan d'action avec tous les acteurs concernés. Cet entretien de groupe n'a pas fait l'objet d'enregistrement audio et vidéo. Cette rencontre s'est tenue le 28 avril 2010 et

une synthèse a été produite. Au dernier cycle, l'entretien de groupe visait l'évaluation du processus d'implantation de l'activité de recherche. Les enregistrements ont été écoutés et transcrits par la chercheure et une auxiliaire de recherche pour assurer une bonne validation. Le tableau 4 fait référence à la démarche.

Tableau 4 : Synthèse du deuxième cycle de recherche

Cycles et étapes de la recherche	Objectifs des étapes	Collecte de données	Sources des données	Instruments
2 ^e Cycle Étape plan :	1) Déterminer la ou les solutions retenues dans le processus d'implantation d'un programme de prévention de l'HTA destiné aux travailleurs	1.1 Entretien de groupe	1.1 Les travailleurs (n=5)	1.1 Grille d'entretien
Étape action et observation		1.2 Entretien de groupe	1.2 Les travailleurs (n=5)	1.2 Grille d'entretien : Tri et choix des solutions retenues : solutions proposées par les travailleurs et suggestions apportées par la chercheure en lien avec l'analyse des besoins ressortis par les travailleurs
Étape de réflexion		1.3 Validation par entretien téléphonique	1.3 DRH (n=1) et travailleurs (n=5)	1.3 Synthèse de l'entretien de groupe
		1.4 Satisfaction lors de l'entretien de groupe	1.4 Les travailleurs (n=5)	1.4 Questionnaire de satisfaction
Étape plan, action, observation	2) Mettre en place un plan d'action pour les activités visées	2.1 réalisation d'un plan d'action	2.1 La chercheure et DRH	2.1 Plan d'implantation «Usine en santé»
Étape plan, action, observation		2.2 Participation à une rencontre du comité des employés	2.2 Les travailleurs (n=5), le DRH et la chercheure	2.2 Plan d'action mis en place
Étape de réflexion		2.3 Validation	2.3 DRH et chercheure	2.3 Résumé du plan d'action

4.4.3 Le troisième cycle de recherche

Le dernier entretien apporte une évaluation de l'implantation d'un programme de prévention de l'HTA. Ces entretiens de groupe ont permis de connaître les intérêts des travailleurs et de leurs partenaires et ce qui les motive à adopter au travail un comportement de santé. Ensuite, ils se sont mobilisés dans le but d'implanter ce programme en industrie. Le tableau 5 présente la synthèse du processus.

Tableau 5 : Synthèse du troisième cycle de recherche

Cycles et étapes de la recherche	Objectifs des étapes	Collecte de données	Sources des données	Instruments
3 ^e cycle Étape plan	1) Évaluer l'activité de recherche. Dans quelle mesure les perceptions ont été respectées, le degré de réalisation du plan d'implantation «Usine en santé», les modifications de changement de comportements.	1.1 Entretien de groupe	1.1 Les travailleurs (n=5)	1.1 Grille d'entretien
Étape action et observation		1.2 Entretien de groupe	1.2 Les travailleurs (n=5)	1.2 Grille d'entretien évaluative
Étape de réflexion		1.3 Validation par entretien téléphonique	1.3 Les travailleurs (n=5) et le DRH	1.3 Synthèse de l'entretien de groupe
		1.4 Satisfaction lors de l'entretien de groupe	1.4 Les travailleurs (n=5)	1.4 Questionnaire de satisfaction
Démarche en spirale d'évaluation continue	2) Analyse du processus collaboratif	2.1 Les cycles de la recherche-action	2.1 Travailleurs (n=5)	2.1 Compte rendu des entretiens
			2.2 Étudiante-chercheuse	2.2 Rédaction du journal de bord
			2.3 Étudiante-chercheuse	2.3 Validation

Ce troisième cycle s'inscrit dans le modèle en spirale Zuber-Skerritt (2001) et permet de revenir dans la spirale afin de déterminer des mesures additionnelles à l'atteinte de nos objectifs. Nous pourrions engager un second processus à partir de cette évaluation et poursuivre une seconde démarche d'implantation.

4.5 LE PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

L'ensemble des données de cette étude provient des différentes sources utilisées lors de la collecte de données. Comme étape préalable à l'analyse, le visionnement des enregistrements vidéo et audio et leur transcription ont facilité le calquage de la collecte. Ensuite, une consultation répétée du verbatim a mené à la synthèse chronologique des entretiens de groupe. Cette démarche nous permet la gestion des données. Nous en avons fait une analyse globale par la lecture et la relecture et nous en avons ressorti les principaux thèmes à la production d'une synthèse.

Ce premier travail de triage de synthèse a permis de s'approprier les données récoltées pour garder les données associées à la problématique. Ce document est devenu l'outil de validation auprès des participants et l'interprétation a été nécessairement attestée. L'analyse des résultats s'est appuyée sur les documents suivants : les questionnaires sociodémographiques, les questionnaires de satisfaction, les transcriptions des entretiens de groupe, la grille d'évaluation du changement de comportements et les synthèses de validation. Les étapes de l'analyse sont présentées au tableau 6.

Tableau 6 : Synthèse de l'analyse des données

Phases d'analyse		Tâches
Collecte des données		Questionnaire sociodémographique
		Entrevues de groupe
		Validation
Gestion des données		Rédaction des synthèses des entrevues de groupe aux fins de validation auprès des participants
		Transcription
		Conservation des données sous clé dans le classeur de l'étudiante et sous forme informatique
Analyse	Analyse globale	Lecture et relecture
	Analyse thématique	Annotation du texte
	Modélisation	Synthèse des écrits
Vérification		Retour avec les participants aux fins de synthèse
		Retour avec ma directrice de maîtrise madame Hélène Sylvain

Source : Adapté de Sylvain (2008).

En concordance avec la méthodologie de la spirale de (2006), la phase de l'analyse qualitative a été réalisée avec un outil synthétisé qui s'inspire d'un processus cyclique et d'une activité de réflexion. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du plan d'analyse des données, adapté de Sylvain (2008); cette auteure s'inspire du devis constructiviste développé par Guba et Lincoln en 1989. Le plan d'analyse choisi comprend deux modes d'analyse réunissant la synthèse et l'analyse thématique (Sylvain, 2008). À l'aide de cette méthode, les thèmes sont issus des données au lieu d'être déterminés au préalable (Sylvain & Talbot, 2002). La répétition d'un groupe de thèmes permet l'identification de catégories communes des données. Une dernière phase de l'analyse consiste à la construction collective. L'instant où les perspectives et les expertises créent l'alliance de la recherche participative (Sylvain, 2008). Les travailleurs, l'équipe de gestion et la chercheuse ont confirmé et infirmé les résultats de la construction collective du processus d'implantation.

4.5.1 Les considérations éthiques

Cette partie explique l'aspect éthique respecté auprès du groupe de travailleurs en industrie lors du déroulement du projet. En tout premier lieu, nous avons obtenu le consentement du Comité d'éthique de l'Université du Québec à Rimouski en février 2010. Ce projet de recherche porte le numéro de certificat CÉR-59-281. Les principes éthiques qui suivent ont été respectés : le droit à l'autodétermination, le droit à l'information, le droit à la vie privée et le droit au respect. Avant de procéder aux collectes de données par entretien de groupes, tous les acteurs ont été informés verbalement et par écrit du projet de recherche auquel ils ont participé. Les acteurs étaient libres de participer et de se retirer à n'importe quel moment lors des rencontres et selon leur volonté. Un formulaire de consentement à participer a été signé par chaque participant (en appendice K). Aucune donnée nominative ne permet d'identifier les acteurs. Tous les enregistrements audio et vidéo réalisés au cours de cette recherche ont été gardés sous clé et ont été conservés après l'analyse.

4.5.2 Les critères de rigueur scientifique

Pour rendre compte de l'objectivité de l'étude, certains critères relatifs aux méthodes qualitatives doivent être respectés. Les critères de rigueur doivent correspondre au paradigme dans lequel le projet s'est construit (Sylvain, 2008). Stringer (1999) propose pour la recherche-action de respecter ceux de Lincoln et Guba (1985) ainsi énumérés par Streubert Speziale et Carpenter (2007); les critères sont les suivants : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation.

Afin de garantir le critère de crédibilité de cette recherche, les différents outils de collectes complétés, comme les grilles d'observation des entretiens de groupe, furent réalisés immédiatement après les entretiens. Ces grilles ont contextualisé et supporté l'analyse du verbatim des entretiens de groupe. Les jours suivants, la rédaction des

synthèses des entretiens a été retournée aux participants dans le but de valider les propos tenus. De plus, tout au long du processus, la directrice de recherche a supervisé la démarche.

Nous pensons que ces résultats répondent au critère de transférabilité dans d'autres milieux comparables dans le cadre de recherches ultérieures. Une description détaillée de nos résultats offre des informations riches pour des pistes de recherche ou pour la pratique professionnelle. Nous avons fourni une description du contexte et le portrait de l'échantillon comme le suggèrent Karsenti & Savoie-Zajc (2004). D'autres chercheurs pourront juger à partir des résultats obtenus si ceux-ci s'étendent à d'autres contextes (Loiselle, 2001). De plus, l'apport du point de vue des travailleurs en industrie est une source précieuse du portrait global du projet et donne aux lecteurs une meilleure idée de la possibilité d'un éventuel transfert. Ainsi, les données seront conservées et disponibles pour une nouvelle analyse par d'autres chercheurs dans un contexte similaire. La recherche-action ne vise pas la généralisation des résultats contrairement à la recherche quantitative. Pour qu'il se produise un changement, la recherche doit rester souple (Dolbec & Clément, 2000). Ces principales caractéristiques vont dans le sens contraire des critères de rigueur scientifiques traditionnels. Par le fait même, sa validité est différente.

Pour répondre au critère de fiabilité, la méthodologie est bien détaillée. La chercheuse a tenu un journal de bord à jour qui a permis de suivre le processus de recherche. Des éléments comme la conscientisation de la chercheuse concernant les effets de ses propres valeurs, de ses partis pris et de ses états affectifs et de leur influence potentielle en cours ont dû être expliqués par l'intermédiaire du journal de bord.

La confirmation est assurée par l'ensemble des critères qui ont été respectés minutieusement dans le processus (Guba & Lincoln, 1981). Les travailleurs eux-mêmes en sont venus au consensus. Donc l'expérience des participants a construit les collectes de données et collectivement, ils ont validé celles-ci tout au long de l'implantation du projet (Streubert Speziale & Carpenter, 2007).

En terminant, les résultats seront accessibles aux travailleurs de l'industrie. Nous souhaitons aussi que les résultats encouragent les travailleurs à poursuivre l'action pour stimuler leur autonomie et qu'ils adhèrent aux saines habitudes de vie. Nous désirons qu'un savoir explicite et transférable chez les travailleurs accompagne le changement. En soi, notre finalité sert à conduire la démarche et à adapter les stratégies de changement (Karsenti & Savoie-Zajc, 2004).

À la fin du projet d'étude, une diffusion des résultats sera réalisée. Un rapport de recherche est rédigé sous forme de mémoire dans le cadre de la maîtrise. Ensuite, les résultats seront diffusés sous forme de résumé au comité des travailleurs de l'industrie, aux professionnels de la santé et de la communauté scientifique par le biais de rapports et de conférences. Ce processus de diffusion est d'ailleurs commencé. Un court article a été publié dans le journal L'Écho de l'Ordre régional des infirmières et des infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Des présentations dans des colloques scientifiques sont également prévues.

CHAPITRE 5

LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la recherche. Le profil des participants est exposé ainsi que les résultats issus des entretiens de groupe. Les résultats sont présentés de manière à répondre aux objectifs spécifiques qui sont de : 1) recueillir les perceptions auprès des travailleurs en industrie en lien avec les saines habitudes de vie prédéterminées qui favorisent la prévention de l'HTA : l'alimentation, le stress, le tabac, l'activité physique et l'alcool; 2) déterminer à quel stade de changement de comportement se situent les travailleurs en industrie; 3) faire ressortir des solutions à mettre en œuvre dans le milieu de travail en matière de prévention de l'HTA et s'arrêter sur une solution; 4) établir un lien entre les stratégies retenues et les stades de changement de comportement relatifs au processus d'implantation dans le milieu de travail; 5) évaluer le processus d'implantation et outiller pour assurer la continuité du programme mis en place par et pour les travailleurs en industrie. Ce processus d'implantation aide à atteindre le but du projet qui est de prévenir l'hypertension artérielle par l'adoption de saines habitudes de vie par des travailleurs en industrie. Certaines parties comprennent du verbatim et des commentaires qui s'y rapportent.

5.1 LE PREMIER CYCLE

Dans les paragraphes qui suivent, les étapes successives du processus du premier cycle sont présentées; on y retrouve l'entretien avec le comité de direction, la collecte de données sociodémographiques et les données sur les perceptions des habitudes de vie qui nous ont permis de réaliser une grille et un entretien de groupe plus spécifique au groupe de travailleurs.

5.1.1 L'entretien avec la direction

Lors de cette rencontre, nous avons discuté des problématiques vécues en milieu de travail en lien avec les habitudes de vie, selon la perception du représentant de la direction de l'établissement. Selon ce dernier, certains groupes de travailleurs se retrouvent sans support physique et psychologique avec leur dépendance tabagique et l'interdiction de fumer dans leur milieu de travail. La loi sur l'arrêt tabagique a entraîné des incendies accidentels dans le milieu de travail. De plus, la consommation d'alcool indirectement reliée à certains accidents de travail est un sujet qui a été abordé par la direction. À partir de ces informations, nous avons poursuivi la démarche en tenant compte des éléments soulevés afin d'apporter des éléments plus spécifiques lors du processus d'implantation des activités.

5.1.2 Le profil socioéconomique des travailleurs

Les caractéristiques descriptives des travailleurs d'une industrie de production du Bas-Saint-Laurent sont exposées. Cette section présente tout d'abord une description des caractéristiques, des habitudes de vie des travailleurs en industrie (n=60) et de leur position dans les stades de changement de comportement. Ensuite nous présentons l'analyse du premier entretien de groupe effectué auprès des cinq travailleurs. La connaissance sur l'HTA, la perception sur les saines habitudes de vie et l'intégration de celles-ci au travail sont ciblées. Nous présentons une synthèse des données sociodémographiques des travailleurs en industrie, au tableau 7 afin d'en présenter une vue d'ensemble.

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Caractéristiques	Travailleurs (n=16)	Travailleurs (%)	Moyenne et écart
Âge			36 ans (18 -66)
Emploi			
Temps complet		100 %	
Moyenne d'ancienneté			5 ans (5 mois- 14ans)
Scolarité			
Professionnel court	2	13 %	
Professionnel long	4	25 %	
4 ^e Secondaire et moins	3	19 %	
5 ^e Secondaire complété	5	31 %	
Études collégiales (DEC)	2	12 %	
Revenu annuel brut \$			
10 000 19 000	2	12 %	
20 000 29 999	5	31 %	
30 000 39 999	1	6 %	
40 000 et plus	6	38 %	
Refus de répondre	2	13 %	

Comme on peut le constater, la moyenne d'âge des travailleurs est de 36 ans. Ils occupent tous un poste à temps complet au sein de l'industrie. Ils ont en moyenne cinq ans d'ancienneté, la majorité a complété un 5^e Secondaire et le revenu annuel brut se situe à plus de 40 000 \$. Il est à noter que ces employés ont une prime sur le rendement. En fait, l'équipe de direction nous informe que la masse salariale de l'entreprise se situe entre 20 000 \$ à 30 000 \$ annuellement ce qui représente une surestimation de leur revenu annuel.

5.1.3 Les perceptions sur les habitudes de vie

Cette description correspond aux réponses obtenues à la deuxième partie du questionnaire sociodémographique envoyé aux travailleurs de l'industrie. À la lumière des données fournies, six travailleurs ne font jamais d'activité physique au cours d'une semaine, neuf pratiquent une activité physique trois fois par semaine et moins, finalement un seul travailleur indique faire de l'activité physique plus de trois fois semaine. Nous retrouvons quatre travailleurs fumeurs et 12 non fumeurs. En ce qui a trait à la consommation d'alcool, cinq travailleurs consomment de l'alcool et 11 ne consomment pas d'alcool. Lors de l'évaluation de la quantité d'alcool consommée, il apparaît une certaine incohérence. Nous retrouvons 11 travailleurs qui évaluent leur consommation d'alcool quotidienne alors que cinq travailleurs disent consommer de l'alcool. Pour les catégories de fruits et de légumes, nous retrouvons deux travailleurs qui ne consomment aucun fruit par jour, huit travailleurs consomment un fruit par jour, deux travailleurs consomment deux fruits par jour, un travailleur consomme trois fruits par jour et trois travailleurs consomment quatre fruits et plus par jour. Les données sur la consommation des légumes sont les suivantes : sept travailleurs consomment un légume par jour et respectivement trois travailleurs consomment deux, trois et quatre légumes et plus par jour. Les données sur les habitudes de vie sont présentées au tableau 8.

Les données recueillies correspondent de près aux données statistiques gouvernementales concernant les hommes. Par exemple, ceux-ci consomment en moyenne moins de 5 fruits et légumes par jour et 25 % des hommes sont des fumeurs.

Tableau 8 : Profil descriptif des habitudes de vie

Habitudes de vie	Travailleurs (n=16)	Pourcentage (%)
Fumeurs	4	25 %
Non fumeurs	12	75 %
Alcool		
Consomme de l'alcool	5	31 %
Ne consomme pas d'alcool	11	69 %
Moins de 7 consommations par jour	9	56 %
Plus de 7 consommations par jour	2	13 %
N'ont pas répondu	5	31 %
Consommation de fruits		
Aucun par jour	2	13 %
Un par jour	8	50 %
Deux par jour	2	13 %
Trois par jour	1	6 %
Quatre et plus	3	18 %
Consommation de légumes		
Un par jour	7	44 %
Deux par jour	3	18 %
Trois par jour	3	19 %
4 et plus	3	19 %
Activité physique		
Jamais	6	38 %
Trois x/semaine et moins	9	56 %
Trois x/semaine et plus	1	6 %

Une partie du profil des travailleurs présente les perceptions sur le stress, le changement de comportement et la santé. Ces résultats sont illustrés au tableau 9. Cette partie a été réalisée à l'aide d'échelles visuelles analogiques. En ce qui a trait à la perception du stress, neuf travailleurs l'ont évalué à 0/10, ce qui correspond à peu de stress; cinq l'ont évalué à 5/10, ce qui correspond à un stress modéré et deux l'ont évalué à 10/10, ce qui indique un niveau de stress élevé. Les données rapportent huit travailleurs qui ont associé leur stress au travail, deux à leur situation financière, quatre à leur situation familiale, un au sommeil perturbé et un à la détresse psychologique.

Tableau 9 : Autoévaluation du stress, du changement de comportement et de la santé

Stress, changement de comportement et santé	Autoévaluation	
	Travailleurs (n=16)	Pourcentage
À quel niveau de stress vous situez-vous?		
	(9)	(5) (2)
	0	5 10
	Très peu	Toujours
Stress occasionné par		
Travail	8	50 %
Situation financière	2	13 %
Situation familiale	4	25 %
Sommeil perturbé	1	6 %
Détresse psychologique	1	6 %
Indicateurs du stade de changements de comportement	Travailleurs (n=16)	Pourcentage
Motivation aux changements		
Pas de problème avec leurs habitudes de vie	7	44 %
Aimerait modifier certaines habitudes de vie	3	19 %
Pose des actions pour modifier ses habitudes de vie	2	12 %
Modifie son environnement pour favoriser de saines habitudes de vie	1	6 %
A de bonnes habitudes de vie	3	19 %
Quelle importance accordez-vous aux saines habitudes de vie?	(8)	(5) (3)
	0	5 10
	Aucune	Beaucoup
Avez-vous confiance de changer vos habitudes de vie?	(7)	(4) (5)
	0	5 10
	Peu	Beaucoup
Comment évaluez-vous votre santé aujourd'hui?	(3)	(7) (6)
	0	5 10
	Mauvaise	Très bonne

Quant au changement de comportement, et plus particulièrement au stade où se situe les travailleurs en industrie, sept travailleurs estiment ne pas avoir de problèmes avec leurs habitudes de vie, trois aimeraient modifier certaines habitudes de vie, deux posent des

actions pour modifier leurs habitudes de vie, un a modifié son environnement pour favoriser de saines habitudes de vie et trois ont déjà de bonnes habitudes de vie.

Pour l'importance accordée aux saines habitudes de vie, huit travailleurs l'ont évaluée à 0/10, ce qui correspond à peu d'importance; cinq l'ont évaluée à 5/10, ce qui correspond à moyennement important et trois l'ont évaluée à 10/10 donc y accordent beaucoup d'importance. Concernant la confiance qu'ils ont de changer leurs habitudes de vie, sept travailleurs l'ont évaluée à 0/10, ce qui signifie qu'ils ont peu confiance; quatre l'ont évaluée à 4/10, donc ont moyennement confiance en eux et cinq l'ont évaluée à 10/10, donc ils ont beaucoup confiance d'être en mesure de changer leurs habitudes de vie. Enfin, les travailleurs évaluent leur santé : trois travailleurs l'ont évaluée à 0/10, ce qui permet de dire qu'ils estiment leur santé à mauvaise; sept l'ont évaluée à 5/10, ce qui correspond à assez en santé et six l'ont évaluée à 10/10, donc ils s'évaluent en très bonne santé. En pourcentage, le nombre de travailleurs qui estiment avoir une bonne santé est de 38 % alors que les données de Statistique Canada estiment à 53 % ce taux chez les hommes (Statistique Canada, 2005a).

Les données descriptives sur les travailleurs en industrie présentées font ressortir un portrait global de santé des répondants. Par la suite, s'ajoute une réalité vécue et organisationnelle qui va nous permettre de traverser le processus d'implantation en matière de mesure préventive en HTA.

5.1.4 L'entretien de groupe

Puisque les travailleurs qui constituent le groupe sont présents sur le comité des employés de l'entreprise, nous ne pouvons assurer l'anonymat. Nous respectons la confidentialité des participants au projet de recherche en utilisant des prénoms fictifs.

Cette section présente les perceptions des travailleurs sur l'HTA et les saines habitudes de vie en milieu de travail. Nous présentons les résultats en fonction de deux catégories de facteurs ressortis par les participants. Les premiers facteurs sont d'ordre personnel et les seconds sont reliés à l'emploi. Nous ferons un parallèle entre le temps accordé pour l'activité, le rythme de la traversée des stades de changement de comportements et l'impression de manque de temps ressentie par les travailleurs. Les thèmes en fonction des objectifs visés et l'étape à laquelle se trouvent les travailleurs sont présentés en synthèse au tableau 10.

Tableau 10 : Thèmes et stades issus de l'analyse

Entretien de groupe	Objectifs en lien avec les mesures préventives de l'HTA	Thèmes	Stades de changement de comportements
Premier entretien	1-recueillir les perceptions des travailleurs en industrie en lien avec les saines habitudes de vie 2-déterminer à quel stade de changement de comportement se situe les travailleurs en industrie 3- faire ressortir des solutions à mettre en œuvre dans le milieu industriel, s'arrêter sur une solution	Facteurs personnels 1-manque de connaissances 2-manque de latitude Facteurs reliés à l'emploi 3-stress vécu au travail 4-manque de temps	Stade de précontemplation

Nous avons examiné l'ensemble des thèmes ressortis lors de la collecte de données de l'entretien de groupe. Ces thèmes ont été classés en catégories et par la suite en sous-catégories afin de fournir une synthèse cohérente avec la problématique de recherche. Cette classification sert à rendre claire l'analyse afin de guider la présentation des résultats. Les catégories représentent le processus d'implantation du projet. Les thèmes sont appuyés par du verbatim.

Lors du premier entretien de groupe, cinq travailleurs en industrie, représentant chacun une des cinq usines de transformation, ont participé aux collectes de données.

5.1.5 Les thèmes reliés aux facteurs personnels et au travail

Le manque de connaissances

Les perceptions des travailleurs sur les mesures préventives de l'HTA en milieu de travail mettent en relief l'insuffisance de connaissances sur le sujet même de l'hypertension artérielle. Les travailleurs reconnaissent n'avoir aucune notion de ce qu'est l'HTA. Un seul travailleur fait exception, il a un diagnostic d'HTA. « *J'ai pas le choix de la connaître, faut que je la prenne tous les jours. C'est là qu'ils m'ont dit : Faut que tu voies ton médecin de famille.* » (Maurice)

De plus, la majorité d'entre eux n'ont jamais consulté un médecin sauf dans une urgence. En leur demandant s'ils sont en mesure de reconnaître les symptômes de l'HTA, il a été possible de constater qu'un seul participant est en mesure d'identifier quelques symptômes de l'HTA. Il est difficile d'obtenir plus d'informations sur cette perception. Les participants s'expriment peu. Ils ont exprimé ne pas avoir de connaissances et estiment qu'ils ne peuvent développer sur le sujet.

Le manque de latitude

À la suite des questions sur les connaissances de l'HTA, les participants manifestent un sentiment d'impuissance dans leur fonction de travailleur. Le manque de pouvoir sur les prises de décision au travail concernant l'impression en regard du temps dont ils disposent et du stress auquel ils doivent faire face est identifié à quelques reprises : « *Ouais, faut qu'on se suive. On n'a pas le choix.* » (Maurice, Luc et Lionel), ou encore « *T'as pas le choix.* » (Étienne). Ce thème est récurrent au cours de l'entretien de groupe et d'autres

participants adhèrent à ce sentiment. Les travailleurs croient ne pas avoir le choix de faire les choses. Leur travail est associé à la production à la chaîne, par exemple pour eux, même un besoin de base comme une miction doit attendre l'heure de la pause. Le travail passe avant tout. Un travailleur exprime clairement sa perception sur le manque de latitude : « *Le problème ici c'est qu'on est menotté. On est serré. On a une petite marge de manœuvre, mais pas grosse grosse.* » (Edgar).

À la suite de cette prise de conscience et du sentiment exprimé sur le manque de latitude, nous avons conduit les travailleurs à se pencher sur le pouvoir qu'ils ont à modifier certaines habitudes de vie au travail et sur leur santé. Les travailleurs sont conscients que lorsqu'elles sont saines, les habitudes de vie diminuent le risque de l'augmentation de la tension artérielle : « *Moi c'est sûr, j'essaie d'emmener le moins possible de cochonneries, j'essaie d'emmener des fruits. Ça, c'est un bon bout, mais c'est pas tout le monde qui font ça, ça c'est sûr.* » (Maurice). Donc à partir de ces données, nous avons tenté d'identifier les habitudes de vie auxquelles les travailleurs attachent le plus d'importance pour la santé au travail, afin d'élaborer avec eux le programme de prévention de l'hypertension artérielle et de l'implanter dans l'entreprise.

Ben c'est comme dur (les activités de prévention) parce que le matin c'est 15 minutes de break, le midi c'est une demi-heure fait que tu manges pis c'est pas long que tu recommences à travailler. Tu peux pas vraiment faire d'activités. (Maurice).

Les travailleurs poursuivent en établissant des liens entre les saines habitudes de vie et la prévention de l'HTA : « *Ce qui aide pas, c'est qu'il prend la boisson X (boisson énergisante). De toute la gang c'est la plus forte.* » (Lionel), « *Ça c'est sûr que ça aide pas pour la pression, parce que le cœur pompe.* » (Maurice).

L'échange se poursuit et vise à cerner les activités préventives qui intéressent les travailleurs. Ils ont exprimé quelques idées concernant l'aspect organisationnel du travail,

par exemple: « *Juste des salles de break plus relaxantes, moins bruyantes, ça serait déjà bon.* » (Étienne) et « *C'est sûr si il y avait une heure de repas on pourrait faire plus d'activités peut-être le midi. Tsé comme dehors, l'été tu peux faire plein d'affaires.* » (Maurice). La plupart des idées verbalisées ne tiennent pas compte directement des mesures préventives en matière d'HTA, mais sont plutôt axées sur la préoccupation de leur engagement personnel : « *Faire une journée de plein air payée par le boss.* » (Luc) et « *C'est sûr qu'il y a des activités qu'on pourrait impliquer, mais c'est comme dur.* » (Lionel).

Ces exemples d'activités ressortis par les travailleurs nous orientent sur les besoins stratégiques. Lors de cette première collecte de données, les participants expriment leur manque de connaissances. En lien avec les stades de changement de comportements, nous constatons qu'ils étaient au stade de la précontemplation. Au fur et à mesure que l'entretien se déroule, nous avons augmenté leurs connaissances. Les travailleurs savent maintenant mieux ce qu'est l'HTA, ils sont en mesure de nommer de saines habitudes de vie. Nous avons respecté le rythme des travailleurs dans le but de les amener au stade suivant, celui de la contemplation. Ce stade nous permettra de faire une liste promouvant des activités bénéfiques à la prévention de l'HTA.

Le stress relié au travail

Les sujets à traiter au cours du premier entretien de groupe sont nombreux malgré le temps limité accordé à cet entretien. Pour maximiser les résultats de la rencontre, il est convenu de procéder dans cet ordre : chacune des habitudes de vie prédéterminée sera nommée et nous apporterons nos commentaires en lien avec cette habitude et la prévention de l'HTA.

La première habitude de vie abordée concerne la consommation d'alcool. Le sujet est carrément évité. Les travailleurs se mettent à discuter de l'activité physique et de l'alimentation. En fait, ils discutent de toutes les habitudes de vie à l'exception de la

consommation d'alcool. Au cours de cet échange animé, le stress est un thème récurrent : « *Ah oui, tout le monde est stressé, le stress c'est continu.* » (Edgar). Le stress est relié au rendement, à la production et au fait que chaque chaîne de montage dépend d'une autre. Ils font aussi mention à ce moment des tâches répétitives et physiques qu'ils exécutent : « *Le stress intense commence le matin.* » (Luc) et de plus : « *Le stress, c'est dur de pas être stressé ici. Il y a tout le temps énormément de pression. Tu sors le soir, t'es boosté au bout. Pis faut faire plus vite.* » (Lionel). Chacun se sent responsable de sa propre production et en partie de son impact sur celle des autres.

Un autre aspect sur le travail de production à la chaîne est amené par deux travailleurs. Pour un travailleur, le stress est un phénomène normal sur des chaînes de production et pour l'autre il est un gagne-pain : « *Sur la production c'est normal le stress, si on relaxe la production baisse.* » (Edgar), « *Pis l'usine va fermer.* » (Luc).

L'ensemble des données démontre qu'il y a un intérêt à modifier les choses en prenant en considération les réalités du milieu de travail.

Le manque de temps relié à la traversée des stades de changement de comportements et au travail.

Bien que la préoccupation finale de cet entretien de groupe soit d'amorcer la mise en place d'activités préventives de l'HIA, dès que la chercheuse demande aux travailleurs d'identifier des moyens concrets, un autre obstacle apparaît : celui de traverser les étapes de changements de comportement trop rapidement sans respecter le rythme. Ce risque conduit souvent à l'adoption d'une attitude défensive (Brodeur, 2006) . Cette attitude se manifeste clairement chez les travailleurs. Un travailleur précise qu'il doit y penser, un autre apporte que ce n'est pas lui le spécialiste sur le sujet et selon ceux-ci, ils n'ont pas le temps d'intégrer de saines habitudes de vie au travail.

En sachant que pour passer au stade suivant, les travailleurs doivent être plus conscients et accepter la responsabilité, la chercheuse a tenté de connaître l'importance accordée aux habitudes de vie par les travailleurs. À ce moment, les travailleurs vont percevoir les aspects négatifs et commencer à percevoir des avantages (Begun, Shelley, Strodthoff, & Short, 2001). Voici des indicatifs de cette affirmation. « *C'est sûr qu'il y a des activités qu'on pourrait impliquer, mais c'est comme dur.* (Maurice). *Des fois tu es chez vous pis tu penses à la job, il y a des affaires que tu aimerais ça changer.* » (Edgar).

Les travailleurs se retrouvent à ce moment en mode de choisir des stratégies et manifestent leur ambivalence donc se situent au stade 3, en préparation (Prochaska, et al., 1998). Évidemment la restriction de temps occasionnée par la durée des entretiens de groupe empêche de suivre le rythme des travailleurs, nous constatons tout de même la traversée des stades à grande vitesse. Nous croyons qu'à ce moment ils ont augmenté leur confiance en eux « *Moé j'ai essayé d'y penser ...* » (Maurice) et sont en mesure de planifier un changement : « *Ça dépend de ce qu'on demande.* » (Luc). Ici le participant fait référence aux activités de prévention de l'HTA.

En conclusion de cette première rencontre, les membres du groupe conviennent que, lors de la prochaine rencontre, la chercheuse proposera des activités qui sont réalisées dans d'autres entreprises québécoises pour faciliter et arrêter leur choix. Nous avons comme responsabilité collective de réfléchir et de trouver des idées sur la question « *On a plusieurs usines sur le terrain c'est pas évident, mais on va y penser...* » (Luc).

Cette approche vise le passage de l'amorce à l'aide (précontemplation). Du moment où les participants ont verbalisé sur leur manque de connaissances jusqu'à la prise de décision (contemplation) « *moé j'ai essayé d'y penser* » (Maurice).

Un questionnaire sur la satisfaction de l'activité a été rempli par les participants à la fin de chacun des entretiens. Nous traiterons des résultats obtenus à la fin de l'analyse des trois entretiens de groupe afin d'en faire ressortir une vue d'ensemble de l'évolution des résultats obtenus.

5.2 LE DEUXIÈME CYCLE

Une proposition d'un plan d'intervention réalisé par la chercheuse sur les mesures préventives de l'HTA et titré *Usine en santé* fut présentée aux travailleurs. Ce plan a fait l'objet d'une première validation auprès des participants à la suite du premier cycle de recherche. Ce plan présente un volet réservé à l'autogestion et un volet interprofessionnel qui permet des interventions professionnelles en milieu industriel visant l'adoption de saines habitudes de vie et le dépistage de l'HTA. Nous retrouvons au tableau 11 les thèmes en lien avec les activités ressorties selon l'objectif visé et l'étape de changement à laquelle se retrouvent les travailleurs à cette étape du processus d'implantation.

Tableau 11 : Activités et stade issu de l'analyse

Entretien de groupe	Objectifs en lien avec les mesures préventives de l'HTA	Thèmes reliés aux activités	Stades de changement de comportements
Deuxième entretien	4-établir un processus d'implantation dans le milieu de travail pour la ou les solutions retenues	1-alimentation 2-stress 3-cessation tabagique 4-activité physique	Stade de contemplation

Le but de cette deuxième rencontre est de choisir les activités de prévention de l'HTA afin de les implanter dans l'industrie. Par la suite, de faire consensus sur le moyen d'implanter l'activité ou les activités retenues. Dans les prochains paragraphes, nous retrouvons le verbatim en lien avec les activités retenues par les travailleurs sur les habitudes de vie identifiées.

5.2.1 L'alimentation

Le premier sujet abordé est l'alimentation. Un participant précise qu'il est préférable de faire parvenir aux travailleurs des feuilles sur des idées boîtes à lunch : « *Si on a des feuilles, comme on avait parlé, mettre ça avec les talons de paie, broché. Comme ça tout le monde va en avoir.* » (Luc). Un participant parle d'installer des affiches dans les salles de pause. Un autre participant précise que les machines distributrices dans les usines pourraient avoir une section réservée à des aliments ou des boissons plus « santé ». Certaines croyances sur les aliments santé émergent du groupe, par exemple que bien manger coûte cher. Ils se questionnent sur ce que les autres travailleurs mangent. La prise de conscience n'est pas seulement individuelle, mais collective : « *Ça part de loin, il y en a qui déjeunent pas. Ils viennent travailler pis ils se bourrent dans la machine.* » (Luc). Un autre point de vue exprimé place le groupe en mode solution.

Une personne qui viendrait pour expliquer la nutrition (une nutritionniste). Est-ce qu'il y en a une qui serait prête à venir pis dire, bon on prend une demi-heure dans chaque usine pis on explique ça. C'est elle qui pourrait nous donner les feuilles aussi. Regarder des feuilles ou écouter qui parle en avant, c'est différent. (Luc).

Les travailleurs relèvent aussi le peu de temps consacré à l'heure du dîner, soit 30 minutes : « *Cela n'est pas suffisant pour digérer et que c'est stressant* » (Maurice). Le résumé des suggestions retenues par le groupe fut le suivant : les participants désirent recevoir, greffées aux payes, des feuilles avec des idées de boîtes à lunch santé : ils veulent des machines distributrices dans les usines avec des aliments plus sains et ils souhaitent allonger la période de temps alloué pour le repas du midi. Ce dernier élément soulève un doute quant à la possibilité d'apporter un changement par les travailleurs au sein de l'industrie : « *Nous autres, quand on a fait notre affaire pour notre ligne de ..., notre super ligne, on a fait des suggestions. Oui, oui, on est ouvert, ouvert... Finalement, les résultats sont encore les mêmes.* » (Edgar). Par le passé dans d'autres occasions, des demandes ont

été formulées par les travailleurs et ces derniers ne sont pas satisfaits du dénouement obtenu. Le rôle de la chercheuse est de poursuivre son implication pour maintenir le rythme du processus d'implantation.

5.2.2 Le stress

En premier lieu, la chercheuse a fait un retour sur les idées ressorties lors de la première rencontre en lien avec la diminution du stress. Les participants identifient une mesure simple comme d'avoir à leur disposition des revues ou des catalogues durant les pauses. Ces catalogues ou revues seraient dans les salles de pause pour lecture et consultation. Ensuite, un participant a apporté l'idée d'installer des radios dans les salles de pause. De plus, une autre suggestion s'est ajoutée, l'installation d'un panier de basketball à l'extérieur. D'autres points de vue sont apportés : « *Pour éliminer, le stress, à part manger comme il faut, y a pas grand-chose ici pour éliminer le stress. (Maurice). C'est sûr, gérer le stress, on pourrait avoir des feuilles là-dessus. Comment contrôler le stress.* » (Luc). Encore ici le besoin d'information est identifié pour soutenir le processus d'implantation. Pour les travailleurs, ces activités contribuent à diminuer le stress donc à prévenir l'HTA en milieu de travail.

5.2.3 La cessation tabagique

La cessation tabagique est une préoccupation importante pour l'équipe de gestion comme nous l'avons souligné au chapitre précédent et pour les travailleurs « *J'aimerais ça encore arrêter de fumer.* » (Luc). Dans cette optique, nous essayerons de bien cerner les moyens adaptés aux travailleurs.

La chercheuse a demandé comment est perçue la question de l'arrêt tabagique dans l'industrie. Un participant a répondu que cela se fait tout seul, il faut que la personne désire

se prendre en mains. Un autre participant croit qu'il serait bon d'avoir des dépliants et des affiches « dégueulasses » sur les murs des salles de pause pour y penser, il a spécifié : « *Des posters avec des dents toutes pourries, comme sur les paquets de cigarettes.* » (Luc). Un participant manifeste le désir que les fumeurs soient loin des entrées des usines afin de ne pas être incommodé par la « boucane » des fumeurs. Autrement dit, les stratégies de changements de comportement explorées par les travailleurs sont en lien avec l'information et la circulation de l'information.

De plus, un participant demande à travailler avec le comité de gestion sur certains éléments et il ajoute que ces derniers auront d'autres idées à apporter. Ici le participant se prépare et se sensibilise à l'importance du soutien des autres ce qui le situe au stade de préparation (Olivier & Levasseur, 2006).

5.2.4 L'activité physique

Pour cette dernière habitude de vie, un participant a proposé que l'employeur paye une partie du coût relié à l'inscription dans un gymnase. Les commentaires entendus laissent croire que les travailleurs se dépensent suffisamment au travail : « *On marche sur le ciment toute la journée.* » (Luc); « *Où je suis, c'est 50 pieds aller, 50 pieds revenir. Ça dépend, mais c'est beaucoup de déplacements. On doit faire quasiment 3-4 km par jour.* » (Lionel); « *On peut pas dire que les gars bougent pas, y travaillent toute la journée.* » (Maurice); « *Le rythme cardiaque dans le plafond.* » (Luc).

Donc, ils considèrent que le travail physique intègre la notion de l'activité physique. Les travailleurs précisent que leur travail est physique, donc le fait de travailler est en soit une activité physique.

À la suite de ces réflexions, la chercheuse s'est engagée à contacter le représentant du comité de gestion pour l'aviser que les travailleurs désiraient une réunion du comité des employés avant trois semaines afin de présenter les activités retenues et la possibilité de les

implanter. De plus, la chercheuse a préparé une feuille résumée et l'a fait parvenir aux travailleurs pour validation et par la suite elle l'a acheminée au représentant du comité de gestion afin qu'il puisse prendre connaissance des choix des travailleurs sur les activités avant la rencontre d'implantation. À la vue des stratégies retenues, nous sommes en mesure de reconnaître que les travailleurs sont au stade 2 du changement de comportement dans le processus d'implantation; dorénavant nos actions seront davantage axées sur l'information et sur le volet interprofessionnel de dépistage de l'HTA. Les travailleurs eux-mêmes demandent des stratégies adaptées à leur stade de manière inconsciente : les activités de prévention retenues concernent des dépliants, des feuilles avec des informations et des rencontres d'enseignement.

En terminant, la chercheuse a expliqué qu'elle reviendrait à la mi-juin pour l'évaluation de l'activité. À cette date, nous serons en mesure d'évaluer comment les activités se sont réalisées et de quelle manière les travailleurs ont procédé.

5.2.5 La rencontre du comité des travailleurs

Cette rencontre du comité des employés a été animée par le représentant du comité de gestion. Au stade de l'action, il est nécessaire de faire des liens avec les étapes précédentes et de renforcer leur prise de position (Brodeur, 2006). Cette rencontre n'a pas fait l'objet d'enregistrement audio vidéo et a pour but de compléter la grille du suivi du processus d'implantation.

C'est à la suite de cette rencontre que les activités préventives retenues ont été priorisées, notamment : volet interprofessionnel, peinture dans les salles de pause, radio, catalogues, heure de dîner prolongée, feuilles sur des idées boîtes à lunch, machines distributrices santé, affiches et dépliants et inscription au gymnase. Ces activités sont en fonction des besoins exprimés par les travailleurs. La chercheuse a créé le lien entre les professionnels de la santé du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région et

l'équipe de gestion de l'industrie. Plus précisément, les contacts furent établis avec une nutritionniste et une infirmière aux fins d'enseignement (nutrition et cessation tabagique) dans l'industrie. La mise à jour d'une ordonnance collective en matière de dépistage d'HTA sera réalisée, ainsi dans le futur une infirmière pourra se déplacer chez les travailleurs en industrie afin de dépister précocement les travailleurs atteints d'HTA.

5.3 LE TROISIÈME CYCLE

5.3.1 L'évaluation de l'activité

Cette dernière partie évalue le processus d'implantation, fait ressortir des attitudes en lien avec le changement et met en lumière le lien entre les deux concepts de saines habitudes de vie comme mesure préventive de l'HTA et les stades de changements de comportement, ce qui nous permettra d'utiliser des stratégies adaptées pour les travailleurs en industrie. Le tableau 12 en présente la synthèse.

Tableau 12 : Évaluation et stade issu de l'analyse

Entretien de groupe	Objectifs en lien avec les mesures préventives de l'HTA	Attitudes	Stades de changement de comportements
Troisième entretien	5-évaluer le processus de l'implantation et stimuler la continuité de la prévention de l'hypertension artérielle	1-ambivalence 2-avantages et coûts associés au changement de comportement 3- participation de la communauté	Stade de la contemplation

Au cours de cet entretien de groupe, les participants nous ont dit s'être suffisamment exprimés sur les saines habitudes de vie. Un seul sujet, celui de l'alcool, n'a pas été traité lors des rencontres et la chercheuse apporte cette remarque au groupe. Le groupe a réagi par quelques commentaires brefs : « *C'est sûr, il y en a qui en prennent, c'est normal. Ils arrivent pas ici réchauffés.* » (Maurice), « *Avant ça, ça arrivait souvent.* (Edgar). *Si il y en a qui en prennent, ils le cachent bien !* » (Maurice).

Ce thème est resté au stade de la précontemplation et il est apparu difficile d'aller de l'avant pour le moment.

Lors d'une question exploratoire qui visait à cerner l'ensemble des solutions retenues, certains participants ont fait mention qu'il y a des habitudes de vie qui ont été abordées et qui ne semblent pas en lien avec la prévention de l'HTA : « *Ouin, les affaires de même, le tabac, la question des salles de break, c'est revenu souvent. C'est pas relié ben, ben à l'hypertension.* (Edgar). Par ailleurs, d'autres habitudes qui n'ont pas été abordées, mais méritaient d'être traitées : « *Je sais pas. On n'a pas parlé je pense, des changements de vie comme se prendre des vacances et changer nos habitudes de sport, de loisir.* » (Luc).

5.3.2 L'ambivalence

L'ambivalence a été assez forte : « *Il y en a qui voulaient, y en a qui voulaient rien savoir. Il y en a que c'était non tout de suite, d'autres que c'était pas sûr.* » (Étienne). Nous constatons que les travailleurs reviennent aux étapes antérieures, plus précisément à l'étape de la contemplation (Olivier & Levasseur, 2006). Cette ambivalence est nécessaire au processus de changement. Nous avons tenté de la résoudre pour apporter le changement.

D'autre part, à la question abordant l'importance de leur point de vue, leurs réflexions sont positives. Deux participants ont répondu spontanément : « *Sûrement!* » (Maurice et Luc), et un autre a ajouté : « *Ça peut peut-être emmener des changements ... d'après moi.* » (Edgar) Il y a ici un lien avec le sentiment de confiance concernant le changement chez les travailleurs.

5.3.3 Les avantages et les coûts associés

Les travailleurs reconnaissent que modifier une habitude de vie comporte des avantages et des désavantages, à savoir qu'ils doivent fournir un effort pour changer un comportement : « *C'est pas tout le temps facile.* » (Maurice). Tous les participants se sont exprimés sur ce thème correspondant à l'adoption de saines habitudes de vie. Entre autres, les travailleurs ont tenté de se convaincre : « *Moi comme changer des habitudes sur la nourriture, ça serait pour mieux filer, avoir une meilleure santé.* », « *Ouin, c'est sûr. Ça peut peut-être aider mettons.* » (Edgar). Un autre argument intéressant sur la prévention est apporté : « *Surtout quand t'es pas malade encore. Tu penses qu'en continuant de même, ça va rester. T'es plus motivé à faire ça, avant de tomber malade. Je sais pas comment dire ça.* » (Luc). Les participants sont en mode solution, ils tentent de trouver des solutions pertinentes aux problèmes soulevés :

Mettre une radio ou écouter de la musique. Rien que pour dire qu'il y a du changement dans la salle de break. Parce qu'on vit plus à l'ouvrage qu'on peut vivre chez nous. Fait que, faudrait un changement de même. On pensait que ça allait faire mieux. De toute façon, quand je me dépêche pour aller fumer en bas, j'ai pas le temps d'aller écouter la radio en haut. C'est rien que 15 minutes. Si j'arrête de fumer, je vais avoir le temps d'écouter la radio. (Luc).

Les travailleurs se sentent interpellés par les saines habitudes de vie et restent sensibles aux interventions les uns des autres. Les options de prévention de l'HTA offrent des avantages, mais aussi des coûts y sont associés (Miller & Rollnick, 2006). Les coûts identifiés par les travailleurs sont en lien avec le manque de temps et l'intérêt des autres travailleurs à participer aux activités qui seront implantées.

5.3.4 La participation de la communauté

Après le processus d'implantation, la chercheuse a fait parvenir à l'ensemble des travailleurs n=60 un second questionnaire qui visait à évaluer le changement. Seulement quatre travailleurs ont répondu aux questionnaires, ce qui représente un taux de participation de 7%. Selon les observations des participants, personne n'a répondu au sondage : « *Selon ce que j'ai vu, il n'y a personne qui a touché à ça. J'en ai reparlé, justement hier, vite, pis le monde y s'occupe pas de ça. Quand c'est le temps d'aller dîner, ils s'assistent, ils dînent pis après ça, ils s'en vont fumer dehors (...).* (Maurice). Lors du troisième entretien de groupe qui visait l'évaluation du processus d'implantation, ils ont justifié, selon leur point de vue, le peu de participation de la manière suivante : « *Moi j'ai vu Tony passer avec une boîte, je pensais que c'était des talons de paye, mais quand je suis arrivé dans la salle de break, c'était là (les questionnaires) pis il avait mis un crayon de même dessus. Pas plus, rien. Moi j'en aurais parlé.* » (Maurice) ; « *Nous autres, on les a remplis, on était rien que trois. Pis je sais pas, moi j'ai rempli la mienne, quand ils ont vu que je l'ai remplie, ils l'ont remplie. Je sais pas si ils ont rien que suivi de même, ils avaient peur d'avoir une réprimande.* » (Luc) ; « *Y a pas de crayons, pis la façon que c'est distribué.* » (Edgar)

Deux autres participants ajoutent que la prévention de l'HTA est une question de conscientisation personnelle : « *Leur santé, il y en a plusieurs qui ne s'en occupent pas. Tsé, ils arrivent, pognent le sel pis envoye. Même si ils feraient de la pression, ils s'occuperaient pas de ça. Peut-être qu'il y en a qui en font pis ils le savent pas. Pour eux autres c'est normal comment qu'ils filent, on sait pas.* » (Maurice). « *Pour qu'ils s'arrêtent à ça, peut-être que ça prendrait une feuille avec le détail des symptômes.* » (Luc).

Les participants ont manifesté de l'inquiétude à l'égard de l'intérêt général porté par l'ensemble des travailleurs au projet : « *On dirait que le monde sont pas intéressés à ça.* » (Edgar). « *Nous autres, on parle de plein d'affaires mais on peut pas dire...* » (Maurice). De plus, ils sont un peu déçus de leur performance. Ils ont l'habitude du travail à la chaîne

dans une perspective de rendement. À la question de savoir si nous avons atteint nos objectifs, les réponses sont claires. *C'est assez complexe disons, dire mettre des affaires comme on disait (...).* (Maurice). *Je pense qu'on va les avoir atteints quand l'infirmière va être venue et les feuilles* (Maurice). *Là oui, c'est en branle, mais quand ça va être fait, on va pouvoir dire ben là au moins ça a marché.* (Luc). *D'après moi non parce qu'il n'y a personne qui embarque, qui ont voulu poser des questions, des choses de même* (Étienne). De surcroît les travailleurs sont réalistes : *« (...) pis c'est sûr, il y a des affaires qu'on sait que ça marchera pas. »* (Maurice).

À la suite de toutes ces données, nous avons déterminé où se situent les travailleurs dans la traversée des étapes des stades de changements de comportement.

5.3.5 Les étapes de changement de comportement

Tout le processus d'implantation a été soutenu par le MTT. Cela nous a permis de suivre les travailleurs dans la traversée des stades, d'ajuster les stratégies et de revenir en arrière afin de respecter le processus de changement de comportements en matière d'adoption de saines habitudes de vie au travail.

Au début de l'activité, les participants ont été sensibilisés aux problèmes des saines habitudes de vie comme mesure préventive de l'HTA au travail (précontemplation). Ils ont reconnu avoir augmenté leurs connaissances sur le sujet (contemplation). Par la suite, ils ont réalisé un plan d'action (préparation) qu'ils ont mis en place (action). Les travailleurs ont donc traversé les stades pour se rendre jusqu'au stade de l'action. À la fin de l'activité, nous avons fait parvenir un questionnaire à l'ensemble des travailleurs. Ce questionnaire a servi d'indicateur pour situer les travailleurs en industrie dans un des stades de changement de comportement. Bien que seulement 7 % de l'ensemble des travailleurs aient répondu, ils ont cependant tous répondu de la même façon : ils aimeraient modifier certaines de leurs habitudes de vie, ce qui les situe donc au stade de la contemplation. À ce stade, les

participants sont conscients qu'ils ont un problème à adopter de saines habitudes de vie au travail, mais ils songent à résoudre le problème. Cependant, ils ne sont pas nécessairement prêts à s'engager concrètement dans la préparation. À ce stade de la contemplation, nous avons poursuivi l'implantation, ce qui crée une dissonance. Nous tentons d'utiliser des stratégies associées à l'étape de l'action. L'objectif poursuivi est prématuré par rapport aux aspirations des travailleurs. Nous tentons d'amener les travailleurs dans l'action d'implantation de mesure préventive de l'HTA et ceux-ci manifestent le désir d'être mieux informés afin de résoudre le problème (contemplation).

Donc, le principal travail consiste à transmettre de l'information. Nous désirons toutefois poursuivre l'entretien dans le but d'évaluer tout le processus. Sans mettre de la pression sur les travailleurs, nous sommes curieux de savoir ce qui les motiverait à passer à un autre stade. Ils accordent de l'importance au changement et tentent de comprendre la raison qui motive le changement : « *Il y en a peut-être qui sont conscients pis ils veulent pas dire oui ça m'intéresse.* » (Maurice), « *...mais vu qu'il va y avoir l'activité, peut-être que...* » (Edgar).

Ce qui motive les travailleurs à poursuivre leur engagement à l'adoption de saines habitudes de vie au travail est directement relié au support que les professionnels de la santé vont apporter. Ce support relève aussi de la transformation et de l'alliance créée par le volet interprofessionnel qui permet de progresser dans la traversée des stades de changement de comportements.

5.3.6 Les priorités retenues

En fin de rencontre, nous avons numéroté par ordre de réalisation les activités de mesure préventive en HTA. Le tableau 13 donne un portrait du suivi des activités réalisées ou à réaliser dans le cadre de cette recherche.

Tableau 13 : Réalisation des activités

Activités	Cote*	Responsable
Repeindre les murs dans les salles de pause	1	DRH
Radios	2	Travailleurs
Catalogues	1	Travailleurs
Machines distributrices	4	DRH
Feuilles boîte à lunch	4	Chercheure
Heure de repas plus longue	2	Travailleurs
Feuilles arrêt tabagique	4	Chercheure
Participation financière à l'inscription dans un gymnase	1	Travailleurs et DRH
Volet interprofessionnel : conférence sur l'alimentation par une nutritionniste et sur la cessation tabagique par une infirmière et visite annuelle de l'infirmière pour dépistage de l'HTA avec ordonnance collective	3	Chercheure et DRH

*Légende : 1 rien de fait; 2 discuté avec les travailleurs et non réalisé; 3 discuté avec les ressources concernées et mise en action; 4 discuté avec les ressources concernées en communauté et mise en action et 5 réalisé.

Cet exercice a permis aux travailleurs de se concentrer sur les activités d'implantation en matière de prévention de l'HTA auxquelles ils croient : « *La meilleure affaire. ça prendrait une feuille avec tous les symptômes possibles. pis que le monde regarde ça. Si tu rentres dans 2-3 catégories...Ça te donne une idée que tu peux en faire. Quand tu sais même pas c'est quoi...Tu peux pas le savoir.* » (Étienne). Des mesures sont ressorties, cependant ces mesures impliquent la participation des professionnels de la santé : « *L'histoire de feuilles (tueur silencieux + symptômes), ça peut aider.* » (Maurice) ; « *Tueur silencieux en gros plan. Les gens vont se demander c'est quoi et se mettre à lire un peu.* » (Luc).

D'après les travailleurs, il serait possible de maintenir des comportements de santé au travail. Les travailleurs ont trouvé l'activité intéressante, ils ont partagé leurs idées, appris de nouvelles choses. Quelques-uns ont transmis leurs nouvelles connaissances à la maison à d'autres membres de leur famille. Les participants sont satisfaits, ils se trouvent « *pas*

pire ». (Maurice et Luc). Ils portent aussi un regard sur l'avenir, ce qui laisse croire qu'ils pensent possible la continuation du projet à moyen terme : « *Après un an, ils vont voir si ça a marché. Faire des statistiques de... Si le monde ont pris ça à cœur ou...* » (Luc). « *C'est sûr, si on trouve X personnes sur 80 qui font de la pression, c'est un nombre X qui sera maintenant suivi. S'ils en trouvent, on va dire que ça a porté fruit. S'il n'y en a pas, tant mieux. Sinon, on en aura peut-être sauvé un.* » (Maurice).

5.3.7 Les résultats des questionnaires de satisfaction

La compilation des questionnaires de satisfaction complétés à la fin de chaque entretien de groupe est révélatrice. Premièrement, ce questionnaire est construit en deux parties. Une première avec une échelle analogique de 1 à 5 où 1 = faible satisfaction et 5 = excellente satisfaction. Une seconde propose des questions ouvertes. Le tableau 14 présente les résultats. Il fait état du cheminement des travailleurs.

Tableau 14 : Résultats du questionnaire d'évaluation : échelle de satisfaction

	Échelle de satisfaction		
	Premier entretien de groupe (n=5)	Deuxième entretien de groupe (n=4)	Troisième entretien de groupe (n=4)
La clarté des explications	(1) (4) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(1) (3) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(4) ----- ----- 1 5 Faible Excellence
L'écoute de la chercheuse à l'égard des participants	(1) (4) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(4) ----- ----- 1 5 Faible Excellence	(1) (3) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence
Le niveau de participation du groupe	(5) ----- ----- 1 5 Faible Excellence	(4) ----- ----- 1 5 Faible Excellence	(1) (1) (1) ----- ----- 1 2 3 4 5 Faible Excellence
Votre contribution à l'activité	(3) (2) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(2) (2) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(1) (2) (1) ----- ----- 1 3 4 5 Faible Excellence
La durée de l'activité	(1) (4) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(1) (3) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence	(1) (3) ----- ----- 1 4 5 Faible Excellence

En ce qui a trait à la perception de chaque travailleur sur la satisfaction lors des entretiens de groupe, un travailleur évalue à 4/5 le premier et le deuxième entretien, quatre évaluent à 4/5 le premier et le troisième entretien et trois évaluent à 5/5 le deuxième entretien correspondant à l'énoncé « clarté des explications ». Pour l'énoncé sur l'écoute de la chercheuse à l'égard des participants, la majorité évalue à 5/5 lors des entretiens. L'énoncé suivant sur « le niveau de participation du groupe » donne des résultats décroissants : alors qu'aux premier et second entretiens de groupe, tous les participants évaluent à 5/5, nous remarquons qu'au dernier entretien, l'opinion est partagée : chaque participant évalue l'activité de 2 à 5 sur 5. L'énoncé correspondant à « votre contribution à l'activité » donne lui aussi des cotes décroissantes au cours du processus d'implantation. Lors du premier entretien de groupe, trois participants évaluent à 4/5 et deux l'évaluent à 5/5 ; lors du dernier entretien, un participant évalue à 3/5, deux à 4/4 et un à 5/5. Cet énoncé a subi le plus de variations au cours du processus. Enfin l'énoncé se rapportant à « la durée de l'activité » est assez stable : lors du premier entretien de groupe, un participant évalue à 4/5 et quatre évaluent à 5/5 : au deuxième entretien, un travailleur évalue à 4/4 et trois évaluent à 5/5. Au troisième entretien, un travailleur cote 4/5 et trois cotent 5/5.

La deuxième partie du questionnaire est constituée de questions ouvertes. À la question : « Quelle est selon vous la meilleure habitude de vie? », les réponses furent les mêmes lors des trois entretiens de groupe, soit : l'alimentation, l'activité physique et ne pas fumer. Pour la question : « Qu'est-ce que vous avez aimé **le plus** lors de l'activité? », l'opinion des personnes a évolué au cours des trois rencontres de groupe. Lors du premier entretien, les thèmes ressortis étaient : les idées pour s'améliorer, la discussion en général, discuter de solutions pour changer nos mauvaises habitudes, les idées sur les habitudes de vie. Au second entretien, sont amenées des idées telles que : les échanges, de discuter en général et de parler de stress. Finalement, les réponses obtenues lors du dernier entretien laissent entrevoir une évolution dans la traversée des stades de changement de

comportements. Les travailleurs écrivent des commentaires en lien avec les connaissances, par exemple on peut lire : les renseignements, savoir les raisons de cette maladie qui tue silencieusement, beaucoup de questions apportées sur le sujet, apprendre des choses que je ne sais pas. Ici, il est intéressant de constater que la conception de la prévention de l'HTA commence à s'inscrire dans le langage des participants. La question suivante visait à savoir ce qui avait été le moins apprécié. Le seul commentaire identifié est : *cela ne dure pas assez longtemps*. Enfin à la section des commentaires, au premier entretien un seul commentaire apparaît : « *Je suis très content que quelqu'un s'occupe de la santé des travailleurs.* » Au dernier entretien, nous retrouvons deux commentaires : « *J'ai bien aimé cette expérience et c'est un très bon projet.* »

On peut donc dire que d'une façon générale les participants au projet de recherche sont très satisfaits du contenu de l'activité et assez satisfaits de leur participation.

5.4 LE RETOUR SUR L'ANALYSE

Au tout début du projet, les travailleurs ont exprimé leur manque de connaissances sur le sujet des saines habitudes de vie comme mesure préventive de l'HTA. Ils se sentaient impuissants face à l'idée d'apporter des modifications à leurs habitudes de vie au travail. Les principaux obstacles évoqués sont en lien avec des facteurs personnels et reliés à l'emploi. Nous remarquons qu'au moment où les travailleurs ont été invités à participer au processus d'implantation en apportant des idées, leur engagement fut spontané. Ils ont trouvé des activités en lien avec tous les facteurs de risque ressortis, à l'exception de la consommation d'alcool.

Bref, l'implantation de mesures préventives en matière de l'HTA en industrie comporte un volet associé au stade de changement de comportement non négligeable. Ce volet permet de situer les travailleurs dans les stades de changement de comportement et d'utiliser des stratégies adaptées afin de respecter leur rythme et de favoriser leur

engagement dans le processus d'adoption de saines habitudes de vie. Le bilan empreint d'éléments positifs permet de constater que leurs connaissances ont été augmentées. De plus, ils se sont sentis investis dans le projet et se sont impliqués dans la recherche de solutions et d'implantation. Pour eux, leur point de vue compte et ils ont le pouvoir de changer les choses en milieu de travail. Ces éléments sont des indispensables au changement de comportement.

La participation des différents professionnels de la santé en milieu industriel pour l'information alimentaire (nutritionniste), en support de cessation tabagique (infirmière) et pour le volet de dépistage de l'HTA (infirmière) qui sera mis en place au cours des prochains mois sont des interventions innovatrices tant pour le secteur industriel que pour le CSSS de cette région. De tels résultats montrent que les professionnels de la santé sont invités à se déplacer dans les milieux industriels afin de mettre en place des programmes de prévention dynamiques et systémiques.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Ce chapitre présente les principaux constats qui peuvent être tirés des données du projet de recherche en lien avec la littérature scientifique. L'analogie, les différences et les éléments nouveaux de cette recherche-action, associés aux facteurs personnels et à ceux qui sont reliés au travail, concernant l'adoption de saines habitudes de vie en industrie sont présentés. Le chapitre est organisé selon les résultats ressortis par les travailleurs, soit l'intégration de saines habitudes de vie au travail en matière de prévention de l'HTA, les thèmes reliés aux facteurs personnels et au travail, les stades de changement de comportements, les programmes de prévention et du processus en spirale de la démarche. La dernière section traite des limites et de l'apport de l'étude, des pistes de réflexion à l'implantation de programme de prévention et enfin des recommandations pour la pratique, pour la recherche et la formation.

6.1 L'INTÉGRATION DE SAINES HABITUDES DE VIE AU TRAVAIL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE L'HTA

Les données sociodémographiques tracent le portrait de travailleurs en industrie présentant des risques de développer de l'HTA. Cette population répond à certains facteurs de vulnérabilité en matière de MCV tels que : la faible scolarité, le manque d'activité physique, un régime alimentaire peu équilibré et l'usage du tabac. Pour l'année 2008, Statistique Canada ressort les mêmes facteurs de risque chez la population canadienne (Statistique Canada, 2008). De plus, ce constat correspond au profil émis par l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2005a).

L'adoption de saines habitudes de vie a un impact direct sur la santé des travailleurs en industrie. Les participants ont évoqué différents facteurs qui font obstacle aux modifications de leurs habitudes de vie. D'abord, des facteurs personnels comme le manque de connaissances et de latitude. Ensuite, ceux reliés directement au travail semblent nuire au changement de comportements favorisant de saines habitudes de vie. Il s'agit du stress et du manque de temps relié au travail. Donc, à partir de ces résultats, nous avons pu observer que certains facteurs sont corroborés par d'autres études sur les programmes de prévention en industrie pouvant influencer l'adoption de saines habitudes de vie (Galdas, et al., 2005; Kang, et al., 2005).

6.2 LES THÈMES RELIÉS AUX FACTEURS PERSONNELS ET AU TRAVAIL

6.2.1 Le manque de connaissances et manque de latitude

Le premier facteur, le manque de connaissances, est le premier thème ressorti au cours du premier cycle de recherche avec les participants. La théorie de Fishbein et Ajzen (1975), dont le postulat repose sur le principe que les êtres humains sont rationnels et utilisent l'information provenant de leur environnement suggère que pour réussir à opérationnaliser ce modèle, il s'agit de distribuer de façon massive de l'information. C'est exactement ce que les participants nous ont demandé, de l'information au sujet de l'HTA. Des auteurs tels que Fishbein et Ajzen (1975), Prochaska et DiClemente (1982) et Bandura (2004) supportent la notion que tout changement doit d'abord être apporté par de l'information sur le sujet. De plus, selon Starbuck, Barnett et Baumard (2008), l'étape de la connaissance est un des principaux indices de transformation et grâce à une approche d'autonomie décisionnelle, ce facteur tendrait à augmenter la transformation dans les milieux (Kang, et al., 2005). Tous ces écrits supportent nos résultats, les travailleurs ont demandé des outils tels que des lettres d'information et des rencontres éducatives afin d'avoir les connaissances requises sur le sujet pour apporter ensuite des changements dans

le milieu. Pour sa part, Boudon (1979) ajoute que même une fois l'information distribuée les individus se mettent en quête de l'approbation et des avis personnels des membres de leur entourage. Lors de l'implantation, les travailleurs ont communiqué verbalement avec leurs pairs au sujet du déroulement de l'activité et de l'intérêt pour certaines activités. Le partage de l'information et le feedback auprès de leurs pairs ont été des préoccupations pour eux. L'information serait donc nécessaire au point de départ de toute action. Ce qui vient confirmer la cohérence du discours des participants.

Le second facteur, le manque de latitude, il représente pour les participants un obstacle à l'adoption de saines habitudes de vie. Il est reconnu que ce facteur en est un de risque au développement de MCV. Kang et coll. (2005) supportent cette affirmation et rapportent qu'il existe une association positive entre le sentiment d'une faible latitude au travail et l'augmentation des MCV. Selon ces derniers, la latitude au travail serait un meilleur prédicateur de risque de MCV que le stress ressenti au travail. Effectivement, les participants ont exprimé qu'ils se sentent dépendants de la production à la chaîne et de plus, ils considèrent que cette réalité entraîne que leurs prises de décisions relèvent de la production et non d'eux. Ils sentent leur emploi menacé par la baisse de production ce qui renforce ce sentiment. Une étude de Kouvonen et coll.(2007) a été conduite auprès de 8154 hommes employés dans le secteur public et conclut que l'augmentation de la latitude au travail en diminuerait le stress et favoriserait la promotion de styles de vie saine. En matière de latitude au travail, les concordances sont certaines et nous amènent à considérer ce facteur dans tout processus d'implantation de prévention de l'HTA en milieu de travail.

6.2.2 Le stress et le manque de temps

Lors de la collecte de données sociodémographiques et au cours des cycles de recherche, les participants ont mis en évidence le stress relié au travail de production à la chaîne. Ils se disent stressés du matin au soir. L'impact serait autant physique que psychologique et, pour certains, perdure depuis 5 à 10 ans. Plusieurs facteurs de stress

interviennent au développement de l'HTA, à la fois des facteurs physiques et psychologiques (Marchand, et al., 2005) . Un des facteurs majeurs présents en milieu de travail serait un stress chronique occasionné par l'emploi. Selon Esler, Schwarz et Alvarenga (2008), un stress chronique fait référence à un stress soutenu à long terme. En 2005, lors d'une étude longitudinale, Marchand et coll. relatent que le travail répétitif, les horaires et des facteurs hors travail contribuent au stress ressenti. Les facteurs directement reliés au travail et faisant partie intégrante de leur travail doivent être mis en évidence pour favoriser des conditions réalistes à l'adoption de comportement de santé. Dans ce sens, nous rejoignons l'idée de Sigouin, Bernier, et Lussier (2008), selon laquelle nous devons reconnaître les facteurs de stress, les nommer afin d'agir sur les bonnes causes, notamment celles exprimées dans le milieu.

À l'égard du stress et des risques de mortalité associés aux MCV, les données probantes vont dans le même sens. Une étude longitudinale menée en industrie, débutée en 1973 et dont les mesures ont été réalisées en deux temps, soit après une période de 5 ans et une de 10 ans conclut que le stress généré par le manque de latitude et l'effort soutenu au travail semblent contribuer de manière significative au risque de mortalité cardiovasculaire. Ce groupe de chercheurs recommande qu'une attention particulière soit portée en matière de prévention auprès de groupes de travailleurs en industrie (Kivimäki, et al., 2002). Cole, Ibrahim, Shannon, Scott et Eyles (2002), des chercheurs de l'agence de santé publique du Canada, vont dans le même sens.

Nos résultats montrent que les travailleurs éprouvent le sentiment de ne pas avoir suffisamment de temps pour intégrer de saines habitudes de vie au travail. Lors des discussions, les participants disent que le manque de temps est un facteur qui fait obstacle aux interventions en milieu de travail. Dans le cadre de ce projet et dans la plupart des programmes de prévention offerts au sein des entreprises, le temps alloué et les ressources sont insuffisants (Heinemann & Enderlein, 2000). Généralement, les concepteurs du MTT conseillent de laisser le temps nécessaire aux individus de bien réfléchir à la nécessité du changement avant de passer à l'action, car cela risque de provoquer des changements de

courte durée (Brodeur, 2006). La définition typique des étapes de changements proposée par Prochaska comprend une dimension temporelle (Brodeur, 2006) qui nous a permis d'arriver à la conclusion que trop souvent le manque de temps a sans doute bousculé les participants de notre étude. Selon Winum, Ryterband et Stephenson (1997), au sein des entreprises la disparité entre la pratique (le peu de temps) et la théorie (respect du rythme) est soutenue par le manque de cohérence. Des tentatives d'activités de promotion seraient réalisées, mais on néglige l'aspect psychologique du changement de comportement, souvent motivé par le manque de temps (Winum, Ryterband, & Stephenson, 1997), ce qui diminue les chances de maintenir le nouveau comportement.

6.3 LES STADES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS, LE RESPECT DU RYTHME DES TRAVAILLEURS ET LES STRATÉGIES

Lors de l'évaluation de la satisfaction des travailleurs au cours des trois entretiens de groupes, pour les thèmes explorés suivants : 1) la contribution personnelle apportée au groupe et 2) l'évaluation de la participation du groupe par les participants, on observe que les cotes ou les scores donnés par les travailleurs vont en décroissant. Nous considérons que le groupe est probablement passé du stade de précontemplation au stade de contemplation de façon spontanée. Cependant les participants ont été incités à passer au stade de l'action probablement trop rapidement. Nous sommes conscients que le MTT offre la possibilité de rythmer les interventions et qu'il contribue à diminuer la résistance au changement (McMurrin, 2009). Dans les faits, les participants de cette étude ont éprouvé de la difficulté à suivre le rythme imposé par le processus d'implantation. Les réponses apportées par ceux-ci lors de l'évaluation du projet ont indiqué qu'ils doutent d'atteindre les objectifs visés. Lors des rencontres, ils ont manifesté le désir de poursuivre à long terme ce projet, car ils disaient ne pas avoir suffisamment de temps. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Engbers, van Poppel et van Mechelen (2007) qui souligne que pour implanter un programme de prévention en industrie qui favorise l'adoption de saines habitudes de vie, il serait indispensable de poursuivre des études qui permettent de faire des interventions plus

intensives en matière de rythme et de temps. De plus, la contrainte de temps signifie que nos stratégies ne correspondaient pas à l'étape à laquelle se trouve le groupe de travailleurs. Ainsi, le changement risque d'être compromis. Selon Snow, Prochaska et Rossi (1994), il est recommandé que les programmes de prévention ciblant le changement de comportement respectent les étapes du changement et permettent d'orienter les stratégies en fonction de ces dernières. En concordance, nous croyons que la vitesse d'implantation est un facteur qui peut freiner la traversée des stades de changement de comportement et nuire à l'utilisation de stratégies adaptées. Pour soutenir cette affirmation, nous faisons référence au rapport de la table ronde tenue en 2003 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui visait l'élaboration d'une *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains* (The Alder Group, 2003). Cette stratégie repose sur la santé de la population et reconnaît que les milieux où vivent et travaillent les Canadiens et Canadiennes ont une influence sur les comportements liés à la santé.

De plus, il est intéressant de noter que le thème concernant la clarté des connaissances a crû au cours du processus. Les réponses à la question ouverte suivante ont permis de confirmer cette observation : Qu'est-ce que vous avez aimé **le plus** lors de l'activité? Les réponses à cette question sont passées du simple « échanger entre nous » à « connaître ce qu'est l'HTA ». Tout au long de l'implantation, la contribution des travailleurs a varié. Plus les travailleurs progressaient dans les étapes de changement de comportements, plus leur contribution et leur participation diminuaient. Cette relation inversement proportionnelle est probablement reliée au rythme du processus de l'implantation qui ne respectait pas le rythme des travailleurs dans la traversée des stades. Les stratégies étaient donc susceptibles de ne pas correspondre aux stades. Par exemple, au stade de précomtemplation dominé par la prise de conscience, les travailleurs avaient besoin d'informations sur l'HTA, sur la prévention de l'HTA. Au stade de contemplation, nous aurions dû résoudre le désir de l'augmentation des connaissances pour qu'ils progressent au stade de la préparation. L'augmentation des connaissances aurait facilité la prise de position des travailleurs face à leur choix. Des études réalisées par Begun, Shelley, Strodthoff et Short (2001) et Prochaska, Johnson et Lee (Begun, et al., 2001; 1998)

indiquent que l'ambivalence exprimée est normale et permet de retenir des stratégies correspondantes et reliées à l'étape. Effectivement, les travailleurs désirent implanter des activités et ils reconnaissent qu'il y a des obstacles au changement de comportement. À cette étape, ils demandent des feuillets ou des rencontres d'information. Donc les travailleurs ayant participé aux entretiens de groupe sont passés du stade de précontemplation au stade de contemplation. Nous faisons référence aux indicateurs : la clarté des explications qui était croissante et de l'intérêt manifesté pour des activités d'informations. Donc, ces indicateurs dépassent la sensibilisation.

6.4 LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EN INDUSTRIE

Dans cette section, nous énumérons les activités qui motiveraient les travailleurs à adopter de saines habitudes de vie, à savoir 1) les participants ont manifesté de l'intérêt à s'inscrire à un gymnase. Un des facteurs de motivation serait une participation financière de la part de l'employeur. Warburton, Katzmarzyk, Rhodes et Shephar (2007) affirment que les moyens mis en place au sein de l'industrie pour favoriser l'activité physique incitent à la participation, quels qu'ils soient; 2) en ce qui a trait à l'usage du tabac, les résultats nous permettent de voir qu'il est répandu dans l'entreprise et correspond à la moyenne régionale. Certains participants aux entretiens de groupe ont manifesté le désir de cesser de nouveau de fumer. Comme les études démontrent que la majorité des fumeurs feront quelques tentatives avant de renoncer au tabac, nous devons donc poursuivre les activités de cessation ou d'arrêt tabagique au sein de l'entreprise (Statistique Canada, 2008). Des sessions de groupe sont envisageables afin de rejoindre le plus de fumeurs avec moins d'investissement de temps et d'argent pour l'entreprise. Une étude de Fiore et coll.(2000) a démontré que le taux de cessation par des programmes de groupe obtient plus de succès qu'une intervention individuelle; 3) pour l'alimentation, les participants reconnaissent l'importance d'une saine alimentation, ils demandent de l'information sur le sujet et précisent que l'installation de distributrices alimentaires comprenant des choix santé serait

un facteur favorable à l'adoption d'une saine alimentation. Cette demande est la même que celle soumise aux différents paliers gouvernementaux lors de la tenue de la table ronde sur l'établissement des stratégies pancanadiennes intégrées en matière de modes de vie saine; 4) au sujet de l'alcool, nous nous sommes retrouvés devant un sujet d'évitement. Les travailleurs ont esquivé cette question. Il est à noter que l'alcool est reconnu comme un sujet tabou (Addiction Info Suisse, 2010). Nous considérons que le milieu dans le lequel les travailleurs évoluent en est un des plus à risque au Québec. Comme le suggèrent Harisson et Legendre (2002), le travail répétitif et à la chaîne augmente les risques de consommation d'alcool au travail. Donc, il serait pertinent de commencer des programmes de prévention à titre informationnel afin de démystifier la consommation d'alcool; 5) le profil de santé des travailleurs en matière de stress concorde avec les études évoquées par Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino et Benjamin (2004) et Landsbergis, Schnall, Pickering, Warren et Schwartz (2003). Les travailleurs identifient le travail comme la principale cause de stress. Ils doivent fournir du rendement et éprouvent un sentiment d'impuissance en lien avec l'exécution de leurs tâches.

6.5 LE PROCESSUS EN SPIRALE DE LA DÉMARCHE D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DE L'HTA

Cette recherche-action a fait ressortir l'importance d'engager les acteurs dans le processus de transformation. La demande d'une rencontre supplémentaire des travailleurs en industrie marque leur intérêt à accomplir une démarche concrète dans leur milieu. Une des conditions du transfert de résultats est de s'associer aux acteurs dès le début du projet de recherche. Selon Bourdouxhe et Gratton (2003), l'approche en spirale favoriserait l'interaction entre les participants et le chercheur. Les travailleurs ont ressenti ce besoin de concertation entre toutes les parties impliquées dans ce projet de recherche. La méthodologie de la recherche-action, proposée par Stringer et Genat (2004), favorise un processus en spirale qui suppose que les participants à la recherche participent aux

changements et aux réajustements à toutes les étapes de la recherche, ce qui leur permet d'être actifs lors de prise de décision.

Nos résultats suggèrent que l'objectif mis en commun est passé par des cycles qui ont permis d'ajuster le processus d'implantation. Une rencontre supplémentaire a été nécessaire pour consolider le plan d'*Usine en Santé*. L'implication d'un individu dans le changement, selon Altrichter et coll.(2002), est essentielle pour passer à l'action et les cycles traversés doivent permettre de revenir en arrière afin d'évaluer le processus et de poursuivre l'action visée. De plus, l'approche de la recherche-action est conseillée dans un processus de réflexion d'implantation qui consolide la contribution de tous les acteurs à la résolution du problème (Carr, 1994; Stringer & Genat, 2007). C'est pourquoi nous avons respecté les ajustements demandés au cours des cycles. Ainsi, nous considérons que le caractère participatif de cette recherche a permis de demeurer en contact constant avec la réalité vécue par les travailleurs comme le suggèrent Lavoie, Marquis et Laurin (1996).

6.6 LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Cette étude présente certaines limites, notamment le temps alloué, les moyens financiers et le cadre académique lui-même (Maîtrise/mémoire). Dans le cadre d'un projet de mémoire qui se réfère au MTT, il est plus difficile de respecter le rythme proposé par le MTT qui est en fonction des participants, que le rythme imposé en fonction du temps alloué à la réalisation et à la rédaction d'un mémoire. Pour certains projets, la durée pourrait sans doute occasionner des frais supplémentaires reliés au processus d'implantation. De plus, ces limites n'ont permis qu'à une industrie de participer, ce qui peut ainsi diminuer le potentiel de transférabilité des résultats. Le contexte dans lequel s'est réalisée la recherche peut avoir des traits communs avec une autre industrie, par conséquent certains paramètres peuvent être commensurables, et la transférabilité pourrait éventuellement se faire d'une industrie à une autre. Une description précise et opérationnelle du processus de recherche,

des caractéristiques des participants et du contexte du milieu de travail permet d'optimiser ce potentiel dans des milieux comparables avec des acteurs similaires, incluant le genre.

Il est important de noter que le groupe de participants a fait consensus lors des prises de décision, ce qui permet d'obtenir une certaine saturation des données. De plus, les travailleurs de l'industrie impliqués dans le processus de recherche représentent le comité des travailleurs au sein de l'entreprise. Cette implication de départ signifie qu'ils sont déjà engagés dans l'organisation, ce qui peut représenter un biais de sélection à l'étude. Étant donné que cette recherche est qualitative, il peut être difficile d'affirmer que tous les travailleurs se sont exprimés lors des entrevues. Il serait possible que les perceptions de certains travailleurs aient été influencées par certains facteurs comme la gêne d'exprimer ouvertement leurs pensées, la peur de la divulgation des informations entre pairs ou même d'exprimer leur opinion par rapport au projet de recherche. Cependant, lors des entretiens de groupe nous avons pu filmer et enregistrer des travailleurs qui ont dit être à l'aise devant les caméras. Ils ont précisé se sentir très à l'aise de partager leurs idées et leurs points de vue. Par exemple, lors de l'évaluation de l'activité, les participants ont verbalisé ouvertement et simplement sur les aspects positifs et sur les obstacles rencontrés au cours du processus.

6.7 L'APPORT DE LA RECHERCHE

Certains apports ont été identifiés. Les entretiens de groupe auprès des travailleurs nous ont permis de déterminer les points forts d'une démarche d'implantation de mesure préventive de HTA. Par exemple, l'unanimité quant à l'augmentation de leurs connaissances et la mise en place d'activités de prévention qui ont été perçues comme la clé de la transformation. Les travailleurs ont aimé discuter, émettre leur point de vue et participer à l'amélioration de leur santé. De plus, ils ont aussi verbalisé leurs points de vue sur l'importance de la reconnaissance personnelle.

Notre projet suggère que ce type de recherche répond aux besoins des travailleurs ayant des caractéristiques sociodémographiques reliées aux facteurs de risque de l'HTA et vulnérables en raison du genre. Comme le soutient Lefebvre (2004), les travailleurs masculins ont un mode de vie moins sain et consultent moins les professionnels de la santé que les femmes. Ce processus d'implantation dans le milieu en prévention primaire de l'HTA a été reçu très positivement par les travailleurs. Tous les participants se sont impliqués et ont manifesté de l'intérêt à collaborer. Nous reconnaissons que tout nouveau projet doit faire place à l'évaluation continue. Donc ce processus d'implantation n'y fait pas exception. Comme nous l'avons vu au cours du projet, l'ajout d'une rencontre a été nécessaire pour la poursuite de la démarche d'implantation. Sans cette ouverture sur l'évaluation continue, nous serions passés outre à ce besoin exprimé.

6.8 PISTES DE RÉFLEXION POUR L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE L'HTA

Nous avons soutenu le processus par une stratégie d'implantation qui s'appuie sur le cadre théorique du changement de comportement de Prochaska (Prochaska & DiClemente, 1982). À la suite des résultats de notre étude, nous sommes en mesure de croire que le taux de réussite relié au changement de comportement sur l'adoption de saines habitudes de vie en matière de prévention de l'HTA en industrie puisse être optimisé par un processus progressif rejoignant ainsi la vision de Brodeur (2006), c'est-à-dire de permettre aux individus ou à un groupe d'individus de traverser les stades de changement de comportements un à un et à leur rythme.

Au cours des dernières décennies, Prochaska et Norcross (1994) ont tenté d'explorer, par des recherches, pourquoi certaines personnes adoptent des comportements sains et que d'autres n'y parviennent tout simplement pas. Il en ressort une correspondance, la perception des individus à l'égard du problème exprimé. L'individu qui ne perçoit pas de problème n'est pas en mesure d'apporter des modifications à son comportement ou à son

environnement. Par exemple, Lindbladh & Lyttkens (2002) expliquent que la perception de bonnes habitudes de vie prendrait des dimensions sans importance ou non problématiques chez des sujets peu scolarisés ou à faible revenu, ce qui permettrait d'expliquer la difficulté de changer de comportement puisque ceux-ci s'expliquent mal le problème.

Les travailleurs se trouvaient à l'étape de la précontemplation au début du projet. En travaillant avec eux sur l'implantation d'activités préventives, ils ont progressé à l'étape de la contemplation. Par conséquent, un individu qui se trouve à l'étape de la contemplation est en mesure seulement de recevoir de l'information. L'approche de changement de comportement proposée par le MTT utilisée dans ce projet met en évidence non seulement l'importance de l'éducation et de l'attitude à changer, mais également la nécessité d'engager les individus dans un processus continu de changement de comportement pour créer des milieux de travail qui encouragent de nouvelles pratiques et rejoint l'idée de certains auteurs tels que DeJoy (1996) et Prochaska, Prochaska et Levesque (2001). D'ailleurs une recherche menée par Whysall, Haslam et Haslam (2007) sur la prévention des troubles musculosquelettiques auprès de groupes de travailleurs arrive à la conclusion que l'utilisation d'outils adaptés aux stades de changement de comportement permet une évaluation systémique du milieu de travail et favorise le changement de croyances et d'attitudes. Ce qui favorise la modification de comportements. Au départ, la majorité des participants ne connaissaient pas le sujet, ensuite ils ont manifesté de l'intérêt pour le sujet et, pour terminer, ils demandent plus d'information. Cette information doit être transmise dans leur milieu de travail. C'est à partir des perceptions des participants que des chercheurs comme Donald et Young (1996) laissent les travailleurs trouver leurs propres solutions, adaptent les outils de travail selon les analyses et ainsi collaborent à la modification de comportement avec un groupe d'adhérents en respectant les étapes de changement.

6.9 RECOMMANDATIONS DE RECHERCHES À POURSUIVRE

6.9.1 La pratique infirmière en industrie

À la lumière des résultats, nous sommes à même de nous questionner sur l'approche infirmière en milieu de travail. La prévention de la maladie, selon les perspectives d'avenir de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010), vise des résultats qui englobent l'implication des ressources personnelles du client et une attention particulière à son rôle social, en considérant son genre. Nous nous sommes davantage rapprochés de cette perspective. Par contre, on a pu observer, lors de l'analyse des résultats de ce projet de recherche, que quelques facteurs personnels et reliés à l'emploi peuvent venir interférer dans le processus d'implantation de saines habitudes de vie en industrie et influencer la transformation souhaitée. Il est donc préférable que les professionnels de la santé soient en mesure de développer des programmes qui permettent une certaine latitude de temps afin d'être en mesure d'utiliser des stratégies adaptées pour que les barrières énumérées précédemment ne viennent pas interrompre le processus. Cette approche permettrait de traverser un à un les stades de changement de comportements comme le rapportent Hoffman et coll. (2006) et Prochaska et Norcross (2001). La participation des professionnels de la santé en milieu de travail devrait assurer un certain leadership dans le processus d'implantation, comme on a pu l'observer avec les mesures mises en place avec la participation du CSSS de cette région durant l'actuelle recherche. Cette collaboration a permis aux infirmières de collaborer avec les travailleurs en industrie afin de mettre en place le plan « Usine en Santé ». Une nutritionniste se rendra faire la promotion d'une saine alimentation et une infirmière se rendra faire la promotion de la cessation tabagique et procéder au dépistage de l'HTA en milieu industriel annuellement. Le but de cette collaboration est de partager l'autonomie à l'égard de la prise en charge de sa santé et de permettre aux activités cliniques de suivre le rythme des populations vulnérables.

6.9.2 La poursuite de recherches

Plusieurs études, comme celle de Campbell, Shah et Gosselin (2009), confirment qu'une approche collective dans un délai de temps structuré conduit à des résultats de changement de comportements plus durables à long terme en matière de prévention. Le projet d'implantation en prévention de l'HTA était présenté dans un court laps de temps, il est difficile d'évaluer la poursuite de l'engagement des travailleurs.

D'une part, les participants aux entretiens de groupe se sont évalués satisfaits de leur participation au projet de recherche, malgré le peu de temps alloué. D'autre part, les travailleurs qui ont participé aux entretiens de groupe se sont sentis bousculés lors de l'implantation. Il serait intéressant d'étudier la pertinence du rythme de la traversée des stades de changement de comportements collectifs et peut-être trouver un juste milieu pour le temps consacré à l'implantation de programme de prévention en HTA en industrie. Il y a un besoin de poursuivre des recherches afin d'établir la relation entre le temps accordé à la traversée des stades des changements de comportements et la durée de la modification du comportement selon le temps accordé et les coûts à court, moyen et long termes d'activités d'implantation en industrie. Des résultats d'études, menées à ce sujet par Prochaska, Nigg, Spring, Velicer et Prochaska (2010) ainsi que Trudel, Brisson, Larocque et Milot (2009), nous ont permis d'identifier les facteurs mentionnés précédemment, à savoir le rythme et le temps accordé à la traversée des stades de changement de comportement. Les solutions de rechange apportées aux programmes d'implantation préventive traditionnelle doivent tenir compte des facteurs identifiés pour atteindre des objectifs de maintien de comportement.

Cette étude a permis d'établir une cohérence entre la théorie et la pratique clinique en matière de prévention de l'HTA en industrie. La perspective des travailleurs/participants utilisée conjointement avec le choix du MTT peu exploré à ce jour dans la mise en place de programme de prévention au Québec et en recherches infirmières a permis de maximiser les stratégies. Les facteurs qui nuisent à l'adoption de saines habitudes de vie en industrie ont été ressortis, ce qui a permis de mettre en place des activités adaptées aux stades de

changement de comportement facilitant ainsi le processus d'implantation. Les activités choisies par les participants correspondaient à celles qui les situaient dans les stades de changement de comportement, incluant celles du volet interprofessionnel. Ces résultats nous permettent d'établir un pont entre le milieu clinique et la réalité exprimée par le milieu de l'industrie. Ce qui spécifie que pour surmonter certains facteurs qui freinent la prévention, les professionnels de la santé devront se déplacer dans le milieu de travail pour répondre aux besoins en matière de connaissances et de manque de temps exprimé par les travailleurs et pour en plus favoriser la traversée des étapes des stades de changements de comportement, dans l'esprit d'un service de proximité. Par ailleurs cette démarche participative, impliquant tous les acteurs dans la recherche de solutions, a permis de mettre en évidence les obstacles, mais aussi les solutions proposées par les travailleurs, par l'étudiante chercheuse et par le CSSS, en regard du processus d'implantation de programme préventif en HTA en industrie inexistant dans cette région.

CHAPITRE 7

CONCLUSION

Les résultats obtenus lors de la collecte de données ont révélé que les travailleurs ont identifié des facteurs personnels et d'autres reliés au travail comme des obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie. Ils ont été en mesure d'identifier des activités en matière de prévention de l'HTA et ont souhaité modifier leur comportement quoique cela puisse s'avérer difficile. Par ailleurs, ils ont progressé à travers les stades de changements de comportement et ont proposé des stratégies adaptées aux stades où ils se trouvaient. Toutefois, nous les avons incités à passer aux stades suivants sans respecter leur rythme, ce qui a entraîné une diminution de leur participation et de leur contribution au processus d'implantation. Comme le souligne Brodeur (2006), les stratégies de changement de comportements du MTT sont des activités d'adaptation. Elles sont importantes dans le processus de changement, car elles permettent aux travailleurs de progresser à travers les stades de changement et de modifier leur comportement. L'opérationnalisation et la mesure du changement de comportement sont nécessaires afin d'améliorer l'activité clinique et de la rentabiliser par une approche collective et participative. Finalement, les participants ont choisi des activités visant l'augmentation de connaissances sur différents sujets et manifesté de l'intérêt pour le dépistage de l'HTA en industrie. Ils reconnaissent avoir appris beaucoup et que leur point de vue est important pour transformer le milieu.

Cette recherche a généré la création d'une alliance entre l'entreprise et le CSSS de cette région. Plus particulièrement, la création d'une relation entre les travailleurs en industrie et les intervenants de la santé en matière de prévention de l'HTA en milieu de travail. Les retombées sont telles que dans un prochain avenir, les professionnels de la santé se rendront sur place afin de transmettre des informations, de donner de l'enseignement sur

les saines habitudes de vie et de réaliser du dépistage au profit de la prévention de l'HTA. Les travailleurs ont reconnu ne pas consulter et ne pas avoir de temps pour consulter un professionnel de la santé. Ils ont manifesté le désir d'une transformation sur leur terrain. C'est grâce à ces données qu'un volet clinique terrain s'est ajouté dans cette région.

Ainsi les solutions retenues par les travailleurs en industrie correspondent à des moyens biopsychosociaux. Il est important que les interventions des professionnels de la santé ne portent pas seulement sur les facteurs de risques physiques inhérents à la charge de travail ou à l'environnement de travail, mais qu'ils considèrent également des variables qui influencent le comportement de santé des travailleurs. Dans la pratique actuelle, il y a peu de certitude autour de cette approche (Whysall, et al., 2007). Les prochaines recherches devraient être en mesure de quantifier, avec des indicateurs précis, les impacts de programme de prévention en industrie lorsque des professionnels se déplacent dans le milieu industriel. Sommes-nous en mesure d'offrir des services de santé adaptés au rythme du changement de comportement des populations visées?

APPENDICE A
AFFICHE DE SOLLICITATION

X partenaire des sciences infirmières

PROJET DE RECHERCHE EN PRÉVENTION DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



INVITATION À LA PARTICIPATION

Lieu : salle de conférence de l'entreprise

Rémunération : **oui**, selon le taux horaire

Activité : trois rencontres de groupe
(mars, avril et juin)

Durée : 1 h 30 par rencontre

POUR VOUS INSCRIRE OU POUR INFORMATION

Monieur XXX XXX,

Direction,

XXX XXX,

XXX@XXX.com

Lise Chamberland, infirmière, étudiante à la
maîtrise

APPENDICE B
*INDICATIONS GENERALES POUR LA CONDUITE DE COLLECTE DE DONNEES
SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DE L'ANIMATION DES ENTRETIENS DE GROUPE
AVEC LES TRAVAILLEURS EN INDUSTRIE*

DU 4 FEVRIER AU 10 JUIN 2010

Recrutements

1. Recrutement volontaire

Le 8 février 2010

- a) Demande de participation volontaire réalisée par affichage dans des endroits stratégiques (salles de pause, babillards) dans l'entreprise et par l'intermédiaire des paies.
- b) Une seule personne manifeste son intérêt pour participer à la recherche.

2. Recrutement intentionnel

Le 25 février 2010

- a) Monsieur X X, convoque le comité des employés pour participer au projet de recherche, le jeudi 11 mars à 15 h à la salle de conférence de l'entreprise.
- b) Ce comité est formé de huit employés; chacun représente une chaîne de montage.

Le 11 mars 2010

Rappel fait aux participants par l'intermédiaire de monsieur X afin de confirmer leur présence à 15 h à la rencontre.

Collecte de données sociodémographiques

1. Questionnaire sociodémographique

- a) Les documents de collecte de données sociodémographiques ont été remis par le X de l'entreprise aux équipes le lundi 22 février 2010. Un rappel a été fait le 1er mars 2010 afin d'inviter les employés à répondre au questionnaire. Au total, 60 collectes de données ont été remises au lieu de 100. Cela s'explique par le fait que pendant cette période d'activité, la production n'est pas à son maximum: donc certains employés sont en assurance-emploi et non pas été rejoints.

- b) Nous avons obtenu 20 questionnaires de données sociodémographiques complétés pour un taux de participation de 33,33 %.

Entretien de groupe Préparation

Enregistrement de la rencontre

1. Préparatifs

- a) Établir avec monsieur X, responsable de l'enregistrement audio vidéo, l'horaire de la rencontre. Confirmer la date de la rencontre avec monsieur X, responsable de l'enregistrement audio vidéo. Compter au moins 15 minutes avant la rencontre pour l'installation du matériel d'enregistrement. Confirmer le lieu de la rencontre (salle de conférence de l'entreprise).
- b) Discuter de l'environnement physique où se tient la rencontre (éclairage, espace...) Expliquer le déroulement de la rencontre.

Entretien

1. Préparatifs

- a) Établir l'horaire avec le responsable de l'audio-vidéo et avec monsieur X de l'entreprise.
- b) La responsabilité du matériel technique et son fonctionnement relèvent du responsable de l'audio-vidéo qui m'accompagne lors des trois rencontres. Apporter le matériel, soit les stylos pour chaque participant et les documents.
- c) Réviser la grille d'entretien. La grille d'entretien permet de suivre un ordre croissant dans les questions. celle-ci est cependant flexible et certaines questions peuvent ne pas être posées ou être modifiées selon le déroulement ou la compréhension des participants. Un espace est prévu entre les questions pour permettre d'apposer des notes.
- d) Pour la première rencontre, une fiche est disponible pour chaque participant. Sont inclus les documents suivants : formulaire de consentement à faire signer avec une copie du formulaire, une feuille comprenant les questions de l'entretien, une avec les cinq habitudes de vie choisies, une brève description de la tension artérielle et une feuille pour l'évaluation de la rencontre.
- e) Pour la deuxième rencontre, un plan d'action est présenté.
- f) Pour la troisième rencontre, on retrouve une grille d'évaluation de l'activité et un questionnaire sur les stades de changement de comportements.

2. Accueil

- a) Prendre le temps d'accueillir les participants par une poignée de main, en se présentant lors de la première rencontre et en les nommant lors des rencontres subséquentes.
- b) La table de conférence où se déroulent les entretiens étant ovale, m'asseoir près des travailleurs pour être à proximité et réduire l'intimidation que pourrait occasionner un face à face en travaillant en groupe.
- c) Utiliser un vocabulaire adapté aux participants. Présenter brièvement et en gros la démarche du déroulement de l'entretien. Faire un rappel en regard de la confidentialité, de la durée prévue, du pourquoi utiliser du matériel d'enregistrement.
- d) Lors de la première rencontre, faire signer le formulaire de consentement.

3. Déroulement de l'entretien de groupe

- a) Procéder à l'entretien de groupe. S'assurer de la compréhension des participants en posant des questions de validation. Se questionner sur ce que ressentent les participants. Sont-ils à l'aise avec les questions, comprennent-ils les questions?
- b) Encourager les participants à verbaliser, à exprimer leurs idées, éviter de les interrompre. Utiliser des techniques de reformulation pour s'assurer d'avoir bien compris ce que les participants expriment.
- c) Porter attention aux comportements verbaux et non verbaux des participants et de moi-même. Rester attentive tout au long de l'entretien, regarder les participants lorsqu'ils s'expriment et regarder ceux qui parlent moins. Ne pas réagir positivement ou négativement aux propos tenus et faire preuve d'empathie.

4. Conclusion

- a) Essayer de couvrir les thèmes abordés.
- b) Remercier les participants et les aviser qu'un suivi par la poste ou téléphonique sera fait lors des semaines qui viennent afin de vérifier les informations retenues lors de l'entretien de groupe.

5. Après l'entretien de groupe

- a) Inscrire par écrit dans quelles circonstances se sont déroulés les entretiens de groupe, la durée, etc.
- b) Indiquer mes propres attitudes face aux questions posées et réponses obtenues.
- c) Placer sous clé le DVC de l'entretien dès qu'il est fait ainsi que toutes les notes écrites.

APPENDICE C
QUESTIONNAIRES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Questionnaire de données sociodémographiques distribué le 8 février 2010

Renseignements sociodémographiques



Fiche numéro : _____

Renseignements généraux

Cochez (✓ ou ✕) la case appropriée (une seule case par question) ou en inscrivant un chiffre :

1) Quel est votre âge? _____

2) Quel est votre sexe?

Masculin

Féminin

3) Travaillez-vous à temps complet : ou à temps partiel :

4) Depuis combien d'années travaillez-vous pour l'entreprise : _____

5) Degré de scolarité complété

- 4^e Secondaire et moins :
- 5^e Secondaire :
- professionnel court :
- professionnel long :
- collégial :

6) Quel est approximativement votre revenu familial de l'an dernier, avant les déductions d'impôt ?

- 10 000 19 999 \$
- 20 000 29 999 \$
- 30 000 39 999 \$
- 40 000 \$ et plus
- Refus de répondre

Habitudes de vie des travailleurs en industrie

1) Tabac

Est-ce que vous fumez ? oui non

2) Est-ce que vous consommez de l'alcool ?

- non
- oui
- Si oui,
- moins de 7 consommations par semaine
- plus de 7 consommations par semaine

4) Mangez-vous tous les jours ces aliments et combien de portion(s) par jour?

Aliments	Nombre de portions par jour				
	aucune	1	2	3	4 et +
Fruits :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

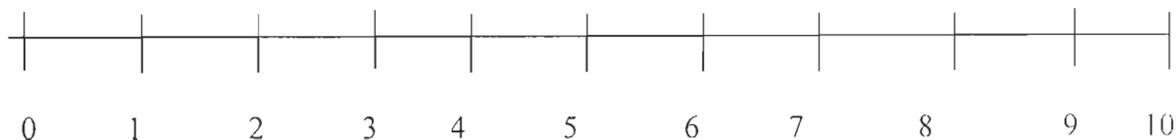
5) Combien de fois par semaine pratiquez-vous une activité physique, excluant votre travail ?

Activité physique réalisée au cours d'une semaine

- jamais
- trois fois et moins par semaine
- trois fois et plus par semaine

6) À quel niveau de stress vous situez-vous ?

Cette échelle vous permet d'y répondre, en sachant que 0 correspond à « je suis très peu stressé » et 10 à « je suis toujours stressé ». Vous pouvez répondre à cette question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.



7) Votre niveau de stress est relié à quoi? (Cochez une seule réponse)

au travail : situation financière : situation familiale : troubles
du sommeil : détresse psychologique :

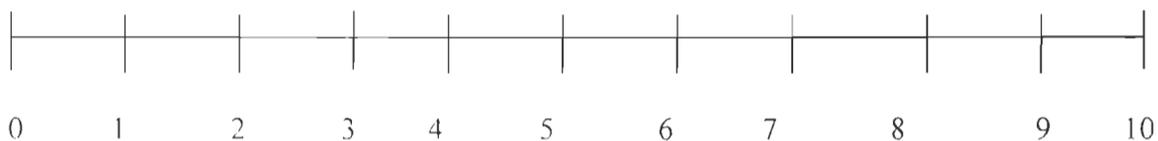
Motivation aux changements de comportement

1) Où vous situez-vous avec les habitudes de vie?

- Je n'ai pas de problème avec mes habitudes de vie.
- J'aimerais modifier certaines de mes habitudes de vie.
- Je pose des actions pour modifier mes habitudes de vie.
- Je modifie mon environnement pour favoriser de saines habitudes de vie.
- J'ai de bonnes habitudes de vie que je désire garder.

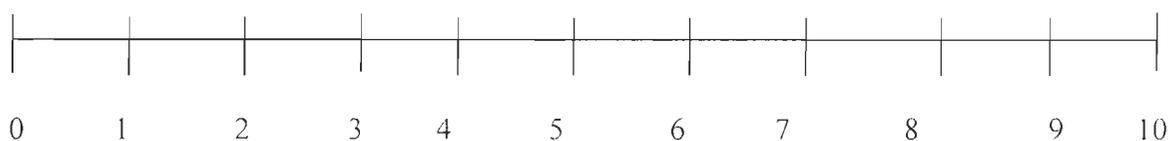
2) Quelle importance accordez-vous à l'amélioration de vos habitudes de vie?

Cette échelle vous permet d'y répondre en sachant que 0 correspond à «aucune importance » et 10 à «beaucoup d'importance». Vous pouvez répondre à cette question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous en pensez.

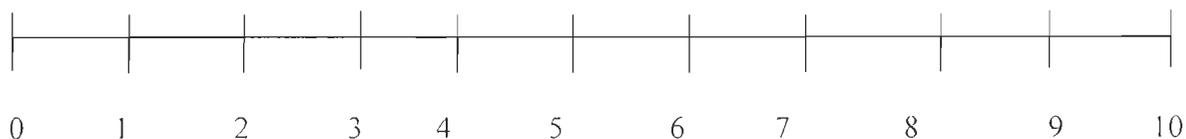


3) Avez-vous confiance en vous pour changer certaines de vos habitudes de vie ?

Cette échelle vous permet d'y répondre en sachant que 0 correspond à « peu confiance » et 10 à « beaucoup de confiance ». Vous pouvez répondre à cette question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous en pensez.

**La santé des travailleurs en industrie****1) Comment évaluez-vous votre santé aujourd'hui ?**

Cette échelle vous permet d'y répondre en sachant que 0 correspond à « mauvaise santé » et 10 à « très bonne santé ». Vous pouvez répondre à cette question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.



Merci de votre précieuse collaboration.

Lise Chamberland, infirmière B.Sc., étudiante à la maîtrise.

Messieurs XXX XXX, équipe de gestion de l'industrie

APPENDICE D
GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE

Grille d'entretien de groupe

Projet de recherche : implantation d'un programme de prévention d'hypertension artérielle auprès des travailleurs en industrie par une recherche-action

Chercheure : Lise Chamberland, Bac. Sc. Inf., étudiante

Directrice : Hélène Sylvain, Ph.D.

Objectifs de recherche issus de la problématique

But : implanter un programme de prévention de l'hypertension artérielle en collaboration avec des travailleurs en industrie à l'aide de stratégies adaptées aux stades de changement de comportements.

La visée : dans une démarche collaborative d'implantation d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle, nous souhaitons connaître les besoins ressentis en lien avec les saines habitudes de vie et à l'aide d'une méthode comportementale à déterminer quelles devraient être les meilleures stratégies à utiliser dans le processus d'implantation de saines habitudes de vie étant destiné à un groupe de travailleurs en industrie.

Objectifs spécifiques :

- 1) recueillir les perceptions auprès des travailleurs en industrie en lien avec les saines habitudes de vie prédéterminées qui favorisent la prévention de l'hypertension artérielle : activité physique, alimentation, alcool, stress et tabac ;
- 2) déterminer à quel stade de changement de comportement se situe les travailleurs industrie ;
- 3) faire ressortir des solutions à mettre en œuvre dans le milieu de travail et qui favorisent la prévention de l'hypertension artérielle, s'arrêter sur une solution ;
- 4) établir un processus d'implantation dans le milieu de travail pour la solution retenue ;
- 5) évaluer le processus de l'implantation et stimuler la continuation de la prévention de l'hypertension artérielle.

Grille d'entretien de groupe de la première rencontre du 11 mars 2010

Vous êtes ici aujourd'hui parce que vous avez accepté de participer à un projet de recherche qui vise la santé au travail et plus particulièrement celle du cœur. Vous êtes reconnus comme des personnes ayant une bonne connaissance de votre milieu de travail et des mesures organisationnelles en lien avec des équipements de sécurité qui réduisent les risques d'accident et qui favorisent une amélioration de la qualité dans l'exécution de votre travail. À ces mesures préventives s'ajoutent celles reliées directement à votre santé physique soit : les saines habitudes de vie comme mesure de prévention de l'hypertension artérielle en milieu de travail.

En lien avec la prévention de l'hypertension artérielle, les habitudes de vie sur lesquelles nous allons nous attarder sont : l'activité physique, le tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et le stress. Ces habitudes de vie lorsqu'elles sont saines diminuent le risque de l'augmentation de la tension artérielle et nous allons tenter d'identifier celle à laquelle ou celles auxquelles vous attachez le plus d'importance pour la santé au travail. Et ce, afin d'en faire un programme de prévention de l'hypertension artérielle et de l'implanter dans votre entreprise.

Est-ce que vous connaissez votre tension artérielle? (En lien avec la prévention, la visite de l'infirmière CSST ou programme de dépistage?)

Savez-vous comment savoir si vous faites de la tension artérielle? (ici je peux introduire le tueur silencieux)

Savez-vous quoi faire pour prévenir l'augmentation de votre tension artérielle? (introduire habitudes de vie)

Parmi les habitudes de vie nommées sur la feuille que je vous ai remise, est-ce que vous pratiquez actuellement ces habitudes de vie de manière à ce qu'elles préviennent l'augmentation de votre tension artérielle?

Dans le futur, qu'est-ce que vous aimeriez modifier pour améliorer ou maintenir votre tension artérielle normale?

Parmi les habitudes de vie retenues sur la feuille, laquelle ou lesquelles vous croyez possible d'intégrer au milieu de travail pour maintenir ou améliorer votre santé physique, pour prévenir l'augmentation de tension artérielle?

Si vous intégrez de saines habitudes de vie, préféreriez-vous des activités individuelles ou de groupe?

Comme votre employeur est prêt à participer à l'implantation d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle, donnez-moi quelques exemples d'activité de prévention en lien avec les 5 habitudes de vie sur la feuille que vous aimeriez implanter au travail ou préférez-vous que je vous propose lors de la prochaine rencontre des activités qui sont réalisées dans d'autres entreprises québécoises pour arrêter un choix?

Grille d'entretien de groupe du 10 juin 2010

Questions guides pour l'entretien de groupe

Vous êtes ici aujourd'hui parce que vous avez participé à un projet de recherche qui vise la santé au travail et plus particulièrement la prévention de l'HTA.

Les saines habitudes de vie sur lesquelles nous nous sommes attardées sont : l'activité physique, le tabac, la consommation d'alcool, l'alimentation et le stress. Certaines de ces habitudes de vie ont été associées à une activité préventive de l'HTA et des mesures ont été prises pour implanter ces activités. Nous allons maintenant évaluer le processus d'implantation de ces activités.

- 1) Lors de la première rencontre concernant les habitudes de vie prédéterminées, selon vous, vous êtes-vous suffisamment exprimé? Si oui, comment? Sinon, pour quelle raison?
- 2) Y a-t-il d'autres habitudes de vie en lien avec la prévention de l'hypertension artérielle dont vous auriez aimé discuter?
- 3) Croyez-vous que votre point de vue est important? Justifier.
- 4) Sur la grille qui se trouve devant vous, dites-moi où vous vous situez en lien avec le changement.
- 5) Qu'est-ce qui vous permettrait de passer à un autre stade?
- 6) À l'aide de la feuille devant vous, cochez votre degré de satisfaction en lien avec les activités retenues (peu satisfaisante, satisfaisante et très satisfaisante). Discutons de vos choix de réponses.
- 7) Pensez-vous que d'autres moyens auraient permis d'atteindre nos objectifs?
- 8) Comment s'assurer que des activités préventives de l'HTA seront maintenues à long terme dans l'industrie?

Grille du changement

- | | |
|---|--------------------------|
| Je n'ai pas de problème avec mes habitudes de vie. | <input type="checkbox"/> |
| J'aimerais modifier certaines de mes habitudes de vie. | <input type="checkbox"/> |
| Je pose des actions pour modifier mes habitudes de vie. | <input type="checkbox"/> |
| Je modifie mon environnement pour favoriser de saines habitudes de vie. | <input type="checkbox"/> |
| J'ai de bonnes habitudes de vie que je désire garder. | <input type="checkbox"/> |

APPENDICE E
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS

Questionnaire d'évaluation complété après chaque entretien de groupe par les travailleurs

1. Sur une échelle de 1 à 5, **1 = faible et 5 = excellent**, veuillez évaluer les critères suivants de cet entretien de groupe.

Encercler le chiffre correspondant	Faible					Excellent				
La clarté des explications	1	2	3	4	5					
L'écoute de la chercheuse à l'égard des participants	1	2	3	4	5					
Le niveau de participation du groupe	1	2	3	4	5					
Votre contribution à l'activité	1	2	3	4	5					
La durée de l'activité	1	2	3	4	5					

Les prochaines questions sont facultatives.

2. Quelle est selon vous la meilleure habitude de vie ?

3. Qu'est-ce que vous avez aimé **le plus** lors de l'activité ?

4. Qu'est-ce que vous avez aimé **le moins** lors de l'activité ?

5. Commentaires.

Si vous souhaitez communiquer vos commentaires directement avec la chercheuse, veuillez inscrire votre nom et vos coordonnées s.v.p.

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Jours et heures préférés pour vous joindre : _____

Merci beaucoup de votre participation !

APPENDICE F
GRILLES D'OBSERVATION DES ENTRETIENS DE GROUPE

**Grille d'observation lors de l'entretien de groupe
(11 mars 2010)**

Activité : 1

Titre : Perceptions sur les saines habitudes de vie auprès des travailleurs en industrie.

Date : 2010-03-11 **Heure du début :** 15 h 35 **Fin :** 16 h 45 **Durée :** 1 h 10

Description du lieu physique : Lors de l'entretien de groupe, nous utilisons un appareil audio et vidéo aux fins d'enregistrements. L'enregistrement de la rencontre est assuré par un technicien, celui-ci a signé son formulaire d'engagement à la confidentialité avant le début de l'activité.

Plan:

1. Présentation de la chercheuse et du cinéaste
2. Présentation des participants (identification)
3. Explication du but de l'activité et de l'objectif visé pour le premier entretien de groupe
4. Présentation du déroulement (durée, déroulement et enregistrement audio-vidéo)
5. Remise à chaque participant du formulaire de consentement, lecture et invitation à signer le formulaire de consentement
6. Déroulement de l'activité
7. Conclusion de la rencontre, avis d'un rappel aux fins de validation des données recueillies et invitation au prochain entretien de groupe du 8 avril 2010
8. Remise du questionnaire de satisfaction sur le déroulement de l'activité

**Grille d'observation d'entretien de groupe
(8 avril 2010)**

Activité : 2

Titre : Usine en santé : plan d'intervention prévention de l'hypertension artérielle

Date : 2010-04-08 **Heure du début :** 16 h 5 **Fin :** 17 h 20 **Durée :** 1 h 15

Plan:

1. Retour sur la première activité
2. Explication du but de l'activité et de l'objectif visé pour le deuxième entretien de groupe
3. Présentation du déroulement (durée, déroulement et enregistrement audio-vidéo)
4. Remise à chaque participant du plan d'intervention de l'HTA
5. Déroulement de l'activité
6. Conclusion de la rencontre, avis d'un rappel aux fins de validation des données recueillies et invitation au prochain entretien de groupe du 3 juin 2010
7. Remise du questionnaire de satisfaction sur le déroulement de l'activité

**Grille d'observation d'entretien de groupe
(10 juin 2010)**

Activité : 3

Titre : Évaluation de l'activité d'implantation préventive de l'HTA sur les saines habitudes de vie auprès des travailleurs en industrie.

Date : 2010- 06-10 **Heure du début :** 16 h **Fin :** 17 h 10 **Durée :** 1 h 10

Plan :

1. Retour sur la deuxième activité
2. Explication du but de l'activité et de l'objectif visé pour le troisième entretien de groupe
3. Présentation du déroulement (durée, déroulement et enregistrement audio-vidéo)
4. Remise à chaque participant du déroulement de l'activité et de feuilles d'évaluation d'implantation des activités retenues pour la prévention de l'HTA en industrie
5. Déroulement de l'activité
6. Conclusion de la rencontre, avis d'un rappel aux fins de validation des données recueillies et d'une présentation du résumé de recherche en octobre
7. Remise du questionnaire de satisfaction sur le déroulement de l'activité

APPENDICE G
PLAN USINE EN SANTÉ

USINE EN SANTÉ					
CHOIX DES SOLUTIONS RETENUES D'INTERVENTION PRÉVENTION DE L'HTA					
VOLET INTERPROFESSIONNEL AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ			VOLET AUTO GESTION		
MÉDECIN	INFIRMIÈRE	GESTIONNAIRE	TRAVAILLEURS		
ORDONNANCE COLLECTIVE	ENSEIGNEMENT MÉDICATION (PRN)	COORDONNE L'ACTIVITÉ PRÉVENTIVE	STRESS	1 PEINTURE 2 TV ET/OU RADIO SELON USINE	3 CATALOGUE 4 HEURE DE DÎNER
DIAGNOSTIC VISITE MÉDICALE PRESCRIPTION	PRÉLÈVEMENT SANGUIN ENSEIGNEMENT NITRITION	MET EN PLACE LE SUIVI SYSTÉMATIQUE DÉPISTAGE HYPERTENSION ARTÉRIELLE ENSEIGNEMENT MESURE PRÉVENTION	ALIMENTATION	5 FEUILLE DE SUGGESTION BOÎTE À LUNCH 6 MACHINE DISTRIBUTRICE SANTÉ 7 CONFÉRENCE DANS LES USINES	8 HEURE DE DÎNER
			TABAC	9 AFFICHES ET DÉPLIANTS 10 CONFÉRENCE	
			ACTIVITÉ PHYSIQUE	11 INSCRIPTION AU GYMNASE AVEC % PAYÉ PAR L'ENTREPRISE	

APPENDICE H
PLAN DES INTERVENTIONS PRIORISÉES

Plan d'action de la rencontre du comité des travailleurs du 28 avril 2010

SUIVI DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

<i>DATE</i>	<i>N^o</i>	<i>DIRECTIVE COLLECTIVE</i>	<i>COMMENT</i>	<i>PAR QUI INITIALES</i>	<i>RÉALISÉE DATE</i>
04-28	1	PEINTURE	Sera réalisée selon les besoins de chaque usine. Les travailleurs seront consultés pour le choix des couleurs.	DRH	1
04-28	2	RADIO SELON USINE	Vérification des climatiseurs. Chacun des représentants des usines vérifie auprès des travailleurs si ceux-ci ont une radio à la maison pour l'apporter dans leur usine respective. Sinon, le coût de l'appareil sera assumé par l'entreprise.	Les 4 participants	2
04-28	3	CATALOGUE	Une personne peut fournir des catalogues. Le DRH va vérifier pour des abonnements et les travailleurs vont faire circuler le mot pour ceux qui ont des revues au lieu de les jeter peut-être penser à les apporter à l'usine. Des journaux locaux dans chaque usine chaque semaine.	Un travailleur DRH et les 4 participants DRH	1
04-28	4-8	HEURE DE DÎNER	Une consultation collective sera réalisée pour prendre le pouls de modifier l'heure du dîner soit de 30 minutes à 45 minutes.	DRH	4

SUIVI DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

04-28	5	FEUILLES DE SUGGESTIONS BOÎTE À LUNCH	Des documents seront fournis au DRH de l'entreprise sur des suggestions de repas santé boîte à lunch. Celui-ci voit à la diffusion de l'information. La nutritionniste se rendra par la suite donner une conférence de 15 minutes dans chaque usine soit 5. Elle pourra éventuellement faire parvenir de la documentation pertinente au DRH afin de maintenir et d'encourager la saine alimentation au travail.	DRH en collaboration avec la nutritionniste du CSSS	4
04-28	6	MACHINE DISTRIBUTRICE SANTÉ	Installer un évier au premier étage dans une usine. Sollicitation auprès des distributeurs afin d'avoir des choix d'aliments santé dans les distributrices. Vérification des filtres à eau dans chaque usine.	DRH	2
04-28	8	AFFICHES ET DÉPLIANTS	Des dépliants sur la cessation ou la non-cessation tabagique ainsi que de la documentation sur les méthodes utilisées en cessation tabagique seront fournis à l'entreprise. Informer l'entreprise lors des semaines de cessation tabagique par l'intermédiaire du DRH par courriel.	Responsable de la cessation d'arrêt tabagique au CSSS	4
04-28	10	INSCRIPTION AU GYMNASSE AVEC % PAYÉ PAR L'ENTREPRISE	Assure un suivi avec le fournisseur de services afin de voir ce qui peut être fait comme rabais aux travailleurs de l'entreprise.	DRH	1
04-28	11	VOLET INTERPROFESSIONNEL	Visite d'une infirmière clinicienne une fois l'an pour dépistage de l'HTA selon l'ordonnance collective du CSSS.	GMF du CSSS	3

Légende : 1 rien de fait; 2 discuté avec les travailleurs en industrie et non réalisé; 3 discuté avec les ressources concernées et mise en action; 4 discuté avec les ressources concernées en communauté et mise en action et 5 réalisé

APPENDICE I
**QUESTIONNAIRE SUR LES STADES DE CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT**

Grille du changement

- Je n'ai pas de problèmes avec mes habitudes de vie.
- J'aimerais modifier certaines de mes habitudes de vie.
- Je pose des actions pour modifier mes habitudes de vie.
- Je modifie mon environnement pour favoriser de saines habitudes de vie.
- J'ai de bonnes habitudes de vie que je désire garder.

APPENDICE J
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE FIN D'ACTIVITÉ

Questionnaire sur les impacts de l'activité remis le 3 juin 2010



Recherche-action sur la santé cardiovasculaire des travailleurs en industrie

Renseignements généraux

Cochez (✓ ou ✕) la case appropriée (une seule case par question) :

1) Je suis au courant qu'une activité de recherche se déroule dans l'industrie.

Oui Non

2) Cette activité vise.

La prévention de l'hypertension artérielle

Les maux de dos

La sécurité au travail

Habitudes de vie des travailleurs en industrie

1) Avez-vous modifié une de vos habitudes de vie?

Oui Non Si oui, laquelle ?

Activité physique (augmentation de la fréquence)

Alimentation (plus santé)

- Tabac (diminué ou cessé)
- Consommation d'alcool (diminuée)
- Stress (moins)

Motivation aux changements de comportement

1) Où vous situez-vous avec les habitudes de vie?

- Je n'ai pas de problèmes avec mes habitudes de vie.
- J'aimerais modifier certaines de mes habitudes de vie.
- Je pose des actions pour modifier mes habitudes de vie.
- Je modifie mon environnement pour favoriser de saines habitudes de vie.
- J'ai de bonnes habitudes de vie que je désire garder.

3) Avez-vous confiance que cette activité de recherche peut vous aider à changer certaines de vos habitudes de vie ?

Cette échelle vous permet d'y répondre en sachant que 0 correspond à « aucune confiance » et 10 à « beaucoup de confiance ». Vous pouvez répondre à cette question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous en pensez.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La satisfaction des travailleurs en industrie

1) Comment évaluez-vous votre satisfaction avec l'activité de recherche?

Ne me sens pas concerné

Un peu satisfait

Moyennement satisfait

Satisfait

Merci de votre précieuse collaboration

Lise Chamberland, inf. B. sc., étudiante à la maîtrise.
Messieurs XX XXX, équipe de gestion de l'industrie.

APPENDICE K
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Titre de la recherche : Implantation d'un programme de prévention d'hypertension artérielle auprès de travailleurs en industrie par une recherche-action.

Chercheur : Lise Chamberland, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières UQAR
(xxx) xxx-xxxx

Co-chercheur : Hélène Sylvain, inf. Ph.D. professeure en sciences infirmières UQAR,

Directeur de recherche : (xxx) xxx-xxxx xxxx
(si le chercheur est un étudiant)

Le but de la recherche

Implanter un programme de prévention de l'hypertension artérielle en collaboration avec des travailleurs en industrie à l'aide de stratégies adaptées aux stades de changement de comportements.

Participation à la recherche

Nous désirons vous réunir de la manière suivante : d'abord, le groupe constitué de l'équipe de gestion sera rencontré environ 1 heure (1 h). Ensuite, un groupe de travailleurs participera à trois rencontres d'une heure 30 minutes (1 h 30). Ces deux groupes participeront à une première rencontre de discussion sur les saines habitudes de vie et sur les stades de changement de comportements. Chaque groupe se rencontrera une première fois en février, les deux autres rencontres avec le groupe de travailleurs s'étendront sur deux à trois mois. Les thèmes de la deuxième rencontre touchent les solutions apportées en matière de prévention, le choix d'une solution ou des solutions et le ou les moyens d'implantation. La dernière rencontre de groupe permettra d'évaluer le processus de l'implantation. Ces rencontres se dérouleront à la salle de conférence de l'entreprise. Le déroulement de l'activité est enregistré sur audio et vidéo.

Tout au long de la recherche, après chaque entrevue de groupe et vers la fin, vous recevrez un compte-rendu où le chercheur vous présentera un résumé de l'entrevue. Ces synthèses des résultats de toutes les entrevues de la recherche vous permettront de confirmer que l'information recueillie correspond bien à celle que vous souhaitiez nous transmettre. Des corrections y seront apportées si nécessaire.

Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

La confidentialité sera respectée. Les participants aux entrevues de groupe ne pourront rester dans l'anonymat. À la signature de ce consentement libre et éclairé, vous vous engagez à la confidentialité lors de votre participation aux entrevues de groupe. Cependant toutes les données recueillies lors des entrevues seront traitées en toute confidentialité et tout anonymat afin de ne pas permettre l'identification des personnes qui ont verbalisé ou répondu sur les différents thèmes. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée. Votre nom ne sera pas inscrit sur les rapports, les résumés, les cassettes audio et vidéo et sur les entrées informatisées. Nous utiliserons un nom fictif. Les données qui pourraient permettre d'identifier les participants seront enlevées lors de la divulgation des résultats et les articles qui pourraient être publiés par la suite. Seules l'étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et la directrice de maîtrise qui supervisera la recherche auront accès aux rapports d'entrevues et aux enregistrements qui seront conservés sous clé.

Les données recueillies à l'aide des entrevues seront conservées avec les consentements selon le temps requis par la procédure en vigueur de l'Université du Québec à Rimouski.

En participant à la recherche, il est entendu que vous acceptez que vos idées soient présentées aux autres participants tout au long du processus. Nous vous remercions pour votre collaboration.

Avantages et inconvénients

Le chercheur n'identifie aucun inconvénient relié à la participation des personnes à la recherche. Votre participation à cette recherche vous permet de prendre une part active à l'identification des besoins de santé et à l'implantation d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle qui aide à modifier des comportements favorisant de saines habitudes de vie. Vous pourrez ainsi vous engager dans un projet qui vise l'amélioration de votre santé au sein de votre entreprise.

L'information rattachée à votre identité demeurera confidentielle et les données diffusées seront anonymes. Votre participation nécessitera de votre part un investissement de temps relié aux entrevues de groupe et à la présentation du résumé de recherche.

Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

Indemnité

Les travailleurs qui participeront aux groupes seront considérés comme au travail donc seront rémunérés selon leur taux horaire régulier. Si un participant choisit de se retirer de la recherche, la compensation financière doit être versée pour les activités auxquelles il aura participé.

Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu autant que je sache aux questions posées.

Signature de la
chercheuse :

Date :

(ou de son représentant)

Nom :

Prénom :

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Lise Chamberland, Inf.,B.Sc.

Étudiante chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières, chercheuse.

au numéro de téléphone suivant : (xxx) xxx-xxxx xxx@globetrotter.net

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

Travail dans le cadre de la présente recherche : transcription du verbatim des entrevues enregistrées sur piste sonore et enregistrement vidéo.

Titre du projet de recherche : Implantation d'un programme de prévention d'hypertension artérielle auprès de travailleurs en industrie par une recherche-action.

Chercheur : Lise Chamberland inf. B.Sc., étudiant à la maîtrise

Nom du programme : Maîtrise en sciences infirmières

Nom de la directrice de recherche : Mme Hélène Sylvain inf. Ph.D., professeure au département des sciences infirmières de l'UQAR

Je (nom en lettres moulées) _____
 m'engage à la confidentialité pour le travail effectué dans le cadre de la présente recherche.
 En tout temps, aucune information ne sera divulguée et il ne sera permis à personne d'autre
 que moi et le chercheur d'y avoir accès. Après l'enregistrement audio et la transcription des
 entrevues de groupe, j'atteste que la seule copie disponible sera remise sur un disque de
 type CD à la chercheuse ainsi que l'ensemble des cassettes audio. Aucune autre copie des
 entrevues de groupe, des transcriptions ou encore du CD ne sera faite et conservée d'une
 quelconque façon.

Signature : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Certificat d'achèvement

Ce document certifie que

Lise Chamberland

*a suivi la formation offerte à l'aide du didacticiel d'introduction à
<< l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains >> (EPIC) du Groupe consultatif
interagences en éthique de la recherche*

Émis: le 10 novembre 2009

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Addicton Info Suisse. (2010). Organisation et management. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Récupéré de <http://www.alcoolautravail.ch/page/rwi-pgs-pctn-lgs-fr-icn-C3420.html>
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2008). Les maladies chroniques au Bas-St-Laurent. Récupéré de <http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Index.php?P=194>
- Altrichter, H., Kemmis, S., McTaggart, R., & Zuber-Skerritt, O. (2002). The Concept of Action Research. *Learning Organization*, 9 (3), 125-131.
- Arcand, R., Labrèche, F., & Stock, S. (2007). *Statistique Canada, Enquête sur la population active*. Québec: Institut de la statistique Québec Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/>.
- Association Canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail inc. (2010). Vision et mission. Récupéré de <http://www.cohna-aciist.ca/pages/default.asp>
- Aubé-Maurice, J., Rochette, L., & Blais, C. (2010). *Relation entre la défavorisation et l'incidence de l'hypertension artérielle chez les individus de 20 ans et plus au Québec en 2006-2007*. Québec: Gouvernement du Québec Récupéré de <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1060>.
- Bacon, S. L., Sherwood, A., Hinderliter, A., & Blumenthal, J. A. (2004). Effets of exercise, diet and weight loss on high blood pressure. *Sports Medicine*, 35(5), 307-316.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. (1^e éd.). Paris: De Boeck Université.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Barker, G., Ricardo, C., & Nascimento, M. (2007). *Inclure des hommes et des garçons dans la lutte contre les inégalités de genre en matière de santé: Enseignements tirés des programmes d'intervention*. Genève: Bibliothèque de l'OMS.
- Beauchamp, J., & Blais, G. (2010). De l'admission au congé. Le rôle de l'infirmière en établissement spécialisé. *Perspective infirmière*, 7(6), 41-42.

- Begun, A. L., Shelley, G., Strodthoff, T., & Short, L. (2001). Adopting a stages of change approach for individuals who are violent with their intimate partners. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5(2), 105-127.
- Begun, A. L., Strodthoff, T., Weinstein, B., Shelley, G., & Short, L. (1997). *Development of an instrument to assess readiness to change battering behavior: Preliminary results*, Durham, New Hampshire.
- Bélanger, H. (2008). *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (ISBN : 978-2-550-50867-0). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Bellemare, M., Montreuil, S., Marier, M., Prévost, J., & Allard, D. (2001). L'amélioration des situations de travail par l'ergonomie participative et la formation. *Relations Industrielles*, 56(3), 470-490.
- Bernstein, M. S. (2002). Essais cliniques randomisés sur les bénéfices de l'augmentation de l'activité physique chez les adultes. *Revue Médicale Suisse, no de l'article : 21925*, p.622.
- Bilodeau, A. (2003). Promouvoir la santé en milieu de travail: Est-ce faisable? Est-ce rentable? (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre).
- Bonhomme, J. J. (2008). Worksite Wellness:prevention, education,awareness. *Journal of Men'health*, 5(2), 110-111.
- Boone-Heinonen, J., Evenson, K. R., Taber, D. R., & Gordon-Larsen, P. (2009). Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies. *Obesity Reviews: An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 10(2), 204-217.
- Boudon, R. (1979). *La logique du social*. Paris: Hachette.
- Bourdouxhe, M., & Gratton, L. (2003). Transfert et utilisation des résultats en milieu de travail: le cas de la recherche sur les éboueurs au Québec. *Pistes*, 5(1), 1-19.
- Brodeur, N. (2006). *Les stratégies de changement employées par des hommes ayant des comportements violents envers leur conjointe. Thèse de doctorat inédite*. Faculté des sciences sociales Université Laval, Québec. Récupéré de http://www.criviff.qc.ca/upload/travaux/tra_241.pdf
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence. The process of change in battered women. *Violence Against Women*, 3(1), 5-26.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* (6^e éd.). Missouri: W.B. Saunders Company.
- Campbell, B. B., Shah, S., & Gosselin, D. (2009). Success with Men's Educational Group Appointments (MEGA): Subjective Improvements in Patient. *American Journal of Men's Health, 3*(2), 173-178.
- Campbell, N. (2008a). Hypertension : recommandations publiques 2008. Récupéré de <http://hypertension.ca/bpc/fr/centre-de-documentation/publications/>
- Campbell, N. (2008b). Recommandations du PECH pour a prise en charge de l'hypertension en 2007 : Mise à jour annuelle du sommaire scientifique. Récupéré de <http://hypertension.ca/chep/fr/wp-content/uploads/2007/10/36353-chep-guidelines-2007-f-imprimeur.pdf>
- Cardinal, L., Francoeur, D., Hamel, M., Kirouac, S., & Thériège, Y. (2003). *Le Programme national de santé publique 2003-2012.* Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux Récupéré de http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf.
- Carr, D. S. (1994). Resources in review. *Journal of Environmental Education, 25* (3), 43.
- Cazale, L., Laprise, P., & Nanhou, V. (2009). Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom Santé, 17*, 1-8. Récupéré de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_janv09.pdf
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2008). Abus de substances en milieu de travail. Récupéré de <http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/substance.html>
- Chan, C. B., Ryan, D. A. J., & Tudor-Locke, C. (2004). Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive Medicine, 39*(6), 1215-1222.
- Cheng, A. S., & Chan, E. P. (2009). The effect of individual job coaching and use of health threat in a job-specific occupational health education program on prevention of work-related musculoskeletal back injury. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 51*(12), 1413-1421. doi:10.1097/JOM.0b013e3181bfb2a8
- Cole, D. C., Ibrahim, S., Shannon, H. S., Scott, F. E., & Eyles, J. (2002). *Work and life stressors and psychological distress in the Canadian working population: A structural equation modelling approach to analysis of the 1994 National Population Health Survey* Chronic Diseases in Canada Récupéré de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/23-3/b_e.html.

- Commission de la santé et de la sécurité au travail. (1979). Loi sur la sécurité et la santé du travail (LSST) (L.R.Q., c.S-2.1). Récupéré de http://www.csst.qc.ca/Portail/fr/lois_politiques/index_loi.htm
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50(10), 1385-1401.
- Dallaire, C. (2008). Le savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession. Montréal : Gaëtan Morin.
- De Vet, E., de Nooijer, J., de Vries, N. K., & Brug, J. (2006). The Transtheoretical model for fruit, vegetable and fish consumption: associations between intakes, stages of change and stage transition determinants. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 3, 1-11.
- DeJoy, D. M. (1996). Theoretical models of health behavior and workplace self-protective behavior. *Journal of Safety Research*, 27(2), 61-72.
- Demortière, G., Michaud, P., & Dewost, A. V. (2005). Consommation excessive d'alcool chez les salariés. Du repérage précoce à la prise en charge. *Documents pour le médecin du travail*, 102, 215-223.
- Devine, C. M., Nelson, J. A., Chin, N., Dozier, A., & Fernandez, I. D. (2007). "Pizza Is Cheaper Than Salad": Assessing Workers' Views for an Environmental Food Intervention. *Obesity Research* 15, 57S-68S.
- Dishman, R. K., Oldenburg, B., O'Neal, H., & Shephard, R. J. (1998). Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), 344-361.
- Dolbec, A., & Clément, J. (2000). La recherche-action Dans Thierry Karsenti et Lorraine Savoie-Zajc (Éd.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 199-224). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Donald, I., & Young, S. (1996). Managing safety: an attitudinal-based approach to improving safety in organizations. *Leadership and Organisation Development Journal*, 17(4), 13-20.
- Doumas, D. M., & Hannah, E. (2008). Preventing high-risk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(3), 263-271.

- Engbers, L. H., van Poppel, M. N. M., Chin A Paw, M., & van Mechelen, W. (2006). The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BMC Public Health*, *6*, 253-253.
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N. M., & van Mechelen, W. (2007). Modest effects of a controlled worksite environmental intervention on cardiovascular risk in office workers. *Preventive Medicine*, *44*(4), 356-362.
- Esler, M., Schwarz, R., & Alvarenga, M. (2008). Mental stress is a cause of cardiovascular diseases: from scepticism to certainty. *Stress and Health*, *24*, p. 175-180.
- Fairlie, P. (2005). Pétrolière et Gazière. Récupéré de http://www.shepellfgi.com/FR-CA/AboutUs/News/Research%20Report/pdf/OilandGasReport_LGS.pdf
- Fiore, M. C., & al. (2000). *Treating tobacco use and dependance. Clinical practice guideline*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fondation des maladies du coeur du Canada. (2010). Sept mythes menacent la santé du coeur des Canadiennes et des Canadiens. *Le bulletin de santé annuel de la fondation des maladies du coeur*. Récupéré de <http://www.fmcoeur.com/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=ntJXJ8MMIqE&b=4277231&ct=4683143>
- Fondation des maladies du coeur du Québec. (2006). Faire pencher la balance du progrès : La Fondation des maladies du cœur du Canada publie de nouvelles données et recommandations sur le tabagisme et la prévention de l'obésité et des maladies. Récupéré de http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.4196307/k.74C5/Faire_pencher_la_balance_du_progr232s.htm
- Fondation des maladies du coeur du Québec. (2008a). Consommation excessive d'alcool. Récupéré de http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3670069/k.194C/AVC_Conso_mation_excessive_d8217alcool.htm
- Fondation des maladies du coeur du Québec. (2008b). Gérer votre stress. Récupéré de <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/pp.aspx?c=kpIQKVOxFoG&b=3670075>
- Franco, O. H., Peeters, A., Bonneux, L., & de Laet, C. (2005). Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women: life course analysis. *Hypertension*, *46*(2), 280-286.

- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- Glasgow, R. E., Terborg, J. R., Hollis, J. F., Severson, H. H., & Boles, S. M. (1995). Take heart: results from the initial phase of a work-site wellness program. *American Journal Of Public Health*, 85(2), 209-216.
- Glasgow, R. E., Terborg, J. R., Strycker, L. A., Boles, S. M., & Hollis, J. F. (1997). Take Heart II: replication of a worksite health promotion trial. *Journal Of Behavioral Medicine*, 20(2), 143-161.
- Gosse, P., & Bely, H. (2004). Prescription diététique dans l'hypertension artérielle Lifestyle measures in high blood pressure management. *EMC - Médecine*, 1(1), 37-41.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (Éds.). (1999). *Soins infirmiers et société*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Canada. (2009). *La consommation d'alcool à risque dans la main-d'oeuvre canadienne: quelles sont les différences entre les professions et secteurs économique*. Canadian Journal of Public Health 1 Récupéré de <http://www.thefreelibrary.com/La+consommation+d'alcool+a+risque+dans+la+main-d'oeuvre+canadienne%3a...-a0209404157>.
- Gouvernement du Québec (2009). *L'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme*. (2^e éd.). Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Graham, I. S. (2003). Milieux de travail sains et productivité : Un document de travail Préparé pour la Division de l'analyse et de l'évaluation économiques, Santé Canada.
- Grunberg, L., Moore, S., & Greenberg, E. S. (1998). Work stress and problem alcohol behavior: a test of the spillover model. *Journal of Organizational Behavior*, 19(5), 487-502.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gun, R. T., Pratt, N., Ryan, P., Gordon, I., & Roder, D. (2006). Tobacco and alcohol-related mortality in men: estimates from the Australian cohort of petroleum industry workers. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 30(4), 318-324.
- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives* (Vol. 21, pp. 3-20). Montréal: Département de sociologie.

- Harisson, D., & Legendre, C. (2002). Sécurité du travail. *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*. Québec: Presse de l'université du Québec.
- Heinemann, L., & Enderlein, G. (2000). Les programmes de réadaptation et de prévention. *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*. Genève: Bureau international du travail.
- Heller, B. R., Oros, M. T., & Durney-Crowley, J. (2008). The Future of Nursing Education : Ten Trends to Watch *National League for Nursing*, 35 (10), 9-13. Récupéré de <http://www.nln.org/nlnjournal/infotrends.htm>
- Hoffman, A. M., Redding, C. A., Goldberg, D., Añel, D., Prochaska, J. O., Meyer, P. M., et al. (2006). Computer expert systems for African-American smokers in physicians offices: A feasibility study. *Preventive Medicine*, 43(3), 204-211.
- Institut canadien d'information juridique. (1999). Loi sur la Protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, L.R.Q. c. P-38.01 Récupéré de <http://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-p-38.01/derniere/lrq-c-p-38.01.html>
- Institut canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2008). *Augmenter la capacité physique des Canadiens et Canadiennes en milieu de travail. Travailler à devenir actif, 1.* Récupéré de <http://www.cflri.ca/fra/publications/index.php>.
- Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH)-IRSC. (2009). Le genre à de l'importance. Récupéré de http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/igh_2009_2012_strategic_plan_f.pdf
- Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institute of Human Nutrition. (2007). Why Invest in Nutrition? Récupéré de www.cumc.columbia.edu/dept/ihn/symposia/documents/3RepositioningNutritionStrategyCh1.pdf.
- Jiang, H., Chen, W., Bi, K., & Ying, X. (2009). Are services delivered by community health centers more cost-effective? Evidence from urban China. *Health Economics*, 18 Suppl 2, S107-117.

- Joffres, M. R., Campbell, N. R., Manns, B., & Tu, K. (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*, 23(6), 437-443.
- Kang, M. G., Koh, S. B., Cha, B. S., Park, J. K., Baik, S. K., & Chang, S. J. (2005). Job stress and cardiovascular risk factors in male workers. *Preventive Medicine*, 40(5), 583-588.
- Karsenti, T., & Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : étapes et approches*. Sherbrooke: Éditions du CRP.
- Kemmis, S. (2006). Participatory action research and the public sphere. *Educational Action Research*, 14(4), 459-476.
- Kenny, G. P., Yardley, J. E., Martineau, L., & Jay, O. (2008). Physical work capacity in older adults: Implications for the aging worker. *American Journal of Industrial Medicine*. 51(8), 610-625.
- Kernozek, T., Iwasaki, M., Fater, D., Durall, C., & Langenhorst, B. (2006). Movement-based feedback may reduce spinal moments in male workers during lift and lowering tasks. *Physiotherapy Research International*, 11(3), 140-147.
- Khot, U. N., Khot, M. B., Bajzer, C. T., Sapp, S. K., Ohman, E. M., Brener, S. J., et al. (2003). Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 290(7), 898-904.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäi, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325 : 1386. Récupéré de <http://www.bmj.com/content/325/7369/857.full>
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Väänänen, A., Heponiemi, T., Elovainio, M., Ala-Mursula, L., et al. (2007). Job Strain and Adverse Health Behaviors: The Finnish Public Sector Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 49(1), 68-74.
- Kremers, S. P. J., Visscher, T. L. S., Brug, J., Chin A Paw, M. J. M., Schouten, E. G., Schuit, A. J., et al. (2005). Netherlands research programme weight gain prevention (NHF-NRG): rationale, objectives and strategies. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 59(4), 498-507.
- La Commission de la santé et de la sécurité au travail. (2009). *Rapports d'enquête*. Québec: Gouvernement du Québec Récupéré de <http://www.centredoc.csst.qc.ca>.

- Lavoie, L., Marquis, D., & Laurin, P. (Éds.). (1996). *La recherche-action théorie et pratique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Lee, D. S., Chiu, M., Manuel, D. G., & et al. (2009). Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors. *Canadian Medical Association Journal*(181), 3-4.
- Lees, E., & Redman, H. (2002). *Amener la santé à la table de planification. Un profil des pratiques prometteuses du Canada et de l'étranger*. Ottawa: Santé Canada.
- Lefebvre, C. (2004). *Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans*. Québec: Institut national de santé publique du Québec Récupéré de <http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=285>.
- Lévesque-Barbès, H. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Westmont: Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lindbladh, E., & Lyttkens, C. H. (2002). Habit versus choice: the process of decision-making in health-related behaviour. *Social Science & Medicine*, 55(3), 451-465.
- Lippincott, M. F., Desai, A., Zalos, G., Carlow, A., De Jesus, J., Blum, A., et al. (2008). Predictors of endothelial function in employees with sedentary occupations in a worksite exercise program. *American Journal of Cardiology*, 102(7), 820-824.
- Loiselle, J. (2001). La recherche développement en éducation : sa nature et ses caractéristiques. Dans M. Anadon et M. L'Hostie (dir.) *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (pp. 77-92). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Malina, R. M., & Little, B. B. (2008). Physical Activity: The Present in the Context of the Past. *American Journal of Human Biology*, 20(4), 373-391.
- Maranda, M.-F. (1991). L'effet du travail sur la consommation d'alcool et de drogue dans une usine de pâtes et papiers *Recherches sociographiques*, 32(1), 55-67.
- Marchand, A., & Charbonneau, M. (2008). La consommation d'alcool à risque dans la main-d'oeuvre canadienne : quelles sont les différences entre les professions et secteurs économiques ? *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 285-290.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Health and illness*, 27(5), 602-627.

- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology* 14, 83-100.
- Messier, M., & Langlais, D. (2008). *Guide explicatif: Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*. Québec: Bureau de Normalisation du Québec.
- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel*. Paris: InterEditions-Dunod.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, & Comité permanent de la lutte à la toxicomanie. (1999). *Prévention de la toxicomanie en milieu de travail : Agir ensemble là où ça compte*. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.
- Niesz, T., Koch, L., & Rumrill, P. D. (2008). The empowerment of people with disabilities through qualitative research. *Work (Reading, Mass.)*, 31(1), 113-125.
- Nolin, B., & Hamel, D. (2008). *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1986). Self-change of psychological distress: Layperson's vs. psychologists' coping strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 42(5), 834-840.
- Olivier, C., & Levasseur, C. (2006). *Interventions brèves auprès des fumeurs, étapes de changement pour devenir non fumeur*. Hull: Direction de la santé publique.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). Maladies cardio-vasculaires. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html>
- Pallonen, U. E., Leskinen, L., Prochaska, J. O., Willey, C. J., Kaariainen, R., & Salonen, J. T. (1994). A 2-Year Self-Help Smoking Cessation Manual Intervention Among Middle-Aged Finnish Men: An Application of the Transtheoretical Model. *Preventive Medicine*, 23(4), 507-514.
- Park, J. (2009). Obésité et travail. *L'emploi et le revenu en perspective*, 10(2), 15-24.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation
- Poirier, L., & Drouin, D. (2009). Le transfert des connaissances et la mise en oeuvre de lignes directrices de pratique Expérience du Programme d'Éducation Canadien sur l'Hypertension. *Néphrologie & Thérapeutique*, 5(Supplement 4), S246-S249.
- Pro-Change Behavior Systems Inc. (2004). Transtheoretical model. Récupéré de <http://www.prochange.com/company/overveiw.html>

- Prochaska, J., Nigg, C. R., Spring, B., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2010). The benefits and challenges of multiple health behavior change in research and in practice. *Preventive Medicine, 50*(1-2), 26-29.
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Levesque, D. A. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration And Policy In Mental Health, 28*(4), 247-261.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. Dans A. S. Gurman, & S. B. Messer (dir). *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice, 19*, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York Basic Books.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (Éds.). (1998). *The transtheoretical model of behavior change*. Dans S. A. Shumaker, & E. B. Schron (dir), (2^e éd.). New York: Springer Publishing
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 38*(4), 443-448.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (Éds.). (1994). *Systems of psychotherapy: a transteoretical analysis* (3^e éd.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56* (4), 520-528.
- Prochaska, J. O., Velicier, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., & et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*(1), 39-46.

- Rehm, E., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., et al. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).
- Reiter, H. (2008). Mission healthy men - Prevention is the futur. *Journal of Men's Health*, 5(3), 178-181.
- Sabo, D. (2000). Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49(3), 133-142.
- Santé Canada. (2000). *Stratégie nationale de prévention et de traitement de l'hypertension*. Santé Canada et la Coalition nationale pour la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/nhbppcs-snpcha/pdf/>.
- Santé Canada. (2004a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004)*. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition Récupéré de http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/cchs_guide_esc-fra.php.
- Santé Canada. (2004b). *Système de promotion de la santé en milieu de travail*. Santé Canada Récupéré de www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/system-systeme/introduction-fra.php.
- Santé Canada. (2007). *Guide alimentaire canadien*. Santé Canada Récupéré de <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/index-fra.php>.
- Sigouin, M.-J., Bernier, L., & Lussier, M. (2008). *Gérer les problèmes de santé mentale au travail: pourquoi et comment?* Cowansville: Les Éditions Yvon Blais
- Simard, G. (Éd.). (1989). *La méthode du «Focus group»*. Laval: Mondia.
- Snow, M. G., Prochaska, J. O., & Rossi, J. S. (1994). Processes of Change in Alcoholics Anonymous: Maintenance Factors in Long-Term Sobriety. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55(3).
- Starbuck, W. H., Barnett, M. L., & Baumard, P. (2008). Payoffs and Pitfalls of Strategic Learning. *Journal Of Economic Behavior and Organization*, 66(1), 7-21.
- Statistique Canada. (2005a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* Santé Canada Récupéré de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2.

- Statistique Canada. (2005b). *La consommation de cigarettes au Bas-St-Laurent*. Santé canada
Récupéré de http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Statistiques/Habitude_vie/Ta_bac.pdf.
- Statistique Canada. (2005c). Proportion de la population prenant 14 consommations d'alcool et plus au cours d'une semaine. Proportion de personnes consommant moins de 5 fois par jour de fruits et des légumes (Source Eco-Santé Québec 2009). Récupéré de <http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/606010.html>
- Statistique Canada. (2007). Étude : Consommation de sel. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004. *Le Quotidien*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/070410/dq070410a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2008). *Fondation des maladies du coeur du Canada et Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires*. Récupéré de http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/heart_disease_mpkit_0708_f.pdf.
- Stevens, J., Cai, J., Evenson, K. R., & Thomas, R. (2002). Fitness and fatness as predictors of mortality from all causes and from cardiovascular disease in men and women in the lipid research clinics study. *American Journal Of Epidemiology*, 156(9), 832-841.
- Strandberg, T. E., Salomaa, V. V., Vanhanen, H. T., Pitkälä, K., & Miettinen, T. A. (2002). Isolated diastolic hypertension, pulse pressure, and mean arterial pressure as predictors of mortality during a follow-up of up to 32 years. 20(3), 399-404. Récupéré de http://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2002/03000/Isolated_diastolic_hypertension_pulse_pressure..14.aspx
- Streubert Speziale, J. H., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative Research in Nursing*. (4^e éd.). Crawfordville: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stringer, E., & Genat, W. J. (2007). *Action research in health*. (3^e éd.). Thousand Oaks.: Sage.
- Stringer, E. T. (1999). *Action research*. (2^e éd.). Thousand Oaks. : Sage.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'Infirmière Clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Sylvain, H., & Talbot, L. R. (2002). Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 264-273.

- Tan, S. L. A. (2009). A case study of the New York city trans-fat story for international application. *Journal of Public Health Policy*, 30, 3-16.
- The Alder Group. (2003). *Consultation publique en vue de l'élaboration de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Rapport sommaire des tables rondes. Mai 2003*. Gouvernement du Canada Récupéré de http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/html/rt_summary-fra.php.
- Thomas, L., & Williams, M. (2006). Promoting physical activity in the workplace: using pedometers to increase daily activity levels. *Health Promot J Austr.*, 17(2), 97-102.
- Tremblay, M., & Gervais, A. (2001). Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec. Récupéré de http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/057_Interv_tabagisme.pdf
- Trudel, X., Brisson, C., Larocque, B., & Milot, A. (2009). Masked hypertension: different blood pressure measurement methodology and risk factors in a working population. *Journal of Hypertension*, 27(8), 1560-1567.
- Utley-Smith, Q. (2004). Five competencies needed by new baccalaureate graduates. *Nursing Education Perspectives*, 25(4), 166-170.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Detailed Overview of the Transtheoretical Mode. Récupéré de <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>
- Warburton, D. E. R., Katzmarzyk, P. T., Rhodes, R. E., & Shephard, R. J. (2007). Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults¹. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism* 32(S16-S68).
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Prescribing exercise as preventive therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 174(7), 961-974.
- Whysall, Z. J., Haslam, C., & Haslam, R. (2007). Developing the stage of change approach for the reduction of work-related musculoskeletal disorders. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 184-197.
- Wielgosz, A., Arango, M., Johansen, H., Mao, Y., Nair, C., Paradis, G., et al. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2003*. Fondation des maladies du coeur du Canada. Récupéré de http://www.cvdinfobase.ca/cvdbook/CVD_Fr03.pdf.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la santé. *Rapport sur la santé*, 10(3), 46-66.

- Winum, P., Ryterband, E., & Stephenson, P. (1997). Helping Organizations Change: A Model for Guiding Consultation. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 49(1), 6-16.
- Zuber-Skerritt, O. (2001). Action Learning and Action Research: Paradigm, Praxis and Programs. Dans S. C. U. Press (Éd.), *Effective Change Management through Action Research and Action Learning: Concepts, Perspectives, Processes and Applications* (pp. 1-20). Lismore: Southern Cross University Press.
- Zuber-Skerritt, O. (2005). A Model of Values and Actions for Personal Knowledge Management. *Journal of Workplace Learning*, 17(1/2), 49-64.

