

Prévention durable en SST et environnement de travail

Études et recherches

RAPPORT R-921



Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires

*Caroline Biron
France St-Hilaire
Geneviève Baril-Gingras
Marie-Esther Paradis
Shirley Chabot
Rébecca Lefebvre*

*Hans Ivers
Michel Vézina
Pierre-Sébastien Fournier
Mahée Gilbert-Ouimet
Chantal Brisson*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST. Abonnement : preventionautravail.com

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2016
ISBN : 978-2-89631-874-2 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
Avril 2016



Prévention durable en SST et environnement de travail

Études et recherches

■ RAPPORT R-921

Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Caroline Biron¹ France St-Hilaire² Geneviève Baril-Gingras¹
Marie-Esther Paradis¹ Shirley Chabot¹ Rébecca Lefebvre²
Hans Ivers¹ Michel Vézina^{1,3} Pierre-Sébastien Fournier¹
Mahée Gilbert-Ouimet¹ Chantal Brisson¹*

¹ Université Laval

² Université de Sherbrooke

³ Institut national de santé publique du Québec



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Cette recherche est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes que nous voulons remercier très sincèrement :

- Les employés et les gestionnaires des établissements participants ainsi que les membres du comité de suivi de ce projet. Ils se sont investis et engagés dans cette démarche de recherche afin de bonifier nos méthodes, nous ont accordé de leur temps de travail pour répondre aux questionnaires et pour participer aux entrevues ainsi qu'aux divers entretiens de groupe. Les progrès en recherche sont possibles grâce à votre généreuse contribution;
- L'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) qui, grâce à sa contribution financière, a rendu possible ce projet de recherche;
- Jean-Pierre Brun et Christiane Blais pour leur soutien logistique et administratif tout au long de ce projet;
- Marie-Ève Caouette pour son aide lors de la transcription des entrevues individuelles;
- Sylvie Montreuil, Renée Bourbonnais, Louise Saint-Arnaud et Clermont Dionne pour leur soutien lors de l'élaboration de la demande de financement et lors de la planification de la méthodologie;
- Des remerciements particulièrement chaleureux à Janine Ducharme et à Norman Biron, ainsi qu'à Claudette Trudel et à Rolland Bédard pour leurs services de gardiennage pendant la rédaction de ce rapport.

Note : Le genre masculin est utilisé au sens générique uniquement pour alléger la lecture du document.

SOMMAIRE

De plus en plus d'évidences scientifiques montrent que les risques psychosociaux (RPS), tels une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle, un faible soutien social et un déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance reçue au travail, contribuent au développement de problèmes de santé psychologique, de troubles musculosquelettiques de même que de maladies cardiovasculaires. Ces atteintes à la santé figurent parmi les principales causes d'absence du travail pour maladie. La littérature sur les interventions préventives en santé psychologique concerne principalement les interventions visant à modifier certaines caractéristiques individuelles (par exemple les habitudes de vie des travailleurs) plutôt que des caractéristiques organisationnelles (par exemple les conditions et l'organisation du travail). Les interventions organisationnelles sont complexes et comprennent de multiples activités touchant simultanément plusieurs risques psychosociaux. Même si plusieurs études montrent la pertinence de ces interventions pour améliorer la santé psychologique au travail, très peu d'entre elles ont tenté de comprendre les facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre de telles interventions. Par ailleurs, les gestionnaires jouent un rôle clé dans l'implantation d'interventions préventives en milieu de travail.

Dans ce contexte, l'objectif général de la présente étude consiste à identifier les conditions facilitant ou limitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires. Plus spécifiquement, elle vise à :

1. Documenter les démarches existantes en santé psychologique au travail.
2. Fournir aux gestionnaires des outils de gestion des risques psychosociaux (p. ex. : guides, exemples de bonnes pratiques) en soutien à la démarche en santé psychologique en cours dans leur organisation.
3. Établir des éléments facilitant et entravant a) les démarches organisationnelles en santé psychologique; b) l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique.

Quatre organisations engagées dans une démarche de prévention en santé psychologique au travail ont participé à cette étude longitudinale et 73 gestionnaires ont assisté à la séance d'information sur les outils de gestion des risques psychosociaux. Un devis de recherche mixte a été utilisé. Pour documenter les facteurs facilitant et entravant l'appropriation des démarches organisationnelles en santé psychologique, des entrevues individuelles (N = 25) avec des gestionnaires et intervenants clés ont été réalisées. Pour évaluer les facteurs influençant l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique par les gestionnaires, deux mesures par questionnaires ont été administrées à trois mois d'intervalle (N = 144 au Temps 1; N = 166 au Temps 2, N = 118 aux deux temps).

En ce qui a trait aux facteurs facilitant et entravant les démarches organisationnelles en santé psychologique, les entrevues individuelles ont fait ressortir des facteurs en lien avec le contexte, le processus et le contenu des interventions. Parmi les éléments du **contexte** organisationnel, *l'engagement de la direction* dans la démarche est le facteur facilitant le plus rapporté par les participants. *L'intégration de la démarche à la planification stratégique et une bonne stratégie de communication pour faire la promotion de la démarche* sont aussi considérées comme des éléments facilitant la démarche. Par contre, *le manque de proximité des travailleurs, les relations*

tendues entre les membres engagés dans la démarche et la complexité des démarches sont des facteurs entravants. Sur le plan du **processus** d'intervention, les ressources internes (ressources humaines et comité intersites) et externes (sources diverses spécialisées) sont considérées comme des éléments primordiaux pour accompagner l'organisation dans la démarche préventive. Cette expertise est d'autant plus nécessaire que les participants eux-mêmes soulignent la complexité et parfois le manque d'appropriation de la démarche. L'engagement des acteurs en présence, soit les gestionnaires, les employés et les syndicats, ressort comme un facteur d'importance qui facilite la démarche, en plus de la nécessité de choisir une personne ressource pour la démarche. Enfin, pour le **contenu** de l'intervention, on questionne parfois la pertinence et la valeur des activités implantées. Le principal obstacle rencontré en termes d'appropriation du contenu concerne le manque d'outils à fournir aux gestionnaires pour qu'ils puissent intervenir. Les gestionnaires ayant complété l'une ou l'autre des deux mesures par questionnaires ont souligné ce qui pourrait les aider à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé des personnes. Les besoins les plus fréquemment cités sont : la formation et le *coaching*, le soutien social (par exemple par le biais d'un programme d'aide aux gestionnaires et des groupes de codéveloppement) et leur besoin de ressources humaines (notamment l'accès à un consultant externe).

La séance d'information sur les outils de gestion des RPS offerte par les chercheurs aux 73 gestionnaires avait pour but de mettre en lumière des opportunités d'intervention. À la suite de cette séance, 63 % des gestionnaires adoptent de nouvelles pratiques de gestion des RPS qui sont généralement en lien avec la communication, la formation et la reconnaissance. Parmi ceux ayant adopté une nouvelle pratique de gestion des RPS, 85,7 % ont noté des répercussions positives dans leur équipe, mais 34,5 % ont rencontré des difficultés dans l'implantation de cette nouvelle pratique. En plus de ces nouvelles pratiques, les gestionnaires ayant rempli les questionnaires étaient sondés sur leurs pratiques habituelles de gestion favorisant la santé psychologique. Les gestionnaires qui adoptent davantage de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique perçoivent :

- 1) que leur organisation accorde une priorité élevée à la santé psychologique;
- 2) qu'ils ont davantage de latitude décisionnelle;
- 3) qu'ils ont de meilleures relations avec leurs subordonnés;
- 4) qu'ils ont moins de détresse psychologique;
- 5) que les hommes et les gestionnaires plus âgés ont davantage tendance à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé psychologique des employés.

Au plan théorique, cette étude contribue à l'avancement des connaissances sur les modèles d'évaluation d'interventions organisationnelles en prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Ce champ de recherche récent est en pleine croissance et cette étude permet de mieux comprendre comment les interventions peuvent être implantées par l'action des gestionnaires. **Au plan pratique**, en plus d'avoir permis la recension de 25 outils de gestion des RPS, l'étude a permis l'identification d'éléments facilitant et entravant la mise en œuvre d'interventions par les gestionnaires, ce qui permet, le cas échéant, de rectifier le processus d'intervention de manière à prévenir de façon précoce les embûches.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE.....	3
2.1 Le rôle important des gestionnaires pour opérationnaliser les interventions en prévention des risques psychosociaux.....	3
2.2 Les facteurs influençant la capacité des gestionnaires à s'approprier les démarches préventives et à agir sur les RPS	4
2.2.1 Les caractéristiques individuelles des gestionnaires.....	4
2.2.2 L'environnement psychosocial des gestionnaires.....	5
2.2.3 Le contexte.....	5
3. LE CADRE CONCEPTUEL.....	7
3.1 Les quatre piliers de l'intervention	7
3.1.1 Contexte, contenu, processus et résultats (CCPR).....	7
3.2 Le changement planifié.....	13
4. MÉTHODOLOGIE	15
4.1 Objectifs et devis de l'étude	15
4.2 Hypothèses de l'étude	17
4.3 Procédures	18
4.3.1 Échantillonnage.....	18
4.3.2 Questionnaires.....	19
4.3.3 Entrevues individuelles.....	20
4.3.4 Séance d'information sur les outils de gestion des RPS	20
4.4 Description des organisations participantes.....	21
4.5 Caractéristiques des participants.....	23
4.5.1 Questionnaire	25
4.5.2 Entrevues individuelles auprès des gestionnaires et intervenants clés	26
4.5.3 Séance d'information sur les outils de gestion des RPS.....	26
4.6 Instruments.....	27
4.6.1 Développement d'un recueil d'outils de gestion des RPS à l'intention des gestionnaires 27	
4.6.2 Questionnaires.....	30
4.6.3 Les guides d'entrevue individuelle	33

4.7	Analyses	34
4.7.1	Analyses statistiques	34
4.7.2	Analyses qualitatives	35
5.	RÉSULTATS	37
5.1	Description des démarches organisationnelles en santé psychologique au travail en cours	37
5.2	Résultats des entrevues individuelles - Facteurs facilitant et entravant les démarches organisationnelles en santé psychologique.....	39
5.2.1	Les facteurs de contexte.....	43
5.2.2	Les facteurs du processus.....	45
5.2.3	Le contenu de l'intervention	48
5.3	Faits saillants des entrevues individuelles.....	49
5.4	Besoins des gestionnaires pour agir en prévention	50
5.5	Facteurs influençant l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique	53
5.5.1	Hypothèse 1. Adoption de nouvelles pratiques, difficultés rencontrées et effets perçus sur les employés?	53
5.6	Changements constatés pendant la durée de l'étude (trois mois) chez les gestionnaires ayant rempli le questionnaire	56
5.7	Quels sont les impacts de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS (hypothèse 3)?.....	57
5.8	Quelles caractéristiques des gestionnaires et de leur environnement de travail au Temps 1 permettent de prédire l'adoption de pratiques au Temps 2?	58
5.8.1	Caractéristiques contextuelles (hypothèse 4).....	58
5.8.2	Caractéristiques de l'environnement psychosocial de travail du gestionnaire (hypothèse 5).....	59
5.8.3	Caractéristiques individuelles (hypothèse 6)	59
5.9	Quelles caractéristiques des gestionnaires et de leur environnement au Temps 1 permettent de prédire leur degré de latitude décisionnelle au Temps 2?	61
5.9.1	Caractéristiques contextuelles.....	61
5.9.2	Caractéristiques de l'environnement psychosocial de travail du gestionnaire	61
5.9.3	Caractéristiques individuelles	62
6.	DISCUSSION	65
6.1	Principaux constats.....	65

6.2 Contributions.....	70
6.3 Limites.....	71
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	73
8. BIBLIOGRAPHIE	75
9. ANNEXES	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Reproduction des principales étapes d'une démarche de changement (Collerette et coll., 2013)	14
Tableau 2 - Objectifs spécifiques et méthodes.	17
Tableau 3 - Nombre de répondants (et taux de réponse) par temps de mesure dans chacune des organisations.	25
Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants aux deux temps de mesure par organisation.	25
Tableau 5 – Caractéristiques des personnes interviewées selon l'organisation.....	26
Tableau 6 – Outils de gestion des risques psychosociaux présentés aux gestionnaires lors de la séance d'information.....	28
Tableau 7 – Exemples de questions du guide d'entrevue individuelle.....	34
Tableau 8 – Description des démarches en cours selon les réponses des gestionnaires et des intervenants clés aux deux vagues de questionnaires et aux entrevues individuelles.....	37
Tableau 9 – Facteurs facilitant et entravant les démarches préventives en santé psychologique	40
Tableau 10- Facteurs spécifiques les plus rapportés par les participants.....	50
Tableau 11 - Qu'est-ce qui pourrait être utile pour vous aider à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé des personnes? (besoins identifiés par les gestionnaires ayant complété au moins 1 des 2 questionnaires N = 192).....	51
Tableau 12 – Nouvelles pratiques de gestion adoptées par les participants ayant assisté à la séance d'information sur la gestion des RPS	54
Tableau 13 – Difficultés rencontrées lors de l'implantation de la pratique de gestion et effets perçus sur les employés	55
Tableau 14 – Changements longitudinaux observés chez les gestionnaires entre les deux mesures par questionnaire (N = 192).....	57
Tableau 15 – Prédiction de l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 à partir des caractéristiques individuelles, de l'environnement psychosocial de travail et du contexte organisationnel au Temps 1.....	60
Tableau 16 – Prédiction de la latitude décisionnelle au Temps 2 à partir des caractéristiques individuelles, de l'environnement psychosocial de travail et du contexte organisationnel au Temps 1	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Logique de l'influence du climat de sécurité psychosocial sur l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique du personnel.	73
--	----

1. INTRODUCTION

De plus en plus d'évidences démontrent que les risques psychosociaux (RPS) tels une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle, un faible soutien social et un déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance reçue au travail contribuent au développement de problèmes de santé psychologique (Stansfeld & Candy, 2006), de troubles musculosquelettiques (Leslie, Tae-Youn, Si Anh, & Flaherty Manchester, 2012; Stock, Nicolakakis, Messing, Turcot, & Raiq, 2013; Torp, Riise, & Moen, 2001) de même que de maladies cardiovasculaires (Belkic, Landbergis, Schnall, & Baker, 2004). En plus de constituer les trois groupes de problèmes de santé les plus fréquents, coûteux et invalidants de la population en âge de travailler (Daveluy, Pica, Audet, Courtemanche, & Lapointe, 2000), ces atteintes à la santé figurent parmi les principales causes d'absence du travail pour maladie (Bourbonnais, Brisson, Vézina, Mâsse, & Blanchette, 2005).

Il existe plusieurs outils visant à soutenir les organisations qui souhaitent réduire l'exposition aux RPS, et pourtant plusieurs entreprises hésitent encore à agir en prévention primaire (Semmer, 2009). Les interventions primaires, c'est-à-dire qui visent la réduction des RPS, sont prometteuses, mais difficiles à implanter et complexes. Elles sont prometteuses, car, en théorie, elles permettent de réduire l'exposition aux causes du stress au travail. Afin d'améliorer les chances de succès, il est toutefois crucial de mieux comprendre comment ces interventions produisent leurs effets et de ne pas s'attarder uniquement aux résultats (par exemple à la réduction de l'absentéisme). En effet, parmi les organisations qui entreprennent des démarches de prévention, on constate que plusieurs rencontrent des difficultés dans la conception, dans l'implantation et le maintien des interventions (MacKay, Palferman, Saul, Webster, & Packham, 2012; Nielsen, Fredslund, Christensen, & Albertsen, 2006; Semmer, 2006). Par exemple, Biron, Gatrell et Cooper (2010) démontrent que les problèmes de conception de l'intervention et un contexte organisationnel changeant ont fait en sorte que les gestionnaires de premier niveau ne se sont pas engagés dans la démarche préventive. Seulement un tiers d'entre eux ont mesuré les RPS dans leur équipe, sans toutefois implanter des changements concrets pour diminuer l'exposition à ces risques. Après 12 mois, les employés pour lesquels le gestionnaire avait entrepris une démarche sans implanter de changements rapportaient une diminution de l'engagement envers l'organisation. Cette étude illustre l'importance de l'appropriation de la démarche préventive par les gestionnaires afin que des interventions soient implantées.

Plusieurs chercheurs déplorent le manque d'attention accordée aux éléments contextuels et aux processus permettant à la démarche d'être déployée (Biron, Karanika-Murray, & Cooper, 2012; Egan, Bamba, Petticrew, & Whitehead, 2009). Cela s'applique à l'ensemble du processus, mais est particulièrement vrai pour la phase d'implantation, qui est très peu étudiée par les chercheurs (Nielsen & Abildgaard, 2013). Pourtant, c'est souvent durant cette phase que les interventions organisationnelles de prévention du stress et des problèmes de santé psychologique « déraillent » (Karanika-Murray & Biron, 2015a). Les interventions organisationnelles visent en particulier la réduction de l'exposition aux RPS. Le présent projet prend pour prémisse de base que le gestionnaire joue un rôle prépondérant pendant la phase d'implantation des activités relatives aux interventions sur les RPS. Pour arriver à mettre en œuvre des pratiques de gestion permettant d'agir sur l'exposition des employés aux RPS, le gestionnaire doit toutefois avoir une certaine

marge de manœuvre pour agir. Un gestionnaire débordé, vivant lui-même des problèmes de détresse psychologique ou des conflits avec son équipe de travail est peut-être moins susceptible d'agir en prévention qu'un gestionnaire qui ne vit pas ces difficultés.

Les conditions de réalisation de l'activité de travail des gestionnaires attirent de plus en plus l'attention, entre autres, en raison du rôle qu'ils peuvent jouer relativement à l'environnement psychosocial de travail des personnes qu'ils supervisent ainsi qu'à leur santé et leur sécurité (Biggs, Brough, & Barbour, 2014; Kelloway & Barling, 2010).

La présente étude vise à documenter les facteurs facilitant et entravant l'appropriation de démarches organisationnelles en santé psychologique au travail par les gestionnaires, et à identifier des facteurs influençant l'adoption de pratiques de gestion des RPS.

2. CADRE THÉORIQUE

Les deux modèles théoriques les plus reconnus en matière de santé psychologique au travail sont utilisés dans le cadre de la présente étude, soit le modèle Demandes-Contrôle-Soutien (DCS) (Karasek & Theorell, 1990) et le modèle Déséquilibre-Effort-Reconnaissance (DER) (Siegrist, 1996). Selon le modèle DCS, un travail caractérisé par des demandes psychologiques élevées (quantité de travail, complexité des tâches, contraintes de temps), une latitude décisionnelle faible (possibilité de prendre des décisions, de développer ses compétences et d'être créatif) au travail et un faible soutien social des collègues et des supérieurs entraîne des problèmes de santé psychologique et physique. Selon le modèle DER, un déséquilibre entre les efforts investis dans le travail et la reconnaissance obtenue en échange peut favoriser le développement de pathologies. Plusieurs études prospectives ont démontré les liens entre ces deux modèles et les maladies cardiovasculaires (Belkic et al., 2004; Fasbender, Deller, Wang, & Wiernik; Kivimäki et al., 2002; Marmot, Bosma, Hemingway, Brunner, & Stansfeld, 1997), des problèmes psychologiques (Janssen, Kant, Swaen, Janssen, & Schroer, 2003; Netterstrom et al., 2008) et de l'absentéisme au travail (Bourbonnais et al., 2005).

2.1 Le rôle important des gestionnaires pour opérationnaliser les interventions en prévention des risques psychosociaux

De récentes avancées scientifiques ont permis de montrer qu'afin de prévenir des problèmes de santé psychologique au travail, il serait plus efficace d'agir sur le leadership, l'environnement de travail et les conditions de travail, que directement sur les individus (Bourbonnais, Brisson, & Vézina, 2011; van Wyk & Pillay-Van Wyk, 2014). Le leadership jouerait un rôle particulièrement déterminant tant pour la promotion du bien-être des employés que pour la prévention de la détresse psychologique et du stress au travail (Kelloway & Barling, 2010). Qui plus est, le gestionnaire serait une pierre angulaire, qui agirait en tant que médiateur entre l'environnement de travail et la santé des employés (Kuoppala, Lamminpaa, Liira, & Vainio, 2008).

Les récentes études sur le leadership ne laissent aucun doute sur l'importance du rôle des gestionnaires en matière de prévention des RPS ainsi que sur une panoplie d'indicateurs de santé psychologique et de sécurité au travail. Des études prospectives montrent qu'un meilleur style de leadership est associé à une réduction des symptômes dépressifs (Munir, Nielsen, & Gomes Carneiro, 2010), à une amélioration de l'état de santé général des travailleurs (Lohela, Bjorklund, Vingard, Hagberg, & Jensen, 2009), au bien-être psychologique des employés (Borritz et al., 2005), une réduction des maladies cardiovasculaires (Nyberg et al., 2009), l'amélioration du climat de sécurité (Zohar, 2002), et même à une réduction des accidents et blessures (Barling, Loughlin, & Kelloway, 2002). Les gestionnaires ont un effet important sur la santé psychologique des employés. L'étude de Gilbreath et Benson (2004) indique que le comportement des superviseurs contribue de manière significative au bien-être au travail des employés qu'ils dirigent. Skagert, Dellve, Eklof, Pousette et Ahlbord (2008) ont observé que les superviseurs font office d'« amortisseurs ». Ils déploient ainsi diverses stratégies pour faire face aux sources de stress des employés qu'ils encadrent, entre autres, en stabilisant les effectifs par des actions visant à réduire le roulement et en assurant la présence des ressources compétentes requises pour réaliser les tâches.

Yarker, Donaldson-Feilder, Lewis, and Flaxman (2008) montrent que les gestionnaires ont également une influence importante sur les RPS du personnel qu'ils supervisent, notamment sur leur charge de travail, sur les ressources auxquelles ils ont accès pour réaliser leur travail et faire face aux différentes contraintes, sur la latitude décisionnelle des employés ainsi que sur leur accès à diverses formes de soutien social.

L'influence des superviseurs sur les RPS auxquels les employés sont exposés ainsi que sur les indicateurs de santé psychologique et de santé et de sécurité du travail est donc déjà bien attestée. Cependant, cette influence peut être tant positive que négative; les comportements des gestionnaires varient largement en fonction de leur propre contexte de travail (Bakker, Albrecht, & Leiter, 2011), comme l'ont montré des analyses ergonomiques de l'activité de travail des gestionnaires (Bakker, Albrecht, & Leiter, 2010). Il apparaît donc important de comprendre ce qui fait que des organisations arrivent ou non à mettre en place des conditions favorables à la santé des personnes qui y travaillent et à opérationnaliser des principes de gestion pour mettre en place des changements concrets visant à améliorer l'environnement psychosocial de travail.

2.2 Les facteurs influençant la capacité des gestionnaires à s'approprier les démarches préventives et à agir sur les RPS

Plusieurs facteurs individuels, psychosociaux et contextuels sont susceptibles d'influencer la capacité des gestionnaires dans leurs activités de gestion des risques psychosociaux et dans leurs démarches préventives.

2.2.1 Les caractéristiques individuelles des gestionnaires

Il est possible que les caractéristiques individuelles des gestionnaires influencent leur capacité d'adopter des pratiques de gestion favorisant la santé psychologique du personnel. Par exemple, un gestionnaire qui vit une détresse psychologique peut être plus irritable, moins en mesure de se concentrer, plus anxieux et plus déprimé (Kessler et al., 2002). Ces symptômes risquent d'affecter les pratiques de gestion tout comme la capacité du gestionnaire à réaliser différentes tâches (Hilton, 2008). En plus de la santé psychologique, il est possible que le genre influence les pratiques de gestion. Il existe des différences entre les hommes et les femmes à la fois en termes de prévalence, mais également en termes d'effets des contraintes psychosociales sur la santé psychologique. Par exemple, l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail* (EQCOTESST) (Vézina et al., 2011) révèle qu'environ 18 % des travailleurs québécois visés par l'enquête présentent un niveau élevé de détresse psychologique, et que les femmes rapportent un score élevé de détresse psychologique en plus grande proportion que les hommes (21,7 % contre 15,0 %).

En plus de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leur santé psychologique, il est possible que leur ouverture face aux changements engendrés par la démarche préventive influence leur disposition à s'approprier celle-ci et à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé. La mise en œuvre d'interventions préventives implique des changements dans les exigences du travail de l'équipe, dans les tâches et l'organisation du travail en général. Ces changements sont susceptibles d'interpeller les gestionnaires (Yarker et coll. 2008). L'ouverture

face aux changements (*readiness for change*) est un concept qui réfère à « une attitude générale influencée à la fois par le contenu (ce qui est en changement), le processus (comment le changement est implanté) et le contexte (les circonstances entourant le changement) et les individus qui sont concernés par le changement » (Holt, Armenakis, Feild, & Harris, 2007, p. 235). Selon Holt et coll. (2007), l'ouverture aux changements comporte quatre composantes, soit : 1) dans quelle mesure le changement est perçu comme approprié ; 2) le sentiment d'efficacité à réaliser le changement ; 3) la croyance que le changement sera bénéfique ; 4) la perception que la haute direction est engagée à mettre en œuvre le changement. Dans le contexte d'implantation de démarches en santé psychologique, il est possible que les gestionnaires plus ouverts aux changements soient davantage enclins à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé psychologique des personnes.

2.2.2 L'environnement psychosocial des gestionnaires

Il est plausible de croire que l'environnement psychosocial des gestionnaires peut influencer leur capacité à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé psychologique de leur personnel. Par exemple, Simard, Carpentier-Roy, Marchand et Ouellet (2010) concluaient de leur étude sur l'adaptation des contremaitres à l'approche participative en prévention que « les contremaitres s'adaptent mieux au nouveau contexte social de prévention si leur propre contexte organisationnel immédiat s'est lui-même ajusté (...) grâce à des activités structurées, à la mobilisation des gestionnaires supérieurs et des travailleurs et à l'aménagement conséquent de la charge de travail des contremaitres. » (p. 2). Or, diverses études suggèrent que la charge de travail des gestionnaires de premier niveau est élevée et que leur autonomie réelle est limitée (Dieumegard, Saury, & Durand, 2004) ou « paradoxale » (Cousin, 2004), ce qui pourrait poser des obstacles à l'adoption de pratiques favorables à la santé. Par exemple, des études suggèrent que les gestionnaires sont exposés à des conflits de rôle, de la surcharge, un manque de pouvoir décisionnel, de l'imprévisibilité, un faible soutien social, un climat d'équipe négatif (Bech et al., 2005). D'ailleurs, le stress associé aux responsabilités managériales serait la principale raison pour laquelle les employés refusent une promotion pour devenir gestionnaire (Harding & Davenport, 2010).

2.2.3 Le contexte

Le contexte de l'organisation peut également influencer les gestionnaires et leur possibilité de s'approprier les démarches préventives. Le contexte est défini comme étant (traduction libre) : « les opportunités et contraintes qui affectent l'occurrence et le sens d'un comportement organisationnel » (Johns, 2006, p. 353). Il existe de nombreuses conceptualisations du contexte, par exemple le contexte organisationnel, économique, politique, social, ou encore le contexte spécifique d'une intervention durant laquelle on implante des changements qui sont en conflit avec les priorités d'intervention. Tous ces aspects du contexte peuvent influencer la trajectoire d'une intervention et la capacité des gestionnaires à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé psychologique de leur personnel.

Le climat de sécurité psychosociale (PSC) réfère à une caractéristique contextuelle susceptible d'influencer la capacité des gestionnaires à agir en prévention des problèmes de santé psychologique. Le PSC (Dollard & Karasek, 2010) reflète (traduction libre) « une position claire

de la direction quant à l'importance et à la priorité accordée à la santé et la sécurité psychologique au travail » (Hall, Dollard, & Coward, 2010: 356). Ce type de contexte est considéré comme une ressource macro pour la santé psychologique du personnel. Dollard et Bakker (2010) définissent le PSC comme référant aux « politiques, pratiques et procédures organisationnelles pour la protection de la santé et de la sécurité psychologique des travailleurs » (p. 580). Le construit PSC s'articule autour de quatre sous-dimensions, soit : 1) l'engagement de la direction envers la santé psychologique; 2) la priorité accordée à ce dossier par rapport aux objectifs de productivité; 3) les communications sur ce sujet incluant l'écoute des préoccupations des employés; 4) la participation, la consultation et l'engagement de toutes les parties prenantes, telles que les syndicats, les intervenants en santé et en sécurité du travail, les ressources humaines. Plusieurs études ont démontré que le PSC agit comme un facteur macro en ce sens que les personnes qui perçoivent un PSC favorable rapportent moins d'expositions aux RPS, moins de détresse psychologique, davantage d'engagement et davantage de ressources pour effectuer leur travail (Dollard & Bakker, 2010; Dollard, 2012; Dollard & Karasek, 2010; Dollard, Opie, et al., 2012; Dollard, Tuckey, & Dormann, 2012; Hall et al., 2010; Idris & Dollard, 2011; Idris, Dollard, Coward, & Dormann, 2012; Law, Dollard, Tuckey, & Dormann, 2011). Le PSC est donc considéré comme une « cause des causes » ou, en d'autres mots, comme un déterminant de l'exposition aux RPS.

Si les gestionnaires perçoivent que la haute direction est engagée et qu'elle les soutient en matière de prévention, il est probable qu'ils seront plus enclins à participer aux diverses activités liées à la santé psychologique. Un climat de sécurité psychosocial favorable reflète également une culture participative où différentes parties prenantes sont engagées dans le processus de prise de décisions concernant la santé psychologique. Dans le contexte de la mise en œuvre des interventions préventives de la présente étude, il est attendu qu'un PSC favorable (élevé) est davantage associé à l'adoption de pratiques de gestion des RPS par les gestionnaires. Dans un tel contexte, un gestionnaire peut être plus conscient et avoir plus d'outils tels que de l'accès à des ressources, à des formations, à des personnes clés pouvant le soutenir de manière à ce qu'il puisse intervenir sur les RPS des employés.

En plus du PSC, un autre champ de la littérature s'avère pertinent pour étudier le contexte d'adoption des démarches de prévention et des pratiques de gestion en santé psychologique. En effet, la littérature sur le style de leadership et les entreprises apprenantes semble pertinente. Les entreprises dites *apprenantes* encouragent la curiosité et l'autocritique, assurent le partage d'idées, font primer la connaissance sur le titre d'emploi, anticipent les demandes futures et tolèrent les erreurs découlant de la prise de risques (Mikkelsen, Saksvik, & Ursin, 1998). Les études antérieures montrent que les employés d'entreprises apprenantes ont moins tendance à être exposés à un stress professionnel ou à développer des troubles anxieux ou des symptômes dépressifs (Lansisalmi & Kivimaki, 1999). Les opportunités structurelles d'apprentissage caractérisant les diverses entreprises de type apprenantes pourraient contribuer à faciliter l'appropriation de démarches en santé psychologique au travail.

Malgré ces pistes, nous en savons encore peu sur la manière dont les gestionnaires se « débrouillent » avec les objectifs de prévention définis par la haute direction et la manière dont ils les opérationnalisent. En fait, une importante lacune de la littérature scientifique concerne la documentation des facteurs favorables et des obstacles à l'implantation d'interventions

préventives. Plusieurs chercheurs font état du caractère insuffisant des connaissances existantes sur le processus et les mécanismes qui permettent aux interventions préventives de générer des améliorations de la santé et de la sécurité du travail (Biron et al., 2012; Cox, Taris, & Nielsen, 2010).

Divers auteurs ont suggéré que des informations qualitatives soient recueillies (Robson, Shannon, Goldenhar, & Hale, 2001; Shannon, Robson, & Guastello, 1999) pour améliorer la qualité des études sur les interventions. D'autres ont indiqué l'importance d'étudier les facteurs favorables et défavorables à l'implantation et aux effets des systèmes de gestion de la SST (Gorgievski, Bakker, & Schaufeli, 2010). Cependant, l'intégration d'informations sur le processus est encore peu répandue dans les études sur les interventions comme le soulignent des revues systématiques récentes (Egan et al., 2009).

La présente recherche veut donc contribuer à combler une partie de ce déficit de connaissances sur une question majeure pour l'avancée des efforts en prévention, en s'attardant au rôle d'acteurs clés dans l'implantation des interventions, soit les gestionnaires, et plus spécifiquement sur les conditions qui facilitent ou qui entravent leur appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail ainsi que la mise en œuvre de pratiques de gestion des RPS.

3. LE CADRE CONCEPTUEL

3.1 Les quatre piliers de l'intervention

Il existe un consensus de plus en plus marqué dans la communauté scientifique à l'effet que les interventions organisationnelles en santé psychologique ne doivent pas être évaluées uniquement en fonction des résultats qu'elles produisent, mais bien en tenant compte de leur processus d'implantation et de leur contexte (Biron et al., 2012; Bourbonnais, Jauvin, Dussault, & Vézina, 2012; Cox, Karanika-Murray, Griffiths, & Houdmont, 2007; Cox et al., 2010). De plus en plus d'auteurs s'entendent sur le fait que le processus d'implantation et les impacts des interventions sont liés de manière irrévocable (Biron & Karanika-Murray, 2014; Nielsen & Abildgaard, 2013; Nielsen & Randall, 2012b). En effet, on constate que les interventions échouent souvent non pas en raison de leur contenu ou d'une mauvaise conception, mais plutôt en raison de facteurs contextuels ou de problèmes touchant les processus d'implantation. Ces facteurs sont pourtant très souvent omis dans les recherches évaluatives, même si les problèmes d'implantation sont nombreux et fréquemment mentionnés par les chercheurs et praticiens (Biron et al., 2010; Nytrø, Saksvik, Mikkelsen, Bohle, & Quinlan, 2000; Saksvik, Nytrø, Dahl-Jorgensen, & Mikkelsen, 2002). En d'autres mots, il apparaît crucial de s'intéresser à des questions de type « comment les interventions fonctionnent-elles? » plutôt que de type « est-ce que les interventions fonctionnent ? ».

3.1.1 Contexte, contenu, processus et résultats (CCPR)

Une décision a été prise afin de structurer le présent rapport. Plutôt que d'utiliser un cadre conceptuel lié à un seul thème d'intervention (par exemple en suivant un modèle théorique d'intervention comme celui de Nielsen et Abilgaard [(2013)] à chacune des étapes de la

démarche préventive) ou un seul sujet (par exemple le leadership transformationnel, ou la théorie du chaos ou des systèmes complexes), le rapport est organisé en quatre thématiques qui ont été utilisées dans la littérature sur le changement organisationnel (Armenakis & Bedeian, 1999), sur l'évaluation de programme (Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001; Stufflebeam, Madaus, & Kellaghan, 2000) et sur les interventions préventives en santé au travail (Fasbender et al.). Plusieurs modèles théoriques sur l'intervention préventive et plusieurs sujets s'appliqueraient ici pour comprendre comment l'intervention produit certains résultats. Plutôt que de mettre l'accent sur un seul sujet, nous avons choisi de nous concentrer sur trois thématiques qui englobent des sujets communs à tous les projets de changement organisationnel : le contexte, le contenu et le processus des interventions. Le quatrième thème concerne les résultats (le type d'effets qui peut être observé dans le cadre de tels projets d'intervention). Ces quatre dimensions permettent de comprendre les changements se produisant lors de tout changement organisationnel.

3.1.1.1 Le contexte

Le contexte réfère aux « opportunités et aux contraintes situationnelles qui affectent l'apparition et le sens du comportement organisationnel ainsi que les relations fonctionnelles entre les variables » (Johns, 2006, p. 386). Selon Johns (2006), différents aspects du contexte peuvent influencer le succès d'une intervention, soit le contexte général (*omnibus context*) et le contexte spécifique de l'intervention (*discrete context*). Le contexte général réfère à des situations qui ne sont pas nécessairement liées à l'intervention, mais qui influencent celle-ci. Par exemple, le niveau de maturité organisationnelle, soit une organisation où les gens sentent qu'ils ont droit à l'erreur et font preuve de tolérance (Saksvik et al., 2007), la prévalence de problèmes de détresse psychologique, les effets de plafond pouvant empêcher de nouvelles améliorations dans les résultats ou l'adéquation entre la culture organisationnelle et l'intervention proposée (Randall & Nielsen, 2012). Les enjeux contextuels spécifiques à l'intervention se rapportent plutôt aux événements ayant lieu pendant la mise en œuvre d'une intervention tels que des changements organisationnels, des changements de chargés de projet, des projets et des priorités contradictoires, des restructurations ou des facteurs économiques affectant la conduite des interventions.

De plus en plus d'études rigoureuses démontrent l'influence importante du contexte sur l'intervention, à la fois sur son processus, son contenu et ses résultats. Un des facteurs contextuels les plus importants est l'engagement visible de la haute direction. Cet engagement peut se manifester, par exemple, en rendant disponibles les ressources nécessaires à l'implantation des interventions. L'engagement de la direction peut aussi se manifester par la priorité accordée à la démarche de santé psychologique au travail et à son importance par rapport à d'autres changements organisationnels qui pourraient entrer en contradiction avec la démarche (Biron et al., 2010). Brun, Biron et St-Hilaire (2009) suggèrent de considérer l'engagement comme un processus continu à toutes les étapes de la démarche plutôt que seulement à celle du démarrage. Un contexte caractérisé par un climat psychosocial fort implique également la participation des syndicats et des autres parties prenantes (gestionnaires, ressources humaines, responsables de la santé et de la sécurité du travail) et non seulement de la haute direction. Ces parties auront à déterminer les problèmes, à élaborer des solutions et à mettre en œuvre les actions dans leurs unités de travail. Bien que les modèles d'intervention insistent sur l'importance de cet engagement, peu d'études se sont attardées à documenter en quoi il consiste et à évaluer

ses effets sur l'appropriation de la démarche par les gestionnaires.

Il est à noter que les changements contextuels survenant à l'extérieur d'une organisation, tels que les politiques de santé d'un gouvernement ou la réduction des ressources financières au travail en raison d'une récession économique, peuvent également avoir un effet important sur le succès potentiel d'une intervention. Un nombre croissant de pays ont adopté une législation relative à l'intégrité psychologique des travailleurs (MacKay et al., 2012; MacKay, Cousins, Kelly, Lees, & McCaig, 2004).

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la Santé a élaboré le *Plan d'action en santé mentale globale 2013-2020* qui suggère de promouvoir la santé mentale à travers la mise en place de conditions de travail saines, telles que l'amélioration de l'organisation du travail et la gestion du stress. Au Canada, en 2013, la norme nationale sur la sécurité et la santé psychologiques en milieu de travail a été lancée à l'initiative de la Commission de la santé mentale du Canada (Mental health commission of Canada, 2013). Au Québec, la norme « Entreprise en santé » constitue un contexte favorable à l'implantation d'interventions préventives. Ce processus de certification permet aux entreprises qui le désirent de structurer leur démarche pour promouvoir les saines habitudes de vie, un environnement de travail sain, la conciliation travail-famille et les bonnes pratiques de gestion (Bureau de normalisation du Québec, 2008). La démarche « Entreprise en santé » mène à la certification liée à la norme BNQ 9700-800 : *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail* et vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des personnes en milieu de travail. Plus précisément, la norme vise à « fournir un cadre bien structuré pour la mise en œuvre d'un environnement global et le maintien de pratiques de gestion qui sont favorables à la santé des personnes en milieu de travail et reconnaître les efforts des entreprises, au moyen d'une certification »¹.

Ces éléments contextuels peuvent être extrêmement favorables pour soutenir les interventions organisationnelles portant sur la santé psychologique, mais la responsabilité de la mise en œuvre de changements concrets dans les milieux de travail repose essentiellement sur les parties prenantes dans les organisations.

En somme, un contexte caractérisé par des changements ou des priorités contradictoires à la démarche préventive en santé psychologique ou par des changements des personnes engagées dans un tel processus risque fort d'influencer négativement l'intervention. À l'inverse, un contexte caractérisé par un climat psychosocial favorable, où une haute priorité est accordée à la prévention des risques psychosociaux, avec un fort engagement des parties prenantes et la participation de tous les niveaux hiérarchiques sont des éléments qui favorisent le succès des interventions.

3.1.1.2 Le contenu

Il existe peu d'études évaluant le contenu spécifique des interventions en lien avec leurs retombées sur la santé psychologique du personnel. Souvent, les interventions organisationnelles

¹ <http://www.groupeentreprisesensante.com/fr/norme/definitions-objectifs>

sont complexes et intègrent de nombreuses activités, ce qui rend difficile l'évaluation de l'apport précis d'une seule composante (Biron, 2013; Biron et al., 2012). Des travaux récents montrent, d'une part, qu'il existe des différences entre les gestionnaires et les employés dans leur perception de ce qui est implanté comme activités d'intervention (Hasson et al., 2012). Par ailleurs, il existe des différences quant aux retombées des interventions selon le niveau d'exposition à celles-ci. Par exemple, plus les employés perçoivent avoir été exposés à des changements dans leurs conditions de travail, plus ils rapportent des retombées sur les plans de la satisfaction au travail, du bien-être et du stress au travail (Nielsen, Randall, & Albertsen, 2007). Nielsen et Randall (2012a) rapportent également que les perceptions de changements dans les procédures au travail expliquent une portion significative de la variance expliquée dans les conditions de travail postintervention, la satisfaction au travail et le bien-être affectif. Par contre, la définition de ce qu'on entend par « exposition aux interventions » demeure problématique puisque plusieurs interventions touchant l'organisation du travail, les conditions de réalisation du travail, les pratiques de gestion, les procédures et les politiques organisationnelles changent souvent simultanément. Cette complexité rend difficile la mesure de la participation et de l'exposition à chacune des composantes des interventions.

Une vaste étude réalisée par Gilbert-Ouimet, Brisson et coll. (2011) dans une entreprise québécoise du secteur des assurances a permis d'établir les pratiques de gestion favorables à la santé psychologique du personnel. Dans cette étude qui s'est déroulée sur sept ans, trois mesures ont été prises par questionnaires administrés sur 30 mois auprès de 1659 employés. Les responsables d'unité devaient noter dans un registre les interventions implantées et si celles-ci constituaient un changement majeur. Des entretiens collectifs étaient également réalisés après 18 mois afin d'identifier les changements implantés. Les résultats montrent qu'après 30 mois, les employés de cette grande organisation rapportaient moins de détresse psychologique, moins de problèmes au bas du dos, au cou et aux épaules, et une diminution des contraintes psychosociales (diminution des demandes psychologiques, augmentation du soutien social des collègues et de la reconnaissance). Cette étude est importante parce qu'elle permet d'établir le *contenu* des interventions alors que la plupart des recherches du genre restent vagues à ce sujet. Le contenu des interventions a ensuite été soumis à des analyses qui ont permis de créer le *Guide des pratiques organisationnelles favorables à la santé* (Gilbert-Ouimet, Baril-Gingras, Brisson, & Vézina, 2009). Ce sont ces pratiques de gestion favorables à la santé qui sont utilisées dans la présente étude.

Une étude récente de Hasson et coll. (2014) évalue la perception des employés de leur exposition aux interventions et leurs perceptions des impacts de celles-ci sur leur situation de travail. Leur mesure d'exposition aux interventions est basée directement sur les pratiques de gestion mises de l'avant par l'étude de Gilbert-Ouimet et coll. (2011). Elle comprend une échelle d'items évaluant si les employés ont été exposés à des changements en lien avec les risques psychosociaux, soit des modifications associées à leur latitude décisionnelle, aux demandes psychologiques, au soutien social de leurs collègues et de leur supérieur et en matière de reconnaissance. Par exemple, en lien avec le soutien du supérieur, les employés indiquent si celui-ci les rencontre individuellement pour discuter de leur travail. En lien avec les demandes psychologiques, les employés indiquent s'ils ont été exposés à des révisions des processus de travail. Les résultats démontrent que, comparativement à ceux qui n'ont pas été exposés et à ceux qui considèrent avoir été exposés, mais que les changements ont détérioré leur situation de travail, les employés

qui disent avoir été exposés aux changements et qui perçoivent que ces changements ont eu un effet favorable sur leur situation de travail rapportent des améliorations sur le plan de tous les risques psychosociaux (demandes psychologiques, latitude décisionnelle, soutien social et reconnaissance). Cette étude est importante pour deux raisons. Premièrement, elle suggère que les retombées des interventions sur les RPS dépendent de l'exposition aux interventions et de la perception plus ou moins favorable des employés de ces interventions. Deuxièmement, dans le contexte d'interventions organisationnelles multiples implantées simultanément, l'échelle utilisée par Hasson et coll. (2014) permet de situer quelles interventions sont implantées. Par contre, cette étude évalue la perception des employés et non celle des gestionnaires, qui ont pourtant un rôle central dans l'implantation de chacune des activités d'intervention. Dans le cadre de la présente étude, la même échelle de mesure est utilisée, mais cette fois auprès de gestionnaires, afin de mesurer l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique.

3.1.1.3 Le processus

Généralement, le terme « processus » réfère à l'évaluation formative des interventions, ce qui comporte l'identification des faiblesses d'un programme d'intervention afin de l'améliorer. L'évaluation dite sommative sert plutôt à évaluer les effets des interventions sur les personnes qui sont visées par celles-ci (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2000). Toutefois, une certaine confusion existe quant à ce qu'englobe la définition exacte du « processus d'intervention ». Par exemple, Biron et Karanika (2014) présentent les principales définitions utilisées dans la littérature sur les interventions préventives. Parmi celles souvent utilisées, on retrouve la définition de Goldenhar Lamontagne, Heaney et Landsbergis (2001) pour qui le terme processus inclut toutes les phases de l'intervention, dont son élaboration, son implantation et son évaluation. Pour Nytrø et coll. (2000), le terme réfère plutôt aux « perceptions et actions individuelles, collectives et managériales dans l'implantation de toute intervention et leur influence sur les résultats de l'intervention » (traduction libre, p. 214). Cox et coll. (2007) adoptent une définition qui touche le déroulement des activités, « qui fait quoi, quand, pourquoi et dans quel but » (p. 353). Steckler et Linnan (2002) réfèrent aux spécificités de la phase d'implantation des interventions en proposant un modèle pour évaluer à la fois le contexte, la portée (la proportion des personnes qui participent à l'intervention), la dose (dans quelle mesure le fournisseur de l'intervention a livré ce qui était attendu), la fidélité (les différences entre ce qui était prévu par rapport à ce qui a été implanté) et dans quelle mesure les personnes ont perçu être exposées à l'intervention. Utilisant le modèle de Steckler et Linnan (2002), une revue systématique sur les interventions de gestion du stress a montré que moins de 50 % des études présentent des résultats qui sont liés aux mesures de processus (Murta, Sanderson, & Oldenburgh, 2007). Leur revue concorde avec la conclusion tirée par Egan, Petticrew, Bambra et Whitehead (2009) sur les interventions organisationnelles à l'effet que le processus est peu étudié dans ce genre d'études, alors qu'on sait qu'il a un impact important sur les résultats des interventions.

Plus récemment, on retrouve dans la littérature la suggestion d'évaluer le processus tout au long de l'intervention, à chacune des phases, plutôt qu'uniquement lors de son implantation. Par exemple, Biron et Karanika-Murray (2014) proposent d'aller plus loin que l'évaluation du processus en lien avec la phase d'implantation, puisque cette phase concerne surtout le contenu de l'intervention, et, dans quelle mesure les participants sont exposés à ce contenu. En effet, des processus interviennent beaucoup plus tôt pour influencer les retombées de l'intervention. Par

exemple, l'engagement de la direction et des gestionnaires est un facteur déterminant qui doit être considéré dès le départ, et non uniquement lors de l'implantation. Cette recommandation est appuyée par Nielsen et Abildgaard (2013) qui suggèrent également de documenter à chacune des phases (préparation, diagnostic, élaboration de plans d'action, implantation et évaluation) les processus qui entrent en jeu, les interactions entre les acteurs organisationnels et leur perception des activités d'intervention.

En somme, malgré le grand nombre de définitions sur ce que comporte le processus, dans le présent rapport, à l'instar des recommandations de Karanika-Murray et Biron (2015a), nous considérons : 1) qu'il concerne le « comment » de l'intervention plutôt que ses effets; 2) qu'il touche toutes les phases de l'intervention, de la préparation à l'évaluation; 3) que ses éléments et leur interaction avec le contenu et le contexte de l'intervention permettent la progression d'une phase à l'autre; 4) qu'il a trait aux personnes concernées par l'intervention à chacune des étapes (leur perception de ce qui se passe et comment leurs attitudes, comportements et capacités influencent la progression d'une phase à l'autre de l'intervention).

L'interaction entre ce qui est mis en œuvre (contenu), le comment (processus), et le type de contexte influe sur les résultats qui peuvent être atteints (résultats).

3.1.1.4 Les résultats

Sur le plan théorique, les interventions qui ciblent les modifications des conditions de réalisation du travail devraient être efficaces pour réduire l'exposition aux sources de stress (c.-à-d. aux contraintes psychosociales de l'environnement de travail). Les interventions organisationnelles ont pour but d'améliorer la santé psychologique et physique par la modification de l'organisation du travail, que ce soit sur le plan des caractéristiques des tâches, des conditions de travail, ou des aspects interpersonnels et sociaux du travail (Semmer, 2011). Souvent, plusieurs interventions individuelles et organisationnelles sont mises en œuvre simultanément, et ce, dans des contextes de changements organisationnels fréquents; ce qui rend très complexe l'évaluation rigoureuse de leurs effets sur les employés et la performance organisationnelle. Semmer (2011) souligne que les interventions organisationnelles ont parfois des effets positifs sur la santé, la performance et d'autres indicateurs, mais elles ont aussi parfois aucun effet. On observe rarement des effets négatifs (des détériorations). Par contre, on constate encore beaucoup d'inconsistance en ce sens qu'une intervention peut avoir des effets positifs sur certains indicateurs, mais pas sur d'autres, ou encore dans un contexte organisationnel seulement. Pour les organisations et pour les chercheurs, les difficultés dans le développement et l'implantation de ces interventions sont notoires alors que les résultats et bénéfiques sont toujours incertains.

Néanmoins, de plus en plus d'études rigoureuses montrent les effets positifs de ces interventions organisationnelles pour à la fois améliorer la santé psychologique, réduire l'absentéisme au travail et l'exposition aux RPS (Biron, Ivers, & Brun, sous presse; Bourbonnais, Brisson, & Vezina, 2011; Bourbonnais et al., 2006; Brun, Biron, & Ivers, 2007; Gilbert-Ouimet et al., 2011; Kobayashi, Kaneyoshi, Yokota, & Kawakami, 2008). Par ailleurs, il existe un consensus de plus en plus fort à l'effet qu'en tenant compte du processus d'implantation et du contexte des interventions, les résultats des interventions peuvent être davantage nuancés, plus consistants et mieux compris (Biron et al., 2012; Cox et al., 2007; Nielsen & Abildgaard, 2013).

3.2 Le changement planifié

La littérature scientifique sur le changement et les interventions organisationnelles est vaste et concerne plusieurs champs de recherche. D'ailleurs, Gravel, Lortie, Bilodeau et Dubé (2012) mettent de l'avant cette interaction entre les enjeux de santé et de sécurité du travail et la gestion des ressources humaines. Cela est encore plus vrai pour les enjeux en santé psychologique au travail où plusieurs des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail concernent l'organisation du travail, la gestion des ressources humaines et le changement organisationnel. Toutefois, ces champs de recherche sont rarement intégrés, à la fois dans la littérature scientifique et dans les interventions organisationnelles. En ce qui concerne plus précisément les démarches de prévention en santé psychologique, deux champs de recherche sont interpellés : les travaux sur les interventions organisationnelles en prévention du stress et en matière de santé psychologique, essentiellement par le biais des travaux en psychologie organisationnelle (*occupational health psychology*) (Sauter & Hurrell, 1999) ainsi que sur le changement organisationnel, surtout abordé dans les travaux en sciences de la gestion. Si le premier champ permet de mieux circonscrire les facteurs spécifiques aux démarches en santé, le deuxième offre une compréhension plus exhaustive de l'intervention en prévention en tant que changement organisationnel. Plus précisément, l'approche du changement planifié concerne moins le contenu du changement que le processus de celui-ci. Le modèle classique du changement planifié comporte six phases : l'identification du problème, le diagnostic de la situation, le choix de l'intervention, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation ainsi que la stabilisation. S'il existe plusieurs modèles du changement planifié, les étapes sont similaires pour l'ensemble d'entre eux. Plus récemment, Collette, Lauzier, and Schneider (2013) ont proposé une démarche qui porte à la fois sur les contenus organisationnels et les stratégies de mise en œuvre du changement. Ces étapes et stratégies (décrites au tableau 1) seront utilisées pour comprendre les facteurs influençant les démarches préventives dans les organisations participant au présent projet.

**Tableau 1 - Reproduction des principales étapes d'une démarche de changement
(Collerette et coll., 2013)**

Analyser	Étape 1	La mise en place	Les préalables à une opération de changement L'analyse préliminaire
	Étape 2	L'analyse stratégique de l'organisation	L'analyse de la conjoncture et les profils organisationnels Les stratégies associées aux profils organisationnels
Préparer	Étape 3	Le bilan de la disposition au changement	Les enjeux du changement chez l'humain Les leviers et les obstacles au changement La prévention de la résistance au changement
	Étape 4	La préparation au changement	Les acteurs en présence Le choix d'une approche de gestion Le plan d'action
Gérer	Étape 5	La gestion du changement	La gestion de la transition
			Le monitoring du changement
			La communication à l'occasion d'un changement
			L'intervention en situation de crise
			L'évaluation des résultats

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Objectifs et devis de l'étude

Cette étude longitudinale s'appuie sur un devis de recherche mixte basé sur une collecte de données incluant deux mesures par questionnaires prises auprès de gestionnaires à trois mois d'intervalle ainsi que des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de gestionnaires et intervenants clés. Le tableau 2 illustre les méthodes retenues en fonction des objectifs.

L'étude vise, d'une part, à documenter les démarches existantes en santé psychologique au travail au sein de quatre organisations et à fournir aux gestionnaires des outils de gestion des RPS (p. ex. : guides, exemples de bonnes pratiques) en soutien à ces démarches. D'autre part, elle vise à identifier les conditions qui facilitent l'adhésion des gestionnaires à ces démarches organisationnelles ainsi que leur adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique. Pour participer à l'étude, il doit y avoir eu un diagnostic des risques psychosociaux. Les entreprises participantes doivent donc, à la suite d'un diagnostic, être engagées dans une démarche préventive peu importe son stade d'avancement.

Objectif 1. Documenter la démarche de prévention en santé psychologique en cours

Afin de documenter quelles démarches préventives étaient initiées dans les organisations, nous avons procédé à la réalisation d'entrevues individuelles auprès des gestionnaires et des intervenants clés (responsables ou représentants du comité mieux-être/santé psychologique, représentants syndicaux). Les répondants au questionnaire étaient également sondés sur leur perception de ce qui est en cours comme démarche.

Objectif 2. Présenter des outils sur les pratiques de gestion des RPS aux gestionnaires

Les participants de chacune des organisations ont ensuite pris part à une séance d'une demi-journée d'information. Pendant cette séance, 25 outils sur la gestion des risques psychosociaux ont été présentés, en plus du rationnel théorique justifiant les liens entre les risques psychosociaux, la santé psychologique des employés et la performance organisationnelle. Cette rencontre visait à mettre en lumière des opportunités d'intervention. À la fin de cette rencontre, les gestionnaires devaient déterminer au moins une pratique de gestion des RPS qu'ils s'engageaient à mettre en œuvre auprès de leur personnel.

Objectif 3. Identifier des éléments facilitant et entravant l'appropriation a) de démarches organisationnelles en santé psychologique; b) de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique

L'hypothèse de base de l'étude est à l'effet que la présentation des outils mettait concrètement en évidence des possibilités/opportunités de mettre en application des pratiques de gestion auxquelles le gestionnaire n'avait pas pensé dans le cadre de la démarche préventive en cours dans son organisation. Le diagnostic des RPS devait avoir été complété afin que l'organisation puisse participer au projet, mais ce diagnostic peut être perçu comme étant difficile à traduire en plan d'action concret. L'implantation de l'ensemble des plans d'action se déroule sur une période habituellement beaucoup plus longue, mais la présente étude vise à évaluer à court terme ce qui influence le gestionnaire dans l'application de pratiques de gestion favorisant la santé.

L'application de pratiques de gestion des RPS est ici considérée comme un indicateur de l'adoption des démarches en santé psychologique. En effet, les démarches en cours dans chacune des organisations peuvent toucher différentes sphères telles que les habitudes de vie ou l'environnement physique de travail. Par contre, dans la présente étude, nous nous intéressons à ce qui influence d'une part, la démarche préventive et, d'autre part, l'implantation de pratiques de gestion des RPS. Nous considérons donc que par l'adoption de pratiques de gestion visant à réduire l'exposition aux RPS, les gestionnaires manifestent leur appropriation de la démarche organisationnelle de prévention.

Pour documenter les facteurs facilitant et entravant l'appropriation de la démarche organisationnelle, des entrevues individuelles avec les gestionnaires et les intervenants clés ont été réalisées. En plus des entrevues auprès de responsables ou représentants du comité mieux-être/santé psychologique et représentants syndicaux, cet objectif impliquait également des entretiens auprès de conseillers d'associations sectorielles paritaires. Pour identifier les facteurs influençant l'adoption de pratiques de gestion des RPS, un questionnaire a été administré à tous les gestionnaires impliqués dans une démarche préventive deux fois sur une période de trois mois. La deuxième fois, le questionnaire comprenait l'ajout d'une section portant spécifiquement sur les facteurs ayant facilité ou entravé l'adoption de pratiques de gestion des RPS, ainsi qu'un bloc de questions sur la pratique retenue par les gestionnaires lors de la rencontre de groupe (voir ci-haut, objectif 2).

Tableau 2 - Objectifs spécifiques et méthodes.

<p>Objectif 1 - Documenter la démarche en santé psychologique</p>	<p>Entrevues individuelles auprès de gestionnaires et intervenants clés</p>	<p>Questionnaire évaluant la perception des démarches en santé psychologique, les pratiques de gestion des RPS et les déterminants individuels et organisationnels influençant leur adoption</p>
<p>Objectif 2 - Présenter des outils sur les pratiques de gestion des RPS aux gestionnaires</p>	<p>Recension, adaptation et préparation de 25 outils sur la gestion des risques psychosociaux et organisation d'une séance d'information</p>	<p>Rencontres collectives auprès des gestionnaires et intervenants clés avec présentation d'outils de gestion des RPS afin de mettre en évidence des opportunités de réaliser des interventions</p>
<p>Objectif 3 - Identifier des éléments facilitant et entravant l'appropriation A) de démarches organisationnelles en santé psychologique B) de pratiques de gestion des RPS</p>	<p>A) Entrevues individuelles auprès de gestionnaires et intervenants clés</p>	<p>B) Questionnaire évaluant la perception des démarches en santé psychologique, les pratiques de gestion des RPS et les déterminants individuels et organisationnels influençant leur adoption et questions spécifiques sur les pratiques de gestion suite à la rencontre de groupe</p>

4.2 Hypothèses de l'étude

L'hypothèse générale de la présente étude sous-tend que, dans le cadre de l'implantation d'une démarche en santé psychologique dans leur organisation, il est possible que les gestionnaires vivent des changements au travail en ce qui a trait à leur propre environnement psychosocial de travail et à leur santé. Puisque les démarches préventives en cours dans les quatre organisations retenues incluent toutes des aspects touchant la gestion, il est également possible que l'implantation des démarches entraîne des changements dans les pratiques de gestion des personnes. Par ailleurs, même si la séance d'information sur les outils de gestion des RPS n'était pas considérée comme une « intervention » proprement dite, il est possible qu'elle ait eu un effet sur l'adoption de pratiques de gestion. En apprenant, d'une part, ce que sont les RPS, et, d'autre part, comment ils peuvent être gérés concrètement au quotidien, il est possible que les gestionnaires rapportent des changements dans l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé ou sur d'autres indicateurs. Par contre, la séance d'information n'est pas considérée comme une intervention et ne devrait pas avoir d'effets sur les indicateurs mesurés dans l'étude.

H1. À la suite de la séance d'information, les gestionnaires vont faire l'essai de nouvelles pratiques de gestion des RPS.

H2. À la suite de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS, les gestionnaires vont adopter davantage de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique au Temps 2 comparativement aux non-participants.

H3. La séance d'information sur les outils de gestion des RPS n'est pas considérée comme une intervention et ne sera pas associée à des changements dans les pratiques de gestion, dans les perceptions des caractéristiques contextuelles, de l'environnement psychosocial de travail et des caractéristiques individuelles des gestionnaires.

H4. Plus les gestionnaires perçoivent leur contexte organisationnel comme étant favorable à la prévention en santé psychologique au Temps 1 (climat de sécurité psychosociale élevé, organisation apprenante, accès à de la formation sur la gestion des personnes) plus ils adoptent des pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2.

H5. Plus les gestionnaires perçoivent leur environnement psychosocial de travail comme étant positif au Temps 1 (latitude décisionnelle, demandes psychologiques faibles, reconnaissance élevée, soutien élevé) plus ils adoptent des pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2.

H6. Les gestionnaires étant plus ouverts aux changements au Temps 1 et ceux en meilleure santé psychologique (détresse psychologique faible) sont associés positivement à l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2.

Les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants sont possiblement associées à l'adoption de pratiques de gestion, mais aucune hypothèse directionnelle n'est émise puisque la littérature sur le sujet n'est pas suffisamment spécifique. Plusieurs variables sociodémographiques sont soumises aux analyses, mais davantage dans un but de contrôle que dans un but hypothéticodéductif.

4.3 Procédures

4.3.1 Échantillonnage

Entre décembre 2012 et octobre 2013, onze organisations ont été approchées afin de participer à l'étude. Les membres du comité de suivi ont fourni des contacts ou effectué de la promotion pour faciliter le recrutement. Parmi les membres de ce groupe, on compte des représentants des associations sectorielles paritaires (affaires municipales [APSAM], administration provinciale [APSSAP] et affaires sociales [ASSTSAS]), des représentants de l'Institut national de santé publique du Québec (INPSQ), des représentants des organisations participantes, ainsi que du Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail (GRISMT). En avril 2013, lors du Forum SST², il y a eu distribution de feuillets explicatifs du projet au kiosque de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail (CGSST) et à celui de l'Institut de recherche

² Maintenant appelé « Le Grand Rendez-vous santé et sécurité du travail », cet événement est consacré à la santé et la sécurité au travail. Il attire plus de 1 500 participants et visiteurs qui s'y retrouvent pour assister à des conférences spécialisées en la matière et visiter une exposition d'une centaine de stands.

Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). En avril 2013, un texte expliquant le projet de recherche et suscitant le recrutement de volontaires a été envoyé à l'IRSST pour publication dans son bulletin électronique auquel 16 000 personnes sont abonnées. Enfin, de la publicité sur le projet a été diffusée par le biais du réseau social LinkedIn en juillet 2013.

Les entreprises ont été contactées par courriel ou par téléphone. Pour participer, elles devaient démontrer qu'une démarche de prévention des problèmes de santé psychologique au travail était en cours dans leur organisation et qu'un diagnostic des risques psychosociaux avait été réalisé au cours des cinq dernières années.

Au total, onze organisations ont été rejointes, et quatre ont été retenues. Pour les sept organisations de secteurs diversifiés approchées mais non retenues, plusieurs raisons justifient leur exclusion : 1) l'annonce de changements organisationnels incohérents avec la perspective d'une démarche en santé psychologique; 2) l'absence de démarche en prévention primaire/sur les risques psychosociaux; 3) la démarche est souhaitée par l'organisation, mais aucun diagnostic n'a été réalisé et aucune intervention n'est en cours; 4) différentes initiatives sont déjà lancées dans l'organisation/dans des secteurs particuliers, mais il ne s'agit pas d'une « démarche » en santé psychologique (par exemple des gestionnaires ont accès à un service de *coaching* personnalisé en cas de besoin, mais il ne s'agit pas d'une démarche proprement dite en santé psychologique).

Parmi les quatre organisations retenues, les gestionnaires et intervenants approchés pour participer à l'étude devaient être partie prenante à une démarche préventive. En plus de ces personnes, les trois représentants des associations sectorielles paritaires en santé et en sécurité du travail siégeant au comité de suivi ont été interviewés compte tenu de leur expertise en intervention sur la santé psychologique. Le projet étant approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval, des mesures ont été prises pour assurer l'anonymat des organisations ainsi que des répondants. Des formulaires de consentement spécifiques ont été remplis avant de procéder aux questionnaires, aux entrevues individuelles et aux entretiens collectifs.

4.3.2 Questionnaires

Pour le volet quantitatif, un questionnaire a été administré à trois mois d'intervalle en format papier et électronique via *SurveyMonkey* aux gestionnaires des quatre organisations. Ce questionnaire visait à établir les facteurs influençant l'implantation de pratiques de gestion des RPS favorisant la santé. Des mesures rigoureuses ont été prises par les membres de l'équipe de recherche afin d'assurer l'anonymat des répondants. À ce titre, chaque participant s'est vu attribuer un code confidentiel qui se retrouvait uniquement sur son questionnaire. Seuls les chercheurs avaient accès à la liste appariant ce code avec l'identité des répondants. Les gestionnaires ont été contactés par courriel. Les participants à la rencontre d'information avec les chercheurs ont rempli le questionnaire en version papier au début de la rencontre. Les gestionnaires n'ayant pas pu se présenter aux rencontres ont reçu, quant à eux, la version électronique du questionnaire.

4.3.3 Entrevues individuelles

Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de gestionnaires, intervenants clés (p.ex. : membres des comités d'implantation), et conseillers d'associations sectorielles paritaires (ASP). Ces entrevues visaient à documenter les démarches en cours ainsi que les éléments facilitant et entravant l'appropriation des démarches en santé psychologique par les gestionnaires à chacune des étapes.

Ainsi, trois entrevues ont eu lieu avec des représentants des ASP (APSSAP, APSAM, ASSTSAS) siégeant au comité de suivi, afin de documenter leurs expériences par rapport à ce qui facilite et ce qui entrave les actions des gestionnaires. Ces représentants devaient se remémorer deux interventions en santé psychologique auxquelles ils avaient pris part. L'une d'elles devait être caractérisée par une bonne appropriation des démarches en santé psychologique par les gestionnaires, alors que l'autre devait plutôt refléter les embûches rencontrées. En suivant les étapes d'intervention proposées dans le guide de Brun, Biron et St-Hilaire (2009) (c.-à-d. la préparation de la démarche, le diagnostic, l'identification des problèmes concrets, l'élaboration du plan d'action, l'implantation des actions et l'évaluation des impacts). En ce sens, il leur a été demandé de déterminer, pour chaque étape des deux interventions, les éléments facilitant ou entravant l'appropriation des démarches en santé psychologique.

Pour les entrevues avec les intervenants clés et les gestionnaires, soulignons que ces participants ont été sélectionnés à partir de listes fournies par les organisations, grâce à un outil Web de génération de nombres aléatoires. Parmi les 34 personnes contactées, 25 ont accepté de participer, six n'ont pas répondu. Les trois autres candidats potentiels ont refusé pour les raisons suivantes : manque de temps, départ à l'extérieur et période de l'année à effectif réduit. Les entrevues avec les intervenants siégeant à un comité en lien avec la santé psychologique visaient à documenter, à chaque étape d'une intervention préventive, les éléments facilitant et entravant l'appropriation de démarches en santé psychologique par les gestionnaires. Les entrevues avec des gestionnaires visaient le même objectif. Par contre, les chercheurs ont constaté après quelques entrevues en prétest que certains gestionnaires connaissaient peu de détails de la démarche préventive en cours dans leur organisation.

Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure (minimum 35 minutes et maximum 2 heures), ont été réalisées en face-à-face (17) ou par téléphone (8). Elles se sont déroulées dans le lieu de travail du participant (14) ou dans les locaux de l'Université Laval (3), selon les préférences des participants. Les entrevues ont été réalisées entre le 29 juillet et le 28 août 2013. Elles ont été enregistrées lorsque le participant y consentait (tous les participants ont accepté). Les enregistrements et leurs transcriptions ont été préservés dans un fichier informatique protégé par un code connu seulement de l'équipe de recherche et n'ont été diffusés d'aucune façon ni remis à qui que ce soit hors de l'équipe de recherche.

4.3.4 Séance d'information sur les outils de gestion des RPS

Des rencontres avec des groupes de gestionnaires visaient, d'une part, à fournir des outils de gestion des RPS et, d'autre part, à stimuler l'implantation de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique au travail. La rencontre a été animée par les chercheurs. Les participants ont signé un formulaire de consentement pour y participer. Ils ont ensuite rempli le questionnaire

après avoir signé un formulaire de consentement spécifique. Les participants ont reçu un cartable contenant 25 outils de gestion des risques psychosociaux (tableau 6). Ces outils portaient soit sur la description des étapes d'une démarche de prévention des problèmes de santé psychologique, soit sur plusieurs facteurs de risques psychosociaux ou soit sur un risque en particulier (la latitude décisionnelle, la demande psychologique, le soutien social et la reconnaissance au travail). La séance d'information, d'une durée de trois heures, a permis de présenter les risques psychosociaux, leurs conséquences sur la santé et sur la performance organisationnelle ainsi que de décrire les outils de gestion contenus dans le cartable.

À la fin de la présentation et suite à des discussions et des exercices en équipe, les gestionnaires ont dû établir une pratique de gestion des RPS qu'ils s'engageaient à mettre en œuvre au cours des trois prochains mois. La majeure partie des présentations était livrée sous forme magistrale, mais les participants étaient amenés à répondre à des questions tout au long de la présentation. Quatre formateurs de l'équipe de recherche ont donné les huit séances d'information sur les risques psychosociaux. Ces dernières se sont déroulées sur les lieux de travail des participants.

4.4 Description des organisations participantes

Après une première rencontre ou un premier contact ayant permis de situer leur démarche en cours, quatre organisations ont été retenues pour participer à l'étude, soit trois organisations publiques (dont le secteur ne peut être précisé afin de préserver la confidentialité) ainsi qu'une grande organisation à but non lucratif œuvrant dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence. La nature des activités de chacune des organisations comporte à la fois du travail technique, de l'expertise spécialisée et des services à la population. Ces activités relèvent, dans tous les cas, de différents niveaux hiérarchiques de gestion. Aux fins de l'étude, nous avons considéré deux catégories, soit les cadres de premier niveau (p.ex. : contremaître, chef d'équipe) et les cadres intermédiaires ou supérieurs (p.ex. : directeur de service, directeur d'unité, vice-président). Un représentant patronal devait signer une entente de collaboration précisant les objectifs de la recherche, les avantages et les risques d'y participer, les modalités utilisées par les chercheurs afin de préserver la confidentialité ainsi que les contributions de l'entreprise.

Dans trois organisations sur quatre, des démarches en vue d'obtenir la certification Entreprise en santé ou Entreprise en santé-Élite sont en cours ou ont réussi.

Organisation 1. L'organisation 1 est un organisme sans but lucratif comptant plusieurs établissements dont trois sont membres d'un comité de travail en prévention de la santé psychologique. Au total, il y a 370 employés (pour l'ensemble des trois établissements participants), dont 27 % de femmes et 30 gestionnaires. L'âge moyen est de 37 ans et les gestionnaires ont en moyenne 19 ans d'ancienneté. Bien que l'organisation ne soit pas engagée dans un processus de certification Entreprise en santé, l'un de ses trois établissements membres participants a néanmoins entrepris le processus de certification. Des entretiens collectifs ont été réalisés auprès des gestionnaires et des représentants des travailleurs des trois établissements participants. Ces entretiens s'inscrivaient dans le cadre de la démarche préventive mise en place au sein de l'organisation et non dans le cadre de la présente étude. Ils étaient animés par une personne neutre, c'est-à-dire ne provenant ni de la partie patronale ni de la partie syndicale. Les participants ont pris part aux entretiens collectifs de façon volontaire. Ils étaient invités à discuter des problèmes vécus dans le cadre de leur travail et qui peuvent porter atteinte à leur santé

psychologique, à celle de leurs collègues et, dans le cas des gestionnaires, à celle de leurs subordonnés.

Dans cette organisation, le comité de travail paritaire en prévention de la santé psychologique rassemble des représentants des établissements participant à la démarche ainsi que des personnes provenant de l'association sectorielle paritaire. Les membres du comité ont participé à l'analyse des points soulevés lors des entretiens collectifs afin de cibler les actions prioritaires. Ainsi, les représentants des travailleurs, du syndicat, des gestionnaires et du patronat discutent des solutions envisageables et prennent ensemble les décisions à l'égard des interventions à effectuer. Les entretiens collectifs ayant été réalisés peuvent donc être qualifiés de diagnostics organisationnels. Ils ont d'ailleurs permis d'établir un plan d'action qui vise, entre autres, la mise en œuvre d'actions en lien avec les risques psychosociaux, en plus d'autres actions de prévention secondaire et tertiaire.

Organisation 2. Il s'agit ici d'une grande organisation publique comprenant plus de 4000 employés, dont 408 gestionnaires. L'organisation comprend 35 % de femmes, dont 20 % d'entre elles sont en situation de gestion. L'âge moyen est de 46 ans et les gestionnaires ont en moyenne 11 ans d'ancienneté. Il est à noter que dans cette organisation, il existe plusieurs secteurs divisés en unités administratives. Le choix d'implanter ou non la norme Entreprise en santé revient donc à chacune des unités. Les unités administratives qui emboîtent le pas dans la démarche créent un comité mieux-être dont les membres, travailleurs et gestionnaires, se chargent de réaliser les activités prévues à leur plan d'action. De plus, des sous-comités sont mis sur pied afin d'aider le comité mieux-être à accomplir certaines actions spécifiques.

L'organisation soutient l'implantation en colligeant toute l'information et en la rendant accessible à tous, en organisant des rencontres entre les représentants des comités mieux-être et les gestionnaires des différentes unités, en organisant des activités, etc. L'organisation libère une personne ressource responsable de la démarche à l'interne afin de soutenir les membres des comités mieux-être dans l'accomplissement des différentes étapes de la démarche.

Dans cette organisation, les diagnostics ont été réalisés par l'INSPQ, à l'aide de questionnaires. L'INSPQ a procédé à l'analyse des données, a fourni des documents contenant les diagnostics, a présenté et expliqué les résultats tout en assurant la confidentialité des réponses. Ainsi, les plans d'action des unités administratives ont été déterminés en fonction de leur diagnostic respectif, ce qui a permis de mieux cibler les activités à mettre en place et de faire un suivi des progrès réalisés.

Étant donné que chacune des divisions de l'organisation procède individuellement à son propre processus de certification Entreprise en santé, le niveau d'avancement varie d'une à l'autre, avec certaines qui en sont au stade de démarrage et d'autres qui sont déjà certifiées Entreprise en santé-Élite. L'organisation dans son ensemble est très active en matière de promotion de la santé.

Organisation 3. Il s'agit ici d'une petite organisation publique certifiée Entreprise en santé. L'INSPQ a également effectué le diagnostic dans cette organisation. À l'instar de ce qui a été mentionné précédemment, l'analyse des résultats fournie par l'INSPQ a permis de mettre en lumière les forces et les faiblesses de l'organisation. Toutefois, bien que l'INSPQ ait apporté un

soutien considérable à la réalisation du diagnostic, cette organisation a fait appel à un consultant afin d'obtenir une expertise supplémentaire pour mieux comprendre les résultats ainsi que pour élaborer son plan d'action.

L'ensemble des activités en lien avec la norme Entreprise en santé dans cette organisation est chapeauté par un porteur de projet, qui agit aussi à titre de ressource responsable de la démarche. Le consultant a d'ailleurs soutenu cette ressource en lui consacrant du temps et en partageant avec elle ses connaissances. Dans cette organisation, le comité mieux-être regroupe des travailleurs ainsi que des gestionnaires de tous les corps de métier et de tous les niveaux hiérarchiques. Parallèlement, des sous-comités, ayant chacun leur sphère d'activité, ont été formés afin de contribuer au déploiement du plan d'action.

Plusieurs activités sont implantées dans la sphère « habitudes de vie » telles que des activités sportives (marche, balle-molle, etc.). Des conférences et des formations ont été également organisées; ces conférences portaient sur divers thèmes comme la gestion du stress ou la nutrition. En ce qui a trait à la sphère « pratiques de gestion », plusieurs actions ont été mises en œuvre telles que des rencontres de codéveloppement destinées aux gestionnaires ainsi que des formations ayant pour but la sensibilisation des travailleurs aux différentes formes de reconnaissance. L'organisation a également mis l'accent sur les moyens de communication pour diffuser l'information relative à la norme et à la démarche.

Organisation 4. Cette organisation du secteur public est constituée de 698 employés dont 47 sont des gestionnaires. L'entreprise a démarré le processus de certification Entreprise en santé en 2011 à la suite du diagnostic posé par l'INSPQ. La démarche est chapeautée par un comité santé mieux-être qui relève du comité de direction. L'ensemble des cinq sites qui composent l'entreprise participe à la démarche de certification. Des activités sont réalisées dans les quatre sphères d'activité (les habitudes de vie, l'environnement de travail, la conciliation travail-vie personnelle et les pratiques de gestion) pour chacun des sites. Un comité travaille spécifiquement sur la communication interne. Par ailleurs, quatre comités sont responsables des quatre sphères d'intervention de la norme. En plus de ceux-ci, des comités locaux sur chacun des sites soutiennent les activités d'intervention. L'organisation apporte une aide financière en allouant un budget à l'implantation d'activités et d'un intranet, en apportant des points d'information réguliers au comité de gestion et aux rencontres du personnel, et en libérant les membres des comités locaux pour permettre l'organisation d'interventions. Par ailleurs, un chargé de projet est libéré à temps plein pour se consacrer à la démarche préventive de l'organisation.

Dans cette organisation, un seul des sites a été contacté. Parmi les gestionnaires de ce site, 41 d'entre eux ont accepté de participer au sondage.

4.5 Caractéristiques des participants

La cueillette de données a eu lieu entre juillet 2013 et février 2014. Selon l'organisation, celle-ci s'est déroulée sur une période s'étalant de 4 à 14 mois. Le tableau 3 fait état du nombre de participants aux deux mesures par questionnaires, aux entrevues individuelles ainsi qu'aux séances d'information. Des formulaires de consentement spécifiques devaient être signés avant de répondre aux questionnaires et de participer aux entrevues individuelles.

Les analyses de variance et de khi-carré ont permis de comparer les personnes ayant répondu uniquement à la première mesure, celles n'ayant répondu qu'à la deuxième et celles ayant rempli les deux questionnaires. Les résultats démontrent qu'il n'existe aucune différence sur le plan des indicateurs sociodémographiques suivants : âge, sexe, scolarité, poste, nombre d'employés supervisés et ancienneté. Au total, 144 personnes ont répondu au premier questionnaire, 166 au deuxième. Ces nombres représentent des taux de participation (nombre de personnes ayant rempli le questionnaire/nombre de personnes invitées) de 58 % et 52 % respectivement. Un total de 118 gestionnaires ont complété les deux mesures (sur 192 ayant complété au moins un des deux questionnaires; taux = 61 %). Le tableau 4 résume les principales caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des participants aux questionnaires. Pour les entrevues individuelles, 15 gestionnaires et 10 intervenants clés y ont participé (dont trois représentants des ASP dont le contenu des entrevues a été utilisé pour structurer la cueillette de données et alimenter la réflexion). Un total de 73 gestionnaires a participé à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS.

Tableau 3 - Nombre de répondants (et taux de réponse) par temps de mesure dans chacune des organisations.

ORGANISATION	Total	Organisation 1	Organisation 2	Organisation 3	Organisation 4
Questionnaire					
Participant au T1 (taux de participation)	144 (58 %)	33 (80 %)	83 (76 %)	12 (48 %)	16 (35 %)
Participant au T2	166 (52 %)	27 (66 %)	106 (56 %)	13 (52 %)	20 (49 %)
Participant T1+T2	118	27	69	11	11
Entrevue individuelle	25**				
Gestionnaire	15	6	5	4	0*
Personne clé	10	3	3	1	0*
Séance de formation avec présentation des outils de gestion des RPS	73	29	28	11	5

Notes : *Organisation recrutée tardivement dans le projet. En raison de conflits d'horaires, il n'y a pas eu d'entrevue réalisée dans cette organisation. **Incluant trois entrevues préparatoires avec représentants des associations sectorielles paritaires.

4.5.1 Questionnaire

Tableau 4 - Caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants aux deux temps de mesure par organisation.

ORGANISATION	Total %	Organisation 1	Organisation 2	Organisation 3	Organisation 4
Poste (% cadres premier niveau)	51,3	74,1	47,8	30,0	36,4
Catégorie d'âge (%)					
18-24	0	0	0	0	0
25-44	38,5	66,7	26,5	45,5	36,4
45-54	38,5	25,9	44,1	45,5	27,3
55 et +	23,1	7,4	29,4	9,1	36,4
Nombre moyen d'employés supervisés par gestionnaire	19,7	40	14,2	11,2	20
Ancienneté dans l'organisation	15,2	16,2	16,5	10,8	8,7
Sexe (% de femmes)	23,1	7,4	25	27,3	45,5
Scolarité (%)					

Secondaire 5 ou moins	9,6	14,8	10,5	0	0
Collégial/Certificat	34,8	77,8	23,9	20,0	9,1
Baccalauréat	29,6	7,4	37,3	50,0	18,2
Maîtrise/Doctorat	26,1	0	28,4	30,0	72,7

4.5.2 Entrevues individuelles auprès des gestionnaires et intervenants clés

Au total, 25 entrevues individuelles ont été réalisées auprès d'intervenants clés (membres des comités d'implantation) et gestionnaires. Parmi les personnes interviewées, on retrouve 15 gestionnaires (dont sept sont des cadres intermédiaires ou supérieurs et huit sont des cadres de premier niveau) et sept sont des personnes clés (représentants des comités d'implantation, représentants ressources humaines). À noter que dans le tableau 5, les trois entrevues préparatoires réalisées auprès des représentants des ASP ne sont pas incluses.

Tableau 5 – Caractéristiques des personnes interviewées selon l'organisation

ORGANISATION	Total	Organisation 1	Organisation 2	Organisation 3	Organisation 4
Nombre d'entrevues	25**	9	8	5	0*
TYPE DE POSTES OCCUPÉS PAR LES PARTICIPANTS					
Gestionnaire	15				
Cadre intermédiaire et supérieur	7	5	0	1	0
Cadre de premier niveau	8	1	5	3	0
Personne-clé	10**				
Personnel clérical	6	3	2	1	0
Technicien	1	0	1	0	0
Nombre de femmes	11				
Gestionnaire	3	0	1	2	0
Intervenant clé	5	2	2	1	0

*Organisation recrutée tardivement dans le projet. En raison de conflits d'horaires, il n'y a pas eu d'entrevue de réalisée dans cette organisation. **Comprend trois entrevues avec des représentants des ASP.

4.5.3 Séance d'information sur les outils de gestion des RPS

Il y a eu un total de huit rencontres collectives auxquelles 73 gestionnaires ont participé. Dans chacune des organisations, les chercheurs ont animé des séances d'information de trois heures sur les outils de gestion des RPS (une à trois rencontres selon l'organisation). Des discussions ont eu lieu avec les gestionnaires participants, mais ces informations ont surtout servi à alimenter les réflexions et n'ont pas été codées puisque le dispositif méthodologique prévoyait plutôt de répondre aux objectifs par le biais des questionnaires longitudinaux et des entrevues individuelles.

4.6 Instruments

4.6.1 Développement d'un recueil d'outils de gestion des RPS à l'intention des gestionnaires

Afin de mettre en évidence des opportunités d'intervention pour les gestionnaires et stimuler l'implantation de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique, l'équipe de recherche a procédé à l'analyse, à la traduction et à la création d'outils portant sur les démarches en santé psychologique et les pratiques de gestion favorables à la santé psychologique. Au total, 48 outils ont été analysés et 25 ont été retenus (tableau 6). Ces outils ont été sélectionnés, car ils respectent les critères suivants :

- ils portent sur les risques psychosociaux dont les recherches ont démontré de manière convaincante l'effet sur la santé psychologique, soit : la reconnaissance, la charge de travail, le soutien social, l'autonomie ou encore la démarche de prévention de façon générale;
- leur contenu est en lien avec les principaux modèles théoriques et l'état des connaissances dans le domaine;
- les documents s'appliquent facilement au contexte québécois.

Par la suite, ces outils ont été rassemblés sous la forme d'un cartable et un travail de mise en page et de graphisme a été effectué. Un cartable a été remis à chacun des participants lors de la demi-journée d'information. Il est à noter que :

- un outil a été développé par l'équipe de recherche dans le cadre du projet (Outil 15);
- des outils ont été traduits et adaptés par l'équipe de recherche dans le cadre du projet (Outil 13, Outil 14, Outil 18, Outil 25);
- des outils existants, mais non accessibles au grand public se trouvent dans le cartable (Outil 2, Outil 8, Outil 20).

Tableau 6 – Outils de gestion des risques psychosociaux présentés aux gestionnaires lors de la séance d'information.

Les outils portant sur la démarche	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Guide pour une démarche stratégique des problèmes de santé psychologique au travail</i> (Brun et al., 2009) 2. <i>Les 7 pièces manquantes du management : Fiches-action</i> 3. <i>Sélection des actions efficaces : application d'un cadre de qualité</i> (Samra, Gilbert, Shain, & Bilsker, 2012) 4. <i>Stress au travail : Les étapes d'une démarche de prévention</i> (Chouanière, Langevin, Guibert, & Montagnez, 2011) 5. <i>Santé psychologique au travail : Une démarche structurée pour mieux gérer l'action</i> (Lamarche, 2007) 6. Grille d'identification des risques psychosociaux au travail (Institut national de santé publique du Québec, 2011) 7. Site internet d'intérêt (Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail : www.cgsst.com)
Les outils portant sur plusieurs RPS	<ol style="list-style-type: none"> 8. <i>Guide de pratiques organisationnelles favorables à la santé au travail</i> (Gilbert-Ouimet et al., 2009) 9. <i>Programme de gestion intégrée de la présence au travail</i> (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, 2003) 10. <i>Plan d'action contre l'épuisement professionnel</i> (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, 2001b) 11. Forum sur l'amélioration des conditions d'exercice du travail (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, 2002a)
Outils par facteurs de risque (Présentation des modèles théoriques Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek (1979) et du modèle de Siegrist (Siegrist, 1996) sur le Déséquilibre « Effort-Récompense » et leurs conséquences sur la santé	
La faible autonomie	<ol style="list-style-type: none"> 12. Résumé de la vidéo sur la prise de décisions (disponible dans le site de la Chaire en santé et sécurité du travail : www.cgsst.com) 13. Compétences de gestion en lien avec l'autonomie (traduction libre), (Health & Safety Executive & Chartered Institute of Personnel and Development, 2007). Document tiré de l'étude de Yarker et al. (2008).
La charge de travail excessive	<ol style="list-style-type: none"> 14. Exemples d'actions portant sur la charge de travail (traduction libre), document tiré du site du Health and Safety Executive : http://www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/actionplan.pdf

	<p>15. Plan d'action en santé psychologique inspiré d'un cas réel dans le domaine de l'enseignement (tiré d'un cas réel) (Brun et al., 2007)</p> <p>16. Résumé de la vidéo sur le changement disponible dans le site www.cgsst.com</p> <p>17. Démarche participative sur l'organisation du travail (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, 2001a)</p> <p>18. Compétences de gestion en lien avec la charge de travail (traduction libre), (Health & Safety Executive & Chartered Institute of Personnel and Development, 2007). Document tiré de l'étude de Yarker et al. (2008).</p>
<i>Déséquilibre effort-récompenses</i>	<p>19. Présentation du modèle de Siegrist (1996) et des conséquences sur la santé et la performance organisationnelle et résumé de la vidéo sur la reconnaissance disponible tirés du site www.cgsst.com</p> <p>20. Tableau synthèse sur la reconnaissance (Brun & Dugas, 2002)</p>
<i>Soutien</i>	<p>21. Résumé de la vidéo sur le soutien disponible dans le site www.cgsst.com</p> <p>22. <i>Le soutien social : pour améliorer la qualité de vie au travail</i> (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur "administration provinciale", 2008)</p> <p>23. <i>Une valeur sûre : le soutien social</i> (Legault, 2012)</p> <p>24. Groupe d'entraide (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, 2002b)</p> <p>25. Compétences de gestion en lien avec le soutien (traduction libre) (Health & Safety Executive & Chartered Institute of Personnel and Development, 2007). Document tiré de l'étude de Yarker et al. (2008).</p>

4.6.2 Questionnaires

L'annexe A contient le détail des items composant chacune des échelles, la répartition de ces items dans chacun des facteurs construits à la suite des analyses factorielles ainsi que les échelles de réponse, coefficients de consistance interne et références de ces instruments.

4.6.2.1 Les mesures des caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles

Le sexe, la catégorie d'âge, le nombre d'employés supervisés par le gestionnaire, le nombre d'années d'ancienneté, le degré de scolarité et le type de poste occupé (cadre de premier niveau par rapport à cadre intermédiaire/supérieur) ont été pris en compte.

4.6.2.2 Les mesures des caractéristiques individuelles et indicateurs de santé

L'ouverture face aux changements. Cette échelle mesure le degré d'ouverture au regard de la démarche en santé psychologique dans l'organisation (Randall, Nielsen, & Tvedt, 2009). Elle évalue à quel point le répondant est confiant que la démarche engendrera des résultats positifs sur les conditions de travail et dans quelle mesure il est prêt à accepter ces changements ("readiness for change"). L'échelle de réponse varie de 1 (totalement en désaccord) à 4 (totalement en accord). Elle a été traduite à rebours en français et la consistance interne est adéquate ($\alpha = 0,74$).

La détresse psychologique. La détresse psychologique, qui a été mesurée à l'aide du K6 (Kessler et al., 2002), est un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui apprécie deux des plus fréquents syndromes observés en santé mentale soit la dépression et l'anxiété. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique de ces pathologies, mais plutôt d'un instrument permettant d'identifier les personnes les plus à risque de développer ce genre de pathologies. Il comprend six questions évaluant la présence de symptômes au cours du dernier mois. L'échelle de réponse varie de 1 (jamais) à 5 (tout le temps) ($\alpha = 0,80$).

4.6.2.3 Les mesures des caractéristiques de l'environnement psychosocial

Les échelles mesurant les caractéristiques psychosociales sont les mêmes que celles utilisées dans le cadre de *l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail* (EQCOTESST) (Vézina et al., 2011). L'échelle de réponse varie de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord).

La latitude décisionnelle. Cette échelle mesure la capacité d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles, et la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Les cinq questions utilisées proviennent d'une adaptation du *Job Content Questionnaire* (JCQ) (Karasek, 1985). La qualité psychométrique de la traduction française de cet indicateur (à neuf questions) a été démontrée (Brisson & Larocque, 2001). L'alpha de Cronbach de 0,57 représente une consistance interne similaire à celle obtenue auprès de la population québécoise (EQCOTESST $\alpha = 0,61$).

Les demandes psychologiques. Ce construit réfère à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps auxquelles le travailleur doit faire face. Les six questions qui le mesurent proviennent de la version courte à six questions du JCQ (Karasek, 1985). Une question provenant de la version à neuf questions a été ajoutée afin de mesurer les interruptions et dérangements dans la réalisation du travail. La version française de cette échelle a été validée (Brisson & Larocque, 2001; Larocque, Brisson, & Blanchette, 1998). La consistance interne est adéquate ($\alpha = 0,77$).

Le soutien social. Les sept questions utilisées pour mesurer le soutien social au travail proviennent également du JCQ, mise à part une question qui est tirée du *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010) (« À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe »). La consistance interne est adéquate ($\alpha = 0,78$).

La reconnaissance réfère aux récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (un salaire satisfaisant), sociales (l'estime et le respect tant de la part des collègues que des superviseurs) ou organisationnelles (une sécurité d'emploi et de bonnes perspectives de promotion). La reconnaissance a été mesurée par six questions, provenant de l'instrument de Siegrist (1996), auxquelles deux autres questions tirées du COPSOQ ont été ajoutées (Pejtersen et al., 2010). L'alpha de Cronbach démontre une bonne consistance interne ($\alpha = 0,74$).

Les relations avec les subordonnés. Deux items ont été créés aux fins de l'étude afin de mesurer la qualité des relations avec les employés : « Mes subordonnés font preuve d'ouverture d'esprit » et « Mes relations avec mes subordonnés sont harmonieuses ». Les deux items sont corrélés à 0,52 et l'échelle de réponse varie de 1 (totalement en désaccord) à 4 (totalement en accord).

4.6.2.4 Les mesures du contexte organisationnel

Climat de sécurité psychosociale. Le climat de sécurité psychosocial (psychosocial safety climate-PSC) a été mesuré à l'aide du PSC-12 (Hall et al., 2010). Cet outil comporte 12 items formant quatre dimensions : 1) l'engagement de la direction; 2) l'établissement du climat psychosocial de santé comme étant une priorité dans l'organisation; 3) la communication en lien avec les enjeux de santé psychologique; 4) la participation de tous les niveaux hiérarchiques dans les démarches préventives en santé psychologique. Les items sont mesurés sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord); $\alpha = 0,89$. Voici un exemple d'item : « La haute direction considère clairement la santé psychologique comme étant importante ». Comme d'autres études, la présente recherche n'utilise que la dimension générale du PSC et non ses quatre sous-facteurs (Dollard & Bakker, 2010; Dollard & Karasek, 2010; Law et al., 2011).

Organisation apprenante. L'échelle d'organisation apprenante (« learning organization ») a été traduite à rebours du D-LOQ (Marsick & Watkins, 2003). Cette échelle comporte sept items touchant chacune une des sept dimensions suivantes : 1) l'apprentissage en continu; 2) l'enquête et le dialogue; 3) la collaboration et l'apprentissage en équipe; 4) système pour capter l'apprentissage; 5) donner le pouvoir d'agir/habiliter les gens; 6) connecter l'organisation; 7)

assurer un leadership stratégique pour l'apprentissage. Les réponses varient sur une échelle de 1 (presque jamais) à 6 (presque toujours). Voici un exemple d'item : « Mon organisation reconnaît les personnes qui prennent des initiatives ». La consistance interne est adéquate ($\alpha = 0,86$).

L'accès à de la formation/de l'information sur la gestion des personnes. Deux items ont été créés aux fins de la présente étude afin d'évaluer si les gestionnaires ont accès à de l'information et de la formation sur la gestion des personnes : « Je reçois régulièrement de l'information pour m'aider à mieux gérer les personnes dans mon équipe » et « Dans mon organisation, il y a régulièrement des formations sur la gestion des personnes ». La corrélation entre les deux items est de 0,51 et l'échelle de réponse varie de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord).

4.6.2.5 Les variables dépendantes : l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé

L'adoption d'une pratique à la suite de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS. Lors de la deuxième mesure par questionnaire, les gestionnaires ont été interrogés à savoir s'ils avaient participé à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS offerte par les chercheurs. Ils devaient également indiquer s'ils avaient tenté de mettre en œuvre une pratique de gestion des RPS au cours des trois derniers mois, puis la décrire et préciser si celle-ci était inspirée des résultats d'un diagnostic organisationnel réalisé dans l'entreprise. Ils spécifiaient également si parmi la ou les pratique(s) de gestion retenue(s), au moins une constituait un changement majeur dans l'équipe.

Les besoins des gestionnaires. Les gestionnaires ont indiqué s'ils avaient rencontré des difficultés lors de l'implantation de cette pratique de gestion, ainsi que les effets sur les employés. Ils ont, par ailleurs, signalé s'ils avaient pris connaissance du contenu du cartable d'outils sur la gestion des RPS. Ils ont dû ensuite répondre à la question : « Qu'est-ce qui pourrait vous aider à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé des personnes? ».

Les pratiques de gestion favorisant la santé. Cette échelle comprend 18 items (voir Annexe A) ayant initialement été conçus dans le cadre d'un vaste projet d'intervention longitudinal réalisé par le Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST) dans une grande entreprise québécoise (Gilbert-Ouimet et al., 2009). Les gestionnaires concernés par ce projet ont dû tenir un registre d'interventions dans lequel ils inscrivaient les changements implantés dans leur unité. Les 18 catégories de changements visaient à réduire les risques psychosociaux (demande psychologique élevée, faible latitude décisionnelle, faible soutien social, pauvre reconnaissance) (annexe A). Des études démontrent que les employés qui ont perçu que les interventions avaient eu sur eux des répercussions positives rapportent une diminution de l'exposition aux risques psychosociaux (Hasson et al., 2014). Les items ont été prétestés par leurs auteurs afin de déterminer les problèmes de compréhension auprès de 10 répondants, puis, après avoir été raffinés, auprès de 20 répondants. La procédure utilisée pour la tenue des registres des interventions et la cohérence entre les changements prévus et implantés est décrite ailleurs (Gilbert-Ouimet et al., 2011). Dans le cadre de la présente étude, les gestionnaires ont été interrogés afin d'établir dans quelle mesure ces pratiques de gestion correspondaient à leur façon d'agir envers le personnel sous leur supervision au cours des 12 derniers mois. L'échelle de réponse varie de 1 (ne correspond jamais à mes

pratiques) à 4 (correspond très souvent à mes pratiques). Une analyse factorielle avec rotation orthogonale (Varimax) a été effectuée afin de déterminer des sous-catégories de pratiques de gestion. Trois facteurs ont été retenus, avec des valeurs propres (Eigenvalues) supérieures à 1,00. Les items montrent tous une bonne qualité de représentation (« final communality estimates ») (>0,25). Un item (« Remplacer les employés lors des absences ») a été éliminé puisqu'il appartenait aux trois facteurs. La structure factorielle est méritoire (Kaiser's MSA = 0,83).

4.6.3 Les guides d'entrevue individuelle

Rappelons que ce sont 22 entrevues semi-dirigées qui ont été réalisées auprès des gestionnaires et d'informateurs clés de trois organisations sur les quatre participant au projet. Les entrevues avec les trois représentants des ASP étaient construites différemment et n'ont pas été codées puisque les informations fournies ont plutôt servi à alimenter 1) la réflexion des chercheurs; 2) la construction des outils de cueillette de données, dont le guide d'entrevue individuelle. Le schéma d'entrevue comporte **trois** blocs de questions. Les questions d'amorce (questions générales) permettent à la fois de créer un climat favorable à l'expression des opinions du participant et de recueillir des informations au regard du contexte général.

Le deuxième bloc de questions concerne les étapes d'une démarche de prévention en santé : la préparation de la démarche, le diagnostic, l'identification des problèmes concrets, l'élaboration des solutions et l'implantation des actions. Pour chacune de ces étapes, l'interviewer investiguait les actions mises en place, et ce, plus particulièrement au regard des facteurs qui les facilitent ou les entravent. Ainsi, pour chacune des questions principales, des questions d'investigation – destinées à compléter ou à clarifier une réponse incomplète ou floue – et d'engagement – visent à élaborer avec précision une idée – étaient formulées à partir du discours du participant. Le dernier bloc ne comporte que quelques questions visant à clore l'entrevue et à s'assurer qu'il n'y avait pas d'autres aspects ou thématiques que le participant aurait aimé aborder. Le tableau 7 présente des exemples de questions principales pour chaque bloc de questions.

Tableau 7 – Exemples de questions du guide d'entrevue individuelle

BLOC	THÈME	EXEMPLE DE QUESTION
1	Question d'amorce	Que savez-vous de la démarche Entreprise en santé ?
2	Préparation de la démarche	Qu'est-ce qui a pu influencer l'appropriation de la démarche ?
	Diagnostic	Comment s'est déroulée la présentation des résultats du diagnostic?
	Identification des problèmes concrets	Comment s'est déroulée l'identification des problèmes concrets?
	Élaboration des solutions	Comment s'est déroulée l'élaboration des solutions ?
	Implantation des actions et suivi	Comment s'est déroulée l'implantation des actions ?
3	Question de clôture	De manière générale, quels sont, selon vous, les facteurs qui ont facilité ou entravé l'appropriation de la démarche? Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?

4.7 Analyses

4.7.1 Analyses statistiques

Saisie des données. Pour les deux temps de mesure, les données relatives à la version papier du questionnaire ont été saisies à deux reprises (méthode de la double saisie) par l'équipe de recherche dans le but de maximiser leur intégrité. La version Web du questionnaire automatise cette étape. Les deux sources de données ont ensuite été examinées selon des procédures standardisées (Tabachnick & Fidell, 2012) afin de percevoir les données aberrantes et de vérifier la normalité des distributions. La manipulation des données et les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.1.3 (SAS Institute, 2004). Le seuil alpha a été fixé à 5 % et tous les tests sont bilatéraux.

Représentativité des participants aux deux évaluations. Certains participants ont quitté l'étude avant d'avoir complété la seconde évaluation alors que d'autres se sont joints à l'étude (et n'avaient pas participé à la première évaluation). Afin de maximiser la puissance statistique des tests inférentiels tout en respectant la représentativité des échantillons, les participants ayant

complété *au moins une* des deux évaluations ont été inclus dans les analyses (mis à part les analyses longitudinales qui incluent les participants aux deux temps de mesure).

Toutefois, pour s'assurer de l'absence de biais d'échantillon, les participants s'étant joints à l'étude et ceux n'ayant que complété la première mesure ont été comparés à leurs collègues qui ont finalisé les deux évaluations sur une série d'indicateurs sociodémographiques (c.-à-d. âge, sexe, scolarité, poste, nombre d'employés supervisés et ancienneté, détresse psychologique et épuisement émotionnel) à l'aide de tests du khi-carré et d'analyses de variance.

Changement longitudinal. Afin d'étudier le changement longitudinal chez les participants, une série d'analyses de variance en modèle mixte linéaire a été réalisée pour chacune des variables à l'étude. Le changement temporel dans chaque groupe a été estimé à l'aide de tests d'effets simples (Kirk, 1995). L'analyse en modèle mixte a été préférée à la traditionnelle ANOVA à mesures répétées en raison de sa capacité à conserver les observations longitudinales incomplètes (augmentant ainsi la puissance des tests tout en favorisant une plus grande représentativité des conclusions) et de sa plus grande robustesse à la non-normalité des données et aux groupes de taille inégale (Keselman, Algina, & Kowalchuk, 2001). Ces analyses en modèle mixte ont également été utilisées pour évaluer si la séance d'information offerte par les chercheurs sur les outils de gestion des RPS était associée à des changements longitudinaux chez les répondants.

Afin de déterminer les conditions initiales (au Temps 1) qui influencent l'adoption de pratiques de gestion (au Temps 2), des régressions linéaires multiples avec une entrée standard des prédicteurs ont été réalisées. Cette analyse vise à estimer la contribution relative des caractéristiques individuelles, de l'environnement psychosocial de travail et des perceptions du contexte organisationnel au Temps 1 dans l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2.

4.7.2 Analyses qualitatives

Toutes les entrevues ont été transcrites et l'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse de données mixtes QDA Miner 4.1.7 (Provalis Research, 2013). Dans un premier temps, le corpus d'entrevues a été segmenté en unités de sens pour lesquelles un libellé, une étiquette, leur a été attribué (codes). Une méthode inductive, qui laisse émerger les thèmes sans catégories *a priori* provenant de la littérature, a été privilégiée. Pour ce faire, deux codeurs, formés en analyses qualitatives et spécialisés en santé psychologique au travail, ont étudié six entrevues, choisies au hasard, de manière simultanée et indépendante afin d'établir une première liste des facteurs facilitants et entravants. Les 16 autres entrevues ont été codées par un seul codeur. Cette étape a permis, entre autres, la bonification de la liste de facteurs facilitants et entravants, et la clarification de certains codes (facteurs). Dans un deuxième temps, la liste de codes a été validée par un troisième codeur expert en analyse qualitative et en santé psychologique au travail. Cette étape a permis d'augmenter l'objectivité et la justesse du processus de codage (Hannah & Lautsch, 2010). Ensuite, la thématisation (regrouper les facteurs facilitants et entravants en catégories) a été réalisée (inspirée et adaptée) à partir de deux cadres conceptuels, c'est-à-dire le modèle permettant de catégoriser l'information selon qu'elle concerne le Contexte, le Contenu, le Processus ou les Résultats de l'intervention (CCPR) et celui du changement planifié (Collerette et coll., 2013).

5. RÉSULTATS

5.1 Description des démarches organisationnelles en santé psychologique au travail en cours

Le tableau 8 résume les démarches de prévention en santé psychologique identifiées par les répondants aux deux questionnaires et les participants aux entrevues. Les activités liées à l'implantation de la norme Entreprise en santé sont les plus fréquemment citées, suivies du programme d'aide aux employés. Il est à noter que plusieurs activités sont en cours dans chacune des organisations, comme le suggèrent les entrevues individuelles. Par contre, ce ne sont pas tous les gestionnaires qui sont bien informés de l'ensemble de ces activités. D'ailleurs, certains d'entre eux ayant répondu au questionnaire et participé à l'entrevue individuelle indiquent n'être au courant d'aucune démarche. Plusieurs activités sont en cours, mais celles-ci ne sont pas toujours visibles ou encore, elles ne sont pas retenues par les gestionnaires comme étant spécifiquement des actions préventives en santé psychologique. Par exemple, dans le cas des entreprises engagées dans le processus de certification Entreprise en santé, la sphère « pratique de gestion » de la norme semble être une zone floue. Les gestionnaires utilisent, dans leurs pratiques quotidiennes, une variété d'outils, de comportements, d'attitudes, sans nécessairement reconnaître ces pratiques comme étant des actions préventives. Les mécanismes de consultation et de participation comme les comités ou les réunions d'équipe ou la révision des rôles et des charges de travail peuvent être utilisés sans que le gestionnaire ne soit conscient de leurs effets sur la santé psychologique du personnel. Pourtant, de nombreuses études démontrent clairement l'impact des pratiques de gestion sur la santé psychologique et le bien-être du personnel, mais ces pratiques sont moins visibles, car elles ne sont pas étiquetées comme faisant partie d'une démarche spécifique. Les démarches et infrastructures formelles sont donc plus fréquemment citées par les gestionnaires. Dans le tableau 8, les gestionnaires qui ont répondu aux questionnaires et participé aux entrevues citent en grande majorité des activités structurées et formelles, alors que rares sont ceux qui réfèrent à des pratiques de gestion ayant été modifiées ou bonifiées dans le cadre de la démarche de prévention.

Tableau 8 – Description des démarches en cours selon les réponses des gestionnaires et des intervenants clés aux deux vagues de questionnaires et aux entrevues individuelles

QUESTIONNAIRES - Nommez les démarches en santé psychologique qui sont en cours actuellement dans votre milieu (nombre de répondants au questionnaire ayant indiqué cette activité sur 192 répondants)	ENTREVUES INDIVIDUELLES (22)
Activités liées à l'implantation de la norme Entreprise en santé (58) Programme d'aide aux employés (48) Comité santé mieux-être/comité paritaire sur la prévention de la détresse psychologique/sur la reconnaissance (15)	

Activités sur la reconnaissance (15)	Formation des gestionnaires à la reconnaissance (6) Activités de reconnaissance (7)
Aucune (13)	
Démarche (formation, comité, politique) sur le harcèlement (11)	
Démarche (formation, comité, politique) sur la civilité au travail (9)	
Formation aux gestionnaires sur le leadership mobilisateur (7)	
Interventions des superviseurs lors de situations de crise chez les employés/ <i>Debriefing</i> (6)	
Plan de mobilisation du personnel (6)	
Projet de recherche avec l'Université Laval (présent projet) (5)	
Restructuration (2)	
Groupe de discussion sur la détresse psychologique (2)	
Observation des signes de détresse chez les collègues et les employés (2)	
Programme de remboursement d'activités physiques (2)	Activités sportives (7) + remboursement des dépenses pour activités sportives et culturelles (4) + salle d'entraînement (1)
Uniformisation des procédures, clarification des rôles et répartition des tâches (2)	
Aménagement du temps de travail (1)	
Conférences (3)	Colloque (1) + dîner-conférence (6) + formations sur les habitudes de vie + conférences sur différents thèmes (7)
Poignée de main du président (1)	
Guide de reconnaissance (1)	
½ journée sans réunion (1)	
Comité de santé et de sécurité au travail (1)	
Mentorat (1)	Codéveloppement entre gestionnaires (1)
Création d'un poste de gestionnaire pour favoriser proximité (1)	
	Moyens de communication (journal interne, babillard) (6)
	Distribution d'aliments sains (5)
	Souligner certaines occasions (4)
	Demi-journée de l'employé (4)
	Faire des rencontres d'équipe (3)
	Formation des gestionnaires au PAE (2)
	Atelier de cuisine (2) et partage de recettes (2)
	Activité sur la gestion du stress (2)

Boîte à suggestions (2)
Ajout d'une bibliothèque sur le lieu de travail
(2)
Activité sur la santé (1)
Distribution de podomètre (1)
Accompagnement individuel en santé (1)
Sensibilisation sur la consommation
raisonnable d'alcool (1)
Participation des employés aux décisions (1)
Massage sur chaise (1)
Vérification de la qualité de l'air (1) +
vérification du milieu de travail (1)
Acquisition de défibrillateurs (1)
Réaménagement des horaires de travail (1)

Note : Ce tableau ne fait qu'indiquer la fréquence à laquelle les répondants mentionnent être au courant d'une activité. Il ne permet pas de décrire les démarches en cours dans les organisations puisqu'il existe de la redondance entre les activités (p.ex. : un comité santé mieux-être peut faire partie d'une des actions mises en œuvre dans le cadre de la norme Entreprise en santé).

Constat 1 : Toutes les démarches organisationnelles de prévention en santé psychologique visent la modification des pratiques de gestion, mais l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé ne fait pas toujours partie d'une démarche organisationnelle structurée.

5.2 Résultats des entrevues individuelles - Facteurs facilitant et entravant les démarches organisationnelles en santé psychologique

L'analyse qualitative des 22 entrevues auprès de gestionnaires et intervenants clés a permis d'établir 55 facteurs spécifiques qui facilitent ou qui entravent l'ensemble de la démarche préventive (tableau 9). Comme mentionné précédemment, le classement de ces facteurs (la création des catégories) s'inspire de deux modèles théoriques : le modèle d'évaluation Contexte - Contenu - Processus - Résultats (Armenakis & Bedeian, 1999; Karanika-Murray & Biron, 2015b) et le changement planifié (Collerette et coll., 2013). Dans le cadre des résultats qualitatifs, la quatrième dimension du modèle d'évaluation, *Résultats*, n'a pas été investiguée puisqu'il ne s'agit pas ici de déterminer si les interventions engendrent les changements escomptés (par exemple amélioration de la santé ou réduction de l'absentéisme). Ainsi, les facteurs spécifiques qui facilitent ou entravent la démarche d'intervention sont regroupés en facteurs qui s'inscrivent dans une démarche de changement planifié et, au final, selon les dimensions du modèle d'évaluation.

Tableau 9 – Facteurs facilitant et entravant les démarches préventives en santé psychologique

Modèle intégré		Facteurs spécifiques	Facilitant		Entravant		TOTAL	
Modèle d'évaluation	Mécanisme du changement planifié		N	%	%	N	N	
Contexte	Conjoncture et profils organisationnels	Caractéristiques organisationnelles	Proximité des travailleurs	1	5	---	---	1
			<i>Manque de proximité des travailleurs</i>	---	---	32	7	7
		Expertise des ressources humaines	Être membre d'une mutuelle	1	5	---	---	1
			Opportunité de participer à un projet pilote	2	9	---	---	2
		Culture et dynamique interne	<i>Relations de travail tendues entre les parties engagées dans la démarche</i>	---	---	18	4	4
	Enjeux de l'opération de changement	Approche de gestion	Intégration de la démarche à la planification stratégique	5	23	---	---	5
			Initiative syndicale	2	9	---	---	2
		Communication des étapes de la démarche	Promotion de la démarche	8	36	9	2	10
		Vision globale des résultats attendus	Objectifs communs des différentes parties	1	5	---	---	1
			Engagement de la direction	13	59	9	2	15
		Structure de la démarche	Image de marque de la certification	3	14	---	---	3
			<i>Complexité de la démarche</i>	---	---	23	5	5
<i>Appropriation de la démarche (manque)</i>			---	---	13	3	3	
Processus	Acteurs en présence	Leader d'opinion	Engagement des gestionnaires	5	23	18	4	9
			Engagement des employés	6	27	18	4	10
			Engagement du syndicat	3	14	---	---	3
	Champion de la démarche	Ressource responsable de la démarche	6	27	---	---	6	
	Description de la situation	Méthode	<i>Appréhension à l'égard de la méthode utilisée pour déterminer les problèmes concrets</i>	---	---	9	2	2

	actuelle		Participation des travailleurs pendant les heures de travail	5	23	---	---	5
			Appropriation des résultats par les gestionnaires	4	18	5	1	5
			<i>Précision dans les résultats (manque)</i>	---	---	18	4	4
	Acteurs du changement	Expertise interne	Ressources humaines	6	27	---	---	6
			Personne experte en santé dans le CSME ¹	1	5	---	---	1
			Comité intersites	5	24	---	---	5
		Expertise externe	INSPQ ³ (pour le diagnostic)	6	27	---	---	6
			Ressource (publique) en santé	4	18	---	---	4
			Association sectorielle paritaire	4	18	---	---	4
			Consultant	3	13	---	---	3
			Formation sur la démarche Entreprise en santé	2	9	---	---	2
			Outils sur le Web	2	9	---	---	2
			Commission de la santé et de la sécurité du travail	1	5	---	---	1
			Mutuelle de prévention	1	5	---	---	1
			RIPOST ⁴	1	5	---	---	1
			Outils développés par la CGSST ⁵	1	5	---	---	1
			Étalonnage auprès d'autres organisations EES	3	14	---	---	3
	Mécanisme de coordination	Comité de suivi et de pilotage	Mise sur pied du comité santé et mieux-être CSME	8	36	---	---	8
			Adapter les horaires de réunions du CSME aux réalités des membres	3	14	---	---	3
			Diversité des parties et des corps d'emploi	6	27	---	---	6

¹ Comité santé mieux-être (ou autre comité ayant des objectifs similaires)

³ Institut national de santé publique du Québec

⁴ Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail

⁵ Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations de l'Université Laval

			CSME						
			Mise en place de sous-comités	4	18	---	---	4	
			<i>Roulement des membres du CSME</i>	---	---	5	1	1	
			<i>Éloignement géographique des membres du CSME</i>	---	---	5	1	1	
			<i>Divergence de points de vue des membres du CSME</i>	---	---	18	4	4	
	Ressources humaines et financières disponibles	8	36	---	---	8			
	Incidences financières	Ensemble de la démarche	Environnement de travail	<i>Coûts élevés engendrés par la démarche</i>	---	---	9	2	2
				<i>Coûts élevés des installations</i>	---	---	5	1	1
	Contenu	Actions à réaliser	Nature	Pertinence et valeur des activités	2	9	14	3	5
				<i>Activités réalisées hors du lieu de travail</i>	---	---	5	1	1
<i>Espace restreint sur le lieu de travail</i>				---	---	5	1	1	
Séquence			Tenir des activités pendant les heures de travail	4	18	5	1	5	
			<i>Nombre élevé d'activités entreprises</i>	---	---	9	2	2	
Accompagnement dans la mise en œuvre			Formation des gestionnaires aux pratiques de gestion	2	9	---	---	2	
			Soutien des supérieurs	1	5	---	---	1	
			Proximité de la ressource responsable de la démarche auprès des gestionnaires	1	5	---	---	1	
			<i>Outils pour intervenir (manque)</i>	---	---	32	7	7	
			<i>Charge de travail élevée</i>	---	---	9	2	2	

Légende : les facteurs en italique sont seulement des facteurs entravants alors que les autres facteurs peuvent être à la fois facilitateurs et entravants.

5.2.1 Les facteurs de contexte

Les éléments de contexte concernent plus précisément l'analyse de la conjoncture et des profils organisationnels qui correspondent au contexte et à l'environnement actuels de l'organisation.

5.2.1.1 La conjoncture et les profils organisationnels

D'abord, les caractéristiques organisationnelles qui se traduisent par une seule dimension, mais qui représente tantôt un facteur facilitant, tantôt un facteur entravant : la *proximité des travailleurs* (n = 1) sur un même lieu de travail favorise la tenue et l'accès aux activités de la démarche. Inversement, un *manque de proximité des travailleurs* (n = 7), c'est-à-dire leur dispersion sur plusieurs sites, représente un frein pour l'organisation des activités, comme l'illustre l'extrait suivant.

On connaît nos collègues, mais je les vois pas tous, nous ce qui arrive [...] c'est qu'il y a 10 endroits où il y a des employés. C'est une autre problématique d'essayer de rejoindre tout le monde. [B1CLÉ]⁶

Un autre facteur concerne l'expertise des ressources humaines – l'expertise que possède l'organisation –, plus précisément, *être membre d'une mutuelle de prévention* (n = 1) offre une expertise et des outils alors que d'avoir eu *l'opportunité de participer à un projet pilote* (n = 2) permet d'acquérir des connaissances plus spécifiquement au regard de la démarche Entreprise en santé. Un seul facteur spécifique, *relations de travail tendues entre les parties engagées dans la démarche* (n = 4) a été relevé comme un facteur entravant au regard de la culture et de la dynamique internes.

Au départ on était dans une négociation de convention collective aussi, alors on venait tous avec des réserves un peu : « qu'est-ce qu'ils veulent eux de leur bord? » [A5GES]

5.2.1.2 Enjeux de l'opération de changement

L'approche de gestion est l'un des facteurs facilitants, plus précisément, le fait que la démarche soit issue d'une *initiative syndicale*⁷ (n = 2), ou que la démarche soit *intégrée à la planification stratégique* (n = 5) de l'organisation, comme l'illustre l'extrait suivant.

Ça perdurerait certainement, en fait au-delà du projet de certification Entreprise en santé, je parlais de philosophie tantôt, c'est quelque chose qui est bien intégré [...] qui est l'ensemble des projets associés à la planification stratégique pour les prochaines années. Puis là, dedans s'insère très bien Entreprise en santé, c'est quelque chose qui est bien véhiculé dans l'organisation [A5GES]

⁶ Légende du code alphanumérique : Lettre = organisation; chiffre = numéro du participant; GES ou CLÉ = statut du participant, soit gestionnaire ou informateur clé.

⁷ Ce facteur est spécifique à une seule organisation qui est sans but lucratif (OSBL).

L'engagement de la direction qui se traduit par son adhésion à la démarche est le facteur spécifique le plus rapporté par les participants (n = 15). Si pour la grande majorité, cet engagement fut un levier (n = 13), pour deux participants, le manque d'adhésion de la direction a entravé la démarche.

L'engagement du CA, du comité de direction qui a aidé énormément à l'intégration, à vendre ces interventions-là, à les rendre intéressantes à les rendre vivantes. Cet engagement-là aide à ce que les gens sentent que c'est quelque chose sur lequel l'employeur désire d'investir, et il ne le fait pas juste pour avoir une étiquette. [A5GES]

L'adoption d'une vision globale des résultats attendus par l'établissement, et ce, par l'établissement d'*objectifs communs pour les différentes parties engagées* dans la démarche représente également un facteur spécifique facilitant (n = 1).

La communication des étapes de la démarche, plus particulièrement faire la *promotion de la démarche* au sein de l'organisation est un facteur spécifique relevé par près de la moitié des participants aux entrevues individuelles (n = 10). Il s'agit d'un levier lorsque réalisée (n = 8) ou un frein lorsque la communication est insuffisante (n = 2), comme l'illustre, respectivement, les deux extraits suivants.

Je dirais que ça a été quand même expliqué. Les employés ont eu l'information. Quand on a eu l'occasion de se rencontrer pour différentes activités, [cela a été discuté], les gens savaient à quoi s'attendre. [C6CLÉ]

Ce n'est pas diffusé, on n'a pas d'affiche. La seule chose, c'est quand on a fait les groupes de discussion, on a eu des affiches, quelque chose pour démontrer qu'on avait besoin des personnes, mais ça n'a pas été plus diffusé, le projet en tant que tel. [A3CLÉ]

Enfin, la structure de la démarche qui se traduit par l'*image de marque de la certification* (n = 3) représente un facteur facilitant. Par ailleurs, la *complexité de la démarche* (n = 5) et le *manque d'appropriation* (n = 3) de celle-ci sont deux facteurs spécifiques qui représentent des freins à la démarche. La complexité de la démarche est illustrée dans l'extrait suivant.

Je vous dirais que c'est assez complexe, les comités à ABC [nom de l'organisation] ont comme objectif [d'être] d'entreprise en santé avec certification BNQ. Mais avec la certification, il y a beaucoup d'exigences à rencontrer, il y a beaucoup de paperasse finalement. C'est lourd, ça alourdi [...] Moi je pense que l'on aurait pu s'en aller vers ça puis faire de quoi de bien, puis ça l'aurait pris pas mal moins de temps, puis on aurait pu mettre plus d'énergie sur des activités et des choses qui vont avoir de l'impact au niveau des gens [plutôt] que toute l'énergie que je mets à faire des papiers qui ont aucun impact pour personne. Je suis un petit peu tanné. Ça devient lourd. [C8CLÉ]

Constat 2. Parmi les éléments du contexte organisationnel, l'engagement de la direction dans la démarche est le facteur facilitant le plus rapporté par les participants. L'intégration de la démarche à la planification stratégique et une bonne promotion de la démarche à l'interne sont aussi des éléments facilitateurs. Par contre, le manque de proximité des travailleurs, la complexité de la démarche et les relations de travail tendues sont cités comme des obstacles.

5.2.2 Les facteurs du processus

Le processus de l'intervention est la catégorie qui regroupe le plus de facteurs facilitants et entravants : les étapes du changement planifié sont au nombre de cinq et se divisent en huit sous-dimensions et en 32 facteurs spécifiques.

5.2.2.1 Les acteurs en présence

Le premier facteur concerne la présence et l'engagement des leaders d'opinion. Alors que *l'engagement du syndicat* a seulement été relevé comme un facteur facilitant (n = 3), *l'engagement des gestionnaires* est un facteur facilitant pour cinq participants alors que le manque d'engagement de ces derniers a été relevé par quatre participants (pour un total de neuf participants). *L'engagement des employés* est à la fois un facteur facilitant (n = 6) et entravant (n = 4), pour un total de 10 participants ayant relevé ce facteur spécifique.

Enfin, identifier un champion de la démarche qui se traduit concrètement par *une ressource humaine qui est responsable de la démarche* est un facteur qui a été rapporté comme facilitant par six participants.

On sent la pression de sa part [la responsable de la démarche] puis aussi de l'aide de sa part. Si on a des questions on l'appelle et généralement elle nous oriente. Comme les conférences, elle nous en a trouvé deux, ou c'est elle qui nous a fourni l'information pour les avoir. [B5GES]

5.2.2.2 Description de la situation actuelle

Au regard de la description de la situation actuelle, deux participants ont fait part de leur *appréhension à l'égard de la méthode utilisée pour l'identification des problèmes concrets* (n = 2), et ce, par rapport au fait de discuter de ces facteurs en groupe. Par ailleurs, en ce qui a trait à la passation du questionnaire, le fait que *les travailleurs remplissent le questionnaire pendant les heures de travail* (n = 5) facilite la démarche. Quatre participants mentionnent que le manque de précision dans la présentation des résultats du diagnostic constitue un élément qui entrave la démarche. *L'appropriation des résultats* [du questionnaire] *par les gestionnaires* est un autre facteur relevé par cinq participants, dont quatre rapportent qu'une appropriation suffisante a facilité la démarche.

Je pense que quand ils présentent les résultats, ce ne sont pas que les gens qui travaillent sur le comité qui devraient être là, mais tous les gestionnaires. Nous on l'a fait deux fois et j'essaie d'avoir toujours les

gestionnaires, parce que s'ils ne sont pas là, ils manquent une partie de l'interprétation des résultats. [C1CLÉ]

5.2.2.3 Les acteurs du changement

Le recours et l'accès à de l'expertise **interne** ou **externe** ont été relevés comme des facteurs qui facilitent la démarche. Plus précisément, plusieurs acteurs internes jouent un rôle important en raison de leur expertise. Pour l'essentiel, ce sont les *ressources humaines* (n = 6) et *les comités intersites* (pour les organisations qui possèdent plusieurs établissements) (n = 5) qui offrent un soutien à la démarche. La présence de *personnes expertes au sein du comité santé et mieux-être* (n = 1) est, de façon moins importante, une autre source d'expertise. L'extrait suivant illustre l'expertise apportée par l'une des personnes expertes sur le comité.

On a sur notre comité une intervenante au programme 0-5-30 qui siège avec nous. C'est vraiment génial. Elle est intervenante dans le secteur donc elle nous est arrivée avec des idées, des choses qu'on a pu... ça nous a aidé à mettre notre plan en place et de pas tirer partout. [C1CLÉ]

Les participants ont également relevé le recours à l'expertise externe pour les appuyer dans la démarche. Les ressources évoquées par les participants sont très diversifiées, la plus commune concerne l'expertise et le soutien de *l'Institut national de santé publique du Québec* (INSPQ) (n = 6), et ce, principalement pour l'étape du diagnostic par questionnaire. De plus, la *formation sur la démarche Entreprise en santé* (n = 2) est une autre source d'expertise qui facilite la démarche. Les *associations sectorielles partiaires* (n = 4), des *ressources en santé publique* (n = 4) ainsi que des *consultants externes* (n = 3) offrent également une expertise et un soutien pour la démarche. Accessoirement, la consultation d'*outils sur le Web* (n = 2), d'*équipes de recherche* (p. ex. : CGSST et RIPOST⁸) (n = 2), de la *Commission de la santé et de la sécurité du travail* (n = 1) ou d'une *mutuelle de prévention* (n = 1) représente également des ressources pour les organisations. Certains participants (n = 3) mentionnent par ailleurs l'utilité d'un étalonnage auprès d'autres organisations engagées dans un processus de certification. L'appréciation du soutien et de l'expertise offerts par l'INSPQ est illustrée ci-dessous.

Sans un sondage complet comme celui de l'INSPQ, on n'aurait pas été capable d'en faire un aussi complet à l'interne, donc, ça c'était bienvenue. C'est sûr qu'ils nous fournissent un [questionnaire], qu'ils fassent le diagnostic et qu'ils nous donnent les résultats, et en plus qu'ils viennent nous expliquer les résultats en détails, puis le nombre de fois qu'on veut et nous donne des copies de tout ça bien détaillé, là ça c'est numéro un. [C7CLÉ]

⁸ La Chaire de recherche en gestion de la santé et sécurité du travail et l'Équipe de recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail.

5.2.2.4 Mécanismes de coordination

La coordination de la démarche est principalement assurée par le comité de suivi et de pilotage, qui constitue une source importante de facteurs qui facilitent ou entravent la démarche. D'abord, la *mise sur pied du comité santé et mieux-être* (n = 8) ressort comme un facteur spécifique qui facilite la démarche.

On a un comité de santé mieux-être au travail qui se réunit et qui prend des décisions et [qui] amène des piste de solutions en tant que gestionnaire ou encore qui vont nous aider lors de petits problèmes. [A8GES]

Des *ressources humaines et financières disponibles* (n = 8) pour le comité est également un facteur qui facilite la démarche. De plus, la *diversité des parties et des corps d'emploi* (n = 6) qui sont représentés au comité, la *mise en place de sous-comités* afin de déléguer certaines tâches (n = 4) ainsi que l'*adaptation des horaires à la réalité des membres* (n = 3) sont d'autres facteurs spécifiques qui facilitent le suivi et le pilotage de la démarche. L'importance de la diversité des membres du comité est illustrée dans l'extrait suivant.

Dans le comité, je me suis assurée d'avoir des gens divers, et différents de moi. Plus rigoureux, cartésien, planificateur... C'est bien, car [ces personnes] ont d'autres choses à dire. [C1GES]

Inversement, trois facteurs spécifiques représentent des obstacles au bon fonctionnement du comité : les *divergences de points de vue des membres* du comité (n = 4), le *roulement des membres* (n = 1) et l'*éloignement géographique des membres* (n = 1). L'extrait qui suit illustre les divergences entre les membres qui peuvent nuire au bon fonctionnement du comité.

Des fois on arrive on est motivés... et on sent une négation qui se passe, il y a une discussion qui se passe entre le côté syndical et patronal et ça ralentit la troupe. [22002G]

5.2.2.5 Les incidences financières de la démarche

Pour quelques participants seulement, les aspects financiers de la démarche ont été rapportés à titre de facteurs entravants. Plus spécifiquement, les *coûts élevés engendrés par l'ensemble de la démarche* (n = 2) ainsi que les incidences spécifiques aux interventions de la sphère de l'environnement de travail, qui réfèrent aux *coûts élevés des installations* (n = 1). L'extrait suivant illustre les coûts élevés de la démarche.

On se demande si on va continuer à demander l'accréditation ou pas. On verra. Je ne sais pas. Tu paies pour l'accréditation, pour le diagnostic, pour l'audit de maintien... tu payes tu payes... [...] et là tu multiplies les coûts parce que c'est un certificat d'accréditation par [établissements]. Il y a de l'argent là-dedans! [B2GES]

Constat 3. La majorité des facteurs facilitant et entravant la démarche préventive en santé psychologique concerne le processus d'intervention. On souligne surtout l'importance de bien soutenir la démarche en ayant des leaders d'opinion (employés et gestionnaires), des ressources humaines et financières, de l'expertise interne et externe, un responsable, ainsi qu'un comité de pilotage dont les membres proviennent de divers corps d'emploi.

5.2.3 Le contenu de l'intervention

Au regard du contenu de l'intervention, il s'agit des facteurs qui facilitent et qui entravent la mise en place ou l'implantation des actions à réaliser. Ce sont 10 facteurs spécifiques qui concernent trois facteurs : la nature des activités, la séquence des activités et l'accompagnement dans l'implantation.

5.2.3.1 Les actions à réaliser

En ce qui a trait à la nature des activités, cinq participants ont mis de l'avant la *pertinence et la valeur des activités proposées*, dont trois qui ont relevé ce facteur comme étant entravant pour la démarche. Si pour certains, elles évoquent une réponse aux besoins exprimés par les employés (n = 2), pour d'autres, les activités proposées n'apparaissent pas satisfaisantes pour les employés, comme illustré ci-dessous.

Il y a un programme de reconnaissance des bons coups. Je rencontre mes coordonnateurs, bon c'est la période de l'année où on fait ça... Je demande s'ils ont des gens à soumettre [des noms de personnes], on a fait tel et tel projet... Je me suis fait répondre : « Non. Ça n'intéresse personne ces affaires-là, on va niaiser là-bas ». Donc peut-être que le programme est mal adapté. Je n'y suis jamais allé. Ou bien eux autres expriment quelque chose qui ne représente pas ce que les gens ressentent, je ne sais pas. [B4GES]

De manière moins marquée, l'accessibilité des activités, qui se traduit par le fait d'offrir des *activités hors du lieu de travail* (n = 1) ou encore par le fait que celles-ci soient tenues dans un *espace restreint sur les lieux de travail* (n = 1) représente des facteurs qui entravent leur tenue.

Le deuxième facteur concerne la séquence des activités; ainsi de *tenir les activités pendant les heures de travail* a été abordé par cinq participants (n = 4 comme facteur facilitant; n = 1 comme facteur entravant).

PART. : Si on fait une activité sur l'heure du dîner, les employés sont libérés à 11 h 30.
INT. : Donc cela c'est facilitant pour mettre en place la démarche ?
PART. : Bien c'est sûr. Sinon on n'aurait probablement jamais de participants. Alors que là, on a une [bonne] participation. [C4GES]

Si le nombre d'activités entreprises (n = 2) est trop élevé, cela risque également d'entraver la démarche.

*On a réduit d'ailleurs le nombre de dossiers, [...] on avait 27-28 activités.
Les gens ont dit que c'est trop, à travers notre travail on n'arriverait pas.
Donc, on a réduit ça à 9 ou 10 [activités]. [B5GES]*

Le dernier facteur concerne l'accompagnement offert pour la mise en place des activités. La formation des gestionnaires aux pratiques de gestion (n = 2), le soutien des supérieurs (n = 1) ainsi que la proximité de la ressource responsable de la démarche auprès des gestionnaires (n = 1) représentent des leviers à la démarche. Par ailleurs, il ressort que la charge de travail élevée (n = 2) et, de manière plus marquée, le manque d'outils pour intervenir des gestionnaires (n = 7) au regard des pratiques de gestion sont des facteurs spécifiques qui entravent la démarche. Le manque d'outils pour intervenir est illustré par les deux extraits qui suivent.

Je pense ça bloque parce que les gestionnaires ne savent pas par quel bout prendre ça, et les comités ne savent pas sur quoi travailler exactement, ils manquent d'idées sur quoi travailler exactement, comment amener ça. Je pense que c'est beaucoup une méconnaissance. Malgré qu'on parle beaucoup de reconnaissance, beaucoup, depuis longtemps chez nous, mais c'est à peu près la seule pratique de gestion dont on a parlé jusqu'à maintenant. [B2GES]

Il va y avoir de la formation à partir de l'automne pour qu'ils puissent faire une meilleur promotion et aussi apporter un meilleur soutien. Cela a sorti dans les focus group qu'il manquait de soutien. Souvent, ce ne sont pas des gens formés pour ça. Souvent, ce sont des anciens X qui se ramassent là, point [ce ne sont pas des gestionnaires] [A3CLÉ]

Constat 4. L'implantation des actions à réaliser se heurte à plusieurs facteurs qui entravent la démarche, principalement au regard de la pertinence des activités réalisées et du manque d'outils des gestionnaires pour intervenir en prévention.

5.3 Faits saillants des entrevues individuelles

D'abord, parmi les éléments du **contexte organisationnel**, l'engagement de la direction, la promotion de la démarche et son intégration à la planification stratégique sont les trois principaux facteurs facilitants. Les trois principaux obstacles relevés sont le manque de proximité des travailleurs, la complexité de la démarche et les relations tendues entre les parties engagées dans la démarche..

Ensuite, en ce qui concerne les facteurs relatifs **au processus** de l'intervention, relevons l'importance des ressources internes (ressources humaines et comité intersites) et externes (ressources diverses spécialisées) pour accompagner l'organisation dans la démarche préventive. Cette expertise est d'autant plus nécessaire que les participants soulignent la complexité, et parfois le manque d'appropriation de la démarche. L'engagement des

acteurs en présence, soit les gestionnaires, les employés et les syndicats ressort comme un facteur d'importance qui facilite la démarche, en plus de la nécessité d'assigner une personne ressource à la démarche. On souligne l'importance de soutenir la démarche en ayant à la fois des leaders d'opinion, un comité de pilotage dont les membres proviennent de divers corps d'emploi et un responsable de la démarche.

Enfin, pour le **contenu de l'intervention**, la pertinence et la valeur des activités implantées ainsi que de pouvoir tenir les activités pendant les heures de travail sont des facteurs qui facilitent ou entravent la démarche. Le principal obstacle rencontré concerne le manque d'outils fournis aux gestionnaires pour qu'ils puissent intervenir.

Certains facteurs spécifiques ressortent de manière plus marquée. Le tableau 10 répertorie les facteurs spécifiques les plus partagés par les participants. Ainsi, l'engagement de la direction, des gestionnaires et des employés sont trois des facteurs spécifiques les plus relevés par les participants. De plus, faire la promotion de la démarche ainsi que l'accès à des ressources financières et humaines suffisantes pour le comité de pilotage sont également des facteurs importants. Enfin, le manque d'outils pour que les gestionnaires puissent intervenir et le manque de proximité des travailleurs sont des éléments fréquemment rapportés. En ce qui a trait au manque d'outils pour les gestionnaires, la section qui suit permet de mettre en évidence les besoins déterminés par les gestionnaires en lien avec l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique.

Tableau 10- Facteurs spécifiques les plus rapportés par les participants

Facteurs spécifiques	Facilitant		Entravant		Total
	N	%	%	N	N
Engagement de la direction	13	59	9	2	15
Promotion de la démarche	8	36	9	2	10
Engagement des employés	6	27	18	4	10
Engagement des gestionnaires	5	23	18	4	9
Mise sur pied d'un comité de pilotage	8	36	---	---	8
Ressources financières disponibles	8	36	---	---	8
Manque de proximité des travailleurs	---	---	32	7	7
Manque d'outils pour que les gestionnaires puissent intervenir	---	---	32	7	7

5.4 Besoins des gestionnaires pour agir en prévention

Les gestionnaires ayant complété l'une ou l'autre des deux mesures par questionnaire ont été sondés quant à leurs besoins afin d'adopter des pratiques de gestion favorisant la santé

des personnes. Le tableau 11 résume les besoins identifiés par les gestionnaires ainsi que leur fréquence totale (aux deux temps de mesure par questionnaire).

Tableau 11 - Qu'est-ce qui pourrait être utile pour vous aider à adopter des pratiques de gestion qui favorisent la santé des personnes? (besoins identifiés par les gestionnaires ayant complété au moins 1 des 2 questionnaires N = 192).

	TOTAL
BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	195
Formation pour les gestionnaires	112
Formation (<i>thème non spécifié</i>)	98
Pratiques de gestion (gestion de personnel)	3
Gestion du stress au travail	1
Conciliation vie professionnelle et vie personnelle	1
Santé psychologique au travail	8
Nouvelles techniques (technologies) sur le marché	1
Formation pour la haute direction	2
Formation (<i>thème non spécifié</i>)	2
Formation pour les employés	3
Formation (<i>thème non spécifié</i>)	2
Santé psychologique au travail	1
Coaching	77
Coaching (<i>thème non spécifié</i>)	69
Pratiques de gestion	2
Traitement des cas problématiques (pour des situations précises)	4
Thématiques en lien avec la gestion des ressources humaines	2
BESOINS EN LIEN AVEC L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DES GESTIONNAIRES	66
Soutien social	60
Programme d'aide aux gestionnaires	41
Espace de discussion/échange entre collègues (codéveloppement à l'interne)	12
Échange avec des gestionnaires provenant d'autres organisations	2
Soutien des RH	2
Soutien de la haute direction	3
Charge de travail	4
Diminution de la charge de travail	3
Meilleure répartition des tâches	1
Latitude décisionnelle	2
Flexibilité dans le travail (pouvoir décider quand et comment)	1
Développement de projets portant sur des problématiques présentes dans l'organisation (<i>sujet non spécifié</i>)	1

BESOINS D'AIDE EN SANTÉ PSYCHOLOGIQUE	10
Soutien psychologique (psychologue)	9
Programme « Sentinelle »	1
BESOINS DE RESSOURCES	37
Humaines	30
Consultant externe	16
Ajout de personnel	5
Accès à des ressources compétentes et spécialisées	9
Temps	7
Plus de temps pour rencontrer ses subordonnés	3
Plus de temps pour faire de la gestion de personnel	2
Plus de temps pour faire son travail (moins de réunions)	2
BESOINS D'OUTILS	11
Outils (<i>types d'outils non spécifiés</i>)	4
Procédures (expliquant comment faire, pourquoi faire, etc.)	1
PAE	1
Plan d'intervention	4
Canal de communication à l'interne	1
BESOINS FORMULÉS À L'ÉGARD DE LA HAUTE DIRECTION	21
Plus de respect pour les employés	6
Engagement	6
Meilleure compréhension du travail par les dirigeants	1
Plus d'ouverture de la part des dirigeants	2
Cohérence entre ce qui est dit et ce qui est fait	6
BESOINS ORGANISATIONNELS	6
Intégration du plan d'action à la stratégie organisationnelle	3
Cibler la santé psychologique au travail comme priorité organisationnelle	1
Avoir une stabilité au sein des équipes de travail	1
BESOINS DE RENSEIGNEMENTS, D'INFORMATION...	3
Avoir de l'information à propos du PAE (sur la portée, quand/comment référer, etc.)	1
Mieux connaître les ressources disponibles	1
Mieux connaître les bénéfices de l'intervention	1
BESOINS CONCERNANT LE MILIEU DE TRAVAIL	2
Amélioration physique du milieu de travail (<i>améliorer quoi ou comment n'est pas spécifié</i>)	1
Avoir tous les membres de son équipe de travail au même endroit	1

Les besoins de développement des compétences sont les plus fréquemment cités. Les gestionnaires font ressortir la formation pour eux-mêmes ainsi que le *coaching* comme étant les principaux besoins dans leurs milieux. La majorité d'entre eux n'a toutefois pas spécifié les thèmes à traiter lors des formations ou du *coaching*.

En ce qui a trait à l'environnement psychosocial des gestionnaires, ceux-ci citent principalement leurs besoins de soutien social et d'ajustement de la charge de travail. En matière de soutien social, les répondants mentionnent avoir besoin d'un programme d'aide aux gestionnaires et d'espace de discussion entre gestionnaires ou avoir la possibilité de faire du codéveloppement. Dans la prochaine section, nous nous attardons plus spécifiquement à cet aspect.

Ils sont également plusieurs à soulever leur besoin de ressources humaines pour agir en prévention, principalement leur besoin d'accès à de la consultation externe. Certains souhaitent également avoir accès à des ressources compétentes et spécialisées. En exprimant ces deux besoins, les gestionnaires soulignent la nécessité de disposer de ressources humaines qui peuvent les appuyer et les assister dans l'accomplissement de leurs tâches afin de leur permettre d'agir davantage en prévention.

Enfin, d'autres gestionnaires expriment des besoins en matière de respect et d'engagement ainsi que de cohérence à l'endroit de leurs hauts dirigeants. Ces besoins mettent en évidence l'importance des agissements et l'attitude de la haute direction dans l'adoption des pratiques de gestion favorables à la santé par les gestionnaires.

Constat 5. Les besoins les plus fréquemment cités sont : La formation et le *coaching*, le soutien social (par exemple, par le biais d'un programme d'aide aux gestionnaires et de groupes de codéveloppement) et le besoin de ressources humaines (notamment l'accès à un consultant externe).

5.5 Facteurs influençant l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique

5.5.1 *Hypothèse 1. Adoption de nouvelles pratiques, difficultés rencontrées et effets perçus sur les employés?*

Parmi les gestionnaires sondés par questionnaire au Temps 2, 35 % (N = 58/166) d'entre eux indiquent avoir participé à la séance d'information sur la gestion des RPS offerte par les chercheurs. Pendant cette séance, les gestionnaires devaient inscrire une pratique à mettre en œuvre auprès de leurs employés au cours des trois prochains mois.

Le questionnaire au Temps 2 incluait une question sur l'adoption de pratiques nouvelles : « Suite à la séance d'information sur la santé psychologique et les risques psychosociaux, avez-vous tenté de mettre en place une ou des pratique(s) de gestion des risques psychosociaux au cours des 3 derniers mois? ». **Il est à noter que cette question diffère de ce que l'on appelle « adoption de pratique favorisant la santé » qui est une échelle de 18 items mesurant les pratiques habituelles de gestion.**

Parmi les participants, 63,2 % rapportent avoir tenté de mettre en place une ou des nouvelles pratiques de gestion à la suite de la séance d'information. L'hypothèse 1 selon laquelle les gestionnaires assistant à la formation adoptent par la suite de nouvelles pratiques de gestion est confirmée. Par ailleurs, parmi les 58 répondants ayant assisté à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS, 64 % indiquent s'être familiarisé avec le contenu du cartable comprenant 25 outils remis par les chercheurs à la rencontre de formation. Le tableau 12 résume ces pratiques et leur fréquence d'adoption. Ces pratiques nouvellement adoptées ont été catégorisées selon les trois types de pratique de gestion établies à la suite d'une analyse factorielle. Les nouvelles pratiques les plus fréquemment adoptées, soit par 64 % des gestionnaires, ont trait à la communication, à la formation ou à la reconnaissance.

Constat 6. À la suite de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS offerte par les chercheurs, 63 % des gestionnaires adoptent une nouvelle pratique. Les nouvelles pratiques de gestion adoptées sont plus souvent en lien avec la communication, la formation et la reconnaissance (64 %).

Tableau 12 – Nouvelles pratiques de gestion adoptées par les participants ayant assisté à la séance d'information sur la gestion des RPS

Quelle(s) pratique(s) de gestion des risques psychosociaux avez-vous mise(s) en œuvre dans votre équipe au cours des trois derniers mois? (Nombre de répondants)	Nombre et pourcentage du total (%)
Pratiques de gestion des équipes Créer l'atmosphère d'équipe et le sentiment d'appartenance (1) Réviser les processus/rôles/mécanismes de participation (p.ex. : uniformiser le traitement des dossiers) (3) Mobilisation du personnel (2) Démarche sur le soutien (2) Rencontre de groupe (<i>débriefing</i> après un événement traumatisant) (1)	9 (32,1 %)
Pratiques de gestion favorisant la communication/formation/reconnaissance Démarche sur la reconnaissance (9) Rencontres individuelles (connaître les attentes, responsabilisation, parler du travail d'équipe, de la charge, du statut d'emploi, de la démarche préventive en cours) (4) Accès à de la formation d'appoint (1) Prendre le temps de socialiser et d'être à l'écoute (dire bonjour, prendre le temps d'écouter et de sourire à au moins une personne par jour) (4)	18 (64,2 %)
Pratiques de gestion de l'organisation technique du travail Flexibilité de l'horaire de travail (1) Modification de poste (1) Réviser la charge de travail (6) (dont 1 échec) Démarche sur l'organisation du travail (1)	9 (32,1 %)

Autres	2 (7,4 %)
Approche solution (1)	
Favoriser la tolérance et le respect (1)	

Note : Le total peut être supérieur à 100 %, car les répondants pouvaient nommer plusieurs démarches.

Parmi les répondants au questionnaire T2 ayant indiqué avoir mis en œuvre une pratique au cours des trois derniers mois (N = 36), 60,7 % se sont en partie inspirés du diagnostic organisationnel réalisé dans leur organisation, 10,7 % affirment s'en être totalement inspirés alors que 28,6 % ne s'en sont pas du tout inspirés.

Parmi ces nouvelles pratiques adoptées, au moins une constituait un changement majeur pour 86,2 % des gestionnaires.

Un peu plus du tiers (34,5 %) affirme avoir rencontré des difficultés à implanter cette pratique (tableau 13). Pour la grande majorité (85,7 %) des gestionnaires ayant implanté une nouvelle pratique de gestion, des répercussions positives ont été observées chez leur personnel.

Tableau 13 – Difficultés rencontrées lors de l'implantation de la pratique de gestion et effets perçus sur les employés

Des difficultés ont été rencontrées lors de la mise en place de cette pratique (nombre de répondants)	En accord/Totalement en accord (34,5 %) Acceptation du changement (3) Impatience de l'équipe (1) L'équipe n'est pas d'accord avec les changements mis de l'avant (1) Difficulté à mettre en œuvre la pratique quotidiennement (2) Participation variable (1) Perception que c'est une initiative dont le succès incombe uniquement à l'équipe de gestion (1) Manque de temps (1) Sujet difficile à aborder (1) Les gens ne veulent pas en discuter (1)
Effets perçus sur les employés	Positifs (85,7 %) Apprécié par la majorité des employés (5) Moins de conflits/Meilleur climat (7) Employés moins stressés/frustrés (2) Certains prennent la peine de remercier pour les commentaires positifs que nous leur avons faits (1) Plus d'engagement, participation accrue à la réalisation des objectifs de la direction (3) Délégation accrue de ma part (1) Ouverture de la part des employés, plus de confiance (1) Plus optimistes et plus productifs (1) Prises de conscience de part et d'autre (2)

	<p>Négatifs (10,7 %) Déréresponsabilisation (1) Ils alimentent le négativisme (1) Fatigue, manque de temps (1) L'implantation n'est pas complétée, retard dans les échéanciers : les gens s'impatientent (1)</p> <p>Aucun effet 3,6 %</p>
--	--

Constat 7. 34,5 % ont rencontré des difficultés dans l'implantation de cette nouvelle pratique, mais 85,7 % ont noté des répercussions positives dans leur équipe.

5.6 Changements constatés pendant la durée de l'étude (trois mois) chez les gestionnaires ayant rempli le questionnaire

Étant donné qu'une démarche préventive est en cours dans chacune des organisations, nous avons voulu vérifier si certains changements pouvaient être observés chez les participants. Ces analyses ne font pas l'objet d'hypothèses spécifiques, mais servent plutôt à mettre en contexte les analyses subséquentes faisant l'objet d'hypothèses. Le tableau 14 décrit les changements entre les deux mesures chez l'ensemble des gestionnaires ayant rempli les deux questionnaires. Ils rapportent en moyenne davantage de formations dans leur organisation sur la gestion des personnes ($F(1, 108) = 4.50, p = .04$). Le score moyen de détresse psychologique a diminué pendant la durée de l'étude ($F(1, 110) = 5.53, p = .02$). Par ailleurs, ils rapportent une moins grande ouverture face aux changements engendrés par la démarche préventive en cours et ont de moins en moins d'attentes face à celle-ci ($F(1, 109) = 8,37, p = .004$).

En ce qui a trait aux pratiques de gestion, **les analyses qui suivent sont basées sur la variable « pratique de gestion favorisant la santé », soit une échelle mesurant 18 pratiques ayant été reconnues comme susceptibles de favoriser la santé lors d'études antérieures** (Gilbert-Ouimet et al., 2009; Gilbert-Ouimet et al., 2011). **Ces pratiques sont donc habituellement utilisées par les gestionnaires et ne sont donc pas de nouvelles pratiques spécifiquement liées à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS (tableau 6).**

Comme indiqué au tableau 14, l'hypothèse 2 est rejetée : il n'y a pas de changement significatif dans l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé à la suite de la séance d'information sur la gestion des RPS.

Tableau 14 – Changements longitudinaux observés chez les gestionnaires entre les deux mesures par questionnaire (N = 192)

	Moyenne T1 (ES)	Moyenne T2 (ES)	F
Contexte organisationnel			
Climat de sécurité psychosociale	2,58 (0,04)	2,59 (0,04)	0,10
Organisation apprenante	3,87 (0,07)	3,82 (0,06)	0,42
Accès à de la formation sur la gestion des personnes	2,32 (0,05)	2,42 (0,05)	4,50*
Environnement psychosocial de travail			
Demandes psychologiques	2,87 (0,04)	2,82 (0,04)	1,94
Latitude décisionnelle	3,13 (0,03)	3,09 (0,03)	2,48
Soutien social	3,09 (0,03)	3,09 (0,03)	0,00
Reconnaissance	2,80 (0,03)	2,78 (0,03)	0,60
Relations avec les subordonnés	3,15 (0,04)	3,09 (0,04)	2,59
Perceptions et santé psychologique			
Ouverture aux changements liés à la démarche	2,92 (0,04)	2,79 (0,04)	8,37**
Détresse psychologique	0,96 (0,05)	0,87 (0,05)	5,53*
Adoption de pratiques de gestion favorisant la santé (total)			
Pratiques de gestion d'équipe	2,77 (0,04)	2,77 (0,04)	0,01
Communication/Formation/Reconnaissance	3,10 (0,04)	3,04 (0,04)	2,15
Organisation technique du travail	2,72 (0,05)	2,69 (0,05)	0,57

Note : * $p < .05$, ** $p < .01$

Constat 8. 1) Pendant la période de l'étude (trois mois), les gestionnaires rapportent davantage d'accès à de la formation sur la gestion des personnes dans leur organisation et une diminution de la détresse psychologique.

2) Par contre, ils sont moins ouverts aux changements engendrés par la démarche préventive de l'organisation et ont moins d'attentes face à celle-ci.

3) Il n'y a pas de changement dans leurs pratiques habituelles de gestion favorisant la santé.

5.7 Quels sont les impacts de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS (hypothèse 3)?

Comme indiqué précédemment, la séance d'information offerte par les chercheurs avait pour but de présenter des outils et fournir des opportunités d'intervention aux gestionnaires. Étant donné que les démarches préventives varient d'une organisation à l'autre et qu'elles n'avaient pas toutes pour priorité de réduire des RPS, la séance d'information visait à susciter l'intérêt des gestionnaires à mettre en œuvre de nouvelles pratiques et à leur faire prendre conscience de l'impact de leurs pratiques de gestion existantes sur les RPS de leurs employés. Ces séances permettaient d'offrir aux gestionnaires 25 outils de gestion des RPS et leur demander de tenter, au cours des trois

mois qui suivent la séance, de prendre connaissance du contenu du cartable et d'adopter au moins une nouvelle pratique de gestion des RPS.

D'une part, nous avons vérifié si, au départ, **les caractéristiques au Temps 1 des gestionnaires ayant participé à la séance d'information différaient de celles des gestionnaires n'y ayant pas participé**. Comparativement à ceux qui n'y ont pas participé, les gestionnaires qui ont assisté à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS étaient au départ plus favorables aux changements engendrés par la démarche préventive organisationnelle ($F(1, 115) = 6.59, p = .01$). Au Temps 1, les gestionnaires ayant assisté à la séance d'information rapportaient une charge de travail moins élevée ($F(1, 116) = 4.96, p = .03$) que ceux n'y ayant pas participé. Aucune autre différence n'est notée entre les caractéristiques au Temps 1 des participants par rapport aux non-participants à la séance.

Pour vérifier si les **changements longitudinaux observés varient selon la participation à la séance d'information, nous avons examiné les effets d'interaction entre les groupes** (participants à la séance d'information vs non-participants à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS) X Temps. Il n'y a pas d'interaction significative entre le fait d'avoir participé à la séance et le temps. Les participants à la formation n'ont pas adopté davantage de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique au Temps 2 comparativement aux non-participants.

Constat 9. Les participants à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS n'ont pas adopté plus de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique de leur personnel que les non-participants. Ceux qui ont participé à la séance étaient plus ouverts aux changements engendrés par la démarche préventive et rapportaient une charge de travail moins élevée que les non-participants.

5.8 Quelles caractéristiques des gestionnaires et de leur environnement de travail au Temps 1 permettent de prédire l'adoption de pratiques au Temps 2?

Afin de vérifier quels sont les facteurs permettant de prédire l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2, des analyses de régression multiples ont été réalisées pour chaque groupe de variables indépendantes : 1) les facteurs contextuels 2) l'environnement psychosocial de travail, 3) les facteurs liés à l'individu, à ses caractéristiques et à sa santé psychologique.

5.8.1 Caractéristiques contextuelles (hypothèse 4)

Le tableau 15 démontre que le contexte organisationnel au Temps 1 est associé significativement à l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 et que c'est le climat de sécurité psychosociale qui joue un rôle prépondérant dans cette prédiction ($\beta = 0.29, p = 0.00$). Ce résultat confirme en partie l'hypothèse 4 qui prévoyait que toutes les variables contextuelles seraient significativement associées à l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé.

5.8.2 *Caractéristiques de l'environnement psychosocial de travail du gestionnaire (hypothèse 5)*

L'environnement psychosocial de travail des gestionnaires au Temps 1 influence très significativement l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2. Les gestionnaires ayant une plus grande latitude décisionnelle au Temps 1 adoptent davantage de pratiques de gestion favorisant la santé de leur personnel au Temps 2 et cette relation est très marquée ($\beta = 0.41, p = 0.00$), confirmant ainsi l'hypothèse 5 en partie.

Par ailleurs, les gestionnaires qui rapportent entretenir des relations interpersonnelles harmonieuses avec leurs subordonnés et qui indiquent que leurs subordonnés font preuve d'une grande ouverture d'esprit au Temps 1 adoptent davantage de pratiques de gestion favorisant la santé des employés au Temps 2 ($\beta = 0.22, p = 0.01$).

5.8.3 *Caractéristiques individuelles (hypothèse 6)*

En ce qui concerne la santé psychologique des gestionnaires, les gestionnaires qui disent adopter davantage de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 rapportaient moins de détresse psychologique au Temps 1 ($\beta = -0.23, p = 0.01$).

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, le sexe ($\beta = 0.11, p = 0.03$) et l'âge ($\beta = 0.11, p = 0.05$) prédisent significativement l'adoption de pratiques de gestion au Temps 2 (les hommes ainsi que les gestionnaires plus âgés étant plus enclins à adopter de telles pratiques).

Tableau 15 – Prédiction de l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 à partir des caractéristiques individuelles, de l'environnement psychosocial de travail et du contexte organisationnel au Temps 1

	R ²	Estimés standardisés (Beta)	F	Degrés de liberté
Contexte organisationnel				
Climat de sécurité psychosociale		0,29**		
Organisation apprenante		0,11		
Formation sur la gestion des personnes		0,00		
	0,13		5,42**	3, 109
Environnement psychosocial de travail				
Demandes psychologiques		0,06		
Latitude décisionnelle		0,41***		
Soutien social		0,04		
Équilibre effort-reconnaissance		0,11		
Relation avec subordonnés		0,22*		
	0,34		10,91***	5, 106
Caractéristiques individuelles				
a. Liées aux perceptions et à la santé psychologique				
Ouverture face aux changements de la démarche de prévention		-0,02		
Détresse psychologique		-0,23**		
	0,05*		3,14*	2, 110
b. Socio-démographiques				
Sexe		0,21*		
Âge		0,21*		
Nombre d'employés supervisés		0,07		
Ancienneté dans l'organisation		0,17		
Scolarité		-0,00		
Poste (cadre 1 ^{er} niveau vs intermédiaire ou supérieur)		-0,08		
	0,19		4,04**	6,103

Note : * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Constat 10. Les gestionnaires qui adoptent des pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 :

- 1) percevaient que leur organisation se préoccupe de la santé psychologique au travail au Temps 1;**
- 2) rapportaient davantage de latitude décisionnelle au Temps 1;**
- 3) rapportaient moins de détresse psychologique au Temps 1;**
- 3) entretenaient de meilleures relations avec leurs subordonnés au Temps 1;**
- 4) Les hommes et les gestionnaires plus âgés ont davantage tendance à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé des employés.**

5.9 Quelles caractéristiques des gestionnaires et de leur environnement au Temps 1 permettent de prédire leur degré de latitude décisionnelle au Temps 2?

Étant donné que la latitude décisionnelle apparaît comme étant le facteur le plus important pour prédire l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique chez le personnel, des analyses de régression additionnelles ont été réalisées afin de déterminer quels facteurs contextuels, psychosociaux et individuels au Temps 1 permettent de prédire la latitude décisionnelle au Temps 2 (tableau 16).

5.9.1 Caractéristiques contextuelles

Le contexte organisationnel au Temps 1 est associé significativement à la latitude décisionnelle des gestionnaires au Temps 2. Le climat de sécurité psychosociale, soit le fait de percevoir que l'organisation se préoccupe de la santé psychologique et que c'est une priorité claire à laquelle tous participent, constitue le facteur le plus déterminant de la latitude décisionnelle des gestionnaires ($\beta = 0.34, p = 0.001$).

5.9.2 Caractéristiques de l'environnement psychosocial de travail du gestionnaire

L'environnement psychosocial de travail des gestionnaires au Temps 1 est très étroitement lié à la latitude décisionnelle au Temps 2. Plus spécifiquement, les gestionnaires qui rapportent le plus de latitude décisionnelle au Temps 2 sont ceux qui, au Temps 1, avaient de plus fortes demandes psychologiques ($\beta = 0.17, p = 0.10$), davantage de soutien de leurs collègues et de leurs supérieurs ($\beta = 0.30, p = 0.001$) et qui entretenaient des relations plus harmonieuses avec leurs subordonnés ($\beta = 0.29, p = 0.01$).

5.9.3 Caractéristiques individuelles

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, les gestionnaires plus âgés ($\beta = 0.34$, $p = 0.001$) et ayant plus d'ancienneté dans l'organisation ($\beta = 0.23$, $p = 0.05$) ont davantage de latitude décisionnelle.

Tableau 16 – Prédiction de la latitude décisionnelle au Temps 2 à partir des caractéristiques individuelles, de l'environnement psychosocial de travail et du contexte organisationnel au Temps 1

	R ²	Estimés standardisés (Beta)	F	Degrés de liberté
Contexte organisationnel			8,58***	3, 112
Climat de sécurité psychosociale		0,34***		
Organisation apprenante		0,12		
Formation sur la gestion des personnes		-0,08		
	0,19			
Environnement psychosocial de travail			8,75***	4, 109
Demandes psychologiques		0,17 ^a		
Soutien social		0,30***		
Équilibre effort-reconnaissance		0,08		
Relations avec subordonnés		0,29**		
	0,24			
Caractéristiques individuelles				
a. Liées aux perceptions et à la santé psychologique			1,05	2, 113
Ouverture face aux changements de la démarche de prévention		-0,00		
Détresse psychologique		-0,13		
	0,02			
b. Socio-démographiques			5,58***	6, 106
Sexe		-0,04		
Age		0,34***		
Nombre d'employés supervisés		-0,06		
Ancienneté dans l'organisation		0,23*		
Scolarité		-0,03		
Poste (cadre 1 ^{er} niveau. vs intermédiaire ou supérieur)		0,04		
	0,24			

Note : ^a $p < 0.10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Constat 11. Les gestionnaires rapportant une plus grande latitude décisionnelle au Temps 2 sont ceux qui percevaient leur organisation comme se préoccupant davantage de la santé psychologique au Temps 1. Ces gestionnaires rapportaient également des demandes psychologiques plus élevées, davantage de soutien de leurs collègues et supérieurs ainsi que de meilleures relations avec leurs subordonnés au Temps 1 et moins de détresse psychologique au Temps 1. Les gestionnaires plus âgés et ayant davantage d'ancienneté dans l'organisation ont également rapporté davantage de latitude décisionnelle.

6. DISCUSSION

6.1 Principaux constats

Cette étude longitudinale a été réalisée au sein de quatre organisations, soit trois du secteur public et un organisme à but non lucratif. Celles-ci sont engagées dans une démarche préventive en santé psychologique au travail et ont réalisé un diagnostic des risques psychosociaux. L'étude visait, d'une part, à documenter les démarches en cours ainsi qu'à fournir des outils de gestion des risques psychosociaux aux gestionnaires afin de mettre en évidence des opportunités d'intervention. Elle visait, d'autre part, à évaluer les conditions qui facilitent et qui entravent l'adoption de démarches organisationnelles et de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique. L'étude a permis de faire ressortir 11 constats principaux, qui sont discutés, à tour de rôle, au regard de la littérature sur l'évaluation d'interventions organisationnelles, les risques psychosociaux et le changement planifié.

Constat 1 : Toutes les démarches organisationnelles de prévention en santé psychologique visent la modification des pratiques de gestion, mais l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé ne fait pas toujours partie d'une démarche organisationnelle structurée.

Le premier objectif visait à documenter les démarches en cours dans les organisations. Parmi toutes les entreprises sollicitées, celles retenues étaient engagées dans une démarche préventive qui incluait un diagnostic des risques psychosociaux. Pour trois des quatre entreprises retenues, une démarche de certification Entreprise en santé était soit en démarrage ou déjà réalisée. Le processus de certification Entreprise en santé constitue un véhicule important en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, car il permet de structurer la démarche préventive et ses diverses étapes de progression. Il permet également de s'assurer de la présence de facteurs déterminants pour le succès de la démarche, tels que l'engagement de la direction, la participation des parties prenantes et la communication des activités réalisées. Ces facteurs ressortent comme étant cruciaux dans la présente étude et sont également présents dans tous les modèles théoriques sur les interventions organisationnelles en prévention du stress ou en promotion de la santé psychologique (Cox et al., 2010; Giga, Faragher, & Cooper, 2003 ; Jordan et al., 2003; Nielsen & Abildgaard, 2013; Nielsen & Randall, 2012b). Puisque la certification de base de la démarche Entreprise en santé nécessite la mise en œuvre d'activités dans au moins deux sphères d'intervention sur quatre⁹, ce ne sont pas toutes les entreprises qui sont actives dans ces quatre sphères. La sphère « pratiques de gestion » demeure la plus ardue pour les gestionnaires et pour les comités de pilotage. En effet, le commentaire du participant (B2GEST) illustre bien le défi auquel les organisations font face au regard de cette sphère : « *Je pense ça bloque parce que les gestionnaires ne savent pas par quel bout prendre ça, et les comités ne savent pas sur quoi travailler exactement, ils manquent d'idées sur quoi travailler exactement, comment amener ça* ». D'ailleurs, la présente recherche fait ressortir que les activités liées à la reconnaissance, à la communication et à

⁹ Les quatre sphères de la démarche Entreprise en santé sont : les habitudes de vie, l'environnement de travail, la conciliation travail-vie personnelle et les pratiques de gestion.

la formation sont les plus fréquemment rapportées, possiblement parce qu'elles sont plus concrètes et plus faciles à implanter que les activités en lien avec l'organisation et les conditions de travail ou encore avec la gestion des équipes.

Il est intéressant de constater que les gestionnaires ayant répondu à l'un ou l'autre des questionnaires et/ou aux entrevues et qui devaient décrire les démarches en cours dans leur organisation relèvent surtout 1) les activités relatives à la norme Entreprise en santé; 2) le programme d'aide aux employés (qui relève de la prévention tertiaire puisqu'il s'adresse à des personnes déjà aux prises avec des problèmes et non de la prévention primaire qui, elle, vise plutôt à éliminer à la source les contraintes psychosociales); 3) le comité de pilotage; 4) les activités de reconnaissance. En d'autres mots, ils rapportent ce qui est visible et ce qui est structuré. Or, les pratiques de gestion des RPS sont souvent « invisibles ». En effet, ce sont des pratiques adoptées de manière quotidienne et souvent de manière inconsciente. Par exemple, un gestionnaire qui prend le temps de saluer son personnel, qui tient des réunions d'équipe et qui rencontre individuellement ses employés ne réfléchit pas nécessairement aux effets de cette pratique de gestion sur la santé psychologique du personnel. Pourtant, ce genre de pratique a bel et bien un effet déterminant sur la santé, comme l'ont montré des études récentes qui utilisaient la même échelle de mesure des pratiques de gestion que celle utilisée dans la présente étude (Gilbert-Ouimet et al., 2011).

Les pratiques de gestion des RPS ne sont donc pas toutes reconnues comme faisant partie d'une démarche structurée de prévention des problèmes de santé psychologique.

Constat 2. Parmi les éléments du contexte organisationnel, l'engagement de la direction dans la démarche est le facteur facilitant le plus rapporté par les participants. L'intégration de la démarche à la planification stratégique et une bonne promotion de la démarche à l'interne sont aussi des éléments facilitateurs. Par contre, le manque de proximité des travailleurs, la complexité de la démarche et les relations de travail tendues sont cités comme des obstacles.

Constat 3. La majorité des facteurs facilitant et entravant la démarche préventive en santé psychologique concerne le processus d'intervention. On souligne surtout l'importance de bien soutenir la démarche en ayant des leaders d'opinion (employés et gestionnaires), des ressources humaines et financières, de l'expertise interne et externe, un responsable, ainsi qu'un comité de pilotage dont les membres proviennent de divers corps d'emploi.

Constat 4. L'implantation des actions à réaliser se heurte à plusieurs facteurs qui entravent la démarche, principalement au regard de la pertinence des activités réalisées et du manque d'outils des gestionnaires pour intervenir en prévention.

Les constats 2, 3 et 4 sont issus des entrevues individuelles auprès de gestionnaires et d'informateurs clés qui visaient à établir les facteurs facilitant et entravant la démarche

dans son ensemble. Les dimensions générales du contexte, du processus et du contenu ont été classées en s'inspirant d'un modèle plus général du changement, soit le modèle de changement planifié. Les personnes interviewées soulignent l'importance de l'engagement de la direction, de l'intégration de la démarche à la planification stratégique et d'une bonne promotion de la démarche. Ils énoncent également que le manque de proximité des travailleurs, la complexité de la démarche et les relations tendues entre les parties prenantes constituent un obstacle à la prévention. Sur le plan du processus, l'importance de pouvoir bénéficier d'une expertise interne et externe et la participation de toutes les parties prenantes à la démarche sont relevées. Les participants rapportent également que les activités implantées doivent être perçues comme étant pertinentes. Enfin, soulignons qu'il apparaît que les gestionnaires manquent d'outils pour intervenir en prévention.

Ces facteurs sont soulevés et discutés par Brun et coll. (2009) comme faisant partie des éléments stratégiques à considérer lors d'interventions organisationnelles en santé psychologique. Plus récemment, le modèle proposé par Nielsen et Abildgaard (2013) inclut également ces mêmes facteurs relatifs au processus et au contexte, mais leur modèle excluait le contenu des interventions. Jauvin et coll. (2014) ont analysé trois interventions participatives implantées au cours des 10 dernières années et ont soulevé les facteurs qui facilitent et entravent les démarches. Leurs trois études ont été réalisées dans un centre hospitalier (N = 674 employés), une organisation publique œuvrant dans les assurances (N = 1300 employés) et un centre correctionnel (N = 445). Les trois projets utilisaient un devis quasi-expérimental avec méthodes mixtes (données qualitatives et quantitatives). Leurs études font ressortir des facteurs similaires à ceux identifiés dans la présente étude. Sur le plan du contexte, ils soulignent l'importance que la demande initiale d'intervention émerge de l'organisation, reconnaissant ainsi un besoin de changement. L'engagement de la direction, des syndicats et des gestionnaires est aussi un facteur déterminant. Sur le plan du processus, Jauvin et coll. (2014) rapportent que la participation des employés à l'ensemble du processus, la présence de ressources externes (neutres), le soutien des gestionnaires à l'ensemble de la démarche et la mise en œuvre de processus de communication et d'information sont des facteurs qui influencent le succès de la démarche. Si nos résultats sont similaires à ceux de Jauvin et coll. (2014), le manque d'outils pour intervenir sur les pratiques de gestion est un facteur spécifique à notre étude et qui n'a pas été relevé dans les études antérieures.

Constat 5. Les besoins les plus fréquemment cités sont : La formation et le *coaching*, le soutien social (par exemple, par le biais d'un programme d'aide aux gestionnaires et de groupes de codéveloppement) et leur besoin de ressources humaines (notamment l'accès à un consultant externe).

Constat 6. À la suite de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS offerte par les chercheurs, 63 % des gestionnaires adoptent une nouvelle pratique. Les nouvelles pratiques de gestion adoptées sont plus souvent en lien avec la communication, la formation et la reconnaissance (64 %).

Constat 7. Au total, 34,5 % des gestionnaires ont rencontré des difficultés dans l'implantation de cette nouvelle pratique, mais 85,7 % ont observé des répercussions positives dans leur équipe.

Les répondants aux questionnaires ont établi des besoins en termes d'outils pour agir en prévention des problèmes de santé psychologique du personnel. Les gestionnaires rapportent plus particulièrement leur besoin en formation, en *coaching*, en soutien social et en ressources humaines pour leur permettre d'adopter des pratiques de gestion des RPS. Ces résultats permettent de comprendre en quoi plus précisément les gestionnaires manquent d'outils pour intervenir en prévention, comme le montrent les entrevues. Il est intéressant de constater qu'à la suite de la séance d'information sur les outils de gestion des RPS offertes par les chercheurs, la majorité des gestionnaires dit avoir adopté une nouvelle pratique de gestion, en particulier celle concernant la reconnaissance. Ce résultat correspond à l'analyse de Gilbert-Ouimet et coll. (Gilbert-Ouimet et al., 2009; Gilbert-Ouimet et al., 2011) sur les registres d'intervention. Leur vaste étude montre que parmi l'ensemble des changements implantés dans une grande organisation québécoise de 1659 cols blancs, les changements les plus fréquemment rapportés concernent la reconnaissance et le soutien social. Les auteurs soulignent que les changements qui touchent la charge de travail sont perçus comme étant plus complexes et plus coûteux, surtout dans un contexte d'intensification du travail.

Constat 8. 1) Pendant la période de l'étude (trois mois), les gestionnaires rapportent davantage d'accès à de la formation sur la gestion des personnes dans leur organisation et une diminution de la détresse psychologique.

2) Par contre, ils sont moins ouverts aux changements engendrés par la démarche préventive de l'organisation et ont moins d'attentes face à celle-ci.

3) Il n'y a pas de changement dans leurs pratiques habituelles de gestion favorisant la santé.

Constat 9. Les participants à la séance d'information sur les outils de gestion des RPS n'ont pas adopté plus de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique de leur personnel que les non-participants. Ceux qui ont participé à la séance étaient plus ouverts aux changements engendrés par la démarche préventive et rapportaient une charge de travail moins élevée que les non-participants.

Contrairement à ce qui était prédit, la formation sur les 25 outils de pratiques de gestion des RPS n'a pas été associée à une augmentation de l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé. Les gestionnaires ont adopté de nouvelles pratiques (constat 6) et perçu des retombées positives de celles-ci, mais leurs pratiques habituelles de gestion n'ont pas changé durant la durée de l'étude (trois mois). Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce résultat. D'abord, il est possible que la durée de l'étude ait été trop courte pour permettre de détecter un changement. Ensuite, comme les participants rapportent manquer d'outils pour intervenir, il est probable que notre formation n'ait pas été suffisamment approfondie et assez longue pour entraîner de réels changements chez les gestionnaires. D'ailleurs, les commentaires recueillis auprès des 73 gestionnaires à chacune des séances d'information étaient unanimes à l'effet que la durée de celles-ci était courte et son contenu trop chargé (25 outils en 3 heures). Dans le contexte où ils soulèvent

principalement un besoin de formation, de *coaching* et groupes de codéveloppement (constat 5), il apparaît nécessaire de mettre sur pied une formation plus adaptée. Diverses formations sont offertes dans certaines organisations participantes, par exemple sur le leadership, sur la reconnaissance ou sur des thématiques en lien avec la santé psychologique, ce qui explique possiblement le changement observé entre les deux mesures quant à l'accès à de la formation sur la gestion des personnes et la santé psychologique (constat 8. Point 1)

Constat 10. Les gestionnaires qui adoptent des pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2 :

- 1) percevaient que leur organisation se préoccupe de la santé psychologique au travail au Temps 1;
- 2) rapportaient davantage de latitude décisionnelle au Temps 1;
- 3) rapportaient moins de détresse psychologique au Temps 1;
- 3) entretenaient de meilleures relations avec leurs subordonnés au Temps 1;
- 4) Les hommes et les gestionnaires plus âgés ont davantage tendance à adopter de pratiques de gestion favorisant la santé des employés.

Constat 11. Les gestionnaires rapportant une plus grande latitude décisionnelle au Temps 2 sont ceux qui percevaient leur organisation comme se préoccupant davantage de la santé psychologique au Temps 1. Ces gestionnaires rapportaient également des demandes psychologiques plus élevées, davantage de soutien de leurs collègues et supérieurs ainsi que de meilleures relations avec leurs subordonnés au Temps 1 et moins de détresse psychologique au Temps 1. Les gestionnaires plus âgés et ayant davantage d'ancienneté dans l'organisation ont également rapporté davantage de latitude décisionnelle.

Concrètement, l'appropriation d'une démarche organisationnelle en santé psychologique se traduit par l'adoption de pratiques de gestion des RPS par les gestionnaires. Les résultats des deux mesures par questionnaires ont fait ressortir 1) l'importance du climat psychosocial ; 2) l'influence de l'environnement psychosocial des gestionnaires, plus spécifiquement de leur latitude décisionnelle et de la qualité des relations avec leurs subordonnés ; 3) l'importance d'une bonne santé psychologique (détresse psychologique plus faible au Temps 1); 4) la tendance plus forte des hommes et des gestionnaires plus âgés à adopter de telles pratiques de gestion favorisant la santé au Temps 2. En ce qui a trait au climat psychosocial, rappelons que ce construit réfère aux « politiques, pratiques et procédures organisationnelles pour la protection de la santé et de la sécurité psychologiques des travailleurs » (Dollard et Bakker 2010, p. 580). Le climat psychosocial s'articule autour de quatre sous-dimensions, soit 1) l'engagement de la direction pour la santé psychologique; 2) la priorité accordée à ce dossier par rapport aux objectifs de productivité; 3) les communications sur ce sujet incluant l'écoute des préoccupations des employés; 4) la participation, la consultation et l'engagement de toutes les parties prenantes, telles que les syndicats, les intervenants en santé et en sécurité au travail, les ressources humaines. Ce facteur est considéré comme une « cause des causes » puisque plusieurs études ont montré que le climat psychosocial agit comme un facteur macro qui

influence à la fois les risques psychosociaux, la santé psychologique et l'engagement. Dans la présente étude, les gestionnaires qui percevaient un climat psychosocial fort à la première mesure rapportaient adopter davantage de pratiques de gestion des RPS au Temps 2, et bénéficier d'une plus grande latitude décisionnelle au Temps 2. Ce résultat concorde avec ceux des études précédentes sur l'importance du climat psychosocial dans la mise en œuvre d'interventions (Dollard & Bakker, 2010; Dollard, 2012; Dollard & Karasek, 2010; Dollard, Opie, et al., 2012; Dollard, Tuckey, et al., 2012; Hall et al., 2010; Idris & Dollard, 2011; Idris et al., 2012; Law et al., 2011).

La latitude décisionnelle est le facteur le plus déterminant pour expliquer l'adoption de pratiques de gestion des RPS. Contrairement à ce qui est fréquemment véhiculé, ce n'est pas tant la surcharge de travail des gestionnaires qui les empêchent d'adopter des pratiques de gestion des RPS, mais plutôt leur manque de marge de manœuvre à cet égard. Cette marge de manœuvre est par contre influencée par le climat psychosocial, par la charge de travail, par le soutien des collègues et des supérieurs ainsi que par la qualité des relations avec les subordonnés. En ce qui concerne la relation avec les subordonnés, l'étude concorde avec des études précédentes montrant que le soutien des gestionnaires a un effet positif sur le bien-être des employés, mais que ceux qui éprouvent un bien-être psychologique élevé reçoivent davantage de soutien de leur supérieur (Van Dierendonck, Haynes, Borrill, & Stride, 2004). Dans cette étude, le style de gestion « soutenant » était mesuré à l'aide de neuf échelles et impliquait des pratiques telles que : offrir de la rétroaction, du *coaching* et soutien, clarifier les rôles, être une personne intègre et respectueuse, qui encourage et accepte les points de vue justes et équitables et ceux différents des siens. Il est plus facile pour les gestionnaires d'adopter des pratiques de gestion des RPS lorsque les relations avec leurs subordonnés sont harmonieuses. Or, le besoin d'adopter de telles pratiques est justement plus marqué lorsque les relations sont tendues.

6.2 Contributions

Sur le plan théorique, cette étude contribue à l'avancement des connaissances sur les modèles d'évaluation d'interventions organisationnelles en prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Ce champ de recherche récent est en pleine croissance et cette étude permet de mieux comprendre comment les interventions peuvent être implantées par l'action des gestionnaires.

L'un des principaux défis des démarches préventives en santé psychologique concerne leur faible développement théorique et conceptuel. Cela s'explique par le fait que la plupart des études, à ce jour, ont uniquement porté sur l'évaluation de leur efficacité à améliorer différents indicateurs tels que la détresse psychologique, l'absentéisme et la réduction des contraintes psychosociales de l'environnement de travail. De nombreux chercheurs ont décrié le manque d'attention accordé au processus et au contexte de l'intervention puisque ce sont des facteurs déterminants pour le succès ou l'échec des démarches préventives (p. ex. : Biron, Karanika-Murray et Cooper, 2012; Cox et coll., 2007; Egan et coll., 2009; Griffiths, 1999; Nielsen et Abildaard 2013; Biron et Karanika-Murray, 2013; Nytrø et coll., 2000; Saksvik, Nytrø, Dahl-Jorgensen et Mikkelsen, 2002). Pour être efficaces, les interventions doivent être implantées correctement, ce qui interpelle fortement les

gestionnaires et leurs pratiques de gestion. Étant donné qu'elles touchent à la fois des composantes de l'organisation du travail, les habitudes de vie, la conciliation travail-famille et l'environnement de travail, les démarches préventives en santé psychologique sont complexes à évaluer. La présente étude permet de faire ressortir les éléments déterminants du changement planifié qui relèvent du contenu des interventions, de leur contexte et de leur processus d'implantation, en plus d'établir les éléments individuels, psychosociaux et contextuels influençant l'adoption de pratiques de gestion des RPS. **L'étude permet donc d'entrouvrir la « boîte noire » de l'intervention et son implantation.** Une revue systématique de Egan et coll. (2009) a fait ressortir qu'à ce jour, le peu d'attention accordée au processus d'implantation fait en sorte que les outils permettant d'évaluer ce processus sont sous-développés, en particulier en ce qui a trait aux interventions sociales plus complexes. Considérant les coûts élevés des interventions et des problèmes de santé psychologique, l'étude favorise une meilleure compréhension des principaux facteurs à inclure dans l'évaluation du processus, du contexte et du contenu des interventions. L'utilisation de ces « piliers » pour analyser les démarches permet de structurer les informations à recueillir lors d'évaluation des interventions, ce qui constitue un ajout par rapport aux modèles d'évaluation existants (Nielsen & Abildgaard, 2013; Nielsen & Randall, 2012b). Le cadre conceptuel Contexte-Contenu-Processus-Résultats constitue un moyen de structurer les informations disponibles afin de comprendre ce qui influence l'efficacité des interventions. Même si le contexte, le contenu et le processus ont un effet propre sur le succès ou l'échec de l'intervention, ces facteurs interagissent. Par exemple, une crise financière (le contexte de l'intervention) peut avoir un effet sur la volonté des gestionnaires (le processus) à mettre en œuvre un nouveau mode d'organisation du travail (le contenu de l'intervention), produisant ainsi une détérioration générale du moral de l'équipe (le résultat). De même, l'engagement des participants (processus) peut aider à la mise en œuvre d'un programme d'intervention (contenu) ou être un critère d'efficacité des interventions (résultat). Des recherches futures pourront évaluer comment ces facteurs interagissent afin d'influencer les résultats des interventions, ce qui n'était pas l'objectif poursuivi par cette étude.

Au plan pratique, en établissant les éléments facilitant et entravant la mise en œuvre d'intervention par les gestionnaires, il est possible de rectifier le processus d'intervention de manière à prévenir de façon précoce les embûches. Les gestionnaires et intervenants clés participant à cette étude ont fait ressortir le manque de latitude décisionnelle et le manque de soutien et d'outils pour agir en prévention, ce qui permet d'orienter les efforts futurs afin d'améliorer les démarches. La recension de 25 outils concrets pour gérer les risques psychosociaux constitue également une contribution pratique notoire de cette étude.

6.3 Limites

Malgré sa portée, l'étude comprend certaines limites qu'il est important de soulever. Premièrement, l'étude concerne principalement l'analyse d'interventions en lien avec le processus de certification Entreprise en santé. Il ne s'agit pas en soi d'une limite, mais cela vient teinter le type d'interventions soumis aux analyses. Trois des quatre organisations sont engagées dans ce processus, et la quatrième est scindée en trois établissements dont l'un est également engagé dans ce processus. Le processus de certification concerne quatre

sphères alors que nous nous sommes intéressés uniquement à l'une d'entre elles, soit « pratiques de gestion ». Cette sphère demeure la plus difficile et la plus nébuleuse pour les gestionnaires. Le choix des organisations qui constitue l'échantillon s'explique par le critère de sélection voulant que les entreprises soient au cœur d'une démarche et qu'elles aient au moins réalisé un diagnostic des risques psychosociaux. Or, la plupart des organisations sollicitées qui répondaient à ce critère étaient engagées dans le processus de certification.

Deuxièmement, en ce qui concerne le matériel qualitatif recueilli, il faut souligner qu'il était difficile d'obtenir de l'information concrète des gestionnaires en ce qui a trait aux pratiques de gestion des RPS. Comme indiqué précédemment, ces pratiques sont souvent invisibles ou inconsciemment adoptées par les gestionnaires sans faire l'objet d'une démarche structurée. Les gestionnaires ont donc principalement parlé de ce qui était visible, ce qui comprend les activités structurées, telles que les conférences sur des sujets variés et les activités formelles. L'utilisation d'un devis d'étude avec méthodes mixtes permet de combler en partie cette lacune puisque le questionnaire utilisait un outil solide pour mesurer les pratiques de gestion des RPS. En effet, des études antérieures ont montré que les employés qui perçoivent avoir été exposés à ces pratiques (Hasson et coll., 2014) et les organisations dans lesquelles ces pratiques ont été notées dans un registre d'interventions (Gilbert-Ouimet et coll. 2011) ont montré des améliorations significatives sur les plans des contraintes psychosociales et de la santé psychologique.

Enfin, il aurait été souhaitable d'analyser les données quantitatives à l'aide de modèles d'équations structurelles afin de dépister les mécanismes et processus influençant l'adoption de pratiques de gestion. Par exemple, il semble que le climat psychosocial influence à la fois l'adoption de pratiques de gestion des RPS, la latitude décisionnelle et la qualité des relations avec les subordonnés. Il est probable que certaines variables jouent un rôle modérateur ou médiateur, mais celui-ci n'a pas été évalué. Ce choix s'explique par les objectifs de l'étude qui ne visaient pas à évaluer ces mécanismes, mais bien à mettre en évidence les différents éléments individuels, psychosociaux et contextuels influençant l'adoption de pratiques de gestion. De nouvelles analyses nous permettront de poursuivre la réflexion sur les mécanismes qui influencent l'adoption de pratiques de gestion des RPS.

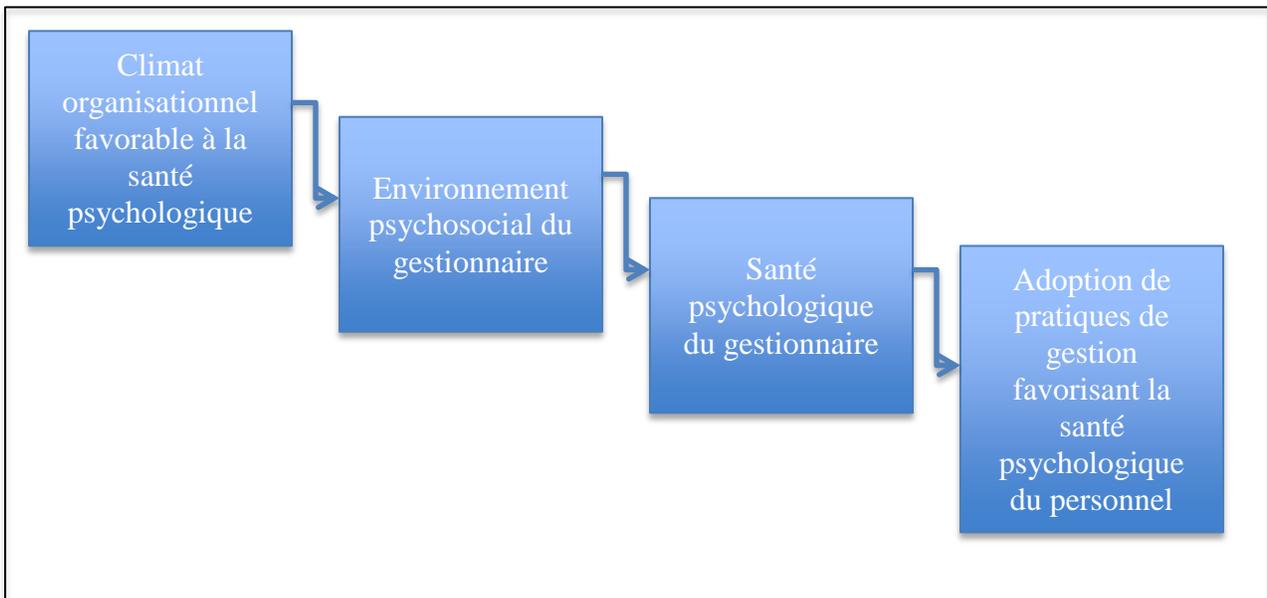
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la lumière des 11 constats dressés par cette étude, les recommandations suivantes nous semblent appropriées. **Pour les trois recommandations, l'engagement soutenu de la direction s'avère essentielle.**

Recommandation 1. Mettre en œuvre des interventions préventives sur l'environnement psychosocial des gestionnaires.

L'étude fait ressortir l'importance d'une bonne santé mentale et d'un environnement psychosocial sain, en particulier le besoin des gestionnaires de disposer de latitude décisionnelle et d'entretenir des relations interpersonnelles de qualité avec leurs employés. Il semble y avoir un effet de cascade, en ce sens que les gestionnaires percevant que leur organisation se préoccupe de la santé mentale sont plus enclins à adopter des pratiques de gestion favorisant la santé. L'adoption de ces pratiques est par ailleurs influencée par leur propre santé mentale et leur propre environnement psychosocial. Si la direction planifie des interventions préventives à l'intention des gestionnaires, on peut penser que celles-ci produiront un effet de cascade et une influence positive sur la santé psychologique des personnes dont ils supervisent le travail (figure 1).

Figure 1. Logique de l'influence du climat de sécurité psychosocial sur l'adoption de pratiques de gestion favorisant la santé psychologique du personnel.



Recommandation 2. Soutenir l'implantation des démarches sur les risques psychosociaux par le biais d'outils et ressources accordés aux gestionnaires.

Plusieurs constats établis par notre étude font référence au manque d'outils et de ressources internes et externes en matière de pratiques de gestion des risques psychosociaux afin de prévenir des problèmes de santé psychologique. Parmi les besoins cités par les gestionnaires, on note la formation, le *coaching* et le soutien social, par exemple, par le biais de groupes de codéveloppement.

Recommandation 3. Mettre en évidence les liens entre les différents projets organisationnels en cours et la santé psychologique du personnel.

Les pratiques de gestion sont souvent réalisées de manière informelle et non structurée, sans être considérées comme faisant partie prenante des démarches préventives. À l'inverse, plusieurs initiatives organisationnelles pourraient être envisagées en fonction de leurs effets sur la santé psychologique, mais celles-ci ne sont pas libellées comme telles.

En conclusion, cette étude novatrice utilise les théories du changement planifié et un cadre conceptuel d'évaluation mettant en évidence les éléments du contexte, du contenu des interventions et leur processus d'implantation pour déterminer des facteurs facilitant et entravant les démarches préventives en santé psychologique. Le climat psychosocial de l'organisation, se traduisant par l'engagement de la direction et des parties prenantes à l'intervention, constitue un facteur déterminant du succès de la démarche. L'adoption de pratiques de gestion des RPS traduit l'appropriation des démarches par les gestionnaires. Le climat psychosocial, la latitude décisionnelle et les relations harmonieuses avec les subordonnés sont les facteurs qui déterminent l'adoption de pratiques de gestion des RPS. En mettant en évidence ces éléments, l'étude permet des avancées théoriques sur l'évaluation d'interventions organisationnelles sur la santé psychologique, qui constitue en soi un champ de recherche en pleine effervescence. Des recherches futures pourront utiliser ces éléments afin d'évaluer comment ils interagissent entre eux et comment ils influencent les résultats de l'intervention.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Armenakis, A. A., & Bedeian, A. (1999). Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), 293-315.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur "administration provinciale". (2008). Le soutien social: pour améliorer la qualité de vie au travail. *Santé psychologique - brochure d'information*. Retrieved from http://apssap.qc.ca/wp-content/uploads/2013/08/Soutien_social.pdf
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. (2001a). Démarche participative sur l'organisation du travail. Dossiers thématiques Retrieved 2016-03-17, from <http://www1.asstsas.qc.ca/dossier/prat-ing-4.asp>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. (2001b). Plan d'action contre l'épuisement professionnel. Dossiers thématiques Retrieved 2016-03-17, from <http://www1.asstsas.qc.ca/dossier/prat-ing/prat-ing-2.asp>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. (2002a). Forum sur l'amélioration des conditions d'exercice du travail. Dossiers thématiques Retrieved 2016-03-17, from <http://www1.asstsas.qc.ca/dossier/prat-ing/prat-ing-3.asp>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. (2002b). Groupe d'entraide. Dossiers thématiques Retrieved 2016-03-17, from <http://www1.asstsas.qc.ca/dossier/prat-ing-5.asp>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. (2003). Programme de gestion intégrée de la présence au travail. Dossiers thématiques Retrieved 2016-03-17, from <http://www1.asstsas.qc.ca/dossier/prat-ing-1.asp>
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2010). Key questions regarding work engagement. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 4-28. doi: 10.1080/1359432x.2010.485352
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L., & Leiter, M. P. (2011). Work engagement: Further reflections on the state of play. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 74-88. doi: 10.1080/1359432x.2010.546711
- Barling, J., Loughlin, C., & Kelloway, E. K. (2002). Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *The Journal of applied psychology*, 87(3), 488-496.
- Bech, P., Andersen, M. B., Bech-Andersen, G., Tønnesen, S., Agnarsdottir, E., & Borg, V. (2005). Work-related stressors, depression and quality of life in Danish managers. *European Psychiatry*, 20, Supplement 3, S318-S325. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(05\)80183-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(05)80183-X)
- Belkic, J. L., Landbergis, P. A., Schnall, P. L., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 30(2), 85-128.
- Biggs, A., Brough, P., & Barbour, J. P. (2014). Enhancing work-related attitudes and work engagement: A quasi-experimental study of the impact of an organizational

- intervention. *International Journal of Stress Management*, 21(1), 43-68. doi: 10.1037/a0034508
- Biron, C. (2013). *Mesurer les ingrédients actifs lors d'interventions organisationnelles en prévention du stress au travail*. Paper presented at the Association canadienne francophone pour le savoir (ACFAS), Québec, Canada.
- Biron, C., Gatrell, C., & Cooper, C. L. (2010). Autopsy of a failure: Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 135-158. doi: 10.1037/a0018772
- Biron, C., Ivers, H., & Brun, J.-P. (sous presse). Capturing the active ingredients of multicomponent participatory organizational stress interventions using an adapted study design. *Stress & Health*.
- Biron, C., & Karanika-Murray, M. (2014). Process evaluation for organizational stress and well-being interventions: Implications for theory, method, and practice. *International Journal of Stress Management*, 21(1), 85-111. doi: 10.1037/a0033227
- Biron, C., Karanika-Murray, M., & Cooper, C. L. (2012). *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context*. New York, London: Routledge.
- Borritz, M. M. D., Bultmann, U. P., Rugulies, R. P., Christensen, K. B. P., Villadsen, E., & Kristensen, T. S. D. (2005). Psychosocial Work Characteristics as Predictors for Burnout: Findings From 3-Year Follow Up of the PUMA Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(10), 1015-1025.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., & Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occup Environ Med*, 68, 479 - 486. doi: 10.1136/oem.2010.055202
- Bourbonnais, R., Brisson, C., & Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 479-486. doi: doi:10.1136/oem.2010.055202
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Mâsse, B., & Blanchette, C. (2005). Psychosocial Work Environment and certified Sick Leaves among Nurses during Organizational Changes and Downsizing. *Relations Industrielles* 60(6), 483-508.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, B. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 63, 335-342.
- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., & Vézina, M. (2012). Evaluation of an intervention to prevent mental health problems among correctional officers In C. Biron, M. Karanika-Murray & C. C. L. (Eds.), *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context*. London: Routledge.
- Brisson, C., & Larocque, B. (2001). [Validity of occupational stress and decision latitude on health in the National Population Health Survey of 1994-95]. *Can J Public Health*, 92(6), 468-474.
- Brun, J.-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). *Démarche Stratégique de Prévention des Problèmes de Santé Mentale au Travail*, R-514 (pp. 78). Québec, Canada: Institut

- de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (<http://www.irsst.qc.ca>).
- Brun, J.-P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail [Guide for a strategic approach for prevention of mental health problems at work]*. (RG-618). Montreal Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2002). La reconnaissance au travail: Une pratique riche de sens. In Centre d'expertise en gestion des ressources humaines (Ed.). Québec: Secrétariat du Conseil du Trésor.
- Bureau de normalisation du Québec. (2008). Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail - Guide explicatif sur la norme BNQ 9700-800/2008 [Prevention, Promotion and Organizational Practices Contributing to Health in the Workplace - Handbook] (pp. 46). Québec: Bureau de normalisation du Québec,.
- Chouanière, D., Langevin, V., Guibert, A., & Montagnez, A. (2011). Stress au travail - Les étapes d'une démarche de prévention (pp. 34). Paris: Institut national de recherche et de sécurité (INRS).
- Collerette, P., Lauzier, M., & Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement* (2 ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cousin, O. (2004). *Les cadres: grandeur et incertitude*. Paris: Harmattan.
- Cox, T., Karanika-Murray, M., Griffiths, A., & Houdmont, J. (2007). Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods *Work & Stress*, 21(4), 348-362.
- Cox, T., Taris, T. W., & Nielsen, K. (2010). Organizational interventions: Issues and challenges. *Work & Stress*, 24(3), 217 - 218.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., & Lapointe, F. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Dieumegard, G., Saury, J., & Durand, M. (2004). L'organisation de son propre travail: une étude du cours d'action de cadres de l'industrie. *Le travail humain*, 67(2), 157-179.
- Dollard, M., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 83(3), 579-599.
- Dollard, M. F. (2012). Psychosocial safety climate: a lead indicator of workplace psychological health and engagement and a precursor to intervention success. In C. Biron, M. Karanika-Murray & C. L. Cooper (Eds.), *Improving organizational interventions for stress and well-being interventions: Addressing process and context* (pp. 77-101). London: Routledge.
- Dollard, M. F., & Karasek, R. (2010). Building psychosocial safety climate: Evaluation of a socially coordinated PAR Risk Management stress prevention study. In J. Houdmont & S. Leka (Eds.), *Contemporary Occupational Health Psychology - Global perspectives on research and practice* (Vol. 1, pp. 208-233). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Dollard, M. F., Opie, T., Lenthall, S., Wakerman, J., Knight, S., Dunn, S., . . . MacLeod, M. (2012). Psychosocial safety climate as an antecedent of work characteristics and psychological strain: A multilevel model. *Work & Stress*, 26(4), 385-404. doi: 10.1080/02678373.2012.734154

- Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2012). Psychosocial safety climate moderates the job demand-resource interaction in predicting workgroup distress. *Accident Analysis and Prevention*, 45, 694-704. doi: 10.1016/J.Aap.2011.09.042
- Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., & Whitehead, M. (2009). Reviewing evidence on complex social interventions: appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organisational-level workplace interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), 4-11. doi: 10.1136/jech.2007.071233
- Fasbender, U., Deller, J., Wang, M., & Wiernik, B. M. (2014). Deciding whether to work after retirement: The role of the psychological experience of aging. *Journal of Vocational Behavior*, 84(3), 215-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2014.01.006>
- Giga, S., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2003). Identification of good practice in stress prevention/management. In J. Jordan, E. Gurr, G. Tinline, S. Giga, B. Faragher & C. L. Cooper (Eds.), *Beacons of excellence in stress prevention* (Vol. HSE Research Report 133, pp. 1-45). Sudbury, England: HSE Books.
- Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Brisson, C., & Vézina, M. (2009). *Guide des pratiques organisationnelles favorables à la santé*. Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST).
- Gilbert-Ouimet, M., Brisson, C., Vézina, M., Trudel, L., Bourbonnais, R., Masse, B., . . . Dionne, C. E. (2011). Intervention Study on Psychosocial Work Factors and Mental Health and Musculoskeletal Outcomes. *HealthcarePapers*, 11(Sp), 47-66.
- Gilbreath, B., & Benson, P. G. (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 18(3), 255-266.
- Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Heaney, C., & Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: An overview from NORA Intervention Effectiveness Research Team. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(7), 616-622.
- Gorgievski, M., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2010). *Journal of Positive Psychology*, 5(null), 83.
- Gravel, S., Lortie, M., Bilodeau, H., & Dubé, J. (2012). Interaction entre la gestion des ressources humaines et la SST - L'enseignement aux futurs gestionnaires. *Études et recherches / Rapport R-730* (pp. 76). Montréal: IRSST.
- Hall, G. B., Dollard, M. F., & Coward, J. (2010). Psychosocial Safety Climate: Development of the PSC-12. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 353-383. doi: Doi 10.1037/A0021320
- Hannah, D. R., & Lautsch, B. A. (2010). Counting in qualitative research : Why to conduct it, when to avoid it, and when to closet it. *Journal of Management Inquiry*, 20(1), 14-22.
- Harding, S. D., & Davenport, T. O. (2010). *Manager Redefined: The Competitive Advantage in the Middle of Your Organization*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Hasson, H., Brisson, C., Guérin, S., Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2014). An organizational-level occupational health intervention: Employee perceptions of exposure to changes, and psychosocial outcomes. *Work & Stress*, 28(2), 179-197. doi: 10.1080/02678373.2014.907370
- Hasson, H., Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Brisson, C., Vézina, M., Bourbonnais, R., & Montreuil, S. (2012). Implementation of an organizational-level intervention

- on the psychosocial environment of work: comparison of managers' and employees' views. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 54(1), 85-91. doi: 10.1097/JOM.0b013e31823ccb2f
- Health & Safety Executive, & Chartered Institute of Personnel and Development. (2007). *Managing stress at work – A competency framework for line managers*. Retrieved from http://london.ac.uk/fileadmin/documents/staff/HR/Managing_Stress_Competency_framework_for_line_managers_HSE_CIPD.pdf
- Hilton, M. F. (2008). Mental Ill-Health and the Differential Effect of Employee Type on Absenteeism and Presenteeism. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE*, 50(11), 1228.
- Holt, D. T., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Harris, S. G. (2007). Readiness for organizational change: The systematic development of a scale. *Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2), 232-255.
- Idris, M. A., & Dollard, M. F. (2011). Psychosocial safety climate, work conditions, and emotions in the workplace: A Malaysian population-based work stress study. *International Journal of Stress Management*, 18(4), 324-347. doi: 10.1037/a0024849
- Idris, M. A., Dollard, M. F., Coward, J., & Dormann, C. (2012). Psychosocial safety climate: Conceptual distinctiveness and effect on job demands and worker psychological health. *Safety Science*, 50(1), 19-28. doi: 10.1016/j.ssci.2011.06.005
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Grille d'identification de risques psychosociaux au travail : mise à jour mars 2011*. Retrieved 2016-03-17, from https://http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1269_GrilleIdentRisquesPsychosociauxTravail_Mars2011.pdf
- Janssen, N., Kant, I., Swaen, G., Janssen, P., & Schroer, C. (2003). Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(Suppl 1), i71-i76. doi: 10.1136/oem.60.suppl_1.i71
- Jauvin, N., Bourbonnais, R., Vézina, M., Brisson, C., & Hegg-Deloye, S. (2014). Interventions to prevent mental health problems at work: Facilitating and hindering factors. In C. Biron, R. J. Burke & C. L. Cooper (Eds.), *Creating healthy workplaces: Reducing stress, improving well-being and organizational effectiveness*. Farham, UK: Gower Publishing.
- Johns, G. (2006). The essential impact of context on organizational behavior. *Academy of Management Review*, 31(2), 386-408.
- Jones, D. A., & McIntosh, B. R. (2010). Organizational and occupational commitment in relation to bridge employment and retirement intentions. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 290-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.004>
- Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., & Cooper, C. (2003). *Beacons of excellence in stress prevention* (pp. 206). Norwich: Health and Safety Executive.
- Karanika-Murray, M., & Biron, C. (2015a). *Derailed organizational health and well-being interventions - Confessions of failure, solutions for success*. Dordrecht: Springer Science+Business Media

- Karanika-Murray, M., & Biron, C. (2015b). Why do some interventions derail? Deconstructing the elements of organizational interventions for stress and well-being In M. Karanika-Murray & C. Biron (Eds.), *Derailed organizational health and well-being interventions - Confessions of failure, solutions for success* (pp. 1-23). Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Karasek, R. (1985). *Job Content Questionnaire and user's guide*. Lowell, MA: Department of work environment, University of Massachusetts.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain - Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi: Doi 10.2307/2392498
- Kelloway, E. K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work & Stress*, 24(3), 260 - 279.
- Keselman, H. J., Algina, J., & Kowalchuk, R. K. (2001). The analysis of repeated measures designs: A review. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 54(1), 1-20.
- Kessler, R., Andrews, G., Colpe, L., Hiripi, E., Mroczek, D., Normand, S. L., . . . Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(06), 959-976. doi: doi:10.1017/S0033291702006074
- Kirk, R. E. (1995). *Experimental design : procedures for the behavioral sciences*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ : British Medical Journal*, 325(7369), 857-857.
- Kobayashi, Y., Kaneyoshi, A., Yokota, A., & Kawakami, N. (2008). Effects of a Worker Participatory Program for Improving Work Environments on Job Stressors and Mental Health among Workers: A Controlled Trial. *Journal of Occupational Health*, 50(6), 455-470. doi: 10.1539/joh.L7166
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, Job Well-Being, and Health Effects-A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* August, 50(8), 904-915.
- Lamarche, C. (2007). Santé psychologique au travail: Une démarche structurée pour mieux gérer l'action. *Focus sur la personne - Fiche de sensibilisation de l'Association sectorielle paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur "affaires municipales" (APSAM)*. Retrieved from <http://www.apsam.com/sites/default/files/docs/publications/fs6.pdf>
- Lansisalmi, H., & Kivimäki, M. (1999). Factors associated with innovative climate: What is the role of stress? *Stress Medicine*, 15(4), 203-213.
- Larocque, B., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du " Job Content Questionnaire " de Karasek (*Reliability, factorial and discriminant validity of the French version of the job demands and decisional latitude scales*). *Revue Épidémiologique de Santé Publique*, 46(5), 371-381.

- Law, R., Dollard, M. F., Tuckey, M. R., & Dormann, C. (2011). Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis & Prevention*, 43(5), 1782-1793. doi: 10.1016/j.aap.2011.04.010
- Legault, L. (2012). Une valeur sûre: Le soutien social! . *Sans Pépins/Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales*, 14, 7-8.
- Leslie, L. M., Tae-Youn, P., Si Anh, M., & Flaherty Manchester, C. (2012). Flexible work practices: a source of career premiums or penalties? [Article]. *Academy of Management Journal*, 55(6), 1407-1428. doi: 10.5465/ami.2010.0651
- Lohela, M., Bjorklund, C., Vingard, E. M., Hagberg, J., & Jensen, I. P. (2009). Does a Change in Psychosocial Work Factors Lead to a Change in Employee Health? . *Journal of Occupational & Environmental Medicine* February, 51(2), 195-203.
- MacKay, C., Palferman, D., Saul, H., Webster, S., & Packham, C. (2012). Implementation of the Management Standards for work-related stress in Great Britain. In C. Biron, M. Karanika-Murray & C. L. Cooper (Eds.), *Improving organizational interventions on stress and well-being: Addressing process and context issues*. London: Routledge.
- MacKay, C. J., Cousins, R., Kelly, P. J., Lees, S., & McCaig, R. H. (2004). 'Management Standards' and work-related stress in the UK: Policy background and science. *Work & Stress*, 18(2), 91.
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350, 235-239.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (2003). Demonstrating the Value of an Organization's Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire. *Advances in Developing Human Resources*, 5(2), 132-151. doi: 10.1177/1523422303005002002
- Mental health commission of Canada. (2013). National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace Retrieved September 25, from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5346>
- Mikkelsen, A., Saksvik, P. O., & Ursin, H. (1998). Job stress and organizational learning. *International journal of Stress Management*, 5(4), 197-209.
- Munir, F., Nielsen, K., & Gomes Carneiro, I. (2010). Transformational leadership and depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 235-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.020>
- Murta, S. G., Sanderson, K., & Oldenburgh, B. (2007). Process evaluation in occupational stress management programs: A systematic review. *American Journal Of Health Promotion*, 21(4), 248-254.
- Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. . *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- Nielsen, K., & Abildgaard, J. (2013). Organizational interventions: a research-based framework for the evaluation of both process and effects. *Work & Stress*, 27, 278 - 297.

- Nielsen, K., Fredslund, H., Christensen, K. B., & Albertsen, K. (2006). Success or failure? Interpreting and understanding impact of interventions in four similar worksites. *Work & Stress*, 20(3), 272-287.
- Nielsen, K., & Randall, R. (2012a). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work & Stress*, 26, 91 - 111.
- Nielsen, K., & Randall, R. (2012b). Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1-17. doi: 10.1080/1359432x.2012.690556
- Nielsen, K., Randall, R., & Albertsen, K. (2007). Participants, appraisals of process issues and the effects of stress management interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 793-810.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2009). Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 51-55. doi: 10.1136/oem.2008.039362
- Nytrø, K., Saksvik, P. Ø., Mikkelsen, A., Bohle, P., & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14(3), 213-225.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scandinavian Journal of Public Health* 38((Suppl 3):), 8-24.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.
- Provalis Research. (2013). QDA Miner (Version 4.1.7, version pour académique) [Programme informatique]. Montréal.
- Randall, R., & Nielsen, K. (2012). Does the intervention fit? An explanatory model of intervention success and failure in complex organizational environments. In C. Biron, M. Karanika-Murray & C. L. Cooper (Eds.), *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context*. New York, London: Routledge.
- Randall, R., Nielsen, K., & Tvedt, S. D. (2009). The development of five scales to measure employees' appraisals of organizational-level stress management interventions. *Work & Stress*, 23(1), 1.
- Robson, L. S., Shannon, H. S., Goldenhar, L. M., & Hale, A. R. (2001). *Guide to evaluating the effectiveness of strategies for preventing work injuries: How to show whether a safety intervention really works* (pp. 121): National Institute for Occupational Safety and Health.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2000). *Evaluation - a systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Saksvik, P., Nytrø, K., Dahl-Jorgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16, 37 - 57.

- Saksvik, P. Ø., Tvedt, S. D., Nytrø K., Andersen G. R., Andersen T. K., Buvik, M. P., & Torvatn, H. (2007). Developing criteria for healthy organizational change. *Work & Stress* 21(3), 243 - 263.
- Samra, J., Gilbert, M., Shain, M., & Bilsker, D. (2012). Sélection des actions efficaces : application d'un cadre de qualité, Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA). Protégeons la santé mentale au travail Retrieved 2016-03-17, from http://www.psm.ca/docs/fre/dashboard/action/Selection_of_Effective_Actions_Appling_a_Quality_Framework_FRENCH.pdf
- SAS Institute. (2004). *SAS/STAT User's Guide, Version 9.1 (Vol. 1 to 7)*. Cary, NC: SAS Institute.
- Sauter, S. L., & Hurrell, J. J., Jr. (1999). Occupational health psychology: origins, context, and direction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 117.
- Semmer, N. (2011). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology* (2nd ed., pp. 299-318). Washington, DC: APA.
- Semmer, N. K. (2006). Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32(6, special issue), 515-527.
- Semmer, N. K. (2009). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project (Mental capital and wellbeing: making the most of ourselves in the 21st century) - Stress Management and Wellbeing Interventions in the Workplace*. UK Government office for science.
- Shannon, H. S., Robson, L. S., & Guastello, S. J. (1999). Methodological criteria for evaluating occupational safety intervention research. *Safety Science*, 31(2), 161-179.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Skagert, K., Dellve, L., Eklof, M., Pousette, A., & Ahlbord, G. J. (2008). Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. 39, 803-811.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Stock, S., Nicolakakis, N., Messing, K., Turcot, A., & Raiq, H. (2013). Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail et les facteurs psychosociaux ? ». *Pistes - Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 15(2), en ligne.
- Stufflebeam, D. L., Madaus, G. F., & Kellaghan, T. (2000). *Evaluation models (Rev. ed.)*. Boston: Kluwer.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). New York, NY: Allyn and Bacon.
- Torp, S., Riise, T., & Moen, B. E. (2001). The Impact of Psychosocial Work Factors on Musculoskeletal Pain: A Prospective Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(2), 120-126.

- Van Dierendonck, D., Haynes, C., Borrill, C., & Stride, C. (2004). Leadership Behavior and Subordinate Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(2), 165.
- van Wyk, B., E., & Pillay-Van Wyk, V. (2014). Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003541.pub3/abstract>
doi:10.1002/14651858.CD003541.pub3
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., . . . Prud'homme, P. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de SST (EQCOTESST) (pp. 756). Montréal: IRSST.
- Yarker, J., Donaldson-Feilder, E., Lewis, R., & Flaxman, P. E. (2008). Management competencies for preventing and reducing stress at work: Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards: Phase 2. London: HSE Books.
- Zohar, D. (2002). Modifying supervisory practices to improve subunit safety: A leadership-based intervention model. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 156-163. doi: 10.1037/0021-9010.87.1.156

9. ANNEXES

Annexe A - Échelles de mesure du questionnaire, description des items et des échelles de réponse, coefficients de consistance interne et références des échelles

Échelle et items	Échelle réponse	Alpha Cronbach
<p>Climat de sécurité psychosociale (12 items) (Hall et coll. 2010)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La haute direction agit rapidement pour corriger les problèmes et les situations qui portent atteinte à la santé psychologique du personnel. 2. La haute direction agit de manière proactive lorsque la santé psychologique d'un employé est préoccupante. 3. La haute direction démontre sa préoccupation pour la santé psychologique et la prévention du stress par son implication et son engagement. 4. Le bien-être psychologique du personnel est une priorité dans cette organisation. 5. La haute direction considère clairement la santé psychologique du personnel comme étant importante. 6. La haute direction considère que la santé psychologique du personnel est aussi importante que la productivité. 7. Il y a un bon niveau de communication ici en ce qui concerne la santé psychologique. 8. De l'information concernant le bien-être au travail m'est régulièrement transmise par mon supérieur immédiat. 9. Mes propositions pour résoudre les problèmes de santé et sécurité dans l'organisation sont entendues. 10. L'organisation met en œuvre des interventions en santé psychologique avec la participation et la consultation des employés et des représentants des travailleurs 11. Les employés sont encouragés à s'impliquer dans les questions de santé psychologique et de bien-être au travail. 12. En pratique, les démarches préventives en santé psychologique dans mon organisation impliquent tous les niveaux hiérarchiques. 	<p>1 (Fortement en désaccord) - 4 (Fortement en accord)</p>	0.89
<p>Demandes psychologiques (6 items) (Karasek, 1985; Larocque et coll., 1998; Vézina et coll., 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mon travail exige d'aller très vite. 2. On me demande de faire une quantité excessive de travail. 3. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail. 4. Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres. 5. Mon travail exige de travailler très fort. 	<p>1 (Fortement en désaccord) - 4 (Fortement en accord)</p>	0.77

6. Je subis plusieurs interruptions et dérangements dans la réalisation de mes tâches.		
<p>Latitude décisionnelle (5 items) (Karasek, 1985; Larocque et coll., 1998; Vézina et coll., 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles. 2. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications. 3. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses. 4. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail. 5. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail. 	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	0.57
<p>Soutien social (7 items) (Karasek, 1985; Larocque et coll., 1998; Vézina et coll., 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail. 2. À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe. 3. Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi 4. Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble 5. Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis 6. Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail 7. Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi 	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	0.78
<p>Soutien social des collègues (3 items) (Karasek, 1985; Larocque et al. 1998; Vézina et al. 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail. 2. À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe. 3. Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi 	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	0.65
<p>Soutien social du supérieur (4 items) (Karasek, 1985; Larocque et coll., 1998; Vézina et coll., 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble 2. Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis 3. Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail 4. Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi 	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	0.82

<p>Reconnaissance (8 items) (Siegrist, 1996; Vézina et coll., 2011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs. 2. Mes perspectives de promotion sont faibles. 3. Ma sécurité d'emploi est faible. 4. Vu tous mes efforts et réalisations, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail. 5. Vu tous mes efforts et réalisations, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes. 6. Vu tous mes efforts et réalisations, mon salaire est satisfaisant. 7. Au travail, mes efforts sont suffisamment appréciés. 8. Au travail, on me traite équitablement. 	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	<p>0.74</p>
<p>Organisation apprenante (Marsick et Watkins, 2003)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans mon organisation, on encourage les gens à continuer d'apprendre. 2. Dans mon organisation, les gens passent du temps à établir un lien de confiance l'un envers l'autre. 3. Dans mon organisation, les équipes/ les groupes modifient leur façon de penser à la suite des discussions de groupe ou des informations collectées. 4. Lorsqu'on tire des leçons d'une situation, l'organisation partage l'information à tous. 5. Mon organisation reconnaît les personnes qui prennent des initiatives. 6. Dans mon organisation, on travaille de concert avec des personnes de l'extérieur pour répondre à différents besoins. 7. Dans mon organisation, les dirigeants cherchent continuellement des occasions d'apprendre. 	<p>1 (Presque jamais) – 6 (Presque toujours)</p>	<p>0.86</p>

<p>Adoption de pratiques de gestion favorisant santé (Gilbert-Ouimet et coll., 2009)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Créer des comités, ateliers de travail et susciter des rencontres d'équipe. 2. Rencontrer les personnes individuellement et suivre les dossiers (ajuster la charge de travail, la nature des mandats et discuter des difficultés). 3. Réaliser des activités de reconnaissance des travaux. 4. Souligner les bons coups du personnel. 5. Réaliser des activités interpersonnelles. 6. Réviser les processus. 7. Introduire de nouveaux outils de travail facilitant la tâche. 8. Implanter les changements organisationnels progressivement. 9. Ajouter du personnel (de manière transitoire ou permanente). 10. Remplacer les employés lors des absences ^a. 11. Favoriser les aménagements de l'horaire de travail et/ou l'implantation de l'horaire variable. 12. Enrichir les tâches (réaménagement des tâches/recherche de polyvalence). 13. Réviser la complexité des tâches. 14. Encourager le coaching/mentorat du personnel. 15. Favoriser la participation à des activités de formation. 16. Communiquer les enjeux, les objectifs, les mandats. 17. Définir et diffuser les politiques et plans d'action utiles aux employés. 18. Gérer la planification de la main-d'œuvre. 	<p>1 (Ne correspond jamais à mes pratiques) – 4 (Correspond très souvent à mes pratiques)</p>	<p>0.86</p>
<p>Adoption de pratiques de gestion favorisant santé - Gestion d'équipe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Créer des comités, ateliers de travail et susciter des rencontres d'équipe. 2. Réaliser des activités de reconnaissance des travaux. 3. Réaliser des activités interpersonnelles. 4. Réviser les processus. 5. Introduire de nouveaux outils de travail facilitant la tâche. 6. Implanter les changements organisationnels progressivement. 		
<p>Adoption de pratiques de gestion favorisant santé - Communication/Information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontrer les personnes individuellement et suivre les dossiers (ajuster la charge de travail, la nature des mandats et discuter des difficultés). 2. Souligner les bons coups du personnel. 3. Encourager le coaching/mentorat du personnel. 		

<p>4. Favoriser la participation à des activités de formation. 5. Communiquer les enjeux, les objectifs, les mandats. 6. Définir et diffuser les politiques et plans d'action utiles aux employés.</p>		
<p>Adoption de pratiques de gestion favorisant santé - Gestion de l'organisation du travail</p> <p>1. Ajouter du personnel (de manière transitoire ou permanente). 2. Favoriser les aménagements de l'horaire de travail et/ou l'implantation de l'horaire variable. 3. Enrichir les tâches (réaménagement des tâches/recherche de polyvalence). 4. Réviser la complexité des tâches. 5. Gérer la planification de la main-d'œuvre.</p>		
<p>Qualité des relations avec subordonnés (items développés pour la présente étude)</p> <p>1. Mes subordonnés font preuve d'ouverture d'esprit. 2. Mes relations avec mes subordonnées sont harmonieuses.</p>	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	<p>N/A</p>
<p>Formation / information sur la gestion des personnes (2 items) (items développés pour la présente étude)</p> <p>1. Je reçois régulièrement de l'information pour m'aider à mieux gérer les personnes dans mon équipe. 2. Dans mon organisation, il y a régulièrement des formations sur la gestion des personnes</p>	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	
<p>Ouverture face aux changements (« readiness for change ») (4 items) (Randall et coll., 2009)</p> <p>1. Je suis confiant à l'effet que cette démarche sur la santé psychologique permettra d'améliorer mes propres conditions de travail. 2. J'ai des attentes élevées par rapport à l'impact de cette démarche sur la santé psychologique sur conditions de travail. 3. J'ai hâte de voir les changements qui seront implantés dans le cadre de cette démarche sur la santé psychologique 4. Je suis prêt(e) à accepter les changements qui seront implantés dans le cadre de cette démarche sur la santé psychologique.</p>	<p>1 (Fortement en désaccord) – 4 (Fortement en accord)</p>	<p>0.74</p>

Détresse psychologique (Kessler et coll., 2002) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) : 1. Nerveux/nerveuse? 2. Désespéré(e)? 3. Agité(e) ou ne tenant pas en place? 4. Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire? 5. Que tout était un effort? 6. Bon(ne) à rien?	1 (Jamais) à 5 (Tout le temps)	0.80
--	--------------------------------------	------