

2007

Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail

Jean-Pierre Brun
Université Laval

Caroline Biron
Université Laval

Hans Ivers
Université Laval

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

Citation recommandée

Brun, J.-P., Biron, C. et Ivers, H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail* (Rapport n° R-514). IRSST.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.



Santé psychologique

Études et recherches



RAPPORT R-514



Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail

Jean-Pierre Brun
Caroline Biron
Hans Ivers



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

Mission *travaillent pour vous !*

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.

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

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

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 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 CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2007

ISBN : 978-2-89631-163-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89631-164-4 (PDF)

ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail
août 2007



Santé psychologique

Études et recherches



RAPPORT R-514

Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail

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.

*Jean-Pierre Brun, Caroline Biron et Hans Ivers,
Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval*



Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca

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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSS

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

SOMMAIRE

Malgré une quantité impressionnante de données empiriques démontrant les conséquences néfastes du stress au travail sur la santé des individus et des organisations, il existe peu d'évidences scientifiques sur le processus d'implantation et l'efficacité des interventions visant à prévenir le stress au travail. Plusieurs revues de la littérature scientifique sur les programmes de prévention du stress au travail montrent la dominance des programmes de prévention centrés sur l'individu (DeFrank & Cooper, 1987; Van Der Hek & Plomp, 1997). Les effets associés à ce type d'intervention sont généralement limités et de durée plutôt courte (Bunce, 1997; Murphy, 1996). En ce qui concerne les interventions prévenant le stress à la source, il existe peu d'évidences scientifiques permettant d'identifier les stratégies les plus efficaces pour réduire le stress au travail et sur les façons adéquates de mettre en œuvre ces interventions afin d'atteindre les résultats désirés (Cooper et al., 2001).

Ce rapport présente les résultats d'une recherche évaluant la mise en place d'interventions organisationnelles en prévention du stress au travail. L'étude visait deux objectifs :

1. documenter et améliorer, en partenariat avec les milieux de travail, les démarches de prévention des problèmes de santé mentale au travail mises sur pied à la lumière des résultats de la première phase de recherche ;
2. dans le cadre d'un devis quasi-expérimental avec mesure avant et après l'intervention et groupe de comparaison, évaluer l'efficacité des interventions afin de réduire l'exposition aux sources de stress et améliorer la santé psychologique.

La collecte des données a été réalisée au moyen de questionnaires, d'entrevues semi-dirigées, d'entretiens focalisés, d'observations participantes et d'un accompagnement de 18 mois auprès de trois organisations : un établissement d'enseignement supérieur, un centre hospitalier et des établissements du secteur forestier public.

LES FAITS SAILLANTS DU SUIVI DES INTERVENTIONS SONT LES SUIVANTS :

- ✎ Les données administratives sur l'absentéisme sont très utiles puisqu'elles éclairent les décisions en début et pendant les interventions préventives.
- ✎ Lorsque les données administratives ne sont pas disponibles, un sondage sur le stress au travail « *stress audit* » s'avère aussi un choix judicieux.
- ✎ Si aucune donnée administrative ou d'enquête par sondage n'est disponible, le recours à des informations subjectives peut permettre de cibler les unités plus à risque.
- ✎ L'engagement de la direction est un processus qui doit faire l'objet d'une attention particulière et qui doit être reconfirmé régulièrement tout au long du projet.
- ✎ L'incorporation des enjeux de santé au travail dans les orientations stratégiques impose une reddition de compte de la direction envers le personnel et envers le conseil d'administration.
- ✎ La volonté et le sérieux d'une organisation à mettre en place des changements visant la réduction du stress au travail sont considérés beaucoup plus crédibles et réalisables lorsqu'un budget spécifique est octroyé.
- ✎ L'engagement des parties se mesure par la volonté de dépasser le diagnostic (*i.e.* sondage, « *focus group* », etc.) et d'implanter des structures, des programmes ou des interventions spécifiques.

- ✚ Il est important de soutenir les cadres de premier niveau et intermédiaires dans l'implantation des activités puisqu'ils sont souvent considérés par les employés comme la source des problèmes, ce qui peut être très menaçant pour eux.
- ✚ L'engagement et la participation du syndicat est une valeur ajoutée aux interventions et augmente la crédibilité des activités proposées.
- ✚ La participation des employés ne doit pas se limiter à la mise en place des actions, elle doit prendre forme beaucoup plus en amont dès l'identification des risques et des solutions.
- ✚ Il est essentiel de mettre en place des actions qui se situent dans un échéancier à long terme, mais aussi des actions, plus simples, qui peuvent être réalisées à très court terme.
- ✚ La conduite d'une intervention visant l'amélioration des conditions d'exercice du travail peut faire face à certaines opinions défavorables et il importe d'implanter rapidement des actions concrètes et s'assurer de la diffusion d'information sur ces réalisations.
- ✚ Peu de soutien est offert aux membres des comités lors de situations délicates (*i.e.* rencontres d'employés pour présenter le projet, animation de groupe de résolution de problèmes, etc.). À ces occasions, le soutien d'un expert est généralement fort apprécié.
- ✚ La sélection du pilote de projet, en fait le responsable du comité de pilotage, est un élément clef de la réussite des interventions. Cette personne doit posséder des qualités de leader, être très efficace, détenir des compétences en gestion de projet et user de stratégies pour faire face aux résistances des employés et des gestionnaires.

Le bilan de l'intervention dans l'établissement d'enseignement est extrêmement positif. Dans l'unité A, 14/16 facteurs de risque se sont améliorés ; la satisfaction au travail a augmentée et une réduction importante de la détresse psychologique a été mesurée (56,1% VS 25,9%). Dans l'unité B, 14/16 facteurs de risque se sont aussi améliorés ; on constate davantage de soutien social en milieu de travail, une plus grande satisfaction au travail, une intention moindre de quitter l'emploi et une diminution du pourcentage d'employés rapportant une détresse psychologique élevée (43,6% VS 33,6%). Dans le projet C, seulement 5/16 facteurs de risque se sont bonifiés ; les employés présentent une légère augmentation du soutien social et une diminution de la détresse psychologique (41,4% VS 32,5%). Dans le groupe de comparaison, uniquement 5/16 facteurs de risque se sont légèrement améliorés et aucun changement significatif n'a été noté en ce qui concerne les indicateurs de bien-être.

Concernant le bilan du centre hospitalier, les changements au plan quantitatif sont, là aussi, très positifs. Dans l'unité D, 15/16 facteurs de risque se sont améliorés. Les employés présentent des changements positifs sur les indicateurs de satisfaction au travail, d'épuisement professionnel et de détresse psychologique (68,3% VS 37,8%). Dans l'unité de comparaison, seulement 6/16 facteurs de risque se sont améliorés et aucune amélioration ou détérioration significative des indicateurs de bien-être n'est observée.

Enfin, les actions préventives mises en place dans les établissements du secteur forestier semblent avoir eu un impact modéré. Dans l'unité E, 12/17 facteurs de risque se sont améliorés et il n'y a aucune variation significative des indicateurs de bien-être. Dans l'unité F, 9/17 facteurs de risque se sont améliorés et là aussi aucune variation significative des indicateurs de bien-être n'est observée. Dans l'unité G, 10/17 facteurs de risque se sont améliorés, mais il n'y a pas de variation significative des indicateurs de bien-être.

Ce rapport de recherche fait état des principaux obstacles à l'intervention. Les éléments suivants sont discutés : la charge de travail trop lourde des gestionnaires, les difficultés d'intervention sur l'organisation du travail, le changement du pilote de projet, le manque d'habiletés de certains gestionnaires, l'opinion négative

des employés et des gestionnaires sur les interventions, la mise en place simultanée de plusieurs actions, le délai d'implantation des interventions trop long et la démarche trop orientée sur la baisse de l'absentéisme.

Finalement, les principaux éléments facilitant l'intervention discutés sont : l'approche stratégique des risques, le soutien financier, le soutien aux gestionnaires lors des changements, l'intégration des interventions dans le cadre de projet organisationnel plus large, la structuration forte et les rencontres régulières du comité de pilotage, la collaboration étroite et le lien de confiance avec les représentants de la gestion des ressources humaines, l'approche participative tout au long de la démarche, l'établissement d'un calendrier d'intervention à court, moyen et long terme, la mise en évidence de quelques problèmes concrets et la publication rapide et adéquate des réalisations.

REMERCIEMENTS

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

- Les employés, les gestionnaires des établissements, les membres des comités en charge de promouvoir la santé mentale au travail et les porteurs de dossier dans chaque organisation, qui se sont investis et engagés dans cette démarche et qui nous ont accordé de leur temps de travail pour répondre aux questionnaires et participer aux entrevues ainsi qu'aux divers entretiens focalisés;
- L'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) ainsi que la Direction des ressources humaines Canada (DRHC) qui, grâce à leur contribution financière, ont rendu possible ce projet de recherche;
- Les associations paritaires (ASP) et les organisations qui ont, dès les débuts du projet, apporté leur collaboration;
- Sophie Lamontagne, assistante de recherche, pour son soutien, sa disponibilité et son excellent sens de l'organisation et de la minutie, à chacune des étapes du projet;
- Christiane Blais pour son soutien logistique et administratif tout au long de ce projet;
- Jean Cloutier, consultant formateur, pour son étroite et agréable collaboration avec l'équipe, ses suivis sur les nouveaux développements dans les unités participantes, ses commentaires fort pertinents fournis à de nombreuses reprises.

Les auteurs remercient également les évaluateurs scientifiques dont les commentaires constructifs ont permis d'améliorer le rapport de recherche.

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

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1 CONTEXTE ET HISTORIQUE DE L'ÉTUDE	1
1.2 OBJECTIFS DE LA PHASE 2 DE L'ÉTUDE	2
2. CADRE THÉORIQUE.....	3
2.1 L'APPROCHE DE GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX.....	5
2.1.1 L'évaluation des risques	5
2.1.2 La traduction.....	6
2.1.3 La réduction des risques	7
2.1.4 L'évaluation de la démarche.....	7
2.2 ÉTUDES SUR LES IMPACTS DES STRATÉGIES PRÉVENTIVES.....	7
3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE	11
3.1 DESCRIPTION DES ORGANISATIONS ET HISTORIQUE DE L'ÉTUDE	11
3.1.1 Établissement d'enseignement supérieur (Cas 1).....	11
3.1.2 Centre hospitalier (Cas 2)	13
3.1.3 Établissements du secteur forestier public (Cas 3).....	15
3.2 PHASE DE DÉVELOPPEMENT DES INTERVENTIONS.....	16
3.2.1 Entente de partenariat avec les organisations et formation aux membres des comités corporatifs 16	
3.2.2 Identification des projets-pilotes, sondage et entretiens auprès des participants	16
3.2.3 Traduction des solutions en plans d'action.....	17
3.3 PHASE D'IMPLANTATION DES INTERVENTIONS : OBSERVATIONS DIRECTES, ENTRETIENS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS	18
3.4 PHASE D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS.....	19
3.4.1 Questionnaire post intervention aux groupes cibles et groupes de comparaison	19
3.4.2 Analyses statistiques.....	20
4. RÉSULTATS ET DISCUSSION SUR LE PROCESSUS D'INTERVENTION.....	22
4.1 LA RECONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DES PROBLÉMATIQUES RELIÉES AU STRESS AU TRAVAIL	22
4.2 LA PRÉPARATION AU CHANGEMENT : UN PROGRAMME DE PRÉVENTION	24
4.3 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES ET DES SOLUTIONS.....	28

4.4	L'ANALYSE DES RISQUES ET DES SOLUTIONS, L'IDENTIFICATION DES PRIORITÉS ET DES RESSOURCES.....	30
4.4.1	Description sommaire de chaque projet	30
4.5	L'IMPLANTATION DES SOLUTIONS.....	33
4.5.1	Remarques stratégiques sur les interventions réalisées	33
5.	RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION QUANT L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS	37
5.1	ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT	37
5.1.1	Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants	37
5.1.2	Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions.....	39
5.1.3	Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations	41
5.2	CENTRE HOSPITALIER	43
5.2.1	Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants	43
5.2.2	Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions.....	45
5.2.3	Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations	45
5.3	ÉTABLISSEMENTS FORESTIERS	47
5.3.1	Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants	47
5.3.2	Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions.....	49
5.3.3	Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations	50
6.	CONCLUSION	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Exemple d'interventions selon la population et les objectifs ciblés	4
Tableau 2.1 : Entretiens collectifs et individuels réalisés dans chaque établissement	17
Tableau 2.2 : Nature des activités dans chaque unité	17
Tableau 2.3 : Entretiens individuels et collectifs d'identification des interventions et d'évaluation de la démarche	19
Tableau 3.1 : Grille d'élaboration des solutions en « <i>Focus group</i> »	29
Tableau 4.1 : Facteurs de risque ciblés par les interventions dans chaque unité.....	31
Tableau 5.1 : Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)...37	
Tableau 5.2 : Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure	38
Tableau 5.3 : Interventions et degré de participation des employés.....	40
Tableau 5.4 : Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Établissement d'enseignement supérieur).....	42
Tableau 5.5 : Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Établissement d'enseignement supérieur) *	43
Tableau 5.6: Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)....44	
Tableau 5.7 : Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure	44
Tableau 5.8: Intervention et degré de participation des employés	45
Tableau 5.9: Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Centre hospitalier).....	46
Tableau 5.10: Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Centre hospitalier)* 47	
Tableau 5.11: Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)..47	
Tableau 5.12: Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure	48
Tableau 5.13: Intervention et degré de participation des employés	49
Tableau 5.14: Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Établissements forestiers).....	50
Tableau 5.15 : Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Établissements forestiers)*	51

Tableau 6.1 : Obstacles à l'intervention	54
Tableau 6.2: Éléments facilitant l'intervention	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Déroulement de l'intervention dans l'établissement d'enseignement	13
Figure 2.1 : Déroulement de l'intervention dans le centre hospitalier	14
Figure 3.1 : Déroulement de l'intervention dans les établissements du secteur forestier public	15
Figure 4.1 Exemple de question évaluant le degré d'exposition à l'intervention et la perception de l'impact sur la qualité de vie au travail	20

1. INTRODUCTION

Au Canada, 30,8% des travailleurs affirment que la plupart de leurs journées de travail sont considérablement ou extrêmement stressantes (Statistique Canada, 2003). Les absences en courte et en longue invalidité associées aux problèmes de santé mentale représentent un tiers des demandes d'indemnisation et 70% du coût total (Sroujian, 2003). Le stress au travail est associé à plusieurs problèmes de santé chez les travailleurs (Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel, 2004). Il est également tributaire d'une faible satisfaction au travail, d'une productivité diminuée (Cotton & Hart, 2003) et d'une augmentation des accidents de travail (Clarke & Cooper, 2004). Ces conséquences négatives pour les travailleurs influencent le succès des organisations et leur compétitivité sur le marché. Même si l'employeur ne peut protéger les travailleurs contre les sources de stress provenant de la vie privée et des problèmes personnels, il peut néanmoins les protéger contre les sources de stress émergeant du travail (Leka, Griffiths, & Cox, 2003).

Face à l'ampleur et aux coûts liés au stress au travail, plusieurs organisations souhaitent mettre en place des mesures visant soit à habiliter l'individu afin qu'il s'adapte mieux aux contraintes ou à réduire les sources de stress en diminuant les contraintes du travail sur l'individu. Malgré une augmentation considérable du nombre de publications scientifiques sur le stress au travail entre 1991 et 2002, plusieurs auteurs (Archambault, Côté, & Gingras, 2003 ; Kristensen, 2005) soulignent la nécessité d'intensifier les recherches sur les pratiques organisationnelles susceptibles de diminuer le stress au travail. En effet, les écrits scientifiques relatant des exemples d'évaluations d'interventions visant la réduction des contraintes liées au travail sont rares. Par conséquent, il est difficile d'établir quelles interventions peuvent réduire efficacement le stress au travail et comment ces interventions doivent être mises en œuvre afin de produire les résultats escomptés (Cooper et al., 2001).

1.1 CONTEXTE ET HISTORIQUE DE L'ÉTUDE

Cette recherche fait suite à une première phase réalisée entre 2000 et 2003. Cette première phase visait à :

- évaluer empiriquement, à l'aide d'un questionnaire, l'ampleur de la problématique de la santé mentale au travail ainsi que les facteurs organisationnels perçus par les employés comme étant un risque pour leur santé mentale ;
- évaluer, par l'intermédiaire d'entrevues semi-dirigées, les activités de prévention et de gestion des ressources humaines afin d'inventorier les moyens et les outils implantés pour intervenir sur les sources de stress perçues par les employés.

La collecte des données avait été réalisée au moyen de questionnaires, d'entrevues semi-dirigées et d'entretiens focalisés de validation auprès de quatre organisations : un établissement d'enseignement supérieur, une industrie du secteur métallurgique, un centre hospitalier et un établissement du secteur forestier public. Au total, 3 142 personnes avaient répondu au questionnaire et 56 participants avaient été interviewés. En moyenne, dans les quatre organisations participantes, 43,42 % des employés présentaient un niveau de détresse psychologique élevée, comparativement à 20,09 % dans la population québécoise en 1998 (Légaré et al., 2001).

Les principaux facteurs de risque portant atteinte à la santé mentale étaient: la surcharge quantitative, le peu de reconnaissance de l'entourage, les pauvres relations avec le supérieur ainsi que la faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information. L'état de la prévention en santé mentale était embryonnaire dans chacune des organisations participantes. De manière générale, les regroupements étudiés privilégiaient les activités de prévention secondaire et tertiaire plutôt que primaire. En somme, toutes les organisations étaient déjà dotées de divers outils de gestion, mais certains d'entre eux méritaient d'être revus et adaptés aux besoins des travailleurs. Nos conclusions à la suite de cette étude étaient à l'effet que la prévention et la gestion des problèmes de santé mentale devraient se faire de manière intégrée au système global de gestion de l'entreprise.

1.2 OBJECTIFS DE LA PHASE 2 DE L'ÉTUDE

Deux principaux objectifs étaient visés dans le cadre de la présente étude. Le premier consistait à documenter le processus par lequel les organisations interviennent pour prévenir les problèmes de santé psychologique au travail. Le deuxième objectif visait à évaluer l'efficacité des interventions mises sur pied.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'évaluation du processus d'intervention, trois entreprises ont participé à l'étude. Pour chaque organisation, des unités, départements et corps d'emploi ont été choisis en collaboration avec la Direction des ressources humaines et le Secteur de la santé et de la sécurité du travail, les gestionnaires des unités concernées et les instances syndicales. Au total dans les trois organisations, six unités et un corps d'emploi ont été sélectionnés pour participer à un projet d'intervention. Dans deux organisations, deux groupes de comparaison ont été désignés afin de comparer leurs résultats avec les unités ayant participé au projet d'intervention.

Le développement et l'implantation d'interventions dans chacun de ces groupes ont été documentés par le biais d'observations participantes pendant une durée de 20 mois, mis à part une organisation où le travail atypique requerrait un suivi plus court (12 mois). La richesse de l'information recueillie au cours de ces mois d'observation et de collaboration avec les entreprises a permis de documenter l'arrière-scène des interventions en prévention du stress. Jusqu'à présent, peu d'études se sont attardées à décrire le processus d'intervention en matière de stress au travail. La plupart des modèles de prévention du stress au travail prescrivent un certains nombres d'étapes générales, telles que « *s'assurer de l'engagement de la direction* » ou « *développer un plan d'action, l'implanter et l'évaluer* ». Quoiqu'obligatoires, ces étapes ne précisent cependant pas aux utilisateurs comment procéder à la mise en œuvre. La présente étude vise donc à explorer et décrire les principales étapes du processus d'intervention.

Par ailleurs, compte tenu qu'il n'existe que peu d'études ayant évalué l'efficacité des interventions organisationnelles en prévention du stress, il s'avère difficile d'identifier quelles sont les interventions concrètes qui devraient être développées et implantées. En conséquence, le deuxième objectif de cette étude vise à évaluer, par le biais de questionnaires auto-administrés et d'entretiens individuels et collectifs, l'efficacité des interventions. Des questionnaires ont été administrés au personnel ciblé par les interventions avant leur développement et après leur implantation. Les résultats concernant l'efficacité des interventions comprennent les variations dans l'exposition aux facteurs de risque ainsi que les variations des indicateurs de bien-être (*i.e.* détresse psychologique, épuisement, satisfaction au travail). Lorsque des groupes de comparaison (n'ayant pas participé à un projet d'intervention) ont pu être identifiés, les résultats sont comparés aux groupes ayant bénéficiés des interventions.

Avant de détailler ces résultats, le chapitre « *Cadre théorique* » décrira les stratégies employées pour prévenir les conséquences du stress selon l'objectif de l'intervention et la population ciblée par celles-ci. Des exemples d'interventions visant la réduction des contraintes psychosociales de travail seront également décrits dans cette section. Nous présenterons aussi un bilan des connaissances quant aux impacts des stratégies préventives sur la santé psychologique. Ensuite, dans la section « *Stratégies d'intervention* », différentes approches s'attardant au processus de mises en œuvre d'intervention seront exposées.

2. CADRE THÉORIQUE

Alors que les organisations reconnaissent de plus en plus l'ampleur de la problématique du stress au travail et de ses conséquences néfastes, les efforts investis pour tenter de comprendre les causes du stress et tenter de le prévenir à la source sont minimes. Plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre par les employeurs, les gestionnaires et les instances syndicales afin d'assurer aux travailleurs un milieu de travail dont les exigences n'excèdent pas leurs capacités. Il est à noter que les modèles théoriques de prévention du stress se différencient en fonction de certains paramètres. Par exemple, DeFrank et Cooper (1987) suggèrent que les interventions sur le stress au travail peuvent mettre l'emphase sur l'individu, sur l'organisation ou sur l'interface individu-organisation. Les interventions individuelles visent à augmenter la capacité physique et psychologique de l'individu afin qu'il puisse s'adapter à la situation stressante. Les interventions organisationnelles vont, pour leurs parts, tenter de réduire le stress à un niveau macro, par exemple en modifiant certains aspects de la structure organisationnelle, en révisant les procédures de sélection du personnel et les politiques de manière à adapter l'environnement de travail aux besoins des travailleurs. Enfin, les interventions qui sont menées à un niveau plus local (*i.e.* au niveau d'une équipe ou d'un département) vont mettre l'accent sur l'interface individu-organisation, par exemple en clarifiant les rôles ou en augmentant la participation et l'autonomie du personnel.

Murphy (1988) suggère un modèle classifiant les interventions selon leur niveau, soit le niveau primaire (*i.e.* réduction des sources de stress), secondaire (*i.e.* l'amélioration de la gestion du stress par l'individu) et tertiaire (*i.e.* la réhabilitation et le traitement). La prévention primaire a pour objectif l'élimination ou le contrôle des facteurs de risque présents dans le milieu de travail en agissant directement sur les facteurs pour réduire leurs impacts négatifs sur l'individu. La prévention primaire consiste à prévenir les risques psychosociaux au travail en agissant sur leurs causes plutôt que sur leurs conséquences. Ainsi, les interventions modifiant les caractéristiques du travail nuisibles à la santé physique et psychologique du personnel se situent au niveau de la prévention primaire. En ce qui concerne les programmes de prévention secondaire, ils ont pour but d'aider les employés à gérer les exigences du travail plus efficacement en améliorant ou en modifiant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress (*i.e.* gestion du temps, restructuration cognitive, etc.) ou en soulageant les symptômes associés au stress (*i.e.* relaxation, exercice physique, thérapie, etc.). Pour ce qui est des interventions de niveau tertiaire, elles ont pour objet le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de santé mentale au travail (Cooper & Cartwright, 1997).

Ce modèle de classification des niveaux d'interventions implique une perspective temporelle puisque le niveau primaire implique d'agir avant l'apparition de symptômes liés au stress, le niveau secondaire peut être préventif ou réactif, selon que la personne manifeste des symptômes et que la prévention tertiaire signifie nécessairement que l'individu est déjà aux prises avec des problèmes de stress.

Afin de clarifier et simplifier ces différentes façons de catégoriser les interventions, dans le cadre de la présente étude, les interventions seront regroupées selon deux paramètres, soit le niveau d'intervention (primaire, secondaire et tertiaire) et la population ciblée par l'intervention. Le tableau 1.1 illustre la classification des interventions en fonction du niveau d'intervention et de la population ciblée.

Tableau 1.1 Exemple d'interventions selon la population et les objectifs ciblés.

Population ciblée	Objectif ciblé	
	Prévention primaire (réduire le stress)	Prévention secondaire / tertiaire (réduire les conséquences du stress)
	①	②
Actions corporatives (touchant l'ensemble du personnel ou une catégorie d'emploi)	▪ Réorganisation de la ligne d'autorité ▪ Restructuration organisationnelle ▪ Communication/Information ▪ Processus de décision ▪ Système de rétribution plus équitable ▪ Formation pour améliorer les habiletés de gestion ▪ Amélioration des contraintes physiques et environnementales ▪ Sélection du personnel ▪ Procédure de dotation des postes ▪ Description de poste ▪ Politique de conciliation travail-famille ▪ Formation du personnel (en lien avec les tâches) ▪ Encouragement d'un style de gestion participative	▪ Promotion de la santé et de saines habitudes de vie ▪ Programme d'aide aux employés ▪ Programme de retour au travail ▪ Programme d'aidants naturels ▪ Programme de valorisation du personnel/de reconnaissance
Actions locales (touchant le personnel d'un secteur/département ou d'une équipe de travail)	▪ Changements dans l'organisation des tâches (i.e. qui augmentent l'autonomie et le contrôle des employés) ▪ Clarification des rôles ▪ Rétroactions constructives sur la performance de l'employé ▪ Groupe de co-développement /cohésion d'équipe ▪ Formation du personnel sur les tâches/les équipements ▪ Réorganisation des horaires de travail d'une unité ▪ Rotation des tâches ▪ Formation visant l'amélioration du climat dans l'équipe de travail	▪ Session de relaxation, biofeedback, méditation ▪ Formation sur les stratégies d'adaptation au stress ▪ Formation sur la gestion du temps ▪ Massage sur chaise ▪ Horaire de travail adapté à un cas particulier ▪ Résolution de conflits interpersonnels

Sources : Adapté de (Elkin & Rosch, 1990; Jordan et al., 2003; Kompier & Marcelissen, 1990).

2.1 L'APPROCHE DE GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Tout comme la gestion des risques en santé et sécurité du travail s'avère systématique et fondée sur des faits, la gestion des problèmes de stress au travail débute par l'identification des problèmes et de leurs conséquences pour ensuite tenter de diminuer les risques à la source et finalement, évaluer les actions afin de déterminer leurs impacts sur les risques (Cox et al., 2000; Cox, Randall, & Griffiths, 2002). En déterminant quelles sont les caractéristiques du travail qui sont les plus fortement associées au bien-être des employés, les décisions quant à la prévention des problèmes de santé mentale et physique peuvent être prises plus judicieusement, de manière à réduire les conséquences des conditions pathogènes ou, encore, leur probabilité d'occurrence (Warner, 1992).

Inspirée des modèles de santé et de sécurité du travail et des recherches sur le stress au travail, cette approche utilise le risque comme prémisses de base pour comprendre la nature du stress (Cox, 1993). Le concept de risque comprend deux éléments. D'une part, il y a la probabilité qu'un événement engendre des conséquences négatives et, d'autres parts, il y a la sévérité de ces conséquences. Il est possible d'estimer le niveau de risque en utilisant l'équation suivante : la probabilité ou la fréquence à laquelle un groupe d'employés est exposé à un risque (niveau d'exposition) multiplié par la sévérité de ses conséquences (niveau des conséquences). Le concept de risque fait donc référence au lien entre l'exposition aux dangers du travail et aux préjudices que cette exposition est susceptible d'engendrer.

L'approche de gestion des risques de Cox et ses collaborateurs (2000) est fondée sur les processus de résolution de problème utilisée en psychologie appliquée ainsi qu'en management, mais adaptée aux problématiques et contextes particuliers du stress au travail. Le processus est constitué des étapes suivantes : 1) l'évaluation des risques, 2) la traduction, 3) la réduction du risque et 4) l'apprentissage organisationnel. L'évaluation fait partie de chacune des étapes puisque chaque aspect du processus doit être évalué et non seulement les résultats.

2.1.1 L'évaluation des risques

L'objectif principal de l'évaluation des risques est d'identifier les principales sources de stress au travail qui ont un impact sur la santé physique et mentale d'un groupe d'employés ou d'une organisation. Le processus d'évaluation se résume en cinq étapes : 1) la familiarisation, 2) l'analyse du travail, 3) le questionnaire d'évaluation, 4) l'état des mesures de prévention existantes et enfin, 5) l'analyse et l'interprétation des données.

Premièrement, l'étape de la familiarisation consiste à mettre en place un comité de pilotage, crédible et disposant de l'autorité nécessaire à la réalisation de l'ensemble du projet. Toutes les parties prenantes devraient être impliquées dans les différentes phases du projet, tout en considérant qu'un nombre restreint de membres facilitera le travail du comité. Il importe que des représentants de la direction, des gestionnaires et des employés siègent au comité ainsi qu'un spécialiste en santé et en sécurité du travail.

Le comité de pilotage doit sélectionner les groupes qui seront évalués. Plusieurs facteurs doivent être considérés dans le choix de ces groupes, en ce sens où ceux-ci doivent permettre de tracer un portrait de l'ensemble de l'organisation et permettre de comparer différents groupes tels que des départements, des unités ou encore des corps d'emploi. Les statistiques sur le taux d'absentéisme et le taux de roulement peuvent également s'avérer utiles pour effectuer ces choix.

La deuxième étape du processus d'évaluation des risques consiste à analyser le travail afin de pouvoir identifier les principaux stresseurs. L'analyse du travail peut s'effectuer de diverses manières, mais Cox et ses collaborateurs (2000) soulignent l'efficacité des entretiens collectifs (*i.e.* « *focus groups* »), réalisés auprès de représentants des travailleurs. Ces rencontres semi-structurées de groupes permettent d'identifier les principaux problèmes rencontrés dans le cadre du travail et de comprendre si ces problèmes ont un impact sur leur bien-être. L'entrevue permet également d'identifier les éléments du travail qui s'avèrent satisfaisants et pouvant aider le personnel à transiger avec les éléments contraignants du travail.

Utilisant les informations recueillies aux étapes de familiarisation et d'analyse du travail, la troisième étape consiste à élaborer un questionnaire destiné aux membres des groupes sélectionnés. Le questionnaire comprend généralement : 1) une section évaluant l'exposition aux principales sources de stress au travail, telles qu'identifiées lors des étapes précédentes, 2) une section évaluant le profil de santé psychologique et physique, 3) une série de questions pour obtenir des informations sociodémographiques au sujet des répondants et 4) un espace pour les commentaires et autres informations jugées utiles.

Afin d'éviter tout doublement d'activité, il s'avère utile d'identifier les moyens de prévention et les sources de soutien au personnel qui existent déjà dans l'organisation. L'information recueillie concerne par exemple les politiques existantes, la culture organisationnelle, les formations disponibles pour le personnel et les gestionnaires. Pour de grandes organisations comprenant plusieurs départements ou encore dans le cas où les unités sont éloignées géographiquement, certains outils peuvent être méconnus, mal utilisés ou encore, avoir été abandonnés pour diverses raisons. L'état des lieux permet de rassembler l'information quant aux moyens existants et permet d'identifier les risques résiduels, soit les facteurs de risque les plus problématiques et pour lesquels il existe peu ou pas de moyen de prévention.

La dernière étape du processus d'évaluation des risques consiste à analyser et à interpréter les résultats obtenus par le biais du questionnaire. Les facteurs auxquels les employés sont le plus fortement exposés et qui sont le plus fortement associés à des manifestations néfastes au plan physique ou psychologique sont ainsi identifiés. Les auteurs de l'approche indiquent que les stresseurs sont généralement de nature chronique et, par conséquent, l'identification des principaux stresseurs est fondée sur la proportion d'individus qui rapporte un problème, prenant en considération le nombre d'employés ayant complété le questionnaire et s'assurant qu'ils représentent bien l'ensemble du groupe. Ainsi, les auteurs indiquent qu'une source de stress s'avère importante lorsque plus de 50% de l'échantillon la considère comme étant problématique. Par la suite, l'information obtenue par le biais des rencontres collectives avec les employés est mise en commun et comparée aux résultats du questionnaire. Les facteurs ayant la plus forte association avec les indicateurs de bien-être sont considérés comme étant les principales sources de stress. Ainsi, les facteurs de risque qui feront l'objet d'intervention sont sélectionnés sur la base de la force d'association entre le stresser et ses conséquences négatives ainsi qu'en fonction du nombre d'employés exposés au problème.

2.1.2 La traduction

Lorsque l'étape du diagnostic prend fin, les résultats doivent être transmis aux membres du comité de pilotage pour validation et approbation. Il s'avère également crucial de transmettre l'information, en partie ou en totalité, aux groupes d'employés ciblés par l'étude.

La diffusion des résultats vise principalement à informer le comité de pilotage des résultats afin de stimuler les discussions et de déterminer les étapes à suivre afin d'implanter les interventions. Cette étape prend généralement davantage de temps que prévu. En effet, la diffusion des résultats fait souvent référence à des sujets délicats et suscitent diverses réactions émotionnelles. Les discussions servent à explorer les liens entre

les facteurs de risque de manière à pouvoir identifier les processus sous-jacents aux facteurs de risque. Cette phase de traduction permet d'identifier un nombre restreint d'intervention ciblant le plus grand nombre de facteurs de risque.

2.1.3 La réduction des risques

Tel que l'indiquent Cox et ses collaborateurs (2000) ainsi que Burke (1993), outre les recherches portant sur la prévention secondaire du stress (« *stress management* »), les publications portant sur les interventions au niveau organisationnel se limitent souvent à des prescriptions et des recommandations quant aux pratiques saines de gestion et aux environnements de travail sains (Briner, 1997; Kompier, Geurts, Grundemann, Vink, & Smulders, 1998). Par ailleurs, les nombreuses recensions de la littérature scientifique portant sur le stress au travail indiquent que les interventions sont souvent inspirées du modèle transactionnel du stress, mais centrées sur l'individu plutôt que sur l'organisation du travail (Burke, 1993; Cooper & Sutherland, 1997).

Cox et ses collaborateurs (2000) suggèrent une approche équilibrée de prévention, où des interventions de divers niveaux sont mises en place. Les auteurs spécifient qu'il n'est pas recommandé d'utiliser uniquement et de façon isolée les stratégies visant à procurer du soutien au personnel dans le cadre d'un programme de réduction des risques. Ils suggèrent plutôt d'équilibrer les interventions de niveau primaire, secondaire et tertiaire.

2.1.4 L'évaluation de la démarche

La stratégie d'évaluation suggérée inclut un inventaire des interventions ainsi que des informations quant au degré d'implantation des interventions dans les groupes cibles. Des entrevues avec des groupes d'employés et d'intervenants clés permettent d'être informé quant au succès des interventions et du processus d'implantation. Enfin, un questionnaire est à nouveau administré aux groupes cibles afin de mesurer l'ampleur des changements au niveau de l'exposition aux risques, des indicateurs de bien-être et d'effectuer les comparaisons nécessaires (avec un groupe de comparaison). L'évaluation permet également de documenter si les employés connaissent les interventions implantées, s'ils ont été impliqués dans la mise en œuvre et enfin, s'ils en perçoivent les impacts au niveau du travail. Par exemple, est-ce que les employés qui ont été touchés par l'intervention rapportent significativement moins de contraintes au travail et/ou moins de problèmes de santé comparativement à ceux qui n'ont pas été concernés par l'intervention?

2.2 ÉTUDES SUR LES IMPACTS DES STRATÉGIES PRÉVENTIVES

Les recensions des écrits sur les programmes de prévention du stress et des problèmes de santé mentale au travail mettent en évidence la dominance des programmes de prévention secondaire et tertiaire (DeFrank & Cooper, 1987; Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003; Murphy & Sauter, 2003; Van Der Hek & Plomp, 1997; Van Der Klink, Blonk, Schene, & Van Dijk, 2001). Même si les interventions de ce type sont plus populaires dans les organisations, les écrits scientifiques démontrent clairement qu'elles sont généralement associées à une diminution des manifestations psychologiques et physiologiques du stress, mais que ces effets positifs seraient de durée relativement courte et d'ampleur limitée (Murphy & Sauter, 2003). Par ailleurs, les programmes centrés sur l'individu n'ont généralement pas d'impact sur les mesures organisationnelles telles que la satisfaction au travail ou la productivité, tandis que les interventions organisationnelles sont associées à l'amélioration de la santé de l'individu et de la performance de l'organisation (S. I. Giga et al., 2003). Même si les approches de prévention centrées sur les individus s'avèrent utiles et nécessaires, elles ne modifient pas l'organisation du travail, puisqu'elles ciblent davantage les conséquences que les sources du problème. Or, tel que l'affirment Burke (1993) ainsi que Hurrell et

Murphy (1996), les situations de travail présentant un risque pour la santé mentale des travailleurs devraient constituer les cibles d'intervention des recherches sur le stress au travail.

D'un point de vue théorique, il semble évident qu'en agissant sur les sources du stress au travail, la portée et la durée des impacts seront plus importantes. Cependant, il n'existe que peu d'études ayant évaluées l'impact des interventions de niveau primaire sur les travailleurs et sur la performance de l'organisation. Compte tenu que les conditions dans lesquelles s'effectuent ce type d'étude ne sont généralement pas adéquates au plan méthodologique, les conclusions de ces études sont souvent ambiguës et difficiles à interpréter. Même si les recherches effectuées sur l'efficacité des stratégies de prévention primaire présentent certains résultats prometteurs, il existe encore peu d'évidences scientifiques permettant d'identifier les stratégies les plus efficaces, ou de documenter la façon de mettre en œuvre ces stratégies de manière à atteindre les résultats désirés (Cooper et al., 2001). Cette lacune de preuves scientifiques évaluant les interventions organisationnelles en prévention du stress explique, en partie, la dominance des programmes d'interventions individuelles dans les organisations.

Tel que mentionné, les recherches ayant évaluées les impacts des interventions de niveau primaire ne sont pas toutes concordantes. Par exemple, Burke (1993) a recensé dix études s'intéressant aux interventions organisationnelles visant à réduire le stress au travail. Il conclut que ces interventions ont généralement démontré qu'elles avaient des impacts positifs et que, compte tenu que les interventions au niveau individuel ont un succès plutôt limité, les interventions de niveau primaire, ciblant l'organisation, devraient être encouragées. Par contre, Briner et Reynolds (1999) ont repris les études recensées par Burke (1993) et affirment que ses conclusions sont trop optimistes. En fait, Briner et Reynolds (1999) soulignent que, parmi les études dont la méthodologie permet de tirer des conclusions valides, certaines vont démontrer des impacts positifs des interventions organisationnelles sur la santé des employés, d'autres des impacts négatifs et certaines ne détecteront aucun impact.

D'autres recensions de la documentation scientifique s'avèrent plus optimistes. Par exemple, Kompier et ses collaborateurs (2000) ont effectué une étude visant à analyser les interventions de compagnies de transports afin de réduire le stress des chauffeurs et l'absentéisme au travail. Ces chercheurs ont fait appel à de nombreuses compagnies de transport afin d'inventorier les diverses interventions réalisées et ce, dans plusieurs pays. Seulement 13 études parmi les 174 cas recensés avaient été effectuées selon un devis de recherche acceptable pour pouvoir être considérées par les auteurs. Les analyses de ces 13 études tendent à indiquer que les interventions produisent des effets positifs lorsqu'elles sont implantées adéquatement. En effet, les programmes de prévention sont liés à une diminution de l'absentéisme. Quant aux effets subjectifs, les résultats démontrent que les interventions ont un impact positif sur la santé, le bien-être et la satisfaction des travailleurs.

Bond, Flaxman et Loivette (2006) ont étudié l'efficacité des interventions visant les six sources de stress identifiées par le *Health & Safety Executive* dans le cadre de l'approche sur les standards de gestion. Rappelons que ces sources de stress sont les demandes, le contrôle, le soutien, les relations, les rôles et le soutien lors de changements. Bond et ses collaborateurs (2006) ont réalisé des méta-analyses sur des recherches évaluant les impacts des interventions visant au moins l'une de ces sources de stress. Les impacts des interventions sur divers indicateurs de gestion (*i.e.* absentéisme, productivité, taux de roulement, performance d'équipe) ont été analysés. Les résultats des méta-analyses démontrent que les interventions visant à diminuer ces sources de stress engendrent des conséquences positives au plan des indicateurs de gestion. Les évidences les plus convaincantes concernent les interventions visant à augmenter le degré de contrôle. En effet, 19 études longitudinales démontrent de manière consistante et importante que des degrés plus élevés de contrôle engendrent une meilleure performance, une diminution de l'absentéisme et du taux de

roulement. D'autres évidences appuient les interventions concernant les autres sources de stress. Celles concernant les demandes sont cependant moins convaincantes, probablement parce que le concept s'avère trop général et difficile à isoler. Par exemple, l'ambiguïté de rôle ou le manque de soutien pour effectuer le travail sont des conditions de travail qui risquent d'augmenter la charge de travail. Par conséquent, une intervention visant à diminuer la charge de travail (inclut dans le concept de « *demandes* ») sera plus efficace si elle est implantée de manière à réduire l'ambiguïté de rôle et à augmenter le soutien. En ce sens, les études ayant tentées d'intervenir de manière à réduire le facteur « *demandes* » sont moins convaincante parce que cette variable est souvent confondue avec d'autres facteurs. Néanmoins, les méta-analyses réalisées par Bond et ses collaborateurs (2006) appuient de manière concluante la pertinence d'intervenir en prévention primaire afin de réduire les sources de stress au travail au plan des indicateurs de gestion.

Au Québec, Bourbonnais et ses collaborateurs (2003) ont réalisé une étude auprès du personnel soignant d'établissements de santé. L'intervention consistait à implanter une démarche d'intervention participative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial de travail. Comparativement aux groupes témoins, les groupes ayant été exposés à la démarche d'intervention rapportaient davantage d'améliorations significatives aux plans de plusieurs contraintes du travail et de certains indicateurs de santé et ce, 12 mois après l'intervention. Ces chercheurs concluent que les résultats de l'étude appuient la mise en œuvre d'interventions de niveau primaire pour prévenir le stress au travail et les conséquences négatives qui y sont associées.

Dans le même sens, Semmer (2003), identifie plusieurs études qui démontrent de manière convaincante que des changements dans l'organisation du travail peuvent affecter la santé du personnel. Parmi les études concernant les caractéristiques des tâches, l'utilisation des compétences ainsi qu'un degré de contrôle élevé ont un impact positif sur la santé mentale, l'insatisfaction au travail et l'absentéisme. Par contre, dans la plupart des études recensées par Semmer (2003), ces bénéfices concernent l'une ou l'autre de ces variables et non la totalité d'entre elles. En ce qui concerne les changements dans les conditions de travail (*i.e.* ergonomie, charge de travail, horaires), les effets bénéfiques semblent être plus évidents à court terme, même si certains effets à long terme sont dénotés. Les résultats des études évaluant les changements dans les conditions de travail ne sont pas constants. Néanmoins, il est à noter que dans toutes les études rapportées, aucune ne dénote d'effet de détérioration suite aux interventions.

En somme, plusieurs études démontrent que les interventions organisationnelles ont un certain potentiel pour prévenir les problèmes de stress au travail. Cependant, il est difficile de prédire quel changement engendrera quelles conséquences. Dans leur recension des études sur des interventions organisationnelles, Parkes et Sparkes (1998) concluent que la difficulté à démontrer des effets favorables et significatifs est peut-être attribuable à la complexité de cette problématique, aux stratégies utilisées pour réduire le stress ou aux complications à utiliser un devis de recherche valide. La recherche scientifique de haut niveau en milieu organisationnel impose de nombreux défis (Griffiths, 1999; M. Kompier, 2004; Murphy & Sauter, 2004) et les évidences quant à l'efficacité des interventions sont souvent difficiles à interpréter (Shannon & Cole, 2004). Par exemple, en raison des nombreux changements auxquels les organisations doivent faire face pour répondre aux conditions du marché, il est souvent impossible d'atteindre le degré de stabilité nécessaire à la conduite d'études évaluatives et expérimentales (National Institute for Occupational Safety and Health, 2002). Par ailleurs, cette difficile démonstration d'effets significatifs peut aussi être liée à l'inadéquation entre la nature de l'intervention et les méthodes adoptées pour évaluer son efficacité.

Griffiths (1999) indique, par ailleurs, que le paradigme actuel de la science met l'emphasis sur les résultats des interventions au détriment du processus. Dans le même sens, Goldenhar et ses collaborateurs (2001) soulignent que le but des recherches évaluant l'efficacité des interventions en santé et sécurité du travail ne consiste pas strictement à évaluer l'efficacité des interventions, mais doit également permettre d'évaluer le développement et l'implantation de ces interventions. De plus, d'autres auteurs mentionnent que le peu d'attention accordée au contexte et au processus de mise en œuvre constituent des obstacles majeurs à l'atteinte des effets visés par les interventions (Nytro, Saksvik, Mikkelsen, Bohle, & Quinlan, 2000; Saksvik, Nytro, Dahl-Jorgensen, & Mikkelsen, 2002). En résumé, les stratégies de mise en œuvre des interventions modifiant l'organisation du travail sont peu documentées jusqu'à présent, mais pourrait s'avérer tout aussi pertinent comme objet d'étude que l'évaluation même des interventions (Goldenhar et al., 2001).

3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE

Considérant que les évidences scientifiques sur l'efficacité des interventions visant la réduction du stress au travail sont rares et que le processus de mise en œuvre est méconnu, la présente étude est fondée sur l'utilisation d'une démarche systématique de prévention des problèmes de stress. L'étude se déroule dans trois organisations et le processus de mise en œuvre des interventions y est documenté. Les interventions étudiées se situent soit au niveau corporatif (par exemple pour l'ensemble du personnel d'une organisation, au niveau d'un corps d'emploi) ou encore, au niveau d'une unité en particulier. Conformément à l'approche évaluative proposée par Goldenhar (2001), les constatations relatives à chacune des phases de l'intervention seront rapportées (*i.e.* développement, implantation, évaluation de l'efficacité des interventions).

Les objectifs généraux de l'étude sont :

3. documenter et améliorer, en partenariat avec les milieux de travail, les démarches de prévention des problèmes de santé mentale au travail mises sur pied à la lumière des résultats de la première phase de recherche ;
4. dans le cadre d'un devis quasi-expérimental avec mesure avant et après l'intervention et avec présence d'un groupe de comparaison, évaluer l'efficacité des interventions afin de réduire l'exposition aux sources de stress et améliorer la santé psychologique.

En d'autres mots, la recherche vise à documenter et à évaluer les démarches préventives. En conséquence, les organisations participantes n'ont pu être sélectionnées de manière purement aléatoire puisqu'elles devaient d'abord manifester un intérêt pour cette problématique. Seules les organisations ayant participé à la première phase de l'étude ont été suivies par l'équipe de recherche dans le cadre de cette deuxième phase.

Dans cette section, les organisations participantes seront décrites ainsi que le contexte dans lequel l'étude s'est inscrite. Ensuite, les phases de la recherche seront détaillées ainsi que les outils de cueillette des données relatifs à chacune des phases.

3.1 DESCRIPTION DES ORGANISATIONS ET HISTORIQUE DE L'ÉTUDE

Les organisations ont été contactées à partir de janvier 2003 afin de solliciter leur participation à la deuxième phase de la recherche. L'étude a été menée dans trois milieux, soit un établissement d'enseignement supérieur, un centre hospitalier ainsi que trois établissements du secteur public forestier. L'établissement d'enseignement et le centre hospitalier emploient tous deux plus de 3000 employés alors que l'ensemble de l'organisation du secteur forestier emploie jusqu'à 1500 en période de pointe. Chacune des organisations fait l'objet d'une courte présentation dans les pages qui suivent.

3.1.1 Établissement d'enseignement supérieur (Cas 1)

Comme l'indique la figure 1.1, cet établissement a débuté ses actions en 2000. En effet, à l'automne 2000, les statistiques à l'égard du taux d'absentéisme sont inquiétantes. La santé mentale est la principale cause d'absence. En 2003, les problèmes de santé mentale représentaient 30% des événements et des jours d'absence de moins de six mois (courtes durées) et représentaient 50% des événements et des jours perdus de plus de six mois (longues invalidités). Le problème majeur de l'absentéisme pour des troubles de santé mentale est présent dans toutes les catégories d'emploi. Cependant, c'est le personnel de bureau (qui

représente 22% des effectifs) qui en est le plus affecté avec un nombre d'événements représentant 50% de l'ensemble des problèmes en santé mentale en 2003 (70 des 138 dossiers) et 46% des jours perdus (2791 jours sur 6052). Les coûts assumés pour des absences dus à des problèmes de santé mentale représentent un montant d'environ 1 300 000 \$ par année en coûts directs seulement. Parallèlement, notre première phase de recherche dans cet établissement démontre que 41% des 1086 personnes sondées rapportent un niveau élevé de détresse psychologique. Les résultats obtenus ont permis d'identifier les trois facteurs de risques organisationnels classés *élevés* pour la majorité des catégories d'emploi: la surcharge quantitative, les relations pauvres avec le supérieur, la faible participation aux décisions organisationnelles.

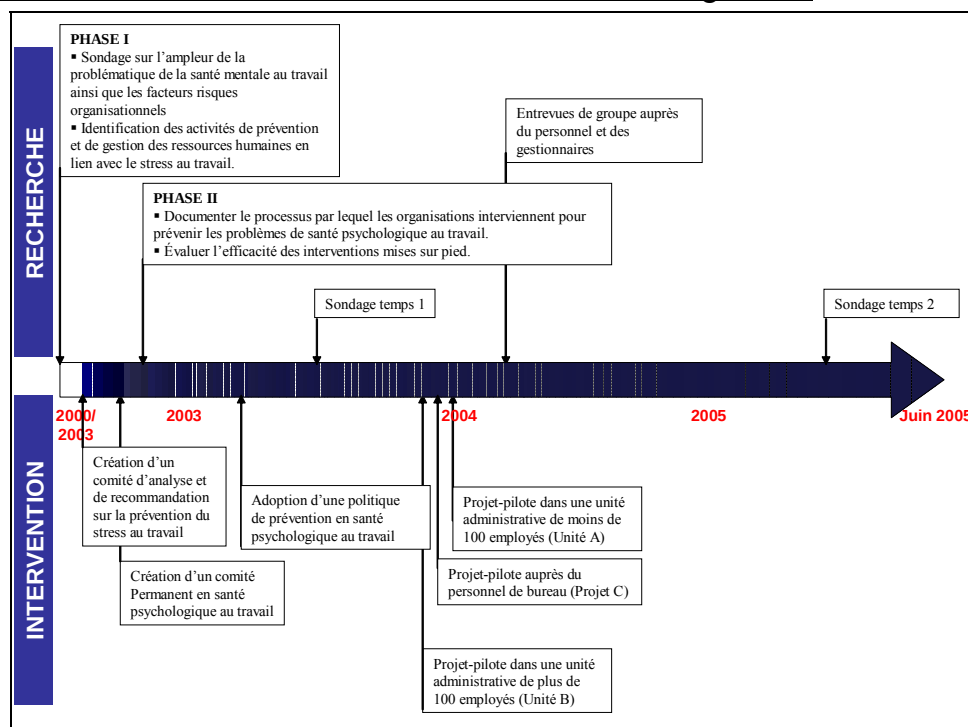
Le vice-recteur aux ressources humaines mandate donc un comité de travail pour faire un constat de la situation et faire des recommandations. Le comité recommande, entre autres, de mettre sur pied un comité permanent sur la santé mentale. Ce comité permanent sur la santé psychologique reçoit son premier mandat en juin 2002. Le comité est responsable de préparer une proposition de politique institutionnelle en matière de santé psychologique au travail et d'assurer sa mise à jour; d'établir un plan d'action triennal et de le réviser annuellement; proposer les analyses requises en ce qui a trait à la santé psychologique au travail et de recommander les actions appropriées; effectuer le suivi et l'évaluation des actions entreprises. Depuis le début de la phase 2 de la recherche, au cours de l'année 2003, ce comité s'est réuni en moyenne une fois par mois. Il est composé d'experts, de représentants syndicaux et d'associations ainsi que de représentants de l'employeur, soit 14 personnes au total. L'équipe de recherche a assisté à l'ensemble de ces réunions afin de documenter le processus d'intervention.

Parmi les nombreuses interventions élaborées par ce comité, trois projets pilotes d'intervention ont été mis sur pied :

- | | |
|---|----------|
| 1. Projet-pilote dans une unité administrative de moins de 100 employés | Unité A |
| 2. Projet-pilote dans une unité administrative de plus de 100 employés | Unité B |
| 3. Projet-pilote auprès du personnel de bureau | Projet C |

Des comités ont également été formés dans le cadre de ces projets pilotes et seront abordés dans la section « *analyse du processus d'intervention* », car la formation des comités a impliqué des enjeux qui méritent d'être élaborés et analysés comme des résultats. Le personnel ciblé par ces projets-pilotes a été sollicité pour répondre à un sondage avant les interventions et 18 mois plus tard.

Figure 1.1 : Déroulement de l'intervention dans l'établissement d'enseignement



3.1.2 Centre hospitalier (Cas 2)

Ce centre hospitalier de soins généraux, spécialisés et ultra spécialisés comprend, entre autres, deux centres de soins de courte durée, lesquels ont été retenus pour la première phase de notre étude. La réforme des services de santé, jumelée à la reconfiguration du réseau universitaire, a entraîné, depuis 1995, d'importantes restructurations au sein de l'organisation et des deux centres de soins à l'étude. Les troubles d'ordre psychologique représentaient 38% du total des absences en 2003. La première phase de la recherche (voir Figure 2.1) avait permis d'identifier que 54% des 1064 répondants au questionnaire vivaient un niveau élevé de détresse psychologique. Le personnel de la catégorie « *para-techniques et soins infirmiers* » était le groupe le plus à risque parmi toutes les catégories d'emploi du centre hospitalier et de toutes les catégories d'emploi des autres organisations également.

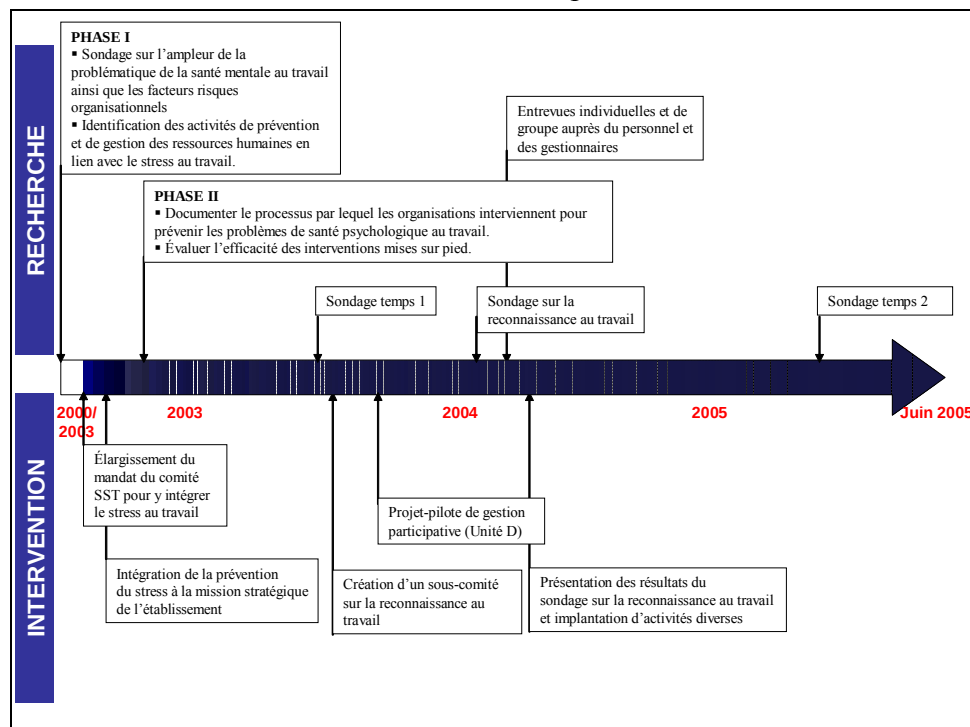
Le comité qui chapeaute la démarche existait avant le début de l'étude, mais était constitué de représentants patronaux seulement et était plutôt inactif depuis un certain temps. Il est en charge de plusieurs aspects liés à la SST et à la gestion de la présence au travail. Pour les fins de l'étude, des représentants syndicaux se sont joints au comité. Contrairement à ce qui était prévu, ce comité n'a pas joué un rôle très important dans l'élaboration et l'implantation des interventions. Cette responsabilité a relevé surtout de la Direction des ressources humaines, qui informait le comité des diverses actions entreprises. Le comité s'est réuni cinq fois pendant la durée du suivi. Afin de compléter l'information quant au processus d'intervention, l'équipe de recherche a principalement rencontré les acteurs responsables des enjeux de santé psychologique de la Direction des ressources humaines.

Des éléments relatifs à la santé psychologique ont été intégrés à la mission stratégique de l'institution. En effet, les priorités suivantes ont été identifiées : l'accentuation des approches de gestion favorisant la reconnaissance du personnel ainsi que la participation des employés et des syndicats, la révision de la structure d'encadrement, la révision de l'organisation du travail et la stimulation de l'intérêt et de la

formation de la relève pour la fonction de gestionnaire. En lien avec ces priorités, plusieurs projets de gestion participative ont été réalisés. Le début d'un de ces projets dans une unité de soin correspondait avec le début de la présente étude. L'ensemble du personnel de l'unité a, par conséquent, été sollicité pour répondre à un questionnaire sur le stress au travail avant et 18 mois après le début du projet. L'équipe de recherche a pu assister seulement à quelques rencontres tenue par le comité responsable du projet. Le groupe de comparaison a également répondu aux questionnaires à deux reprises.

Suite aux résultats de la première phase de la recherche qui identifiait le manque de reconnaissance comme une problématique prioritaire, un sous-comité a été mis sur pied au centre hospitalier. Il était en charge de recommander une démarche de sensibilisation aux pratiques de reconnaissance au quotidien dans l'organisation. Un questionnaire a été élaboré par les chercheurs et administré à tous les gestionnaires de l'organisation dans le but de mieux comprendre leurs besoins de reconnaissance ainsi que leurs pratiques envers leur personnel. Le questionnaire a été développé spécifiquement pour ce groupe et a été administré à une seule reprise. Les chercheurs ont utilisé ensuite les résultats pour sensibiliser la haute direction, puis ont accompagné l'organisation dans la préparation d'outils de sensibilisation pour l'ensemble des gestionnaires. Compte tenu qu'il s'agit d'un accompagnement particulier, les résultats de ce sondage ne seront pas présentés dans ce rapport et sont considérés comme étant des éléments spécifiques des plans d'action plutôt que comme des résultats de recherche.

Figure 2.1 : Déroulement de l'intervention dans le centre hospitalier

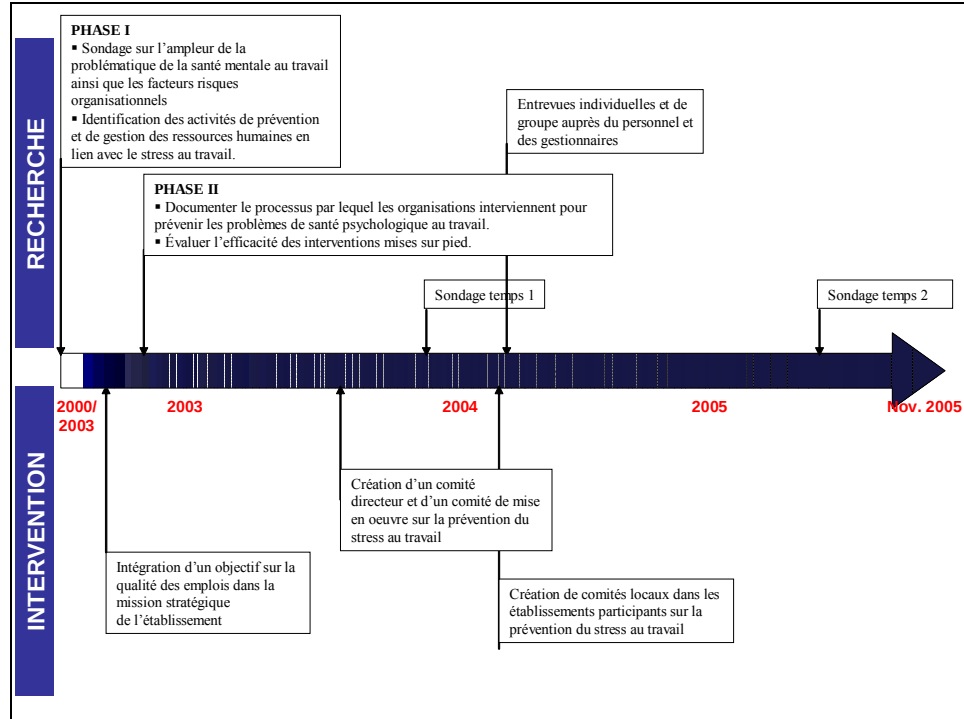


3.1.3 Établissements du secteur forestier public (Cas 3)

L'organisation est composée de 65 employés permanents, 460 saisonniers et près de 1100 employés occasionnels en période de pointe. Le comité de gestion a entrepris en 2001 un exercice de planification stratégique pour la période allant de 2002 à 2005. Afin d'assurer la réalisation de sa mission, cette organisation a identifié certains enjeux, dont l'un concerne la qualité des emplois. En effet, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'organisation a besoin de l'engagement de son personnel et doit pouvoir compter sur des employés mobilisés. C'est donc dans ce contexte que l'étude s'inscrit, soit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des emplois. Parmi les moyens stratégiques visés par cette direction pour assurer la réalisation de sa mission, on retrouve la responsabilisation et la mobilisation des personnes, la reconnaissance des personnes et le développement des compétences

Un seul établissement de ce secteur avait participé à la première phase de l'étude (voir Figure 3.1). Au moment de la présentation de cette deuxième phase du projet de recherche, le directeur souhaitait élargir la participation à un plus grand nombre d'établissements de manière à permettre la mise en œuvre d'interventions touchant l'ensemble des employés. Les limites de l'équipe de recherche ne permettaient cependant pas un suivi intensif de l'ensemble de ces unités. Il a donc été convenu que les informations seraient recueillies en totalité dans trois des établissements sur une possibilité de six (*i.e.* entretiens collectifs et individuels, observations participantes, questionnaires avant et 12 mois après le début du projet). Les travaux des deux comités chapeautant la démarche ont également été suivis par l'équipe de recherche.

Figure 3.1 : Déroulement de l'intervention dans les établissements du secteur forestier public



3.2 PHASE DE DÉVELOPPEMENT DES INTERVENTIONS

Dans cette section, nous présenterons la stratégie de recherche qui a été employée afin de mettre en place les conditions favorables à la réalisation d'interventions visant la prévention des problèmes de santé psychologique au travail.

3.2.1 Entente de partenariat avec les organisations et formation aux membres des comités corporatifs

Au moment de la présentation de cette deuxième phase de la recherche aux instances concernées, un document d'entente de partenariat a été remis pour signature. Ce document décrit les objectifs du projet et l'implication de l'organisation et des chercheurs. Une fois l'entente de partenariat signée, les membres du comité de pilotage ont reçu une formation d'une journée sur le stress au travail, les principaux facteurs de risque, les conséquences du stress au travail et les stratégies de prévention. La formation vise essentiellement la prise de conscience des membres quant à l'importance de la prévention primaire, de manière à éviter que les interventions ultérieures ne soient uniquement centrées sur la prévention secondaire et tertiaire. Elle permet également de développer un langage commun au sein du comité de pilotage, que nous désignerons dorénavant « *comités corporatifs* », ainsi qu'avec les chercheurs.

3.2.2 Identification des projets-pilotes, sondage et entretiens auprès des participants

Les projets-pilotes ont été identifiés conjointement par des intervenants clés de l'organisation et par l'équipe de recherche. Lorsque possible, des groupes de comparaison similaires en terme de nombre d'employés, de fonction professionnelle et de niveau d'absentéisme ont été sélectionnés.

Pour être suivis par l'équipe de recherche, les projets devaient cibler la modification des caractéristiques pathogènes de l'environnement ou de l'organisation du travail (*i.e.* charge de travail, conflit de rôle, reconnaissance, etc.) dans le but d'améliorer la santé mentale du personnel. Par ailleurs, pour nous permettre de suivre l'ensemble de la démarche, les projets ne devaient pas être en place ou avoir débuté antérieurement. En effet, la documentation du processus d'intervention constituait un des objectifs généraux de la recherche.

Une fois les groupes cibles et les groupes de comparaison identifiés, l'équipe a présenté le projet de recherche au personnel (pour les groupes cibles seulement, les groupes témoins étaient informés de leur participation à titre de groupe de comparaison par leur gestionnaire). Les participants recevaient ensuite une carte postale les avisant qu'ils allaient sous peu recevoir un questionnaire acheminé par courrier électronique. Dans certaines organisations (ou encore au sein d'un groupe cible), les personnes n'avaient pas accès à un poste informatique individuel, donc un questionnaire version papier leur était acheminé. Une lettre d'information, signée par l'équipe de recherche, leur gestionnaire et leurs représentants syndicaux, accompagnait le questionnaire ainsi qu'un formulaire de consentement. Des affiches sur les babillards de l'unité rappelaient aux personnes concernées l'importance de répondre au questionnaire. Les participants n'ont été ni rémunérés, ni récompensés pour le compléter. Par contre, quelques prix au montant de 50\$ étaient distribués au hasard parmi les répondants. Les questionnaires étaient retournés directement à la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval. Les participants disposaient d'un mois pour répondre au questionnaire.

Les employés des projets-pilotes ont aussi été rencontrés en trois étapes afin de : 1) identifier les principales problématiques vécues au travail, 2) suggérer des solutions et enfin, 3) valider l'information une fois colligée. Plusieurs solutions ont été identifiées puis catégorisées selon que leur mise en œuvre relevait de

l'individu, de son équipe de travail, du syndicat ou encore, de l'employeur. Les pistes de solutions de tous les groupes ont ensuite été analysées par un comité et traduites en plans d'action. Le tableau 2.1 suivant présente la logistique des entretiens collectifs et individuels qui ont été réalisées dans les différents cas étudiés.

Tableau 2.1 : Entretiens collectifs et individuels réalisés dans chaque établissement

	Unité/projet	Entretiens collectifs	Entretiens individuels
CAS 1	UNITÉ A	48 personnes (6 équipes de travail)	5 personnes (membres de la direction)
	UNITÉ B	5 personnes	
	PROJET C	31 personnes	
CAS 2	UNITÉ D	51 personnes	
CAS 3	UNITÉS E, F et G	37 personnes	
TOTAL		172 personnes	5 personnes

3.2.3 Traduction des solutions en plans d'action

Dans chaque organisation, les pistes de solutions des unités/projets ont été analysées par un comité paritaire et traduites en plans d'action (voir Tableau 2.2). Généralement, les solutions ont été regroupées par thématiques. Par la suite, les équipes de travail ont été consultées pour valider et adapter le plan d'action afin qu'il reflète leur réalité. Dans certains cas (unités A et B), des sous-comités ou groupes de travail ont été formés pour mettre en œuvre des actions spécifiques ou encore ponctuelles. Tous les plans d'action ont été soumis et approuvés par les instances hiérarchiques des organisations participantes.

Tableau 2.2 : Nature des activités dans chaque unité

	Unité/projet	Structure de participation	Nature des activités
CAS 1	UNITÉ A	Comité de mise en œuvre	Information, retour au travail, reconnaissance au travail, clarification des rôles, organisation du travail, implication dans des comités, club social, réunion d'équipe, environnement physique
	UNITÉ B	Comité de direction des ressources humaines	
	PROJET C	Comité corporatif	
CAS 2	UNITÉ D	Comité de pilotage	Ajouts d'équipements, modification des tâches, tenue de réunions d'équipe, évaluation de rendement, accès à une salle de rédaction de rapports
CAS 3	UNITÉS E, F et G	Comité de direction Comité de mise en œuvre	Implication dans le choix des équipements, rencontres préparatoires aux activités de production, réunions de bilan, révision de la répartition des tâches, guide d'accueil des nouveaux employés, évaluation annuelle du rendement, visites du directeur sur le terrain

3.3 PHASE D'IMPLANTATION DES INTERVENTIONS : OBSERVATIONS DIRECTES, ENTRETIENS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

Pendant 18 mois (12 mois dans le cas des établissements forestiers), l'équipe de recherche a assisté aux réunions relatives au projet dans le but d'observer et d'orienter les membres du comité. L'équipe de recherche a documenté les interactions entre les acteurs, les enjeux, la prise de décision, la diffusion d'information ou l'obtention de budget. Lorsque des activités spécifiques ont été organisées, l'équipe de recherche était présente. Une prise de note systématique a permis de documenter chacune des rencontres. Il est important de préciser que les chercheurs n'ont jamais été responsables de la conduite des interventions, leur rôle a plutôt été celui de copilote certaines interventions. En fait, les chercheurs facilitaient le démarrage des projets, accompagnaient toutes les étapes de réalisation et évaluaient l'efficacité des interventions, mais n'étaient pas responsables de la conduite du projet. Cette décision des chercheurs quant à leur rôle visait une plus grande responsabilisation et habilitation des acteurs dans l'organisation dès le démarrage du projet. Toutefois, dans certains cas, les chercheurs ont participé plus activement, soit en animant des entretiens collectifs d'identification de risques et de solutions (organisation 3) ou en collaborant activement avec le consultant responsable de l'animation des entretiens (organisation 1).

À plusieurs reprises, pendant les mois de suivi, l'équipe de recherche a réalisé des entretiens individuels enregistrés auprès d'informateurs clés (*i.e.* conseiller RH, directeur SST, représentants syndicaux, gestionnaires, employés, etc.) afin de documenter l'état d'avancement des activités, les éléments facilitant, les obstacles ainsi que le contexte organisationnel. Avant d'acheminer le deuxième questionnaire visant à mesurer l'efficacité des interventions, l'équipe de recherche a rencontré des groupes d'employés volontaires représentant chaque équipe concernée par un projet d'intervention. Ces rencontres ont permis d'identifier les interventions et les changements réalisés dans le cadre du projet. Les interventions étaient divisées en deux catégories : les interventions au sein d'unité spécifique et les interventions au niveau de l'organisation, visant d'autres personnes que celles de l'unité. Ensuite, les participants indiquaient s'ils avaient participé ou été concernés par cette intervention et comment ils percevaient l'intervention. Cette étape a permis d'inventorier les activités spécifiques et générales réalisées au cours de la période de 18 mois de suivi des interventions et de les intégrer au questionnaire.

Les gestionnaires ont aussi été rencontrés soit individuellement ou en petit groupe. Ils devaient également identifier et faire part de leurs perceptions des interventions réalisées dans le cadre du projet. Par ailleurs, ils étaient interrogés quant à leurs perceptions de l'utilité du projet dans son ensemble, des difficultés ou des résistances rencontrées et de ce qui aurait pu être fait pour les soutenir dans l'implantation des activités. Le tableau 2.3 résume le nombre total d'entretiens réalisés et de personnes rencontrées.

Tableau 2.3 : Entretiens individuels et collectifs d'identification des interventions et d'évaluation de la démarche

	Nombre d'entretiens individuels	Nombre d'entretiens collectifs	Nombre total de personnes rencontrées
Établissement d'enseignement Unité A	3	4	34
Établissement d'enseignement Unité B	9	1	23
Centre hospitalier - Unité D	2	2	8
Établissement forestier - Unité E	2	1	5
Établissement forestier - Unité F	2	2	9
Établissement forestier - Unité G	0	3	10

3.4 PHASE D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

Un protocole quasi-expérimental avec mesure avant et après l'intervention et avec groupe de comparaison (à l'exception du cas 03) a été utilisé pour évaluer l'efficacité des interventions.

3.4.1 Questionnaire post intervention aux groupes cibles et groupes de comparaison

Le questionnaire pré intervention, tout comme le questionnaire post intervention, comprend des mesures des facteurs de risque organisationnels, des mesures de l'état de santé mentale, des indicateurs organisationnels et des données sociodémographiques. Le questionnaire post intervention comprend également des mesures de perception des interventions qui ont été identifiées lors de l'étape précédente. Le questionnaire a été acheminé aux employés des groupes cibles et des groupes de comparaison qui avaient un mois pour le compléter. Pendant ce mois, ils ont été invités, à quelques reprises (au moyen de communiqués ou d'affiches), à compléter le questionnaire en ligne. Un code était inscrit dans l'hyperlien afin de permettre aux chercheurs : (a) d'identifier l'organisation d'où provient le répondant, et (b) d'apparier les questionnaires répondus aux deux temps de mesure. Seuls les chercheurs avaient accès au code et au nom du répondant afin de pouvoir assurer un suivi auprès de certains répondants. L'identité des répondants (*i.e.* nom et coordonnées au travail) n'a pas été saisie dans les bases de données statistiques, dans le but de conserver l'anonymat des répondants et la confidentialité de leurs réponses.

Dans le but de bien représenter la réalité des travailleurs des divers milieux, plusieurs facteurs considérés comme portant atteinte au bien-être ont été mesurés, tel que suggéré par Sparks et Cooper (1999). En plus des facteurs de risque proposés par Cooper et Marshall (Cooper & Marshall, 1976) et des composantes des modèles de Karasek (1979) et de Siegrist (1996), une recension des écrits a été effectuée afin d'identifier d'autres sources de tension pouvant être vécues par une personne dans son milieu de travail. Les différents facteurs de risque mesurés et leurs caractéristiques psychométriques sont détaillés dans notre rapport de recherche précédent (Brun, Biron, Martel, & Ivers, 2003). Aussi, comme les manifestations du stress peuvent varier d'un individu à l'autre, plusieurs indicateurs ont été utilisés afin d'évaluer les perceptions du travail (*i.e.* satisfaction au travail et intention de quitter l'emploi), la santé mentale (*i.e.* détresse psychologique et épuisement émotionnel) et les symptômes psychosomatiques des travailleurs. Au temps 1, le questionnaire a été complété par 847 répondants.

Pour la mesure du temps 2, les interventions réalisées dans le cadre du projet ont été identifiées par les employés et les gestionnaires lors des entretiens collectifs et individuels. À la lumière de ces informations,

une nouvelle section a été ajoutée au questionnaire qui avait été utilisé avant l'intervention (temps 1). Pour chaque intervention identifiée, une question a été ajoutée afin de déterminer dans quelle mesure l'employé a : 1) été exposé à l'intervention et 2) perçu que l'intervention a eu un impact sur sa qualité de vie au travail. Au total, le questionnaire du temps 2 a été complété par 788 répondants. La figure suivante constitue un exemple de question ajoutée au questionnaire à la mesure post intervention.

Figure 4.1 Exemple de question évaluant le degré d'exposition à l'intervention et la perception de l'impact sur la qualité de vie au travail

J'ai assisté à une formation sur la communication et le travail d'équipe.				
Non		En partie seulement	Oui	
☐		☐	☐	
Par rapport à ma qualité de vie au travail, cette activité a eu un impact...				
Très négatif	Plutôt négatif	Aucun impact	Plutôt positif	Très positif
☐	☐	☐	☐	☐

3.4.2 Analyses statistiques

Saisie des données. Pour les deux temps de mesure, les données relatives aux questionnaires version papier ont été saisies à deux reprises (méthode de la double saisie) par une firme indépendante dans le but de maximiser leur intégrité. Les deux sources de données ont ensuite été examinées selon des procédures standardisées (Tabachnick & Fidell, 2001) afin d'identifier 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, 2001). Le seuil alpha a été fixé à 5% et tous les tests statistiques sont bilatéraux.

Représentativité des participants aux deux évaluations. Certains participants ont quitté l'organisation (et n'ont pas complété la seconde évaluation) alors que d'autres se sont récemment joint à l'organisation (et n'ont pas complété 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.

Afin de s'assurer de l'absence de biais d'échantillon, les participants ayant complété la mesure au temps 1 seulement ont été comparés avec les réponses au temps 1 des personnes ayant complété les 2 mesures. Les caractéristiques des participants ayant complété uniquement la deuxième mesure (donc les personnes s'étant jointes à l'organisation) ont été comparées aux caractéristiques au temps 2 des personnes qui ont complété les 2 mesures. Les participants ont été comparés sur une série d'indicateurs sociodémographiques (*i.e.* âge, sexe, ancienneté) et psychologiques (*i.e.* détresse psychologique, satisfaction à l'emploi, intention de quitter l'emploi, épuisement) à l'aide de tests du khi-carré et de tests T de Student pour échantillons indépendants.

Évaluation de l'impact des interventions. Le devis d'évaluation sélectionné correspond à un protocole quasi-expérimental avec mesures pré et post sans groupe contrôle dans le cas des établissements du secteur forestier. L'introduction d'un groupe contrôle n'a pas été retenue dans la présente étude pour plusieurs raisons méthodologiques et éthiques. Premièrement, en raison des effets de diffusion de l'intervention à l'intérieur de l'organisation, il est pratiquement impossible de sélectionner un groupe de participants parfaitement « *contrôle* » au sens qu'ils n'auront pas été exposés à l'intervention (Parkes & Sparkes, 1998).

Deuxièmement, le choix d'une « *organisation contrôle* » pourrait permettre de contourner ce biais, mais produit un nouveau biais en raison du fait qu'il est très difficile en pratique d'identifier deux organisations présentant les mêmes pratiques de gestion et de travail, de même qu'une structure organisationnelle identique pouvant servir de base comparative.

Afin d'étudier le changement longitudinal chez les participants, une série d'analyses de variance en modèle mixte linéaire a été réalisée pour l'exposition à chacun des 16 facteurs de risque et des indicateurs de bien-être selon un plan factoriel en blocs réduits (groupes X temps). Le changement temporel dans chaque groupe a été estimé à l'aide de tests d'effets simples (Kirk, 1995). Les grandeurs d'effet (différence standardisée; Cohen, 1988) ont été calculées à partir des effets simples du changement temporel en utilisant le carré moyen de l'erreur (*MSE*) du modèle final comme estimé de variance (Bird, 2002). 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 et al., 2001).

Calcul du niveau de détresse. L'indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ) a été utilisé dans de nombreuses études sur la santé mentale au travail et ce, dans plusieurs contextes organisationnels (Blais & Lachance, 1992; R. Bourbonnais, Brisson, Vézina, & Moisan, 1996; R. Bourbonnais, Comeau, & al., 1998; M. Vézina & Bourbonnais, 2001). L'IDPESQ constitue un outil de mesure particulièrement intéressant car, d'une part, il permet de comparer un groupe de travailleurs à la population québécoise et, d'autre part, il évalue les symptômes d'individus qui sont présents sur les lieux de travail plutôt que ceux d'individus qui ont un diagnostic médical et qui sont absents du travail. L'enquête de Santé Québec de 1987 a fixé le seuil au 80^e percentile de la distribution des valeurs obtenues à cet indice, ce qui représente 20 % des personnes les plus en détresse qui ont 15 ans et plus.

Finalement, une série de coefficients de corrélation de Spearman a été calculée entre l'exposition aux facteurs de risque et les indicateurs de bien-être (*i.e.* soutien social, satisfaction au travail, intention de quitter l'emploi, symptômes psychosomatiques et épuisement professionnel) suite aux interventions (T2). La corrélation de rang de Spearman a été préférée à la corrélation de Pearson, car elle est plus robuste aux données extrêmes et aux échantillons de petite taille (Siegel & Castellan, 1988).

4. RÉSULTATS ET DISCUSSION SUR LE PROCESSUS D'INTERVENTION

Ce chapitre abordera les principales étapes du processus d'intervention que nous avons identifiées en accompagnant les trois organisations participantes. Ce suivi de la mise en œuvre d'activités de prévention en matière de santé psychologique au travail nous a permis de mettre en évidence des étapes stratégiques et cruciales afin d'intervenir à la fois sur les sources de stress et les conséquences qui y sont associées.

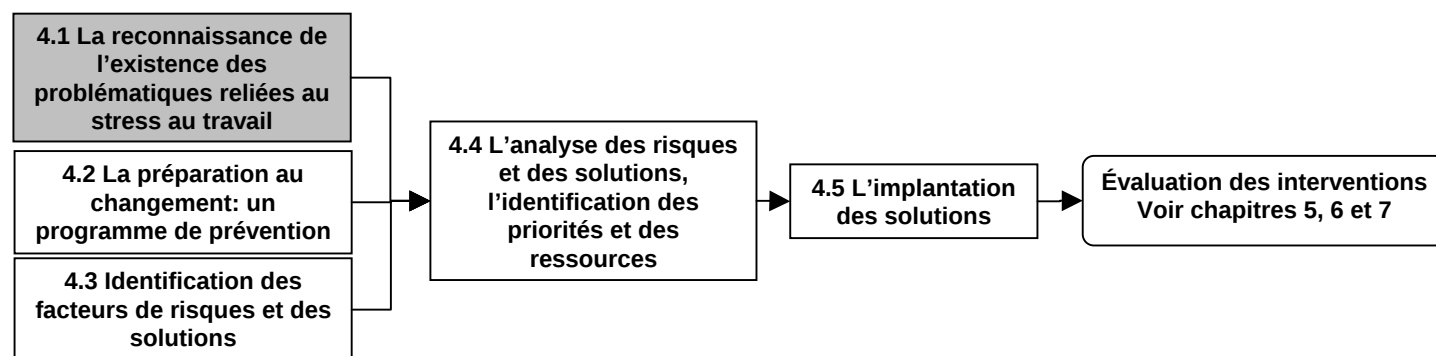
Pour ce rapport, nous avons opté pour une stratégie de rédaction qui s'appuie sur six grandes étapes du processus de prévention du stress au travail et non pas sur une présentation sous forme de monographie d'organisation. Pour chaque étape nous mettons en évidence les éléments qui jouent un rôle significatif dans le processus d'implantation. Ce chapitre abordera les principales étapes suivantes:

- 4.1 La reconnaissance de l'existence des problématiques liées au stress au travail
- 4.2 La préparation au changement
- 4.3 L'identification des risques et des solutions
- 4.4 L'analyse des risques et des solutions et l'identification de priorités et des ressources
- 4.5 L'implantation des solutions pour diminuer l'exposition aux facteurs de risques organisationnels et leurs conséquences

Ces étapes sont inspirées du modèle de Cox et ses collaborateurs (Tom et al., 2000), mais diffèrent en ce sens où davantage d'emphase a été mise sur le processus précédent l'intervention afin de mieux illustrer les enjeux de cette phase. La dernière phase, soit l'évaluation, sera décrite à la section suivante. Pour faciliter le suivi de notre démarche, les figures en début de section illustrent le cheminement du projet d'intervention. Chaque boîte identifie une des étapes d'intervention. Nous avons inséré cette figure à chaque section de ce chapitre, la boîte ombragée fait l'objet de la discussion de la section. Une fois abordée la boîte est marquée d'un crochet (✓).

En ce qui concerne la 6^e étape d'évaluation de l'efficacité des interventions, les résultats de chaque projet sont présentés au chapitre 5 afin de mieux faire ressortir les impacts des interventions réalisées.

4.1 LA RECONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DES PROBLÉMATIQUES RELIÉES AU STRESS AU TRAVAIL



La mise en place d'une intervention visant l'amélioration des conditions d'exercice du travail passe souvent par la reconnaissance d'une relation entre le travail et les conséquences sur l'individu et l'organisation (Baril-Gingras, Bellemare, & Brun, 2006). Il est en effet important de connaître et de reconnaître la présence

de risque pour la santé psychologique des individus afin de s'assurer de la plus grande mobilisation possible des différents acteurs organisationnels, de la pertinence de l'intervention et des actions possibles.

La mise au jour des conséquences sur l'organisation (*i.e.* absentéisme, perte de productivité, coût, etc.) contribuent grandement à la reconnaissance de la problématique, mais surtout à la prise de conscience de l'importance d'agir (Cox *et al.*, 2000). Comme nous le verrons dans les points suivants la reconnaissance des problématiques liées au stress au travail est intimement liée à la réussite des interventions dans les milieux étudiés.

✚ Afin d'éviter une démarche approximative des problèmes de santé psychologique au travail et aussi pour s'assurer d'une vision globale et juste de l'ampleur des problèmes, il est essentiel d'obtenir le plus de données administratives (*i.e.* taux d'absence, type d'absences, coûts de cotisation d'assurance-salaire, etc.) possible avant le début de l'intervention. Deux des trois organisations participant au projet possèdent des données d'absence précises sur l'impact des troubles d'ordre psychologique. On y retrouve des informations sur les invalidités de courtes ou de longues durées, les coûts d'assurance salaire, la consommation de médicaments, les psychothérapies et les motifs de consultation du programme d'aide aux employés. Dans un cas seulement, ces données sont connues globalement et pour chacune des unités de l'organisation, ce qui facilitera plus tard le choix de certaines cibles d'intervention. Ces données administratives sont très importantes, car elles constituent des indicateurs de gestion qui éclairent les décisions en début et pendant les interventions. Par ailleurs, la production d'un tableau de bord de gestion à partir de telles données constitue aussi un outil permettant de répondre objectivement et quantitativement aux doutes émis par des employés et des gestionnaires sur la véritable ampleur des problèmes de santé psychologique au travail.

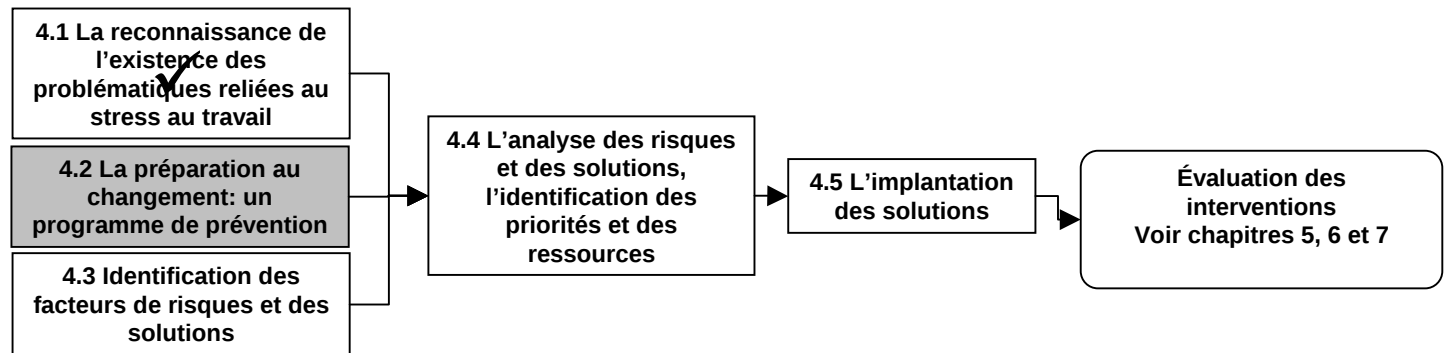
✚ Si aucune données administratives ou d'enquête par sondage n'est disponible, le recours à des informations subjectives peut aussi s'avérer un choix judicieux afin de cibler les unités plus à risque. En effet, les gestionnaires connaissent bien leurs équipes et ils savent où sont les « *points chauds* » dans l'organisation (*i.e.* plaintes sur la charge de travail, augmentation du temps supplémentaire, complexification des tâches, coupures de personnels, nouveaux employés avec moins d'expertise, prise régulière de congé de maladie et remplacement difficile des personnes absentes, etc.) .

✚ Nous avons constaté que les gestionnaires et les employés connaissent l'existence des problèmes, mais ne mesurent pas toujours leur ampleur ou leurs conséquences. Ce n'est donc pas l'ignorance d'un problème qui mène à l'inaction de la part de l'organisation, mais plutôt une mauvaise estimation de son ampleur (*i.e.* nombre d'employés qui vivent le problème), de ses conséquences possibles (*i.e.* démotivation, absentéisme, présentéisme, etc.) ou d'une incapacité à intervenir (*i.e.* manque d'expertise, manque de ressources financières ou humaines pour régler le problème, problème non-prioritaire). Malgré ces obstacles, il est important de mentionner que pour les petites et moyennes organisations, l'absence de données administratives n'est pas une contrainte insurmontable pour motiver une intervention en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Une analyse qualitative et quantitative de la situation est souvent un bon critère pour décider d'une intervention ou non.

✚ Lorsque les données administratives ne sont pas disponibles un sondage sur le stress au travail « *stress audit* » s'avère aussi un choix judicieux. Ainsi pour les organisation 1 et 2, les résultats du sondage de la première phase de l'étude (Brun *et al.*, 2003) ont été utilisés pour mobiliser la direction, les gestionnaires et les employés. Dans l'organisation 3, les résultats de la première étude ont aussi été utilisés pour susciter l'intérêt et l'engagement de la direction, des gestionnaires, des syndicats et des employés. Ici, la stratégie employée a été de reconnaître l'ampleur du problème et, sur la même lancée, d'annoncer la volonté de l'organisation de développer un plan d'action concret et rapide. L'adhésion au projet a été si forte que les chercheurs ont dû négocier et délimiter l'ampleur du mandat de la recherche puisque la direction souhaitait

impliquer l'ensemble du personnel de l'organisation dans la deuxième phase, mandat qui dépassait les ressources humaines, temporelles et financières de l'équipe de recherche.

4.2 LA PRÉPARATION AU CHANGEMENT : UN PROGRAMME DE PRÉVENTION



Plusieurs chercheurs soulignent que le soutien de la direction, l'implication des gestionnaires et la participation des employés constituent des éléments clés dans le succès d'un programme de prévention. Par exemple, Kompier et Cooper (1999) soulignent que le succès initial et la survie du programme de prévention dépendent largement de l'engagement soutenu de la haute direction. Il est à noter que peu d'études se sont attardées à décrire les mécanismes et processus utilisés pour obtenir le soutien des membres de l'organisation et le maintenir sur une base continue. Par contre, la recension des écrits de Jordan et ses collaborateurs (2003) fait état de différentes formes d'engagement, telles que le soutien financier, l'engagement personnel de certains gestionnaires, la mise en place d'infrastructures, l'utilisation d'indicateurs de bien-être comme indice de performance organisationnelle ou, encore, l'imputation de la responsabilité du programme de prévention à un gestionnaire de haut niveau.

Dans les trois organisations participantes, le temps de préparation pour entamer les interventions s'est avéré plus long que prévu. Malgré le fait que la première phase de notre étude (2001-2003) a permis d'établir des liens étroits avec plusieurs interlocuteurs de chaque organisation, la mise en place des activités de prévention a exigé un engagement beaucoup plus important de leur part. En effet, le passage d'un problème vers un diagnostic (phase I) comparativement au passage d'un problème vers une intervention (phase II) ne soulève pas les mêmes enjeux organisationnels. La préparation au changement est donc un processus stratégique qu'il faut absolument discuter à travers les points suivants.

✧ L'engagement ferme et concret de la direction est une étape qui a requis davantage de temps que ce qui était prévu au départ. Cet engagement visait la transformation de l'organisation du travail, il posait donc des enjeux beaucoup plus importants pour les membres de la direction et les gestionnaires. Dans le cas de l'organisation 1, il a fallu 15 mois pour négocier et définir dans le détail un engagement qui a finalement pris la forme d'un comité permanent et paritaire en santé psychologique au travail et de l'adoption d'une politique de prévention de la santé psychologique au travail.

✧ Généralement, l'engagement de la direction est conceptualisé comme une étape en début de projet, notre expérience du terrain nous montre qu'il faut plutôt penser cet engagement comme un processus qui doit faire l'objet d'une attention particulière et qui doit être reconfirmé régulièrement tout au long du projet. Cette stratégie permet d'éviter qu'un écart se crée entre les attentes de la direction et les activités mises en place sur les lieux de travail. Ainsi, sur une base régulière, la direction des organisations a été informée de

l'avancement des travaux. Un membre de la direction (directeur des ressources humaines) était invité annuellement à participer à une réunion du comité, soit pour discuter de questions budgétaires ou de l'avancement des travaux. De manière générale, la visibilité des membres de la haute direction a démontré leur intérêt face à la problématique et reconfirmé leur engagement.

✎ Afin d'assurer la pérennité et un bon ancrage du programme d'intervention dans les trois organisations participantes, ce dit programme a, dans les trois cas, été lié à la planification stratégique corporative. À titre d'exemple, les objectifs suivants ont été inscrits parmi les grandes orientations: « *fournir des emplois de qualité* », « *promouvoir une culture de reconnaissance* », « *accroître la cohésion interne et le sentiment d'appartenance* ». Cette stratégie d'ancrage est intéressante, car elle permet de faire de la santé des personnes une fonction de gestion et non simplement une activité qui demeure au niveau des opérations sans jamais être discutée dans le cadre des grandes orientations stratégiques de l'organisation. Par le fait même, l'incorporation des enjeux de santé au travail dans les orientations stratégiques impose une reddition de compte de la direction envers le personnel et même, dans le cas de l'établissement d'enseignement, envers le conseil d'administration. Par ailleurs, selon Jordan et ses collaborateurs (2003), toutes les organisations désirant mettre en œuvre un programme de prévention du stress devraient avoir une politique sur le stress ou, encore, sur le bien-être au travail. Une politique visant l'amélioration du bien-être ne devrait pas viser uniquement la réduction des sources de stress mais aussi fournir un environnement de travail sain dans lequel les employés peuvent se développer.

✎ La volonté et le sérieux d'une organisation à mettre en place des changements visant la réduction du stress au travail sont considérés beaucoup plus crédibles et réalisables lorsqu'un budget spécifique est octroyé (Jordan et al., 2003). Cet effort financier a été un élément clef pour démontrer la détermination de l'organisation, offrir des moyens au comité de pilotage et motiver les membres du comité, les employés et les gestionnaires à s'impliquer activement dans la démarche. Au cours des 18 mois de suivi de l'intervention, l'argument financier a été régulièrement employé pour répondre aux diverses critiques émises de part et d'autre dans l'organisation. Cet argument s'est avéré très efficace.

✎ La réussite d'un projet ne dépend pas uniquement de l'engagement de la direction. Lorsque la démarche se déroule au niveau d'une unité spécifique (*i.e.* département, direction, atelier, etc.), il est crucial d'obtenir l'appui du gestionnaire en charge afin qu'il mobilise et obtienne l'engagement de son équipe, de ses cadres et de ses employés. En mobilisant son équipe de gestion dès le départ, il s'assure ainsi d'être soutenu dans la mise en œuvre des solutions. Nous avons aussi constaté qu'il était important de soutenir les cadres de premier niveau et intermédiaires dans l'implantation des activités puisqu'ils sont souvent considérés par certains employés comme la source des problèmes, ce qui est peut être menaçant pour eux.

✎ Notre recherche démontre que l'engagement de la direction est une étape essentielle, mais elle n'est pas suffisante. En effet, l'opérationnalisation des changements qui visent l'amélioration du bien-être des personnes fut, dans tous les cas étudiés, pilotée par le gestionnaire de l'unité concernée. Ce pilotage fait appel à des compétences et à des habiletés particulières chez les gestionnaires, telles que la capacité à communiquer avec leurs équipes de travail, à mobiliser le personnel, à animer les rencontres, à faire usage de stratégies plus politiques, etc.

✚ Le gestionnaire doit aussi avoir de bonnes dispositions (*i.e.* valeurs, croyance, espoir, etc.) lui permettant de croire que les changements proposés sont les bons et seront bénéfiques, car sa charge de travail constituera une contrainte presque quotidienne dans la mise en œuvre des activités d'amélioration des conditions d'exercice du travail.

✚ Si l'appui de la direction est essentiel à la bonne marche de l'intervention, l'engagement du syndicat est nécessaire aussi (Dawson, William, Clinton, & Brandford, 1988). Nos accompagnements ont en effet permis de constater que les représentants co-définissent, avec les représentants de l'employeur, le cadre, les règles et le type d'intervention. Ils contribuent donc activement à l'établissement des modalités de fonctionnement des comités corporatifs (*i.e.* objectif à atteindre, processus et pouvoir de décision, accès à l'information, etc.) et des interventions sélectionnées (*i.e.* population ciblée, sélection des interventions, modalités de participation des employés, détermination des modalités de suivi, etc.). Leur participation est une valeur ajoutée aux interventions et augmente du même coup la crédibilité des activités proposées aux employés.

✚ En ce qui concerne l'implication des employés, la littérature sur le sujet est très explicite : leur participation est essentielle à la réussite des interventions de prévention (Fielden & Cooper, 2002; Jordan et al., 2003; M. A. J. Kompier et al., 1998; Mikkelsen & Gundersen, 2003; Mikkelsen, Saksvik, & Landsbergis, 2000). Toutefois, de manière presque systématique, les employés ont émis des doutes sur la bonne foi de la direction, les projets proposés et les retombées attendues. Nous avons en effet constaté un « *doute systématique* » voir un « *néguvisme systématique* » face aux actions envisagées en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail. Le soutien aux gestionnaires (*i.e.* par un consultant externe, un représentant RH, un supérieur) pour faire face à ces attitudes s'avère crucial à cette étape. Ce commentaire d'un employé au moment d'un entretien collectif visant l'identification des problèmes et des solutions en est une illustration :

« J'ai eu beaucoup de difficultés à convaincre mon équipe de venir ici. Si cette démarche ne donne rien, oubliez nous, on ne sera plus là, ça fait tellement de fois qu'on nous ÉCOUTE, sans rien FAIRE après. On a pas de crainte à venir ici, on est juste désabusés ».

Comme le laisse voir ce commentaire, l'attitude négative des employés n'est pas due à une résistance au changement, mais plutôt au fait d'avoir été témoin dans le passé de nombreux projets qui avaient soulevé de grands espoirs, mais qui finalement, avaient échoués ou n'avaient eu aucun impact. Il a donc fallu que les responsables de projets et les chercheurs composent avec ce manque de popularité, ce qui a eu pour effet de multiplier les rencontres d'information et d'agir encore plus rapidement afin de répondre à ce doute par des actions concrètes et valables. Bellemare et ses collaborateurs (2002) dans une étude sur la transformations des situations de travail par une approche participative en ergonomie, rapportent le même phénomène relativement aux attentes et suggèrent que des moments spécifiques de recadrage soient prévus :

« ... cette analyse des représentations des transformations plaide en faveur d'un principe qui impliquerait, dans le cours de la démarche ergonomique, la planification de moments spécifiques de recadrage du domaine possible d'actualisation des transformations. Le comité de pilotage ou tout autre comité dédié à la réalisation et au suivi spécifique du projet, doit être le lieu de ce recadrage où les décideurs fixent les frontières du possible » (p. 75).

Malgré les efforts qui ont été fait, une opinion générale à l'effet qu'il s'agissait des projets de l'organisation et non des employés est demeurée :

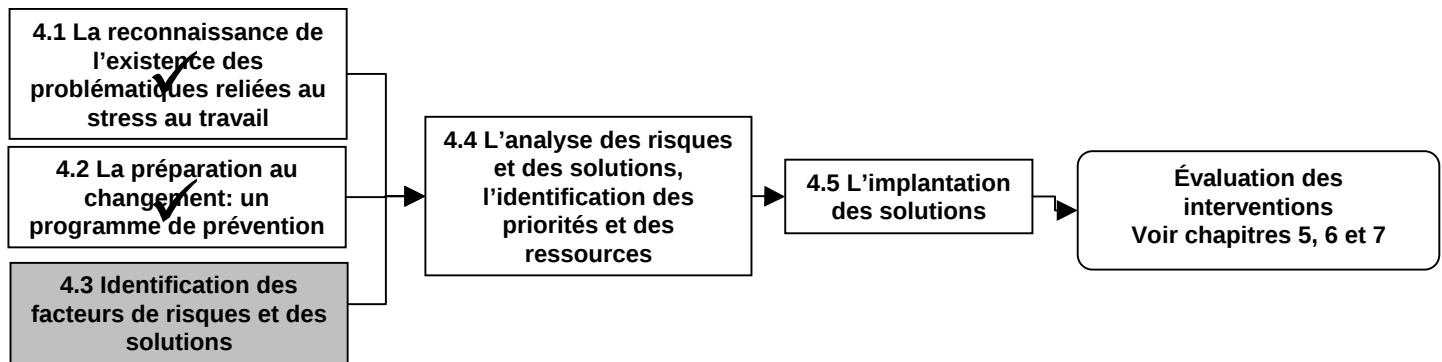
« Les employés ont aussi une responsabilité au niveau de la santé mentale, ce n'est pas juste le gestionnaire. Si c'était à refaire, il faudrait que tous les employés acceptent de s'investir dans la démarche. C'est moi qui ai proposé la démarche et j'ai tenté de les convaincre, même s'ils étaient sceptiques. S'ils avaient tous été d'accord, ça aurait évité qu'on me rappelle que c'est 'mon projet, ma bebel' lorsqu'on rencontre des difficultés». (un gestionnaire)

✚ De manière très concrète, l'engagement des parties se mesure par la volonté de dépasser le diagnostic (i.e. sondage, « *focus group* », etc.) et d'implanter des structures, des programmes ou des interventions spécifiques. Or, dans l'organisation 2, les demandes ont été nombreuses pour ré-administrer le questionnaire à l'ensemble du personnel plutôt que seulement au personnel de l'unité ciblée pour participer à l'intervention. Ces demandes du comité étaient motivées par la croyance qu'un nouveau diagnostic présentant une situation organisationnelle similaire allait renforcer l'engagement de la direction. Il ne s'agit pas ici de nier l'importance d'un diagnostic précis et l'importance de données quantitatives pour permettre un passage à l'action, mais plutôt de laisser voir que le changement passe essentiellement par une transformation du travail (Guérin, 2006) qui modifie le quotidien des employés et des gestionnaires. Ces transformations exigent toutefois la mise en place de structures, l'obtention des appuis, un climat de relations de travail favorable et une situation financière pouvant influencer favorablement l'implantation d'activités préventives. Dans le même ordre d'idée, Baril-Gingras et ses collaborateurs (2006) démontrent que les caractéristiques structurelles des établissements, les régulations des acteurs de la SST et le développement des activités en prévention conditionnent aussi énormément le type d'intervention qui sera conduite. L'utilisation répétée de questionnaires diagnostics sans communication des actions réalisées tend à augmenter les attentes des employés.

✚ Au moment de former la structure qui sera responsable du programme de prévention, nos interlocuteurs dans une organisation qui n'a finalement pas participé à cette deuxième phase de la recherche se sont interrogés sur la structure de pilotage idéale. Certains ont soulevé l'idée d'intégrer les enjeux de santé psychologique à un comité paritaire de santé et sécurité du travail ou à un comité de prévention de la violence au travail existant déjà. Même si, à première vue, l'idée semble intéressante pour éviter les dédoublements d'activités et pour économiser les ressources, notre recherche nous permet de souligner les risques que peut comporter cette stratégie.

Premièrement, l'engagement de l'organisation est plus visible lorsqu'un comité est mandaté spécifiquement pour la gestion de la prévention des risques psychosociaux. Deuxièmement, en logeant la prévention de la santé psychologique dans un comité existant, les ressources consacrées à ce nouvel enjeu seront nécessairement moindres puisque la charge de travail du comité risque de s'alourdir sans ajout de ressources humaines et/ou financières. En effet, nous avons pu constater que la mise en œuvre des plans d'action nécessite considérablement d'efforts, de temps et de ressources, surtout lorsque les interventions à implanter se situent à divers niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Dans ce cas, même lorsque des sous-comités sont mandatés pour développer et implanter chacune des interventions, la charge de travail demeure considérable et nécessite une implication stratégique des membres. Il semble donc préférable de mettre sur pied une structure qui est uniquement responsable de la santé psychologique, du moins en ce qui concerne le comité « *corporatif* » ou le comité central en charge des actions de l'ensemble de l'organisation.

4.3 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES ET DES SOLUTIONS



De nombreux auteurs font ressortir que les organisations qui ont un programme cohérent et articulé pour mesurer les risques psychosociaux ont tendance à se doter de meilleures démarches d'intervention sur le stress (Jordan et al., 2003). La mesure et l'analyse des risques est un élément clé dans le processus d'intervention, car elle permet d'orienter les ressources à déployer au plan de la prévention primaire. D'autre part, pour mesurer et analyser les risques, il est suggéré que l'organisation fasse appel à des experts externes ou provenant de d'autres départements, assurant ainsi une certaine neutralité. Suite à une recension des études évaluant l'efficacité des interventions organisationnelles en prévention du stress, Parkes et Sparkes (1998) recommandent, par ailleurs, que les chercheurs qui évaluent les interventions soient indépendants des personnes impliquées dans l'identification des problèmes, le développement et l'implantation des interventions. Ces auteurs suggèrent plutôt qu'un consultant externe soit impliqué pour faciliter le changement. Il est possible que les ressources ne permettent pas l'embauche d'un consultant et la présence de chercheurs ou d'experts en évaluation.

Dans ce cas, les experts en santé et en sécurité du travail ou en gestion des ressources humaines peuvent fournir de l'information sur le taux d'absence, le taux de roulement, ou la productivité d'un département ou d'une catégorie d'emploi. Une fois que les unités ou les groupes qui devraient bénéficier d'interventions ont été identifiés, il existe plusieurs outils pour évaluer les risques psychosociaux. Jordan et ses collaborateurs (2003) mentionnent des exemples d'organisations ayant développé leur propre outil d'évaluation ou qui utilisent des instruments de gestion traditionnels comme l'analyse des tâches.

Voici quelques points qui apparaissent comme importants au moment de l'identification des facteurs de risques et des solutions :

✍ La participation des employés est essentielle à la réussite de projets visant la transformation du travail. Toutefois, cette participation ne doit pas se limiter à la mise en place des actions, elle doit prendre forme beaucoup plus en amont dès l'identification des risques et des solutions. Dans la grande majorité des projets d'intervention que nous avons accompagnés, les employés ont été impliqués, par l'entremise de « *focus group* », dans l'identification des problèmes et des solutions spécifiques à leur unité. Ce travail était parfois guidé par le premier questionnaire qui avait permis de cerner les principaux facteurs de risque pour chaque organisation afin de baliser le champ d'action.

✍ Lors de ce travail d'identification, les chercheurs ont aussi fait part du « *champ des possibles* ». Ce terme vise à préciser l'étendue des actions qui peuvent être implantées. Par exemple, dans l'unité E, F et G, il a été précisé que les solutions ne pouvaient pas porter sur la création d'emploi puisque le contexte économique des

établissements était extrêmement précaire. Pour définir ce « *champ des possibles* », les chercheurs ont discuté avec les comités de pilotage afin de déterminer les zones d'intervention possibles (*i.e.* révision des tâches, modalités de communication, répartition de la charge de travail, etc.) et les zones d'intervention impossible (*i.e.* ajout de personnel, changement des gestionnaires, etc.). Cette stratégie de diagnostic des problèmes et des solutions ne vise pas à censurer l'expression sur les risques et les solutions, mais plutôt à ne pas créer de fausses attentes. Le consultant en charge de l'animation des entretiens collectifs dans l'organisation 1 recadrerait régulièrement les attentes des participants. Concrètement, lors des rencontres de groupe, tous les problèmes et les solutions sont énoncés, ce n'est qu'à la fin de l'exercice que les champs des possibles sont discutés.

Cette approche n'a pas été employée dans l'unité D du centre hospitalier puisque ce sont des consultants externes qui ont conduit l'identification des risques et des solutions. Le groupe de travail est parvenu à identifié au-delà de 60 actions d'amélioration différentes, une seule d'entre elles portait sur l'ajout d'un poste de technicien. Cette solution n'a pas été retenue par la direction de l'établissement puisque le budget ne le permettait pas. Par contre, les attentes des employés face à l'ajout d'un nouveau poste étaient très élevées puisque le travail d'analyse des tâches démontrait que plusieurs problèmes pourraient être résolus par l'ajout de ce poste. Lorsque les employés ont appris la nouvelle par la gestionnaire, c'est l'ensemble du projet qui a été considéré comme inutile. Le « *champ des possibles* » ne semble pas avoir été défini clairement. Toute la démarche en fut affectée et de nombreux travailleurs ont affirmé qu'ils ne participeraient plus à un tel exercice.

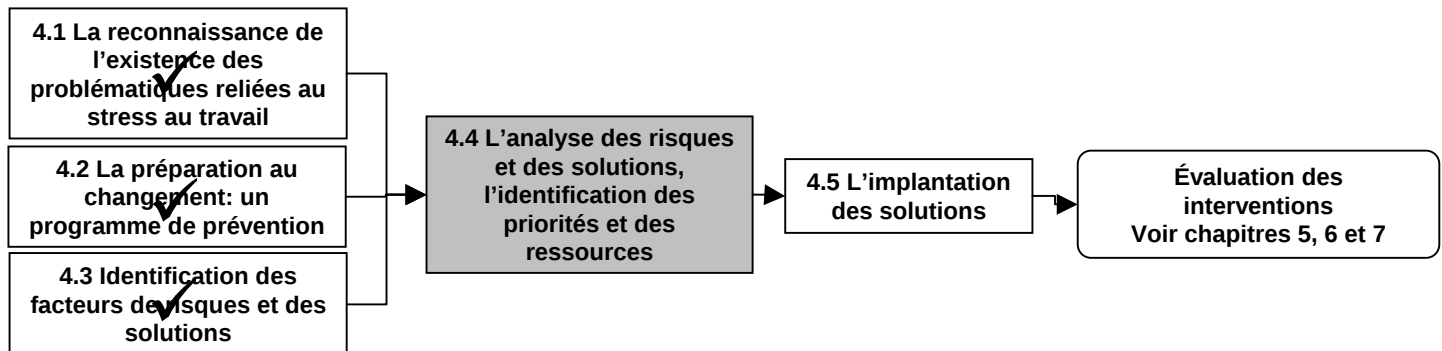
✎ Lors des entretiens focalisés l'identification des problèmes génère une bonne quantité d'éléments. Au moment d'élaborer les solutions, nous avons constaté une tendance à énumérer presque uniquement des éléments se rapportant à l'organisation du travail ou à la gestion, ce qui limite les interventions possibles.

En cours de l'accompagnement des interventions, nous avons développé une grille d'élaboration des solutions utilisée par les entretiens focalisés (voir Tableau 3.1). Cette grille se compose de quatre colonnes abordant différentes dimensions de l'organisation : Je, Équipe, Syndicat et Organisation. Pour chaque dimension, nous demandons aux participants d'indiquer des pistes de solutions. L'utilité de cette grille s'est avérée excellente puisqu'elle permet d'envisager aussi des actions locales et rapide d'implantation (Je et Équipe) et des actions plus organisationnelles (Syndicat et Organisation). En quelque sorte, cette grille constitue un outil de guidage pour un exercice de résolution de problèmes et d'identification des solutions.

Tableau 3.1 : Grille d'élaboration des solutions en « *Focus group* »

Description du problème	Ce que JE peux faire pour améliorer la situation	Ce que l'ÉQUIPE peut faire pour améliorer la situation	Ce que le SYNDICAT peut faire pour améliorer la situation	Ce que l'ORGANISATION peut faire pour améliorer cette situation

4.4 L'ANALYSE DES RISQUES ET DES SOLUTIONS, L'IDENTIFICATION DES PRIORITÉS ET DES RESSOURCES



L'étape d'identification des priorités d'action et d'élaboration d'une stratégie de prévention s'avère souvent complexe. Jordan et ses collaborateurs (2003) observent que les organisations ayant le plus de succès dans leur programme de prévention sont celles où un plan d'action précis a été établi. Le plan indique pourquoi les actions seront mises en œuvre, quels sont les objectifs ciblés, qui sera responsable de l'implantation et à quelle fréquence le plan d'action devra être révisé. Souvent, les solutions requièrent l'implication de plusieurs départements, soit le service des ressources humaines, le service de santé et de sécurité du travail, le département des communications et les syndicats. Il est donc souhaitable d'avoir des représentants de ces parties au comité de pilotage. De plus, leur implication constitue une démonstration de l'engagement de la direction face au programme de prévention.

Parkes et Sparkes (1998) recommandent, par ailleurs, d'éviter d'introduire trop de changements simultanément. Le choix des interventions devrait être fondé sur les sources de stress identifiées par une proportion élevée d'employés. Ils suggèrent de cibler un ou quelques facteurs de risque plutôt que de tenter d'intervenir à tous les niveaux. D'autres auteurs ont également émis cette recommandation (Schaubroeck & Ganster, 1991).

4.4.1 Description sommaire de chaque projet

✎ Comme l'indique le tableau 4.1, les interventions conduites dans chacune des unités ont mis en place des moyens d'actions qui ciblaient un ou plusieurs facteurs de risque. Le nombre d'actions varie entre 7 et 60 et l'échéancier de réalisation est généralement en trois phases (3, 6 ou 12 mois). Les paragraphes suivants donnent plus de détails sur chaque cas.

Tableau 4.1 : Facteurs de risque ciblés par les interventions dans chaque unité

Facteurs de risque	Unité A	Unité B	Projet C	Unité D	Unités E, F et G
Utilisation des habiletés	X	X			
Pouvoir décisionnel	X	X			X
Reconnaissance au travail		X	X		X
Charge quantitative	X		X		X
Ambiguïté de rôle	X			X	X
Conflit de rôle	X				
Responsabilités					X
Conflit travail-famille	X				
Relation avec le supérieur			X	X	
Relation avec les collègues		X	X	X	X
Relation avec le personnel		X	X	X	
Environnement physique		X		X	X
Nombre d'actions	55	16	18	60	7
Échéancier de réalisation	3, 6 ou 12 mois	6 mois	6 mois	12 mois	6, 12 et 18 mois

➤ Dans l'unité A de l'établissement d'enseignement, après la présentation du rapport au comité de gestion et au personnel, cinq jour de travail en comité sont nécessaires pour en arriver à un plan d'action détaillé comprenant 55 actions. Ces actions concernent principalement l'organisation du travail (*i.e.* horaires, vacances, permanence), la stabilisation de postes, la gestion de la relève, la répartition des pouvoirs et le mode décisionnel, la clarification des rôles, l'aménagement physique, la communication au sein de l'équipe ainsi que les améliorations techniques à apporter afin de diminuer la surcharge de travail. Par ailleurs, une réorganisation des processus de travail est prévue. Un échéancier, un responsable et une procédure d'implantation sont spécifiés. Les actions sont réparties à court, moyen et long terme, soit dans un délai de 3, 6 ou 12 mois.

➤ Dans l'unité B de l'établissement d'enseignement, les gestionnaires (quatre personnes) développent un plan d'action pour leur propre secteur en prenant soin de tenir compte des problématiques soulevées dans le rapport du projet C (projet visant l'ensemble du personnel de bureau) puisqu'il s'agit essentiellement des mêmes catégories d'emploi. Par ailleurs, au démarrage du projet, le comité corporatif et l'équipe de recherche s'étaient entendu avec la direction de l'unité B pour un projet d'intervention ciblant le personnel de bureau de l'unité seulement. Par contre, au moment d'administrer le premier questionnaire, la direction de l'unité B a demandé à ce que le questionnaire soit administré à l'ensemble du personnel et non exclusivement au personnel de bureau. Cette demande était motivée par le fait que les gestionnaires s'étaient inspirés du rapport pour le personnel de bureau pour élaborer un plan d'action pour l'ensemble de leur personnel. Ces plans d'action ont ensuite été analysés en comité où siègent tous les gestionnaires de l'unité (incluant le directeur, les cadres et les gestionnaires intermédiaires) et un plan global a été produit. Ces réunions fréquentes de gestionnaires ont permis la création d'un comité permanent en gestion des ressources humaines dans l'unité B. Compte tenu du mandat élaboré par les membres de ce comité, il a été convenu qu'il serait constitué de gestionnaires, mais les employés pouvaient contribuer à l'élaboration de l'ordre du jour du comité en suggérant des points particuliers. La création du comité, de son mandat, et l'identification des points communs aux plans d'action de chaque secteur ont été identifiés avec l'aide du consultant externe. Au cours de l'étape suivante, les gestionnaires ont validé le plan d'action global auprès de leur équipe de travail respective. Ces consultations ont permis d'ajuster le plan d'action global (de l'unité) à chacun des secteurs. Au total, 16 objectifs sont regroupés selon six problématiques : la valorisation des compétences et des personnes, la consultation lors de changements, la polyvalence, la gestion des remplacements, l'amélioration

de l'environnement physique et l'amélioration du climat dans l'unité. Plusieurs actions sont sur une base continue, alors que d'autres sont réparties selon qu'elles concernent l'année en cours ou l'année suivante.

✍ Dans le cadre du projet C auprès du personnel de bureau de l'ensemble de l'établissement d'enseignement, à la suite des rencontres d'identification des risques et des solutions, le consultant présente un rapport au comité de pilotage et à la direction. Un comité composé de travailleurs, de gestionnaires, de représentants syndicaux et patronaux est ensuite formé. Le comité est responsable d'analyser les risques et d'élaborer un plan d'action. L'équipe de recherche anime ces rencontres afin d'identifier des interventions spécifiques dans chacun des cinq (5) axes suivants : (1) accueil et intégration du nouveau personnel, (2) valeurs de gestion davantage axées sur la communication et le travail d'équipe, (3) formation en gestion des personnes et soutien aux gestionnaires, (4) soutien aux individus et enfin, (5) surcharge quantitative de travail. Un total de 18 actions, réparties dans ces axes, sont identifiées. Une première activité visant la reconnaissance du personnel de bureau est réalisée moins de six mois après l'élaboration des plans d'action.

✍ En ce qui concerne l'unité D, le comité de pilotage s'est réuni à raison de deux jours par semaine durant 10 semaines afin d'évaluer 965 idées proposées par le personnel. L'identification des idées a été conduite par une firme externe selon une méthodologie qui lui est propre, les chercheurs n'ont pas été impliqués dans la réalisation de cet exercice. Les réunions du comité de pilotage, accompagnées par le consultant externe, permettent, entre autres, de clarifier les rôles de chacun et de calculer le nombre d'heures nécessaires à l'exécution des tâches de l'ensemble du personnel de l'unité. Ces séances de travail aboutissent à 60 solutions retenues par le comité. Les solutions concernent le matériel et les équipements défectueux, l'amélioration des lieux physiques, les modifications dans l'organisation du travail, les processus de gestion (*i.e.* gestion de la liste de rappel, de l'absentéisme, de la formation), l'amélioration de la communication dans l'équipe et enfin, les relations avec les autres services (*i.e.* clarification des rôles de chacun). Seize responsables sont nommés pour actualiser celles-ci et un échéancier de réalisation s'étalant sur 12 mois est convenu.

✍ Du côté des unités E, F, et G du secteur forestier public, une fois les entrevues de groupe complétées, les informations relatives aux trois établissements ont été colligées dans une grille permettant de considérer les problématiques communes à tous. Malgré les réalités particulières de chaque milieu, certains problèmes communs peuvent être identifiés. Par conséquent, un Comité de mise en œuvre (CMO) est chargé de procéder, avec l'aide des chercheurs, à une analyse détaillée des facteurs de risque de chaque unité et d'élaborer un plan intégré d'intervention qui laisse aussi place aux initiatives locales. L'application du plan d'action sera ensuite effectuée selon les besoins de chaque établissement. D'une liste de 40 items, 7 thèmes ont été dégagés et mis en lien avec des facteurs de risques organisationnels présentés par l'équipe de recherche: (a) planification du travail des équipes, (b) reconnaissance, (c) participation aux décisions et circulation de l'information, (d) sentiment de favoritisme, (e) ambiguïté de rôles, (f) environnement physique, (g) incertitude et précarité. Les solutions associées à chaque thème ont ensuite été catégorisées selon un échéancier d'implantation de 6, 12 ou 18 mois.

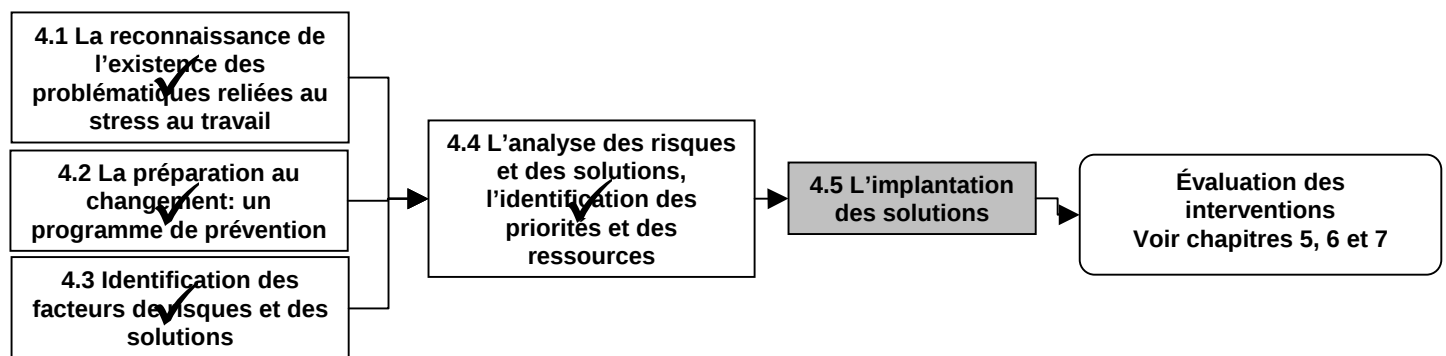
✍ À la lecture des solutions élaborées par chacune des unités, il ressort que bons nombres d'entre elles relèvent du domaine du développement organisationnel. A titre d'exemples, voici une liste des interventions réalisées :

- Programme d'aide organisationnel (soutien aux gestionnaires et leurs équipes de travail)
- Formation sur la communication et le travail d'équipe
- Réaménagement des horaires de travail
- Réorganisation des processus de travail
- Programme de retour au travail
- Groupes de co-développement pour gestionnaires
- Brèves réunions d'information (réunions express)
- Club d'activités physiques (exercices matinaux)
- Club social
- Site web de référence/conférences

- Programme d'accueil du nouveau personnel
- Trousse d'information aux gestionnaires en GRH
- Programme de formation des gestionnaires sur la santé psychologique au travail et la GRH
- Coaching individualisé en GRH
- Formation sur le travail d'équipe
- Activités de reconnaissance d'un corps d'emploi (conférence, atelier, etc.)
- Formation à l'appréciation des contributions
- Formation sur la gestion des employés démobilisés
- Accentuation de la fréquence des réunions d'équipe
- Répertoire des pratiques de reconnaissance déjà utilisées
- Ateliers de sensibilisation des gestionnaires à la reconnaissance
- Stabilisation de postes

Ces quelques exemples montrent bien que pour intervenir sur la santé psychologique au travail, les solutions sont souvent au cœur des pratiques de gestion. Ce constat met aussi en évidence le fait que l'intervention sur l'organisation du travail est un levier essentiel à l'amélioration des conditions d'exercice du travail. En fait, si le stress est associé au domaine de la psychologie, les solutions au stress sont associées au domaine du management. Ce principe a été régulièrement exposé aux membres des comités de pilotage afin de leur faire constater que les unités et les équipes disposent de l'expertise pour agir et que les solutions sont souvent à leur portée. Un autre constat marquant a été relaté à savoir que les solutions proposées reviennent régulièrement à la mise en place de bonnes pratiques de gestion et de travail, ce que nous avons appelé l'ABC du management (*i.e.* réunion d'équipe, évaluation des employés, clarification des rôles, etc.).

4.5 L'IMPLANTATION DES SOLUTIONS



La littérature scientifique démontre que les approches d'implantation de solutions qui mettent l'emphasis sur les facteurs de risque organisationnels et qui utilisent plusieurs indicateurs de succès obtiennent des résultats plus prometteurs (Mackay et al., 2004). Par ailleurs, bon nombres de chercheurs s'entendent sur le fait qu'il faut éviter de miser uniquement sur les interventions individuelles puisqu'elles impliquent indirectement que le stress dépend uniquement de l'individu et que le milieu de travail n'y est pour rien (voir Cooper et al., 2001).

4.5.1 Remarques stratégiques sur les interventions réalisées

✎ Un grand nombre de recherches recommandent de poser des actions au niveau primaire (intervention sur le risque) pour avoir un effet direct et durable sur les sources du stress au travail. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, il est vrai que ces interventions peuvent avoir un impact important. Toutefois, elles nécessitent souvent plusieurs étapes (*i.e.* analyse, inventaire des problèmes, élaboration des solutions, plan d'implantation, etc.) qui exigent un certain temps et qui laisse croire aux employés et aux gestionnaires que rien ne se fait alors que les interventions sont en cours de préparation. Il est donc essentiel de mettre en place

des actions qui se situent dans un échéancier à long terme, mais aussi des actions, plus simples, qui peuvent être réalisées à très court terme. Certaines activités de niveau secondaire peuvent être organisées rapidement (*i.e.* conférences, formation d'équipe sur la communication, activité sur la reconnaissance au travail). Par exemple, dans l'établissement d'enseignement, plusieurs colloques de reconnaissance au travail ont été organisés dès la première année. Lors de ces rencontres, la haute direction expliquait dans quel cadre se situait ce colloque et profitait aussi de l'occasion pour expliquer les actions à venir et montrer clairement le lien avec la volonté de l'organisation d'intervenir sur la santé psychologique au travail. Cette stratégie a eu pour effet de contrer une bonne partie des critiques sur le fait que rien encore n'avait été fait.

✎ Une démarche d'amélioration du bien-être au travail doit faire l'objet d'une communication régulière auprès des employés et des gestionnaires afin qu'ils puissent être informés de l'avancement des travaux et des efforts de l'organisation. Avant même le début du projet de recherche, il existait, dans toutes les organisations, un préjugé négatif ou un doute au sujet des retombées réelles d'une telle intervention. Il ne s'agit pas ici d'une résistance au changement, mais plutôt d'un jugement posé par les employés et les gestionnaires sur la base des expériences vécues dans le passé et des succès ou des échecs des projets antérieurs. La conduite d'une intervention visant l'amélioration des conditions d'exercice du travail doit donc faire face à ces opinions peu favorables et miser rapidement sur l'implantation d'actions concrètes et la diffusion d'information sur ces réalisations. La circulation de l'information concernant les stratégies mises en œuvre constitue d'ailleurs un élément central dans le modèle de prévention suggéré par Jordan et ses collaborateurs (2003), utilisé par plusieurs experts de renommée internationale dans le domaine du stress au travail.

Si les communications auprès des employés et des gestionnaires tardent trop, une opinion générale se diffuse rapidement à l'effet qu'aucune action n'est entreprise; qu'encore une fois, le discours prime sur l'action. Dans les trois établissements participants, les membres des comités liés aux interventions ont travaillé très fort et se sont beaucoup impliqués, aux dépens d'une augmentation de leur charge de travail. Cet investissement dans la mise en place des activités s'est souvent fait au détriment de la communication des activités. Il ressort de notre étude que lorsque les actions sont réalisées, il est essentiel de les promouvoir et de les situer clairement selon la démarche de prévention. Par exemple, dans le cas des établissements du secteur forestier, une formation sur la communication dans les équipes de travail a été offerte. Par contre, le lien avec le projet sur le bien-être au travail n'a pas été systématiquement mentionné. Par conséquent, mêmes si tous les employés rencontrés évoquaient être au courant ou encore avoir participé à la formation, plusieurs ignoraient que l'activité découlait des plans d'action sur le bien-être au travail. Pour les participants, ces actions ne sont donc pas rattachées à la santé psychologique, mais aux activités courantes de gestion. Ce qui a pour effet de laisser dans l'ombre les activités qui émanent du comité sur le bien-être au travail.

✎ Dans les trois établissements étudiés, l'implantation des interventions représente un effort important de la part des membres des comités de pilotage qui doivent, en plus de leurs activités quotidiennes, œuvrer à la réalisation des interventions sur le stress. Cette implication est considérée comme « *coûteuse au plan humain* » car tous ont aussi une charge de travail importante.

En plus de cette augmentation de la charge de travail, ce qui semble affecter le plus les membres des comités corporatifs et des comités dans les unités d'intervention sont les jugements et les opinions négatives du personnel (employés et gestionnaires) sur l'utilité et la réussite des actions suggérées par le comité de pilotage. Nous avons constaté que, de manière générale, peu de soutien a été offert aux membres des comités pour faire face à ces difficultés. Seul l'établissement d'enseignement a mis à la disposition des membres un consultant externe qui avait pour rôle de conseiller et d'accompagner les membres des comités dans les unités lorsque ces derniers considéraient qu'ils étaient confrontés à des difficultés qui exigeaient un soutien

d'un expert. Ce soutien a été fort apprécié, car les membres du comité se sentaient moins seuls lors d'étapes plus délicates (i.e. rencontres d'employés pour vendre le projet, animation de groupe de résolution de problèmes, etc.).

✍ Il ressort clairement de notre suivi des interventions que le pilote de projet, le chargé de dossier, en fait le responsable du comité de pilotage est un élément déterminant de la réussite des interventions. Cette personne doit posséder des qualités de leader, être très efficace, détenir des compétences en gestion de projet et user de stratégies pour faire face aux résistances des employés et des gestionnaires. Elle doit aussi mettre en œuvre des habiletés politiques pour s'assurer que les enjeux de prévention du stress au travail demeurent à l'ordre du jour de la haute direction. Son réseau de contacts, les circuits de décisions auxquels elle a accès doivent être solides et efficaces.

Le pilote de projet doit aussi réussir à mobiliser les membres du comité de pilotage et être le gardien de la démarche dans son ensemble. Ses compétences et ses habiletés de chef d'orchestre n'ont pas été présentes de la même manière chez chacun des pilotes de projet que nous avons accompagné. Comme le soulignent Garrety et Badham (1999) les interventions en SST comportent toujours une dimension politique, et non uniquement une dimension technique, qui exige des négociations entre les différents intervenants. Un pilote de projet qui ne possède pas ces habiletés politiques, ou qui tente d'évacuer cette dimension, aura beaucoup plus de difficulté à conduire son projet vers le succès.

✍ Nous avons dénoté un certain paradoxe dans le degré d'implication de chacune des parties. Du point de vue des gestionnaires, plusieurs sont essoufflés et trouvent la démarche exigeante :

« Un des constats que je fais, c'est qu'il ne faut pas faire le projet pour soi-même. J'ai trouvé ça lourd à porter. J'ai le sentiment qu'on a travaillé fort et qu'il n'y aura pas beaucoup de reconnaissance pour ça. Même si je crois en ce genre de projet, je pense qu'il y a des limites car on ne peut pas rendre tout le monde heureux au travail. Il ne faut donc pas, comme gestionnaire, faire le projet pour être aimé par son personnel. Il faut le faire parce que l'organisation en a de besoin. Il faut regarder l'amélioration du climat de travail et se contenter de ça, et ne pas s'attendre à être reconnu par le personnel ». (un gestionnaire)

Du point de vue des employés, il semble que les insatisfactions concernent principalement le processus de changement, plutôt que les changements comme tels. Ils souhaitent être impliqués et informés de la démarche. Les principales critiques rapportées concernent principalement leurs perceptions d'être peu impliqués dans le processus de changement, le manque d'information quant à l'état d'avancement des projets et leurs perceptions de ne pas avoir de pouvoir réel. Toutefois, lorsqu'ils sont informés sur ce qui est réalisé, le niveau de satisfaction est plus élevé et ce, malgré l'ampleur des réalisations :

« Il y a eu des retombées positives, il y avait un malaise dans l'unité au départ. Quand on voit un petit problème réglé, ça nous donne confiance... Ça fait du bien! ». (une employée)

FAITS SAILLANTS

- ↪ Les données administratives sur l'absentéisme sont très utiles puisqu'elles éclairent les décisions en début et pendant les interventions préventives.
- ↪ Si aucune donnée administrative ou d'enquête par sondage n'est disponible, le recours à des informations subjectives peut s'avérer un choix judicieux afin de cibler les unités plus à risque.
- ↪ Lorsque les données administratives ne sont pas disponibles, un sondage sur le stress au travail « *stress audit* » s'avère aussi un choix judicieux.
- ↪ L'engagement de la direction est un processus qui doit faire l'objet d'une attention particulière et qui doit être reconfirmé régulièrement tout au long du projet.
- ↪ L'incorporation des enjeux de santé au travail dans les orientations stratégiques impose une reddition de compte de la direction envers le personnel et envers le conseil d'administration.
- ↪ La volonté et le sérieux d'une organisation à mettre en place des changements visant la réduction du stress au travail sont considérés beaucoup plus crédibles et réalisables lorsqu'un budget spécifique est octroyé.
- ↪ L'engagement des parties se mesure par la volonté de dépasser le diagnostic (sondage, « *focus group* », etc.) et d'implanter des structures, des programmes ou des interventions spécifiques.
- ↪ Il est important de soutenir les cadres de premier niveau et intermédiaires dans l'implantation des activités puisqu'ils sont souvent considérés par certains employés comme la source des problèmes, ce qui peut être très menaçant pour eux.
- ↪ L'engagement et la participation du syndicat est une valeur ajoutée aux interventions et augmente du même coup la crédibilité des activités proposées.
- ↪ La participation des employés ne doit pas se limiter à la mise en place des actions, elle doit prendre forme beaucoup plus en amont dès l'identification des risques et des solutions.
- ↪ Il est essentiel de mettre en place des actions qui se situent dans un échéancier à long terme, mais aussi des actions, plus simples, qui peuvent être réalisées à très court terme.
- ↪ La conduite d'une intervention visant l'amélioration des conditions d'exercice du travail doit faire face à certaines opinions peu favorables et miser rapidement sur l'implantation d'actions concrètes et la diffusion d'information sur ces réalisations.
- ↪ Peu de soutien est offert aux membres des comités lors d'étapes délicates (*i.e.* rencontres d'employés pour vendre le projet, animation de groupe de résolution de problèmes, etc.). À ces occasions, le soutien d'un expert est généralement fort apprécié.
- ↪ Le pilote de projet, le chargé de dossier, en fait le responsable du comité de pilotage est un élément clef de la réussite des interventions. Cette personne doit posséder des qualités de leader, être très efficace, détenir des compétences en gestion de projet et user de stratégies pour faire face aux résistances des employés et des gestionnaires.

5. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION QUANT L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

Rappelons que cette étude fait appel à un devis avant/après afin d'évaluer l'efficacité des interventions implantées dans les trois organisations participantes. Le questionnaire post intervention, tout comme le questionnaire pré intervention, comprend des mesures des facteurs de risque organisationnels, des mesures de l'état de santé mentale, des indicateurs organisationnels et des données sociodémographiques. Par contre, pour la mesure du temps 2, une nouvelle section sur les interventions réalisées dans le cadre du projet a été ajoutée au questionnaire. Ainsi, pour chaque intervention identifiée, une question a été ajoutée afin de déterminer dans quelle mesure l'employé a 1) été exposé à l'intervention et 2) perçu que l'intervention a eu un impact sur sa qualité de vie au travail.

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation des interventions pour les trois organisations participantes suivantes : établissement d'enseignement (5.1), centre hospitalier (5.2) et établissements forestiers (5.3). Pour chacune des sections nous présentons :

- le taux de réponse et les caractéristiques sociodémographiques des répondants;
- la représentativité des participants;
- le niveau de participation et l'évaluation de l'efficacité des interventions;
- les changements observés chez les participants entre les deux évaluations.

5.1 ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

5.1.1 Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants

Le tableau 5.1 indique le nombre de répondants ainsi que les taux de réponse à chacune des passations du questionnaire ainsi que le nombre et le pourcentage de répondants ayant complété les deux questionnaires. Un taux de réponse moyen de 56,2% a été obtenu lors de la première passation, de 51,1% à la deuxième passation et 33,3% ont complété les deux questionnaires.

Tableau 5.1 : Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)

Groupe cible	Temps 1	Temps 2	Temps 1 & 2*
Unité A	41 (77,4)	29 (49,2)	19 (35,8)
Unité B	124 (61,4)	113 (55,4)	77 (38,1)
Projet C (personnel de bureau)	331 (52,0)	316 (48,7)	191 (30,0)
Unités de comparaison	63 (60,6)	68 (57,6)	44 (42,3)
Total	559 (56,2)	526 (51,1)	331 (33,3)

* Le taux est calculé avec le nombre total de participants éligibles à la première passation comme dénominateur.

Le tableau 5.2 indique les principales caractéristiques sociodémographiques des répondants à la première et à la deuxième mesure.

Tableau 5.2 : Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure

Première mesure	Groupes intervention						Groupe comparaison		
	Unité A			Unité B			Projet C		
	%	M	n	%	M	n	%	M	n
Femmes	85,4		35	68,3		84	93,9		310
Âge		44,9			48,4			48,5	
Ancienneté		15,8			22,4			20,0	
Travail									
Cadre	7,3		3	3,2		4	0		0
Professionnel	34,2		14	26,6		33	2,1		7
Bureau	51,2		21	35,5		44	93,7		310
Technique	7,3		3	34,0		42	3,3		12
Métier	0		0	0,8		1	0,6		2
Deuxième mesure									
Femmes	81,5		22	65,1		71	93,8		285
Âge		46,8			47,1			48,2	
Ancienneté		14,3			19,4			17,6	
Travail									
Cadre	6,9		2	2,7		3	0		0
Professionnel	31,0		9	29,2		33	2,5		8
Bureau	58,6		17	25,7		29	93,4		295
Technique	0		0	41,6		47	3,8		12
Métier	3,5		1	0,9		1	0,3		1

Les quatre échantillons, ainsi que l'ensemble des répondants de l'établissement d'enseignement, ont été comparés selon trois sous-groupes de participants : les employés qui ont répondu seulement à la première passation (abandons), les employés qui ont répondu seulement à la seconde passation (nouveaux) et les employés qui ont complété les deux mesures. Ces trois sous-groupes ont été comparés sur différents indicateurs démographiques (*i.e.* sexe, âge, ancienneté) et psychologiques (*i.e.* niveau de détresse, satisfaction, intention de quitter et épuisement).

Unité A (n= 51). Aucune différence significative n'est notée au niveau démographique. Aucun nouvel employé ne rapporte vivre une détresse élevée comparativement à 42% des employés déjà présents. Cette conclusion devrait être interprétée avec précaution en raison du faible nombre de participants à la seconde évaluation (*N* = 27).

Unité B (n= 160). Les nouveaux employés sont significativement moins âgés (43,3 ans) que les employés déjà en place (47,9 ans) ou ceux qui ont abandonné (49,3 ans), et rapportent moins d'ancienneté (13,5 ans) que les participants ayant complété les deux temps de mesure (21,7 ans) ou ceux qui ont abandonné (23,5 ans).

Projet C (n= 456). Les nouveaux employés sont significativement moins âgés (46,8 ans) que les employés déjà en place (47,9 ans) ou ceux qui ont abandonné (49,4 ans), et rapportent moins d'ancienneté (14,4 ans) que les participants ayant complété les deux temps de mesure (18,8) ou ceux qui ont abandonné (21,8 ans). De plus, un pourcentage moindre de nouveaux employés présentent une détresse élevée (24,8%) comparativement aux employés déjà en place (44,5%) ou ceux qui ont abandonné (37,1%).

Groupes de comparaison (n= 84). Les nouveaux employés rapportent significativement moins d'ancienneté (13,9 ans) que les participants ayant complété les deux temps de mesure (18,4) ou ceux qui ont abandonné (22,8 ans). De plus, un pourcentage moindre de nouveaux employés présentent une détresse élevée (23,8%) comparativement aux employés déjà en place (38,3%) ou ceux qui ont abandonné (43,8%).

5.1.2 Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions

À partir des questionnaires complétés au temps 2, le degré de participation aux interventions est présenté au tableau suivant. En ce qui concerne les interventions générales qui s'adressent à l'ensemble du personnel de l'établissement, les répondants indiquent avoir participé davantage aux activités d'information (65%) et, dans une moindre mesure, aux activités thématiques (31%). Par ailleurs, les activités comme le retour au travail (5%) ou la carte de reconnaissance (12%) ne semblent pas avoir rejoint un grand nombre d'employés. Précisons que les catégories d'activités et leur description varient d'un milieu de travail à un autre puisqu'elles reflètent les interventions rapportées par les employés et les gestionnaires interviewés dans chacune des unités participantes.

Les répondants au tableau 5.3 sont l'ensemble des participants ayant complété la deuxième mesure, puisque ces items n'étaient pas présents dans la première mesure. Les catégories d'intervention ont été créées suite aux analyses factorielles (et une analyse des corrélations lorsque l'échantillon était trop petit). Ainsi, un item tel que l'évaluation du rendement peut être considéré comme faisant partie de la catégorie « *relations sociales* » dans une unité en raison de la forte association de cet item avec d'autres items visant l'amélioration des relations. Dans une autre unité, ce même item se trouve à être plus fortement corrélé avec un facteur intitulé « *réunions d'équipe* ». La classification des interventions en catégories est donc fondée sur la relation entre les différentes interventions, mais également sur la cohérence au plan théorique. En effet, l'exemple de l'évaluation du rendement illustre que cette intervention peut à la fois améliorer la qualité de la relation avec le supérieur, mais il est tout à fait logique de classer l'item comme reflétant la tenue de réunions d'équipe.

Le degré de participation aux interventions spécifiques réalisées dans l'unité A (voir Tableau 5.3) indique que les employés ont participé davantage aux activités reliées aux relations sociales (55%), à un des comités (48%) ou aux activités reliées à la clarification des rôles (46%). Dans l'unité B, le degré de participation aux interventions spécifiques (voir Tableau 5.3) laisse voir que les employés de cette unité ont participé davantage aux activités reliées à l'amélioration de l'environnement physique (63%), à mieux connaître les tâches réalisées par les collègues (57%) ou à obtenir de l'information sur les activités du comité (56%). Les activités reliées à l'organisation du travail (20%) et la participation au club social (27%) semblent avoir été moins prisées par les employés. Pour le projet C, qui concerne l'ensemble du personnel de bureau, les répondants indiquent avoir participé davantage aux activités d'information (63%) et, dans une moindre mesure, aux activités thématiques (32%). Par ailleurs, les activités comme le retour au travail (7%) ou la carte de reconnaissance (13%) ne semblent pas avoir rejoint un grand nombre d'employés.

Tableau 5.3 : Interventions et degré de participation des employés

INTERVENTIONS GÉNÉRALES (touchant l'ensemble du personnel)		
Catégories	Description des activités	% de participation
Information	Diffusion : - Politique sur la santé psychologique - Activités du comité de santé psychologique - Plan d'action du comité de santé psychologique	65%
Activités thématiques	- Demi-journées reconnaissance des métiers - Défi 10 km de marche - Conférences sur la santé psychologique - Site internet sur la santé psychologique	31%
Retour au travail	- Protocole d'accompagnement lors du retour au travail	5%
Carte reconnaissance	- Réception d'une carte postale de remerciement/de reconnaissance	12%
INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES UNITÉ A		
Relations sociales	- Évaluation annuelle du rendement par le supérieur - Formation sur le style de personnalité et les besoins de reconnaissance - Rencontres avec le supérieur pour discuter de ce qui va ou ne va pas - Participation aux activités organisées par le club social	55%
Clarification des rôles	- Modification des tâches ou de la manière dont elles sont réparties - Recevoir de l'information sur le travail que font les autres équipes - Recevoir de l'information concernant les rôles des personnes travaillant dans l'unité - Tenue de réunions d'équipe pour la section - Qualité des réunions (discuter de problématiques affectant le travail)	46%
Organisation du travail	- Horaire de travail modifié (pauses, début et fin de quart, permanence à assurer) - Changement concernant les prises de vacances annuelles - Changements apportés à l'environnement physique (intervention ergonomique, ajout d'équipement, réaménagement) - Aménagement des horaires de travail entre les équipes	33%
Implication comité	- Avoir fait partie d'un comité en lien avec la santé psychologique - Avoir été consulté lors de l'élaboration des nouvelles directives : horaires de travail, vacances - Avoir été consulté sur la réorganisation des équipes de travail - Avoir reçu de l'information concernant le projet en santé psychologique au travail - Avoir participé à des réunions de suivi/bilan du plan d'action en santé psychologique	48%
INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES UNITÉ B		
Communication	- Recevoir de l'information sur le travail que font les autres sections	51%
Connaître travail collègues	- Conférences par un collègue sur ses fonctions au travail - Formation sur le style de personnalité et les besoins de reconnaissance - Évaluation annuelle du rendement par le supérieur	57%
Organisation du travail	- Changement concernant le poste (reclassification, changement du statut hiérarchique) - Modification des tâches ou de la manière dont elles sont réparties	20%
Club social	- Participation aux activités organisées par le club social - Participer à l'organisation d'activités en lien avec la santé psychologique	27%
Réunion d'équipe	- Consultation concernant le plan d'action en santé psychologique - Rencontres avec le supérieur pour discuter de ce qui va ou ne va pas - Tenue de réunions d'équipe pour la section - Qualité des réunions (discuter de problématiques affectant le travail)	50%

Information comité	- Intranet décrivant les développements en santé psychologique, incluant les comptes-rendus du comité directeur sur les ressources humaines	56%
Environnement physique	- Séances d'activités physiques matinales (périodes de 15 minutes) - Changements apportés à l'environnement physique (intervention ergonomique, ajout d'équipement, réaménagement)	63%
PROJET C		
Information	Diffusion : - Politique sur la santé psychologique - Activités du comité de santé psychologique - Plan d'action du comité de santé psychologique	63%
Activités thématiques	- Demi-journées reconnaissance des métiers - Défi 10 km de marche - Conférences sur la santé psychologique - Site internet sur la santé psychologique	32%
Retour au travail	- Protocole d'accompagnement lors du retour au travail	7%
Carte reconnaissance	- Réception d'une carte postale de remerciement/de reconnaissance	13%

5.1.3 Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations

Dans la perspective d'une intervention stratégique, l'objectif visé est la diminution de l'exposition aux facteurs de risque qui entraînerait une amélioration des indicateurs de bien-être. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons donc calculé les changements dans les niveaux d'exposition aux facteurs de risque entre T1 et T2 pour chaque unité d'intervention (unité A, unité B et projet C) ainsi que pour le groupe de comparaison (CP), qui n'a été soumis qu'aux interventions générales. Le changement dans les niveaux d'exposition entre les deux évaluations a été calculé et standardisé (voir note du Tableau 5.4) afin de permettre une comparaison des changements entre les différents facteurs de risque. Les résultats sont les suivants :

- La majorité des changements dans l'unité A sont des interventions de niveau primaire (cadran 3 dans le Tableau 1.1). Les employés de l'unité A présentent des **changements positifs sur 14/16 facteurs de risque**, illustrant l'impact positif des interventions réalisées. Spécifiquement, le risque pour la santé au travail attribuable au faible pouvoir décisionnel, à la surcharge quantitative, à l'ambiguïté de rôle, au conflit de rôle et à la faible participation aux décisions a été réduit de façon importante suite aux interventions.
- Les employés de l'unité B ont été exposés à des interventions de niveaux primaire et secondaire (cadres 3 et 4 du Tableau 1.1). Quoique présentant des **réductions de moindre ampleur sur 14/16 facteurs de risque** comparativement aux employés de l'unité A, ils rapportent également des changements positifs, dont le faible pouvoir décisionnel, la reconnaissance liée à l'estime et la faible participation aux décisions. Ces changements illustrent également l'impact positif des interventions réalisées.
- Les interventions menées dans le cadre du projet C sont de niveau à la fois primaire et secondaire et se situent au niveau corporatif, soit visant l'ensemble du corps d'emploi (cadres 1 et 2 du Tableau 1.1). Les employés participant au projet C présentent globalement **peu de changements positifs, 5/16 facteurs de risque**, entre les deux évaluations. On constate aussi plusieurs changements négatifs tels le climat compétitif, la faible reconnaissance et l'augmentation des responsabilités.

- Les employés du groupe de comparaison ont été exposés aux interventions relevant du niveau corporatif (cadres 1 et 2 du Tableau 1.1). Tel qu'attendu, l'unité de comparaison présente **peu de changements positifs suite à l'évaluation (5/16 facteurs de risque)**, à l'exception d'une réduction notable du risque associé aux pauvres relations avec le personnel des autres unités. Toutefois, un examen des moyennes révèle que ce changement est plutôt explicable par une évaluation initiale très négative.

Tableau 5.4 : Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Établissement d'enseignement supérieur)

Facteur de risque	Unité A (n = 51)	Unité B (n = 160)	CP (n = 84)	Projet C (n = 456)
Faible utilisation des habiletés	- -	++	++	+
Faible pouvoir décisionnel	+++++	++++		++
Faible reconnaissance (estime)	+++	++++		-
Faible reconnaissance (stabilité)	++++	++	-	+
Faible reconnaissance (carrière)	+++	+	+	-
Surcharge quantitative	+++++	++		
Ambiguïté de rôle	+++++	+++	-	+
Conflit de rôle	+++++	++		
Faible participation aux décisions	+++++	++++	-	
Climat compétitif	+++	++	- -	-
Responsabilités	+	-	-	-
Conflit travail-famille		++	+	
Pauvre relation avec le supérieur	+++	+++		
Pauvre relation avec les collègues	+++	+++	++	
Pauvre relation avec le personnel	+++	+	+++++	+
Environnement physique difficile	+	-	-	-

Note. '+' indique une amélioration (réduction) alors que '-' indique une détérioration (augmentation) de l'exposition au facteur de risque. Le nombre de +/- indique la grandeur de la différence standardisée entre les deux temps (*d* de Cohen, 1988). Par exemple, +++ indique une réduction de 0.3 écart-type de l'exposition au facteur de risque entre les deux évaluations (*d* = -0.30).

L'objectif final de cette recherche est de mesurer si les interventions préventives sur le stress au travail améliorent véritablement le bien-être des employés (voir Tableau 5.5). Nous avons donc comparé les mesures de T1 et T2 afin d'identifier les variations. Précisons que le changement dans les indicateurs de bien-être entre les deux évaluations a été calculé et standardisé (voir note du Tableau 5.5) pour chaque unité afin de permettre une comparaison des changements. Voici un aperçu des variations observées lorsque les résultats sont significatifs :

- Les employés de l'unité A présentent des changements positifs sur plusieurs facteurs et indicateurs, dont la satisfaction au travail (56,6% VS 66%) et une réduction importante de la détresse psychologique (56,1% VS 25,9%).
- Les employés de l'unité B, quoique présentant des améliorations de moindre ampleur, rapportent également plusieurs changements positifs, dont davantage de soutien social en milieu de travail (60,4% VS 65,5%), une plus grande satisfaction au travail (60,9% VS 66,3%), une intention moindre de quitter l'emploi (21,5% VS 15,1%). On observe aussi une diminution de la détresse psychologique élevée (43,6% VS 33,6%) mais qui est légèrement en dessous du seuil de signification.

- Les employés participant au projet C présentent aussi des changements positifs plus modérés : une légère augmentation du soutien social (60,2% VS 62,6%), une diminution de la détresse psychologique élevée (41,4% VS 32,5%). Notons toutefois que l'épuisement augmente légèrement (19,4% VS 21,7%).
- Tel qu'attendu, l'unité de comparaison (CP) présente aucun changement notable sur les indicateurs de bien-être.

Tableau 5.5 : Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Établissement d'enseignement supérieur) *

Indicateur	Temps	Unité A (n = 51)	Unité B (n = 160)	Projet C (n = 456)	CP (n = 84)
Soutien social (0 – 100)	T1	64.3	60.4	60.2	63.7
	T2	67.8	65.5**	62.6*	63.2
Satisfaction au travail (0 – 100)	T1	56.6	60.9	58.3	58.7
	T2	66.0**	66.3***	59.3	57.4
Intention de quitter (0 – 100)	T1	17.4	21.5	21.3	22.9
	T2	16.7	15.1**	22.6	24.5
Symptômes psychosomatiques (0 – 100)	T1	14.7	14.5	14.7	12.1
	T2	13.0	14.5	14.9	13.0
Épuisement (0 – 100)	T1	21.0	21.5	19.4	23.2
	T2	21.9	20.5	21.7*	25.3
Détresse psychologique (% détresse élevée)	T1	56.1	43.6	41.4	39.7
	T2	25.9**	33.6	31.5**	33.9

Test du changement est statistiquement significatif (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

* Les moyennes de chaque échelle sont ajustées de manière à varier entre 0 et 100, pour faciliter la comparaison entre différentes échelles de réponse entre les indicateurs.

5.2 **CENTRE HOSPITALIER**

5.2.1 **Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants**

Le tableau 6.1 indique le nombre de répondants ainsi que les taux de réponse à chacune des passations du questionnaire, ainsi que le nombre et pourcentage de répondants ayant complété les deux questionnaires. Pour l'unité D, un taux de réponse de 63,6% a été obtenu lors de la première passation, de 48,1% à la deuxième passation et 39,4% ont complété les deux questionnaires. Concernant l'unité de comparaison, au temps 1 le taux de réponse est de 36%, au temps 2 de 38% et aux deux temps de 20,2%.

Tableau 5.6: Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)

Groupe cible	Temps 1	Temps 2	Temps 1 & 2*
Unité D	41 (63,6)	37 (48,1)	26 (39,4)
Unité de comparaison	32 (36,0)	38 (38,0)	18 (20,2)

* Le taux est calculé avec le nombre total de participants éligibles à la première passation comme dénominateur.

Le tableau 5.6 indique les principales caractéristiques sociodémographiques des répondants à la première et à la deuxième mesure.

Tableau 5.7 : Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure

	Unité D (groupe intervention)			Unité de comparaison		
	%	M.	n	%	M	n
Première mesure						
Femmes	90,2		37	90,0		27
Âge		35,0			43,0	
Ancienneté		13,1			21,7	
Travail						
Gestionnaire	4,9		2	6,3		2
Professionnel	61,0		25	34,4		11
Technique	34,2		14	15,6		5
Bureau	0		0	43,8		14
Deuxième mesure						
Femmes	91,9		34	84,2		32
Âge		36,1			42,2	
Ancienneté		13,8			18,9	
Travail						
Gestionnaire	5,4		2	5,3		2
Professionnel	56,8		21	47,4		18
Technique	35,1		13	15,8		6
Bureau	2,7		1	31,6		12

Les deux unités étudiées ont été comparées selon trois sous-groupes de participants : les employés qui ont répondu seulement à la première passation du questionnaire (abandons), les employés qui ont répondu seulement à la seconde passation (nouveaux) et les employés qui ont complété les deux mesures. Ces trois sous-groupes ont été comparés sur différents indicateurs démographiques (*i.e.* sexe, âge, ancienneté) et psychologiques (*i.e.* niveau de détresse, satisfaction, intention de quitter et épuisement). Les caractéristiques des employés ayant abandonné ainsi que ceux ayant complété uniquement la deuxième mesure ont été comparées aux caractéristiques des employés ayant complété les deux temps de mesure.

Unité D (n= 53). Aucune différence significative n'est notée au niveau démographique. Toutefois, un pourcentage significativement moindre de nouveaux employés présentent une détresse élevée (36%) comparativement aux employés déjà en place (65%) ou ceux qui ont abandonné l'étude (67%).

Unité de comparaison (n= 52). Les nouveaux employés présentent une ancienneté significativement moindre (14 ans) comparativement aux employés qui ont complété les deux évaluations (23 ans) ou ceux qui ont abandonné l'étude (21 ans).

5.2.2 Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions

La participation aux interventions réalisées dans chacune des unités est présentée au tableau suivant. Les employés de l'unité D indiquent avoir participé davantage aux activités reliées aux changements de tâches (62%), aux réunions d'équipe (50%) et à l'amélioration du climat de travail (47%), mais dans une moindre mesure aux activités d'information (15%). Les employés de l'unité de comparaison ont généralement peu participé aux activités, à l'exception des activités d'information (53%). Même si l'unité de comparaison ne devait pas être, du moins théoriquement, être exposée aux changements, on constate un pourcentage relativement élevé de participation à plusieurs activités. Celles-ci sont des activités courantes et ne faisaient pas partie du programme d'amélioration continue de l'unité D.

Tableau 5.8: Intervention et degré de participation des employés

INTERVENTIONS			
Catégories	Description des activités	% de participation	
		Unité D	Unité de comparaison
Qualité	- Ajouts d'équipements	39%	38%
Changement des tâches	- Réaménagements physiques - Modification des tâches ou de la façon dont elles sont réparties	62%	45%
Réunion d'équipe	- Amélioration de la communication entre les quarts de travail - Tenue de réunions d'équipe - Amélioration de la qualité des réunions	50%	30%
Climat de travail	- Information sur le travail des autres équipes - Amélioration du climat de travail au sein de l'unité - Rencontres régulières avec le supérieur	47%	27%
Rôles	- Clarification des rôles et tâches - Collaboration accrue avec les intervenants externes	29%	20%
Information	- Évaluation annuelle du rendement - Établissement de protocoles et techniques de travail	15%	53%
Salle	- Accès à une salle de travail pour rédiger des rapports	35%	N/A
Comité de pilotage	- Information sur le suivi du projet de gestion participative	38%	N/A
Reconnaissance	- Reconnaissance de la nature du travail par les autres unités - Reconnaissance de la part d'un collègue ou d'un supérieur	43%	N/A
Consultation	- Avoir été consulté dans le cadre du projet de réorganisation du travail de l'unité	17%	N/A

5.2.3 Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations

Comme pour l'organisation précédente, nous avons calculé les changements dans les niveaux d'exposition aux facteurs de risque entre T1 et T2 pour chaque unité d'intervention (unité D et unité de comparaison) afin de vérifier l'impact des interventions (voir Tableau 5.9). Les résultats sont les suivants :

- Toutes les interventions réalisées dans l'unité D du centre hospitalier sont de niveau primaire (dans le cadran 3 du Tableau 1.1). Les employés de l'unité D présentent des **changements positifs à 15/16 facteurs de risque**, illustrant l'impact positif des interventions réalisées. Spécifiquement, le risque pour

la santé au travail attribuable à la faible reconnaissance, à la surcharge quantitative, au conflit de rôle, à la faible participation aux décisions et aux pauvres relations (i.e. supérieur, collègues, personnel) a été réduit de façon importante suite aux interventions.

- Tel qu'attendu, l'unité de comparaison présente **uniquement 6/16 changements positifs** associés respectivement à un pouvoir décisionnel plus élevé, à plus de reconnaissance, moins de conflit de rôle, de meilleures relations avec les collègues et un environnement physique moins difficile.

Tableau 5.9: Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Centre hospitalier)

Facteur de risque	Unité D (n = 53)	CP (n = 52)	Facteur de risque	Unité D (n = 53)	CP (n = 52)
Faible utilisation des habiletés	++		Faible participation aux décisions	++++	- -
Faible pouvoir décisionnel	+++	++++	Climat compétitif	+	
Faible reconnaissance (estime)	+++++	- -	Responsabilités	++	-
Faible reconnaissance (stabilité)	+++	- -	Conflit travail-famille	+++	+
Faible reconnaissance (carrière)	+	++	Pauvre relation avec le supérieur	++++	-
Surcharge quantitative	++++	-	Pauvre relation avec les collègues	+++++	- -
Ambiguïté de rôle	-		Pauvre relation avec le personnel	+++++	++
Conflit de rôle	+++++	+	Environnement physique difficile	++	+++++

Note. '+' indique une amélioration (réduction) alors que '-' indique une détérioration (augmentation) de l'exposition au facteur de risque. Le nombre de +/- indique la grandeur de la différence standardisée entre les deux temps (*d* de Cohen, 1988). Par exemple, +++ indique une réduction de 0.3 écart-type de l'exposition au facteur de risque entre les deux évaluations (*d* = -0.30).

Afin de vérifier si les interventions préventives sur le stress au travail améliorent véritablement le bien-être des employés (voir Tableau 5.10). Nous avons aussi comparé les mesures de T1 et T2 afin d'identifier les variations. Précisons que le changement dans les indicateurs de bien-être entre les deux évaluations a été calculé et standardisé (voir note du Tableau 5.10) pour chaque unité afin de permettre une comparaison des changements. Voici un aperçu des variations observées :

- Les employés de l'unité D présentent des changements positifs sur les indicateurs de satisfaction au travail (39,5% VS 46,2%), d'épuisement professionnel (37,9% VS 30,3%) et de détresse psychologique élevée (68,3% VS 37,8%).
- Les employés de l'unité de comparaison ne présentent aucune amélioration ou détérioration significative des indicateurs de bien-être.

Tableau 5.10: Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Centre hospitalier)*

Indicateur	Temps	Unité D (n = 53)	CP (n = 52)
Soutien social	T1	70.8	61.6
(0 – 100)	T2	75.0	60.1
Satisfaction au travail	T1	39.5	54.7
(0 – 100)	T2	46.2**	54.5
Intention de quitter	T1	29.5	22.4
(0 – 100)	T2	32.1	28.4
Symptômes psychosomatiques	T1	18.6	12.2
(0 – 100)	T2	15.7	13.5
Épuisement	T1	37.9	26.3
(0 – 100)	T2	30.3***	28.4
Détresse psychologique	T1	68.3	31.3
(% détresse élevée)	T2	37.8**	26.3

Test du changement est statistiquement significatif (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

* Les moyennes de chaque échelle sont ajustées de manière à varier entre 0 et 100, pour faciliter la comparaison entre différentes échelles de réponse entre les indicateurs.

5.3 ÉTABLISSEMENTS FORESTIERS

5.3.1 Taux de réponse et caractéristiques sociodémographiques des participants

Le tableau 5.11 indique le nombre de répondants ainsi que les taux de réponse à chacune des passations du questionnaire, ainsi que le nombre et pourcentage de répondants ayant complété les deux questionnaires. Un taux de réponse moyen de 69,9% a été obtenu lors de la première passation, de 62,5% à la deuxième passation et 54,5% ont complété les deux questionnaires.

Tableau 5.11: Taux de réponse aux deux administrations du questionnaire selon le groupe cible, n (%)

Groupe cible	Temps 1	Temps 2	Temps 1 & 2*
Unité E	26 (50,0)	25 (41,5)	20 (37,0)
Unité F	82 (91,1)	74 (88,2)	73 (81,1)
Unité G	92 (64,1)	81 (57,0)	66 (44,6)
Total	200 (69,9)	180 (62,5)	159 (54,5)

* Le taux est calculé avec le nombre total de participants éligibles à la première passation comme dénominateur.

Le tableau 5.12 indique les principales caractéristiques sociodémographiques des répondants à la première et à la deuxième mesure.

Tableau 5.12: Pourcentages, moyennes et nombre de répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques à chacun des temps de mesure

Première mesure									
	Unité E			Unité F			Unité G		
	%	M	n	%	M	n	%	M	n
Femmes	34,6		9	61,0		50	56,5		52
Âge		47,2			46,5			46,8	
Ancienneté		17,6			19,4			21,1	
Travail									
Bureau	11,5		3	9,8		8	5,4		5
Aide sylvicole	34,6		9	65,9		54	70,7		65
Technicien/professionnel	23,1		6	6,1		5	9,8		9
Ouvrier sylvicole	26,9		7	12,2		10	9,8		9
Contremaître/ouvrier sylvicole principal	3,9		1	6,1		5	4,4		4
Deuxième mesure									
Femmes	Données non disponibles**								
Âge									
Ancienneté									
Travail									
Bureau	12,0		3	9,5		7	3,7		3
Aide sylvicole	32,0		8	63,5		47	66,7		54
Technicien/professionnel	28,0		7	6,8		5	9,9		8
Ouvrier sylvicole	20,0		5	13,5		10	14,8		12
Contremaître/ouvrier sylvicole principal	8,0		2	6,8		5	4,9		4

** Lors de l'envoi des questionnaires au temps 2, les questions sur le sexe, l'âge et l'ancienneté ont été omises du questionnaire dû à une erreur de manipulation informatique qui n'a été constatée qu'à la réception des questionnaires complétés.

Les trois unités ont été comparées selon trois sous-groupes de participants : les employés qui ont répondu seulement à la première passation (abandons), les employés qui ont répondu seulement à la seconde passation (nouveaux) et les employés qui ont complété les deux mesures. Ces trois sous-groupes ont été comparés sur différents indicateurs démographiques (i.e. sexe, âge, ancienneté) et psychologiques (i.e. niveau de détresse, satisfaction, intention de quitter et épuisement). Notons que, pour des raisons méthodologiques, les participants au 2^e temps n'ont pas complété les indicateurs démographiques. Les caractéristiques des employés ayant abandonné ainsi que ceux ayant complété uniquement la deuxième mesure ont été comparées aux caractéristiques des employés ayant complété les deux temps de mesure.

Unité E (n= 31). Aucune différence significative n'est notée au niveau démographique ou psychologique entre les trois sous-groupes.

Unité F (n= 83). Les abandons sont composés uniquement de femmes (100%) comparativement aux employés qui ont complétés les deux évaluations (56% de femmes). De plus, les abandons sont significativement plus jeunes (42 ans) que les participants aux deux temps (47 ans).

Unité G (n= 107). Un pourcentage significativement plus élevés d'abandons présentent une détresse élevée (42%) comparativement aux employés déjà en place (23%) ou ceux qui ont participé uniquement à la seconde évaluation (20%).

5.3.2 Niveau de participation et évaluation de l'efficacité des interventions

La participation aux interventions réalisées dans les unités participantes est présentée au tableau suivant. La participation est plus élevée pour les activités reliées à l'adaptation de l'organisation aux besoins des travailleurs, à la circulation de l'information sur les besoins et les changements ainsi que le club social. La rétroaction de la part du gestionnaire a été davantage réalisée dans l'unité F. Par contre, le taux de participation est plus faible en ce qui concerne les activités relatives à la formation d'équipe, aux activités thématiques et au processus de travail (améliorations des opérations).

Tableau 5.13: Intervention et degré de participation des employés

INTERVENTIONS				
Catégories	Description des activités	% de participation		
		Unité E (n = 31)	Unité F (n = 83)	Unité G (n = 107)
Processus de travail	- Implication dans le choix ou modification des équipements - Aide-mémoire pour les superviseurs permettant d'améliorer les rencontres préparatoires aux activités de production - Rencontres préparatoires aux activités de production - Guide des opérations (pour personnes ayant à planifier le travail) - Réunions de bilan des opérations	35%	29%	35%
Adaptation aux besoins	- Aménagements des horaires - Révision de la répartition des tâches - Équipe de travail mieux équilibrée - Possibilité d'impliquer un superviseur lors de conflits interpersonnels	50%	55%	64%
Information	- Suivi des coûts et de la qualité de travaux - Sur l'avenir de l'organisation - Sur les mises à pied à venir - Concernant les travaux et les opérations à venir - Responsabilités des différents membres du personnel - Guide d'accueil pour les nouveaux employés	45%	54%	59%
Formation équipe	- Sur la communication et le travail en équipe - Sur les valeurs dans le travail en équipe - Sur le travail de superviseur	35%	23%	19%
Rotation des équipes	- Rotation du personnel au sein de l'équipe - Rotation du personnel entre les équipes	30%	37%	46%
Rétroaction	- Évaluation annuelle du rendement - Visites du directeur sur le terrain	27%	73%	28%
Club social	- Visite inter-établissements - Participation aux activités du club social	43%	54%	34%
Activité thématique	- Conférences midi, ateliers sur l'humour, l'estime de soi - Rencontres avec consultant externe dans le but d'améliorer le climat de travail	17%	21%	7%

5.3.3 Changements observés chez les participants entre les 2 évaluations

Afin de mesurer l'impact des interventions, nous avons calculé les changements dans les niveaux d'exposition aux facteurs de risque entre T1 et T2 pour chaque unité d'intervention (unité E, unité F et unité G). Le même plan d'action a été implanté dans les 3 unités. En référence au tableau 1.1, ce plan vise principalement des interventions de niveau primaire (cadran 3), et quelques unes de niveau secondaire (cadran 4). Les résultats, résumés au tableau 7.4, sont les suivants :

- Les employés de l'unité E **présentent 12/17 changements positifs importants** sur des facteurs de risque, illustrant l'impact positif des interventions réalisées. Spécifiquement, le risque pour la santé au travail attribuable à la faible reconnaissance (*i.e.* estime et stabilité de carrière), aux pauvres relations avec le supérieur et les collègues, ainsi qu'à la faible participation aux décisions a été réduit de façon importante suite aux interventions.
- Les employés de l'unité F **présentent 9/17 changements positifs mais modestes** suite à l'évaluation. Les facteurs de risque qui ont diminués sont le climat compétitif, les pauvres relations avec les collègues et les conflits travail-famille.
- Leurs collègues de l'unité G rapportent pour leur part **10/17 changements positifs**, mais légèrement plus importants que l'unité F. Le risque associé au climat compétitif semble être notablement amélioré suite aux interventions.

Tableau 5.14: Changements dans les niveaux d'exposition (grandeur d'effet) aux facteurs de risque organisationnels (Établissements forestiers)

Facteur de risque	Unité E n = 31	Unité F n = 83	Unité G n = 107	Facteur de risque	Unité E n = 31	Unité F n = 83	Unité G n = 107
Faible utilisation des habiletés	++	-	++	Faible participation aux décisions	+++	---	-
Faible pouvoir décisionnel	+	-	+	Climat compétitif		++	+++
Faible reconnaissance (estime)	+++	+	++	Responsabilités	-	+	
Faible reconnaissance (stabilité)	+++++	+	++	Conflit travail-famille	-	++	-
Faible reconnaissance (carrière)	+++	-	-	Pauvre relation avec le supérieur	+++++		-
Surcharge quantitative	++	+	++	Pauvre relation avec les collègues	--	++	++
Ambiguïté de rôle	+	-	--	Pauvre relation avec le personnel	+++++	+	++
Conflit de rôle	+	+	++	Environnement physique difficile	++	-	+
				Sécurité	---		

Note. '+' indique une amélioration (réduction) alors que '-' indique une détérioration (augmentation) de l'exposition au facteur de risque. Le nombre de +/- indique la grandeur de la différence standardisée entre les deux temps (*d* de Cohen, 1988). Par exemple, +++ indique une réduction de 0.3 écart-type de l'exposition au facteur de risque entre les deux évaluations (*d* = -0.30).

Nous avons aussi comparé les mesures de T1 et T2 afin d'identifier les variations des indicateurs de bien-être des employés (voir Tableau 5.15). Précisons que le changement dans les indicateurs de bien-être entre les deux évaluations a été calculé et standardisé (voir note du Tableau suivant) pour chaque unité afin de permettre une comparaison des changements. Comme l'indique le tableau suivant, il y a peu de variations significatives des indicateurs de bien-être. Pour l'unité F nous constatons même une augmentation de l'intention de quitter son emploi (19,8% VS 27,2%), mais celle-ci est surtout liée au contexte de menace de fermeture de l'établissement et à l'insécurité d'emploi qui a régné tout au long de notre recherche.

Tableau 5.15 : Changements dans les indicateurs de bien-être (moyennes ajustées) (Établissements forestiers)*

Indicateur	Temps	Unité E (n = 31)	Unité F (n = 83)	Unité G (n = 107)
Satisfaction au travail (0 – 100)	T1	55.8	61.4	63.0
	T2	59.4	59.4	63.7
Intention de quitter (0 – 100)	T1	31.0	19.8	24.5
	T2	28.6	27.2**	23.7
Symptômes psychosomatiques (0 – 100)	T1	9.2	13.8	12.7
	T2	9.7	13.1	12.9
Épuisement (0 – 100)	T1	19.9	17.2	20.8
	T2	18.9	17.4	18.8
Détresse psychologique (% détresse élevée)	T1	15.2	26.8	28.3
	T2	24.0	23.3	24.7

Note. Les facteurs individuels n'ont pas été évalués auprès de cet échantillon.

Test du changement est statistiquement significatif (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

* Les moyennes de chaque échelle sont ajustées de manière à varier entre 0 et 100, pour faciliter la comparaison entre différentes échelles de réponse entre les indicateurs.

FAITS SAILLANTS

Notre étude démontre, 18 mois après le début des interventions, que les interventions dans des unités spécifiques et ciblant la réduction des risques à la source tendent à diminuer de manière importante et significative l'exposition aux contraintes de l'environnement de travail et plusieurs indicateurs de bien-être ont connu une amélioration notable. Les interventions au niveau corporatif visant l'ensemble de l'organisation ou un corps d'emploi, compte tenu de leur ampleur, prennent possiblement davantage de temps avant d'être implantées en totalité et d'engendrer des impacts significatifs.

Établissement d'enseignement

- Dans l'unité A, 46% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 14/16 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : le faible pouvoir décisionnel, la surcharge quantitative, l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la faible participation aux décisions. La satisfaction au travail s'est améliorée (56,6% VS 66%) et on dénote une réduction importante de la détresse psychologique (56,1% VS 25,9%).
- Dans l'unité B, en moyenne, 46% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 14/16 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : le faible pouvoir décisionnel, la reconnaissance liée à l'estime et la faible participation aux décisions. On constate plusieurs changements positifs, dont davantage de soutien social en milieu de travail (60,4% VS 65,5%), une plus grande satisfaction au travail (60,9% VS 66,3%) et une intention moindre de quitter l'emploi (21,5% VS 15,1%). On observe aussi une diminution de la détresse psychologique élevée (43,6% VS 33,6%) mais qui est légèrement en dessous du seuil de signification.
- Dans le projet C, en moyenne, 29% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et uniquement 5/16 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : les pauvres relations avec le

personnel des autres unités ou les collègues de travail, la faible utilisation des habiletés. On constate aussi plusieurs changements négatifs tels le climat compétitif, la faible reconnaissance et l'augmentation des responsabilités. Les employés présentent des changements positifs plus modérés : une légère augmentation du soutien social (60,2% VS 62,6%) et une diminution de la détresse psychologique élevée (41,4% VS 32,5%).

- ↳ Dans le groupe de comparaison, 24% des répondants ont participé aux activités générales de l'organisation et uniquement 5/16 facteurs de risque se sont légèrement améliorés dont le principal est : la qualité des relations avec le personnel des autres unités. On constate aussi le même nombre de changements négatifs. Ce groupe de comparaison ne présente aucun changement notable des indicateurs de bien-être.

Centre hospitalier

- ↳ Dans l'unité D, 38% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 15/16 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : la faible reconnaissance, la surcharge quantitative, le conflit de rôle, la faible participation aux décisions et les pauvres relations (supérieur, collègues, personnel). Les employés de cette unité présentent des changements positifs sur les indicateurs de satisfaction au travail (39,5% VS 46,2%), d'épuisement professionnel (37,9% VS 30,3%) et de détresse (68,3% VS 37,8%).
- ↳ Dans l'unité de comparaison, 36% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et seulement 6/16 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : le pouvoir décisionnel, la reconnaissance, le conflit de rôle et les relations avec les collègues. Ce groupe ne présente aucune amélioration ou détérioration significative des indicateurs de bien-être.

Établissements forestiers

- ↳ Dans l'unité E, 35% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 12/17 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : la reconnaissance (estime et stabilité de carrière), les relations avec le supérieur et les collègues, ainsi que la participation aux décisions. Il n'y a aucune variation significative des indicateurs de bien-être.
- ↳ Dans l'unité F, 43% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 9/17 facteurs de risque se sont améliorés dont les principaux sont : le climat compétitif, les pauvres relations avec les collègues et les conflits travail-famille. Il n'y a aucune variation significative des indicateurs de bien-être.
- ↳ Dans l'unité G, 36% des répondants ont participé aux diverses activités de prévention et 10/17 facteurs de risque se sont améliorés dont le principal est le climat compétitif. Il n'y a aucune variation significative des indicateurs de bien-être.

6. CONCLUSION

À l'heure actuelle, les chercheurs et les organisations sont confrontés à des pressions énormes pour identifier, analyser et démontrer l'efficacité des programmes de prévention du stress au travail (Goetzel et al., 2002). Cette recherche apporte donc des résultats très intéressants à la fois sur le processus d'intervention (quoi? et comment?), sur le stress au travail ainsi que sur l'impact des interventions sur les facteurs de risques organisationnels et les indicateurs de bien-être au travail.

La présente étude visait à documenter le processus de mise en œuvre et à évaluer l'efficacité des interventions visant à prévenir le stress au travail. Au total, trois organisations du secteur public ont participé à la recherche. Sept projets d'intervention ont été suivis et ce, sur une période s'étalant de 12 à 18 mois. Dans deux organisations, soit l'établissement d'enseignement et le centre hospitalier, le devis de recherche correspond à un protocole quasi-expérimental avec mesure avant et après l'intervention et avec présence d'un groupe de comparaison. Dans la troisième organisation, où trois établissements du secteur forestiers ont participé à l'étude, il n'a pas été possible de cibler un groupe de comparaison.

Plusieurs interventions de niveau primaire, secondaire et tertiaire ont été implantées dans chacun des projets. Les résultats quantitatifs démontrent que dans le cas des projets visant des unités spécifiques (plutôt que l'organisation dans son ensemble ou encore un corps d'emploi), un nombre élevé d'interventions de niveau primaire ont été implantées. Dans ces unités, des améliorations significatives ont été notées au niveau des indicateurs de bien-être notamment en ce qui a trait à la détresse psychologique ainsi qu'au plan de l'exposition à diverses contraintes de l'environnement de travail. Dans tous les cas, les unités participant à un projet d'interventions spécifique rapportent davantage de changements positifs que les unités participant à la recherche à titre de groupe de comparaison. Ces résultats appuient la pertinence de l'intervention au niveau de la prévention primaire afin de prévenir le stress au travail à la source.

Plus spécifiquement, le bilan de l'intervention dans l'établissement d'enseignement fait état de plusieurs améliorations. Dans l'unité A, 14/16 facteurs de risque se sont améliorés : la satisfaction au travail a augmentée et une réduction importante de la détresse psychologique a été mesurée (56,1% VS 25,9%). Dans l'unité B, 14/16 facteurs de risque se sont aussi améliorés : on constate davantage de soutien social en milieu de travail, une plus grande satisfaction au travail, une intention moindre de quitter l'emploi et une diminution de la détresse psychologique élevée (43,6% VS 33,6%). Dans le projet C, seulement 5/16 facteurs de risque se sont bonifiés : les employés présentent une légère augmentation du soutien social et une diminution de la détresse psychologique élevée (41,4% VS 32,5%). Dans le groupe de comparaison, uniquement 5/16 facteurs de risque se sont légèrement améliorés et aucun changement notable des indicateurs de bien-être n'est noté.

Concernant le bilan du centre hospitalier, des améliorations sont aussi notées. Dans l'unité D, 15/16 facteurs de risque se sont améliorés. Les employés présentent des changements positifs sur les indicateurs de satisfaction au travail, d'épuisement professionnel et de détresse (68,3% VS 37,8%). Dans l'unité de comparaison, seulement 6/16 facteurs de risque se sont améliorés et aucune amélioration ou détérioration significative des indicateurs de bien-être n'est observée.

Enfin, les actions préventives mises en place dans les établissements du secteur forestier semblent avoir eu un impact modéré. Dans l'unité E, 12/17 facteurs de risque se sont améliorés et il n'y a aucune variation significative des indicateurs de bien-être. Dans l'unité F, 9/17 facteurs de risque se sont améliorés et aucune variation significative des indicateurs de bien-être n'est observée. Dans l'unité G, 10/17 facteurs de risque se sont améliorés, mais il n'y a pas de variation significative des indicateurs de bien-être.

Au plan du processus d'intervention, certains éléments doivent être mis en évidence dans cette conclusion générale. Nous aborderons trois aspects: 1) les obstacles aux interventions, 2) les éléments facilitant l'intervention et 3) les portées et les limites de cette recherche.

Puisqu'il ressort de notre étude que le succès d'une démarche ne repose pas seulement sur un type d'intervention spécifique (*i.e.* formation, modification des tâches, amélioration des communications, etc.), mais aussi sur une approche stratégique générale, nous voudrions attirer l'attention sur les principaux obstacles (voir Tableau 6.1).

Tableau 6.1 : Obstacles à l'intervention

OBSTACLES A L'INTERVENTION	CAS
1. Charge de travail trop lourde des gestionnaires	1,2,3
2. Difficultés d'intervention sur l'organisation du travail	2,3
3. Charge de travail et mandat contradictoire de la fonction ressources humaines	1
4. Changement du pilote de projet et des membres des comités	1,3
5. Manque de ressources et de soutien aux gestionnaires dans la gestion des changements	2,3
6. Opinion négative des employés et des gestionnaires sur les interventions	1,2
7. Entreprendre trop d'actions d'un seul coup	1,2
8. Délai d'implantation des interventions trop long	2,3
9. Démarche trop orientée sur la baisse de l'absentéisme	2

1. Dans les trois organisations participantes, la charge de travail des gestionnaires est généralement très lourde. Ce facteur de risque, puisqu'il s'agit bel et bien d'un facteur de risque, a un effet pervers puisque non seulement il est délétère à la santé physique et psychologique des individus, mais en plus il constitue un obstacle (*i.e.* manque de temps, charge de travail trop importante, etc.) pour mettre en œuvre des interventions visant l'amélioration du bien-être au travail. Nous nous retrouvons donc devant un paradoxe où les gestionnaires (et souvent les employés aussi) sont surchargés de travail et trop préoccupés par les « *urgences* » pour libérer du temps et de l'énergie afin d'améliorer leurs conditions de travail. Il s'installe donc un cercle vicieux qui rend impossible la réflexion et l'action sur le travail et ne laisse d'autre choix à l'individu que de supporter les contraintes du travail jusqu'au départ ou l'épuisement. Ainsi, le facteur de risque charge de travail a un double effet, il est nuisible à la santé et nuisible à l'implantation de changements positifs dans les conditions d'exercice du travail.
2. L'intervention sur l'organisation du travail pour réduire le stress au travail est de plus en plus considérée comme efficace. Toutefois, transformer le travail n'est pas une chose facile. La frontière entre l'amélioration du bien-être et la productivité apparaît quelquefois très clairement lorsqu'il s'agit d'interventions qui ciblent des risques spécifiques comme la charge de travail. Depuis les cinq dernières années où nous conduisons des recherches et des interventions sur le stress au travail, la charge de travail est, dans presque tout les cas, le facteur de risque le plus important. Quand vient le temps d'en discuter et surtout d'envisager des solutions nous nous confrontons rapidement à des enjeux majeurs qui relèvent de la productivité et du rendement du travail. En effet, dans plusieurs cas, diminuer la charge de travail revient à baisser les rythmes de production, contrôler les demandes externes, ajouter des employés, modifier l'offre de service, etc. Ces éléments sont très sensibles et il a rarement été possible d'agir sur ceux-ci. Dans les unités où des réorganisations des processus de travail ont été possibles et implantées

suite aux recommandations du personnel, de nouvelles tâches ont été générées par les changements. Même si au plan des résultats quantitatifs des améliorations significatives ont été notées, nos données qualitatives suggèrent que les projets d'intervention ont engendré des changements non prévus (effets secondaires) au plan de la charge de travail. Nous croyons donc que la problématique de la charge de travail demeure pleine et entière, car nous nous approchons vers une mise en tension importante entre la santé des personnes et la productivité des organisations. Au cours des prochaines années, des recherches-actions plus approfondies sur la problématique de la charge de travail et la charge engendrée par la mise en œuvre d'une démarche de prévention du stress au travail devront être réalisées.

3. Au cours du suivi des interventions, nous avons constaté que le département de la gestion des ressources humaines a été fortement sollicité par les projets. Les représentants RH avaient eux aussi une charge de travail très importante et des mandats parfois contradictoires en ce qui concerne la santé psychologique. Par exemple, un conseiller RH peut soutenir un employé ou un gestionnaire dans le cadre du projet d'intervention, mais pourrait également avoir à imposer des mesures disciplinaires ou avoir à participer à un concours de sélection auprès de ces mêmes personnes. La nature de leur travail impliquant des rôles parfois contradictoires fait en sorte qu'il est difficile d'établir un climat de confiance entre la fonction RH, le personnel et les gestionnaires des unités participantes. Les projets de prévention sont souvent considérés par les conseillers RH comme étant des mandats forts intéressants. Par contre, en raison de leur charge de travail importante et de leur rôle parfois contradictoire avec ceux liés à l'intervention, certaines tâches étaient donc confiées à des consultants externes. Il est crucial d'établir clairement et régulièrement les rôles et les frontières entre les conseillers RH et les consultants externes. Une fois les rôles et le climat de confiance clairement établis, l'implication des conseillers RH a été fortement appréciée par le personnel et les gestionnaires des unités participantes. Les conseillers RH ont joué un rôle de facilitateur, d'informateur, de modérateur et se sont avérés très utiles lors des rencontres des membres du comité. Par exemple, les projets d'intervention comprennent souvent des modifications de l'organisation du travail et donc impliquent plusieurs clauses de convention collective.
4. Les interventions sur le stress au travail constituent des projets qui s'échelonnent sur plusieurs mois, voir quelques années (T. Cox et al., 2002; M. A. J. Kompier et al., 1998), il s'avère donc important d'assurer une certaine stabilité des personnes dans la gestion du projet. Or, dans le cas de deux organisations participantes, le pilote de projet a changé en cours de route. Dans les deux cas, cela a eu pour effet de retarder les interventions, non pas à cause des compétences du nouveau chef de projet, mais tout simplement en raison du fait que ce dernier devait se familiariser suffisamment avec le dossier afin de prendre en main la démarche d'intervention. Un certain temps lui est nécessaire pour comprendre l'historique du projet, le déroulement des interventions, les décisions prises et les décisions non prises, les échecs ou les succès des étapes franchies, etc. Il en est de même en ce qui concerne les membres des comités en charge des interventions. Il faut donc bien estimer cet aspect lorsqu'un projet démarre: est-ce que le chargé de projet est en poste pour toute la durée de la démarche? Est-ce que les membres des différents comités ont un engagement assez ferme envers le projet pour y demeurer jusqu'à la fin? Il est bien certain qu'il est impossible de répondre à ces questions avec une garantie à 100%. Mais simplement de considérer ces changements d'acteurs comme des obstacles au projet et de mettre en place des moyens pour les éviter ou y répondre s'ils doivent se présenter. Par exemple, la mise à jour d'un document résumant l'historique du comité et des décisions prises permettrait aux comités d'éviter de « glisser » vers des interventions centrées uniquement sur la prévention secondaire et de garder le cap vers la réduction à la source du stress au travail.

5. De manière générale, les projets d'intervention nécessitent un niveau élevé de compétences au plan humain, en gestion de projet et gestion des changements. Les gestionnaires où s'opèrent les changements ont par conséquent besoin d'être soutenus de manière importante, tant par la direction pour avoir les ressources nécessaires à l'implantation des recommandations, que par leur équipe, qui doit faire preuve de tolérance, que par un conseiller RH ou un consultant pour gérer les tensions, conflits et autres effets secondaires pouvant résulter des changements. Les gestionnaires possèdent une excellente connaissance du métier, de la production ou du service à livrer, mais n'ont généralement pas une expertise spécifique en gestion de projet visant l'amélioration des conditions de travail et la réduction du stress. Nous considérons donc qu'il faut prévoir, dans presque tous les cas, un accompagnement du gestionnaire pour s'assurer de la bonne conduite de la démarche et de l'atteinte des résultats attendus. Ce point doit faire partie de la gestion du projet, il ne faut pas seulement se préoccuper du changement à mettre en place, mais aussi des personnes qui vont le conduire. Généralement, on pense peu au soutien dont aura besoin le gestionnaire pour implanter le changement, répondre aux arguments des employés, pour composer avec des situations difficiles, etc. En plus d'augmenter les chances de succès de l'intervention, ce soutien est aussi important pour la santé psychologique du gestionnaire.
6. Intervenir sur le bien-être au travail et plus spécifiquement sur la santé psychologique au travail est un objectif noble auquel les membres des comités d'implantation et certains membres de la direction des organisations participantes ont adhéré sans hésitation. Lors de nos observations sur le terrain, nous avons constaté qu'il n'en est pas toujours de même avec les employés et les gestionnaires. Plusieurs d'entre eux ont clairement exprimé leur doute quant au succès éventuel et à la finalité d'une telle démarche. Les objections se formulent ainsi : doute de la réussite des interventions, vise surtout la productivité et non le bien-être, peu de participation des employés, etc. Ces commentaires proviennent souvent d'expériences antérieures à propos de projets qui ont échoué ou encore n'ont pas donné les résultats escomptés. Ce n'est donc pas une simple résistance aux changements, tel qu'on l'entend dans les théories du comportement organisationnel, mais un doute basé sur une expérience passée. Il est donc important de reconstruire le lien de confiance des employés et des gestionnaires. Cette reconstruction passe par la mise en place d'action rapide et visible pour démontrer la bonne foi du programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail. Cette bonne foi s'établira aussi à travers une démarche participative qui impliquera tout autant les employés que les gestionnaires. Par ailleurs, il faut que les personnes responsables de l'implantation s'arment de patience et soient prêtes à être confrontées à des opinions et commentaires négatifs sur ce qu'ils font. La direction doit aussi être consciente de la faible popularité des actions organisationnelles et donner son soutien à l'implantation et procéder rapidement dans la prise de décision concernant la mise en œuvre. Il faut comprendre que dans de tels projets le temps et les délais d'implantation jouent contre la réputation du programme d'intervention.
7. Dans bon nombre de démarches en prévention (*i.e.* ergonomie, psychologie du travail, prévention des conflits, prévention des accidents du travail, etc.), une des premières étapes vise l'identification des risques. Cette étape est en effet essentielle et permet l'élaboration d'un inventaire des risques. Généralement, l'étape suivante porte sur l'identification des solutions. Ainsi, pour chacun des risques une ou des solutions sont élaborées. Ce travail fait souvent l'objet d'un rapport dans lequel on retrouve les problèmes et les solutions correspondantes. Nous avons constaté que, dans certaines des organisations participantes, les solutions étaient au nombre de 60 voir 120 par unité de travail. Ce grand nombre de solutions montre l'éventail des possibilités pour transformer le travail, elle démontre aussi que les groupes de résolution de problèmes ont bien fait leur travail. Le problème se présente lors de l'implantation des solutions. Leur grand nombre a souvent pour effet de décourager les employés ou les gestionnaires et, paradoxalement, constitue une menace à la réputation du projet puisqu'il est presque impossible de les implanter dans leur ensemble. Nous savons que la charge de travail de tous est

importante, un trop grand nombre de solutions a souvent pour effet que les actions sont diluées ou tout simplement ignorées car trop nombreuses. Nous avons été confronté à ce problème et avons pris l'initiative de limiter le nombre de solutions à implanter à quelques unes (deux, trois ou quatre). Cela a pour effet que les chances de réussite sont plus grandes, il est certain que tout n'est pas fait, mais notre expérience montre que lorsque beaucoup de solutions sont identifiées très peu sont véritablement implantées. En choisissant un petit nombre de solutions, les chances de succès sont plus grandes, l'effort à fournir est moins important et les arguments sur la charge de travail que cela représente sont plus difficiles à tenir. Les autres solutions ne sont pas mises aux oubliettes, elles sont simplement conservées et pourront être implantées ultérieurement. Cette approche par petits pas permet d'augmenter les chances que les interventions soient de meilleure qualité, l'objectif n'étant pas de faire plus mais de faire mieux.

8. Entre le moment où les risques sont identifiés, les alternatives discutées, les solutions élaborées et l'implantation des actions réalisée, plusieurs mois peuvent s'écouler. En effet, les processus de décisions, la fréquence des rencontres des comités de pilotage, les délais pour rencontrer les employés et les gestionnaires sont autant d'éléments qui repoussent le moment d'implantation des actions. Ce délai entre le diagnostic et l'implantation des solutions est presque inévitable, mais il constitue aussi un obstacle à la réputation du programme d'interventions. Dans les trois organisations participantes, les délais d'implantation ont tous eu le même effet : porter atteinte à la crédibilité du projet, laisser place aux rumeurs sur l'échec ou l'abandon de la démarche, etc. Il est donc essentiel d'agir avec célérité, de prévoir rapidement des gestes concrets, même si ils ne sont pas parfaitement étudiés. Il est donc essentiel de prévoir des actions à court, moyen et long terme.
9. La démarche de prévention doit répondre à plusieurs objectifs : diminuer l'absentéisme, améliorer le bien-être, augmenter la productivité et/ou la qualité du service. Les motifs pour démarrer l'intervention se basent souvent sur des données d'absentéisme, il s'agit en effet d'un indicateur pertinent pour convaincre la direction de l'importance du problème et de la nécessité d'agir. Le défi est de demeurer centré uniquement sur la réduction du taux d'absentéisme et donc sur la gestion des absences. Il est important de faire comprendre que l'absentéisme est une conséquence du problème du stress au travail et n'est souvent que la pointe de l'iceberg (Hemp, 2004). Notre recherche a démontré l'intérêt d'utiliser les mesures de détresse psychologique et des facteurs de risque comme indicateurs de gestion des interventions.

Plusieurs éléments contribuent au succès des interventions sur le stress au travail, nous voulons insister sur ceux qui nous semblent généralisables. Le tableau 6.2 présente donc les éléments facilitant l'intervention.

Tableau 6.2: Éléments facilitant l'intervention

ÉLÉMENTS FACILITANT L'INTERVENTION	CAS
1. Approche stratégique et systématique de gestion des risques	1, 2, 3
2. Soutien financier	1, 2
3. Soutien aux gestionnaires lors des changements	1
4. Intégrer les interventions dans le cadre de projet organisationnel plus large	1, 2, 3
5. Structuration forte et rencontres régulières du comité de pilotage	1
6. Approche participative tout au long de la démarche	1, 2, 3
7. Établissement d'un calendrier d'intervention court, moyen et long terme	1, 2, 3
8. Cibler quelques problèmes concrets à la fois	1, 2, 3
9. Publiciser rapidement et adéquatement les réalisations	1, 3

1. Une approche stratégique et systématique de gestion des risques permettant une identification des facteurs de risque et une évaluation des indicateurs de bien-être est essentielle. Cela permet d'éviter les approches à l'aveugle où on ne sait pas trop sur quel facteur agir et qui a pour effet de centrer les interventions sur la prévention secondaire (formation et information) puisque plus facile à suggérer et à implanter. Cette approche stratégique est fort semblable à celle suggérée par Cox et ses collaborateurs (2000). Le caractère stratégique s'exprime aussi par une approche intégrée qui vise d'abord une amélioration des conditions de travail (prévention primaire) et ensuite, une action sur l'individu (prévention secondaire) ou sur le traitement ou le retour au travail (prévention tertiaire).
2. L'appui de la direction de l'organisation est très important lorsqu'en plus, il prend la forme d'un soutien financier substantiel. De plus, la crédibilité au projet augmente considérablement, les possibilités d'interventions sont plus variées et surtout, le soutien à l'implantation est envisageable.
3. Dans la plupart des cas, les changements à implanter touchaient des aspects délicats de l'organisation (*i.e.* tâches, relations, processus de décision, circulation de l'information) ce qui nécessite des habiletés et une expertise spécifiques. Les gestionnaires qui doivent piloter localement ces changements, avec la collaboration de leurs employés, ne sont pas toujours soutenus de manière adéquate et suffisante pour y parvenir. Par ailleurs, ces derniers vivent aussi un stress important et ont une charge de travail importante. L'organisation 1 a rapidement pris conscience que la situation des gestionnaires pouvait être un obstacle important à l'implantation des changements. Après une consultation auprès de groupes de gestionnaires et suite à plusieurs discussions en comité, ceux-ci ont souhaité avoir le soutien d'un expert en développement organisationnel pour les accompagner au besoin. Ce type d'intervention a été intitulée « *programme d'aide organisationnel* ». Il a pour objectif de soutenir les gestionnaires et leur équipe dans l'implantation d'interventions de prévention du stress. Cette initiative est en cours de développement dans l'organisation 1, mais fait suite au soutien fourni aux unités A et B tout au long de la démarche. Ce soutien a été très apprécié et constitue un élément qui a contribué à la réussite de l'implantation des changements.
4. Une démarche d'intervention visant l'amélioration de la santé psychologique au travail est toujours un projet ad hoc, temporaire ou conduit en parallèle dans l'organisation. Le poids stratégique de cette démarche n'est pas très imposant. Nous avons donc fortement suggéré, dans la mesure du possible, que la démarche soit rattachée à des orientations corporatives (*i.e.* mission, orientations stratégiques, plan de développement, etc.). Cette recherche d'alliés a permis d'élever le niveau de priorité de la démarche et de mieux garantir l'implantation et la pérennité des actions puisqu'elles relevaient d'enjeux corporatifs et

non pas d'un quelconque comité en SST ou en santé psychologique. La création d'un soutien politique s'est donc avérée une stratégie très efficace. Malgré les efforts des comités d'ancrer la démarche dans des enjeux corporatifs, la pérennité des interventions demeure fragile dans plusieurs cas. En effet, à long terme, il est difficile de maintenir des comités spécifiquement en charge de prévenir le stress, que ces comités soient permanents, qu'ils soient composés d'acteurs stables et convaincus du bien-fondé de la démarche et dont le niveau de motivation à s'impliquer demeure élevé. Pour maintenir le niveau de motivation et l'engagement des membres du comité, le porteur du projet doit répliquer les mêmes principes de prévention qu'un gestionnaire dans une unité (*i.e.* répartir et clarifier les rôles, reconnaître les efforts, impliquer les membres dans les décisions, communiquer l'information). Enfin, pour assurer la pérennité des interventions, les comités et les unités doivent être appuyés par les dirigeants et les acteurs décideurs stables, convaincus et prêts à fournir un budget de fonctionnement récurrent. Parallèlement à l'importance d'une démarche de prévention durable, la généralisation de l'intervention à l'ensemble de l'organisation demeure un enjeu important, mais fragile. La présente étude consistait à cibler certaines unités spécifiques afin de suivre la démarche et de mesurer l'efficacité des interventions. Nos résultats démontrent que ce type de démarche s'avère coûteux au plan des ressources humaines et financières et des compétences requises pour mener à bien ces projets, mais qu'il en résulte de nombreuses améliorations. Ces projets peuvent donc être très efficaces pour réduire le stress au travail à la source et ainsi améliorer la santé psychologique du personnel. Compte tenu des coûts, il semble difficile de répliquer de telles démarches dans chacune des unités ou des départements d'une organisation. Par conséquent, d'autres moyens ou structures permettant de rentabiliser (économie d'échelle) doivent être prévus. L'initiative d'instaurer un programme d'aide organisationnel dans l'organisation 1 s'inscrit bien dans cette ligne de pensée.

5. Pour s'assurer que la problématique de la santé psychologique au travail fasse l'objet d'une préoccupation importante, nous avons constaté qu'il est plus efficace de former un comité pour traiter spécifiquement de cet enjeu. Cela permet un meilleur focus et évite de diluer les ressources, les efforts et les problèmes à aborder. Ce comité doit toutefois être bien structuré, être formé des diverses parties prenantes (*i.e.* direction, gestionnaire, employé), disposer aussi d'un pouvoir et de ressources clairement définis. Puisqu'il s'agit d'un comité dédié à un seul élément, il est important de s'assurer d'une certaine coordination avec les autres comités existants (*i.e.* SST, prévention du harcèlement, PAE, etc.). Cette coordination peut être faite par le président du comité, ou encore des membres de ces dits comités peuvent siéger au comité santé psychologique. Cette structure doit être en place jusqu'à l'implantation, jusqu'à ce que les membres considèrent que les assises sont solides. Une fois ce stade atteint, une intégration à d'autres comités est possible, mais elle devra être bien planifiée.
6. Une approche qui prévoit la participation active des travailleurs et des gestionnaires lors de l'identification des problèmes et la mise en place des solutions est aussi un élément de succès puisque ces derniers sont les experts de leur situation de travail (Giga, Noblet, Faragher, & Cooper, 2003). Ce type de recherche-action augmente les chances que l'on rencontre à la fois les objectifs scientifiques et les objectifs empiriques. Notre recherche nous a permis de constater que la participation des travailleurs et des gestionnaires est tout aussi importante que la démarche utilisée pour l'identification des risques.
7. Nous avons déjà expliqué qu'il est essentiel d'implanter des actions le plus rapidement possible. Toutefois, cette implantation doit être progressive, car les ressources sont limitées et la capacité des milieux à intégrer les actions n'est pas très étendue. Un calendrier d'implantation qui comprend trois phases : court, moyen et long terme permet de donner de la perspective aux efforts à déployer et de répartir les impacts du changement. Divers critères doivent être considérés lors de cet exercice : impact

du changement, facilité d'implantation, popularité de la solution, importance de la solution dans la réduction de problèmes prioritaires.

8. Les interventions qui ont connu le plus de succès sont celles qui ont ciblé quelques problèmes concrets à la fois. Puisque la charge de travail régulière est importante, il est risqué d'aborder un trop grand nombre de problèmes simultanément. Les groupes d'employés et de gestionnaires qui ont choisi une ou deux actions précises ont tous été capables de mener à terme les solutions retenues. À première vue, il peut être décevant de ne retenir que quelques actions alors qu'il y a temps à faire. Nos observations nous ont permis de constater que lorsque trop d'actions sont menées de front, la plupart ne sont pas terminées, il n'y a pas de suivi et les responsables de l'implantation s'épuisent. Dans le but de ne pas trop augmenter la charge de travail, nous avons opté pour une approche plus modeste, mais plus réaliste. Pour choisir les actions à implanter, nous avons fait appel au principe d'exposition aux risques, ainsi l'un des critères de sélection des activités a été d'évaluer, par consensus, si le nombre d'heure d'exposition à ce risque était peu, modérément, beaucoup ou extrêmement diminuée. Par exemple, une conférence d'une heure sur la reconnaissance au travail réduisait peu le manque de reconnaissance dans l'organisation comparativement à une redistribution de la charge de travail qui avait un effet sur tout le temps travaillé (2000 heures/ année).

Lors de notre accompagnement des organisations nous avons régulièrement entendu l'opinion de personnes (employés et gestionnaire) à l'effet que l'organisation faisait peu de choses pour le bien-être de ses employés. Dans bien des cas, des efforts considérables avaient été déployés. Il est donc important de publiciser les réalisations. Le comité d'implantation doit aussi faire un bon marketing de ses réalisations. Ce n'est pas parce que c'est fait que c'est connu. Dans le cas de l'organisation 1 et 3 des plans de communication ont été développés pour faire connaître les réalisations des comités : courriel, site Internet, conférence, message de la direction, etc. Malgré ces efforts, nos entrevues auprès du personnel ont démontré que plusieurs interventions demeurent méconnues.

Cette étude comporte certaines limites qui doivent être soulignées. Premièrement, les organisations étudiées ne constituent pas un échantillonnage randomisé, mais plutôt un échantillon raisonné en fonction des liens déjà présents avec les chercheurs et du potentiel de transformation possible. Deuxièmement, l'étude ne comporte pas de groupe contrôle tel qu'on l'entend en épidémiologie. En effet, ces groupes ne sont pas comparables à tous points de vue aux groupes expérimentaux, et les groupes étaient soumis aux interventions générales organisées pour l'ensemble du personnel. Par conséquent, nous avons plutôt employé l'expression « *groupe de comparaison* ». Plusieurs auteurs ont déjà soulevé la difficulté de constituer de véritables groupes contrôle en milieu organisationnel (Griffiths, 1999; Randall, 2005). L'utilisation de groupes de comparaison dans le cadre d'interventions dans diverses unités permet néanmoins de dégager de manière claire que les groupes exposés à des interventions visant spécifiquement l'organisation et les processus de travail démontrent plusieurs améliorations alors que les changements sont beaucoup moindres dans les groupes de comparaison. Troisièmement, notre recherche ne permet pas de savoir quel type d'intervention spécifique a le meilleur effet. L'analyse des données qualitatives et quantitatives nous fait dire qu'il n'y a pas un effet simple dose-effet lorsque nous parlons d'interventions organisationnelles sur le stress. D'ailleurs, des analyses quantitatives sur les effets dose-réponse n'ont pas permis d'identifier de tendance claire quant à l'efficacité de certaines interventions. Faute d'espace, ces analyses n'ont pas été rapportées dans le cadre du présent rapport. Par exemple, la tenue de réunion d'équipe peut avoir un effet sur la charge de travail, les conflits de rôle, la reconnaissance au travail, etc. Autrement dit, nous ne pensons pas qu'il soit possible d'isoler les effets d'une seule intervention. Les effets mesurés ne dépendent donc pas d'une seule action, mais d'une approche plus holistique, plus globale agissant sur plusieurs facteurs à la fois. Enfin, puisque seulement trois organisations québécoises ont participé à la recherche, il est important de souligner que les

résultats obtenus devraient être généralisés avec précaution à d'autres organisations similaires, mais ils ne devraient pas être généralisés à l'ensemble des organisations québécoises. Néanmoins, contrairement à d'autres études dans le domaine, cette recherche a été réalisée auprès d'un nombre considérable de participants représentant plusieurs catégories d'emploi et un suivi assez long sur une période de 18 mois. Cette démarche est tout à fait cohérente avec l'*approche de gestion des risques* proposée par Cox et ses collaborateurs (2000b).

Une contribution importante de cette étude est l'approche méthodologique double, à la fois quantitative et qualitative, qui a été privilégiée dans la collecte et l'analyse des données des interventions. En effet, plusieurs études mesurant l'effet des interventions se limitent uniquement à des mesures pré et post intervention. Rares sont les recherches où le processus d'implantation des interventions est documenté comme nous l'avons fait. La présente recherche tente de combler cette lacune par la recension de matériel qualitatif permettant, d'une part, de documenter en profondeur les différentes étapes des interventions et, d'autre part, les données quantitatives recueillies sur les facteurs de risque et les indicateurs de bien-être permettent de mesurer les divers effets des actions qui ont été implantées au cours des 18 mois d'observation sur le terrain.

En somme, les résultats de cette étude appuient la pertinence des interventions de niveau primaire afin d'agir sur les sources du stress au travail. En effet, nous observons une baisse de l'exposition aux facteurs de risque et une amélioration des indicateurs de bien-être (*i.e.* satisfaction, intention de quitter l'emploi et détresse psychologique) en fonction des efforts de prévention (nombre, participation et pertinence des interventions). Considérant qu'aucun changement notable n'est observé dans les groupes de comparaison, et que davantage de changements positifs sont observés dans les unités où les interventions ont été réalisées de manière intensive en ciblant des aspects concrets du travail, une démarche stratégique et systématique de prévention constitue une manière efficace pour réduire le stress au travail et ses conséquences négatives. Cette démarche se doit d'être systématique, participative, et les interventions doivent être développées en fonction d'une analyse des risques et des recommandations du personnel et des gestionnaires. Ces derniers ainsi que les porteurs de projets doivent être soutenus, soit par un consultant externe à certaines étapes du projet, et tout au long de la démarche par les équipes de travail, les représentants des ressources humaines et la direction afin de pouvoir mener à bien ce type de démarche et bénéficier des effets.

La présente recherche s'est déroulée sur une période de 18 mois. Un laps de temps a été nécessaire pour permettre un certain degré d'implantation des plans d'action. Par contre, tels que nos mesures sur l'exposition du personnel aux interventions l'ont démontré, les taux de participation après 18 mois varient en fonction de l'intervention. Ces données démontrent que certaines interventions peuvent être rapidement implantées et reçues par les travailleurs, alors que d'autres vont s'étaler sur le long terme. Par contre, en raison des nombreux changements de personnel, des gestionnaires porteurs de dossiers et de direction, il est difficile de prédire si effectivement ces interventions prévues à plus long terme seront implantées et si les projets seront ensuite généralisés à l'ensemble des organisations. Notre étude a tenté de mesurer le degré d'implantation des interventions. Des recherches futures devraient tenter de développer des outils plus systématiques pour mesurer à quel point les interventions ont été livrées, reçues, à quel coût, et comment elles sont perçues par les personnes concernées. Enfin, des recherches futures devraient tenter d'identifier les structures les plus efficaces pour assurer : 1) la durabilité des interventions implantées dans les unités et 2) la généralisation des interventions à l'ensemble de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

- Archambault, E., Côté, G., & Gingras, Y. (2003). *Bibliometric Analysis of Research on Mental Health in the Workplace in Canada, 1991-2002*.: Science-Metrix, Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie/Observatoire des sciences et des technologies. Préparé pour l'Institut de Santé Publique et des Populations, l'Institut des Neurosciences, Santé Mentale et Toxicomanies et les Instituts de recherche en Santé du Canada.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2006). Interventions externes en santé et en sécurité du travail: Influence du contexte de l'établissement sur l'implantation de mesures préventives. *Relations industrielles*, 61(1), 9-43.
- Bellemare, M., Marier, M., Montreuil, S., Allard, D., & Prévost, J. (2002). *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques*. (No. R-292). Montréal: IRSST.
- Blais, M. R., & Lachance, L. (1992). *Qualité de vie au travail, santé et bien-être chez les professeurs et professeures de l'Université du Québec à Montréal*. Montréal: Laboratoire de motivation et de qualité de vie. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Bond, F. W., Flaxman, P. E., & Loivette, S. (2006). *A business case for the Management standards for stress* (No. RR 431). Norwich, UK: Health & Safety Executive.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., & Moisan, J. (1996). Job strain and psychological distress in white collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 22, 139-145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & al. (1998). *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de santé des infirmières de l'agglomération de Québec*: Équipe de recherche RIPOST, Direction de la santé publique de Québec.
- Bourbonnais, R., Lower, A., Brisson, C., Vézina, M., & Vinet, A. (2003). *Évaluation d'une intervention participative visant la prévention des problèmes de santé mentale chez les infirmières d'un hôpital de la région de Québec*. Québec, Canada: CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, CLSC, Centre affilié universitaire.
- Braverman, M. (1999). Preventing workplace violence : a guide for employers and practitioners. *Stress Medicine*.
- Briner, R. (1997). Improving stress assessment: Toward an evidence-based approach to organizational stress interventions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 61-71.
- Briner, R. B., & Reynolds, S. (1999). The costs, benefits, and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 647-664.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la Santé Mentale au Travail : Une Analyse des Pratiques de Gestion des Ressources Humaines (Assessment of Occupational Mental Health: An Analysis of Human Resources Management Practices)* (Études et recherches / Rapport No. R-342). Québec, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome if individual-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 70, 1-17.
- Burke, R. J. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress*, 7(1), 77-87.
- Clarke, S. G., & Cooper, C. L. (2004). *Managing the Risk of Workplace S: Health and Safety Hazards*. London/New York: Routledge.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress : A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational Sources of Stress: a Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental ill Health. *Journal occup. Psychol.*, 49(1), 11-28.
- Cooper, C. L., & Sutherland, V. J. (1997). Job Stress, Mental Health, and Accidents Among Offshore Workers in the Oil and Gas Extraction Industries. *Journal of Occupational Medicine*, 29(2), 119-125.
- Cotton, P., & Hart, P. M. (2003). Occupational Wellbeing and Performance: a Review of Organisational Health Research. *Australian Psychologist*, 38(1), 118-127.
- Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work*. Nottingham: Centre for Organizational Health and Development, University of Nottingham.
- Cox, T., Amanda, G., & Rial Gonzales, E. (2000). *Research on Work-related Stress*. Luxembourg: Agence Européenne pour la santé et la sécurité du travail.
- Cox, T., Griffiths, A. J., Barlowe, C. A., Randall, R. J., Thomson, L. E., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Organisational interventions for work stress: A risk management approach*. Nottingham: Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham Business School.
- Cox, T., Randall, R., & Griffiths, A. (2002). *Interventions to control stress at work in hospital staff*. Nottingham: The Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham.
- Dawson, S., William, P., Clinton, A., & Brandford, M. (1988). *Safety at work: the limits of self regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DeFrank, R. S., & Cooper, C. L. (1987). Worksite stress management interventions: Their effectiveness and conceptualisation. *Journal of Managerial Psychology*, 2(1), 4-10.
- Elkin, A. J., & Rosch, P. J. (1990). Promoting mental health at the workplace. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5(4), 739-754.
- Fielden, S. L., & Cooper, C. L. (2002). Managerial stress: Are women more at risk. In D. L. Nelson & R. J. Burke (Eds.), *Gender, work, stress, and health* (pp. 19-34). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garrety, K., & Badham, R. (1999). Trajectories, social worlds, and boundary objects: A framework for analyzing the politics of technology (Vol. 9, pp. 277-290).
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2003). The UK perspective: A review of reseach on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164.
- Giga, S. I., Noblet, A. J., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2003). The UK perspective: A review of research on organisational stress management interventions. *Australian Psychologist*, 38(2), 158-164.
- 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.
- Griffiths, A. (1999). Organizational interventions: Facing the limits of the natural science paradigm. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health*, 25(6), 589-596.
- Guérin, F. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer : prat. ergonomie* (3e éd. ed.): Anact.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work--but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49-58.
- Hurrell, J. J. J., & Murphy, L. R. (1996). Occupational stress intervention. *American Journal of Industrial Medicine*, 29(4), 338-3341.
- Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., & Cooper, C. (2003). *Beacons of excellence in stress prevention* (No. Research report 133). Manchester: Health and Safety Executive.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-310.
- Kompier, M. (2004). Does the "Management Standards" approach meet the standard? *Work & Stress*, 18(2), 137-139.
- Kompier, M., & Cooper, C. L. (1999). Stress prevention: European countries and European cases compared. In M. Kompier & C. L. Cooper (Eds.), *Preventing stress, improving productivity - European case studies in the workplace* (pp. 312-336). London: Routledge.

- Kompier, M. A. J., Aust, B., Van Den Berg, A.-M., & Siegrist, J. (2000). Stress prevention in bus drivers: Evaluation of 13 Natural Experiments. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 11-31.
- Kompier, M. A. J., Geurts, S. A. E., Grundemann, R. W. M., Vink, P., & Smulders, P. G. W. (1998). Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 14, 155-168.
- Kompier, M. A. J., & Marcelissen, F. H. G. (1990). *Handboek Werkstress*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden.
- Kristensen, T. S. (2005). Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 205-210.
- Légaré, G., Prévillé, M., Massé, R., Poulin, C., Boyer, R., & St-Laurent, D. (2001). Santé mentale. In I. d. l. s. d. Québec (Ed.), *Enquête sociale et de santé 1998* (2ème ed.). Québec.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work Organization & Stress*. Nottingham: World Health Organization 2003.
- Mikkelsen, A., & Gundersen, M. (2003). The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 91-110.
- Mikkelsen, A., Saksvik, P. O., & Landsbergis, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. *Work & Stress*, 14(2), 156-170.
- Murphy, L. R. (1988). Workplace interventions for stress reduction and prevention. In C. L. Cooper & R. Payne (Eds.), *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.
- Murphy, L. R. (1996). Prevention and management of work stress. In J. Billsberry (Ed.), *The effective manager: Perspectives and illustrations* (pp. 69-76).
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: A critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 112-135.
- Murphy, L. R., & Sauter, S. L. (2003). The USA perspective: Current issues and trends in the management of work stress. *Australian Psychologist*, 38(2), 151-157.
- Murphy, L. R., & Sauter, S. L. (2004). Work organization interventions: State of knowledge and future directions. *Soz.-Präventivmed*, 49, 79-86.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2002). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People: Knowledge Gaps and Research Directions* (No. 2002-116). Cincinnati, OH: NIOSH-Publications Dissemination.
- Nytrø, K., Saksvik, P. O., 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.
- Parkes, K. L., & Sparkes, T. J. (1998). *Organizational interventions to reduce work stress: Are they effective? A review of the literature* (No. Contract research report 193/1998). Oxford, UK: University of Oxford, Health and Safety Executive.
- Saksvik, P. O., Nytrø, K., Dahl-Jorgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16(1), 37-57.
- SAS Institute. (2001). *SAS/STAT User's Guide, Version 8* (Vol. 1, 2, 3). Cary, NC: SAS Institute.
- Schaubroeck, J., & Ganster, D. C. (1991). The Role of Negative Affectivity in Work-Related Stress. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(7), 319-330.
- Semmer, N. K. (2003). Job stress interventions and organization of work. In J. C. Quick & L. E. Tetris (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shannon, H. S., & Cole, D. C. (2004). Making workplaces healthier: generating better evidence on work organization intervention research. *Soz.-Präventivmed*, 49, 92-94.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

- Sparks, K., & Cooper, C. L. (1999). Occupational differences in the work-strain relationship : Towards the use of situation-specific models. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2), 219-229.
- Sroujian. (2003, August). Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal* p. 8,
- Statistique Canada. (2003). L'emploi et le revenu en perspective. *Catalogue de Statistique Canada*, 4, 19.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4e ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Van Der Hek, H., & Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: A practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47(3), 133-141.
- Van Der Klink, J. J. L., Blonk, W. W. B., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. In I. d. l. s. d. Québec (Ed.), *Portrait Social du Québec - Données et Analyses*. Québec.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2004). Workplace prevention and promotion strategies. *Healthcare Papers*, 5(2), 32-44.
- Warner, F. (1992). *Risk: Analysis, perception and management*. London: Report of a Royal Society Study Group.