

*In press in Le Travail Humain*  
*RECHERCHES EMPIRIQUES*  
*EMPIRICAL STUDIES*

EVALUATION DES PRATIQUES DE DIAGNOSTIC DE STRESS AU SEIN  
D'ENTREPRISES BELGES : FACTEURS BLOQUANTS ET FACTEURS STIMULANTS.

Titre court : Evaluation des pratiques de diagnostic de stress professionnel.

Par I. Hansez\*, F. Bertrand\* & M. Barbier\*

\* Service de Psychologie du Travail, Bat. B-32 FAPSE, Université de Liège, 4000 LIEGE,  
Belgique. E-mail : [ihansez@ulg.ac.be](mailto:ihansez@ulg.ac.be) or Marie.Barbier@ulg.ac.be

## SUMMARY:

### EVALUATION OF STRESS DIAGNOSIS PRACTICES IN BELGIAN COMPANIES: BLOCKING AND STIMULATING FACTORS.

Stress at work has become a major problematic in Europe this last decade. The European and national legal framework has been developed, and several methods for stress diagnosis and stress management intervention can be listed. In this context, a systematic examination of diagnosis and interventions taking place in companies is necessary. The objectives of the study were 1) the evaluation of work stress diagnosis practices among Belgian companies, and 2) the identification of factors stimulating or blocking the implementation of stress management interventions. A survey was used to collect data about work stress diagnosis practices. The first objective was explored through qualitative open questions about stress diagnosis and intervention. The second objective was achieved using a specific questionnaire elaborated for the purpose of the study. On the basis of a review of the scientific literature, this questionnaire assessed stimulating and blocking factors for implementing stress management interventions. The sample includes 180 Belgian companies from different sectors of activity and with different size (from 20 to more than 10000 workers). Only one out of six companies had implemented a diagnosis of stress. Among companies with a stress diagnosis, only one out of two had implemented actions, and only one out of four entered in an evaluation stage. Stimulating factors related to the methodology implemented and the communication process were identified, as well as blocking factors concerned with financial/temporal constraints and the context of change in the company, a factor which is rather new regarding the existing literature. The discussion includes four points of analysis. The interventions which are implemented are clearly concerned with the primary approach focusing on the work environment. Second, the results give support to the necessity for a systematic evaluation process of stress management interventions. Moreover the results give evidence for a need of sensitization and publication of best practices about the necessary stages in the stress prevention process as well as about stimulating and blocking factors. This holds especially true for small size companies which realize less diagnosis than bigger ones. It is also important for companies which are not yet involved in a stress diagnosis, that are less aware of the impact of financial and temporal constraints.

**KEYWORDS:** practice evaluation, stress at work, occupational stress, stress diagnosis, stress prevention

## I. INTRODUCTION

Dans le contexte actuel d'instabilité d'emploi, d'exigence croissante de flexibilité et de diversification des situations de travail, le stress au travail est devenu une problématique majeure en Europe. En réponse à cet intérêt croissant, le cadre législatif s'est largement développé. Au niveau européen, la directive-cadre 89/391/CEE souligne l'importance de mettre en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs. En 2004, les fédérations européennes d'employeurs et de travailleurs ont conclu un accord-cadre qui insiste sur le rôle de cette directive-cadre européenne et sur l'obligation de prévenir, éliminer ou réduire les risques.

En Belgique, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail a transposé la directive européenne dans la législation nationale. La Convention Collective de Travail n°72 (CCT72) du Conseil national du travail belge se penche plus particulièrement sur la problématique du stress au travail comme risque nuisible pour la santé des travailleurs. Elle définit le stress comme « un état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou dysfonctionnements au niveau physique, psychique ou social et qui est la conséquence du fait que des travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation de travail ». Le stress doit donc être conçu comme un phénomène collectif, caractéristique d'un ensemble de travailleurs, dont la source est à rechercher dans les conditions de travail. Il s'agit donc pour l'employeur de mener une politique visant à prévenir collectivement le stress occasionné par le travail et/ou à y remédier collectivement.

Cet état des choses suscite de nombreuses questions. Au-delà de la législation, quelles sont les pratiques réellement mises en place ? Dans quelle mesure les entreprises réalisent-elles un diagnostic du stress ? Ce diagnostic est-il suivi d'actions ? Quels facteurs facilitent ou gênent la mise en place d'actions suite au diagnostic ? Cet article tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions.

### I.1. EVALUATION DES PRATIQUES

On peut appeler « démarche de prévention du stress au travail » toute action ayant pour objectif la réduction ou l'élimination des stressés présents dans l'environnement de travail, la réduction ou l'élimination des problèmes de santé liés au travail, de l'absentéisme et des incapacités permanentes, ou encore l'amélioration ou la promotion de la santé au travail (Geurts

et Gründemann, 1999). Une action de ce type se fait en plusieurs étapes, dont les principales sont l'analyse de la demande, le diagnostic et l'élaboration du plan d'actions, les interventions et l'évaluation des interventions. Dans notre étude, nous nous centrerons sur les étapes de diagnostic et d'intervention, de même que sur les facteurs facilitant ou entravant le passage de l'une à l'autre.

Peu d'études reprennent une évaluation systématique des méthodes de diagnostic disponibles. Delaunoy, Malchaire et Piette (2002) ont entrepris de recenser les principales méthodes utilisées en Belgique, et de les classer selon deux axes : prévention/quantification et lourdeur/simplicité de la démarche. En se basant sur cette classification, ils prônent le recours à une combinaison de méthodes qui permettraient, dans un premier temps, un dépistage rapide pour sensibiliser la hiérarchie, dans un second temps une démarche d'observation à partir de réflexions de groupes ou individuelles, et, dans un troisième temps une analyse plus approfondie des aspects n'ayant pu être solutionnés lors des deux premières étapes. Enfin, l'appel à des experts ne devrait se faire que dans les cas très complexes, où le risque est impossible à gérer en interne.

Dans une démarche idéale de prévention du stress, le diagnostic devrait être suivi d'interventions ciblées sur les groupes à risques et les facteurs de risques. Murphy (1988) distingue les interventions selon qu'elles sont primaires (réduction/élimination des sources du stress, e.g. offre de formation, redéfinition de poste), secondaires (réduction/élimination des effets du stress via l'augmentation des capacités des individus à gérer le stress, e.g. programme de sophrologie ou séances de relaxation) ou tertiaires (programmes d'assistance collective au personnel, e.g. programme cardio-vasculaire ou programme d'hygiène alimentaire). On peut également les distinguer selon qu'elles sont centrées sur les travailleurs ou sur l'environnement de travail (Kompier et Cooper, 1999).

Selon Cartwright, Cooper et Murphy (1996), les interventions sont concentrées de façon disproportionnée sur la réduction des conséquences du stress plutôt que de ses sources. Autrement dit, les interventions secondaires et tertiaires sont plus fréquentes que les interventions primaires. Dans le même sens, Kompier et Cooper (1999) mettent en avant que les interventions les plus fréquentes sont centrées sur les travailleurs plutôt que sur les conditions de travail. Or, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que les interventions primaires sont les seules à pouvoir garantir une efficacité maximale pour la réduction du stress (Brusco et

Pestiaux, 2000 ; Karasek, 1989). Les interventions secondaires seraient peu convaincantes (Cartwright et al., 1996 ; Cooper et Cartwright, 1994 ; Ivancevich, Matteson, Freedman et Phillips, 1990 ; Reynolds, Taylor et Shapiro, 1993). Enfin, les interventions tertiaires, bien que prometteuses, n'auraient pas l'efficacité des interventions primaires, parce qu'elles n'assurent pas un contrôle de tous les agents stressés et se focalisent sur le traitement plutôt que sur la prévention, et ne permettent donc pas d'exclure les risques d'usure à long terme (Cartwright et al., 1996 ; Sauter, Murphy et Hurrell, 1990).

Cependant, peu d'études proposent des données chiffrées sur les pratiques des entreprises en matière de prévention et de gestion du stress. Parmi les rares études disponibles, l'enquête à large échelle de Geurts et Gründemann (1999) a permis de classer les interventions mises en place dans 1450 entreprises européennes en quatre catégories : primaires orientées vers l'environnement de travail, primaires orientées vers les travailleurs, secondaires/tertiaires orientées vers l'environnement de travail, et secondaires/tertiaires orientées vers les travailleurs. Ils ont obtenu que, contrairement à ce qui est dit dans la littérature, les interventions les plus fréquentes étaient primaires et orientées vers les conditions de travail. Plus particulièrement, il s'agissait principalement d'interventions visant à réduire les stressés physiques plutôt que les stressés psychosociaux. Cependant, leur échantillon n'étant représentatif ni au niveau de la taille ni au niveau du secteur d'activité, on peut s'interroger sur la généralisabilité de leurs résultats.

Le premier objectif de notre étude est d'évaluer les pratiques en matière de prévention et de gestion du stress au sein d'entreprises/institutions installées en Belgique, précisément en Wallonie. Dans la majorité des études, le diagnostic du stress est utilisé de façon à réaliser une étude épidémiologique du stress, en se basant sur des indicateurs physiologiques ou des modèles comme ceux de Karasek (1979) et Siegrist (2001), de façon à identifier les conséquences pour la santé des travailleurs. De nombreuses études se sont également attelées à mesurer le stress dans différents milieux ou différents groupes professionnels, comme par exemple le domaine des soins de santé (Heim, 1990 ; Revicki & May, 1989). Notre étude se distingue des autres parce qu'elle vise à évaluer les pratiques des entreprises en matière de diagnostic de stress, et ce à grande échelle, sans se focaliser sur un milieu ou un groupe professionnel particulier. Nous posons l'hypothèse que la législation suscite la mise en place de démarches de prévention ou de diagnostic du stress, quels que soient la taille ou le secteur d'activité des entreprises/institutions (*hypothèse 1a*), que le diagnostic, quel qu'il soit, est suivi

par la mise en place d'actions (*hypothèse 1b*). En nous basant sur Kompier et Cooper (1999), nous posons également l'hypothèse que les interventions centrées sur les travailleurs sont plus fréquentes que les interventions centrées sur l'environnement de travail (*hypothèse 1c*). Enfin, nous posons l'hypothèse que ces actions sont inscrites dans une perspective de suivi et d'évaluation des effets (*hypothèse 1d*).

## I.2. FACTEURS BLOQUANT/STIMULANT LA MISE EN PLACE D' ACTIONS SUITE AU DIAGNOSTIC

Plusieurs études ont analysé les pratiques de prévention du stress en entreprise. Il en ressort que certains facteurs semblent faciliter la mise en place d'actions suite au diagnostic de stress, tandis que d'autres semblent la bloquer.

Parmi les facteurs stimulants, de nombreux auteurs citent la nécessité d'adopter un *cadre conceptuel précis* (Israel, Baker, Goldenhar, Heaney & Schurman, 1996 ; Ivancevich et al., 1990), en insistant sur le fait que les hypothèses théoriques jouent un rôle majeur dans le choix des interventions. Par exemple, si on se base sur un modèle d'effets du stress aigu avec une courte durée d'exposition au stress, le type d'intervention utilisée ne sera pas le même que si un processus chronique du stress est envisagé. Ensuite, une *approche systématique* (Israël et al., 1996; Ivancevich et al., 1990; Kompier, Cooper & Geurts, 2000 ; Schurman & Israël, 1996) est recommandée. Il s'agit de prévoir une séquence structurée proche de la résolution de problèmes (Levi, 1990), ce qui suppose de déterminer clairement les objectifs, les tâches, les responsabilités, le planning, les moyens financiers et les résultats attendus. On pourra alors structurer dans le temps les actions qui seront prises. En d'autres termes, les questions pratiques et organisationnelles doivent être clairement posées. L'*analyse de la demande* est par conséquent considérée comme la première étape de la démarche de prévention du stress (François & Liévin, 2006). Cette analyse permet de comprendre ce qui motive un employeur à se lancer dans la prévention du stress. Une *étude objective de l'organisation* (Israel et al., 1996), à partir d'observations, de documents administratifs, d'entretiens est nécessaire, ne fût-ce que pour évaluer la faisabilité des pistes d'action qui seront proposées après le diagnostic. La *mise en place d'un diagnostic ou d'une analyse des risques* (Kompier et al., 2000 ; Kompier, Geurts, Gründemann, Vink & Smulders, 1998) est probablement le facteur stimulant le plus important. Le diagnostic doit permettre d'identifier les facteurs de risques psychosociaux et en particulier, les groupes à risques. L'approche qualitative peut compléter l'utilisation d'un questionnaire. Un autre point concerne l'importance d'*une approche participative*, qui implique toute la hiérarchie et considère les travailleurs comme experts de leur situation de travail

(Cartwright et al., 1996; Israël et al., 1996; Kompier et al., 2000 ; Kompier et al., 1998 ; Levi, 1990; Schurman & Israël, 1996; Terra, 1996). Ceci souligne l'importance d'une démarche active d'accompagnement du processus et de la création d'un comité de pilotage qui réunit les travailleurs, les syndicats et le personnel de direction. *Un plan de communication* qui annonce la démarche de prévention est un autre atout qui permettra la participation et l'implication d'un plus grand nombre de travailleurs (François & Liévin, 2006 ; Hansez, & Peters, 2006). Il faudra également veiller à organiser des *feedbacks réguliers* aux travailleurs sur l'évolution de la démarche. *Le soutien permanent des membres de la direction* apparaît aussi comme crucial dans la littérature (Ivancevich et al., 1990; Israel et al., 1996 ; Kompier et al., 2000 ; Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995; Sauter et al., 1990; Schurman & Israël, 1996). L'adhésion et le soutien des membres de la direction au projet sont indispensables pour avoir une probabilité sérieuse que le diagnostic soit suivi d'actions. On peut encore relever dans la littérature l'intérêt des *équipes multidisciplinaires* (Dollard & Winefield, 1996; Israël et al., 1996; Levi, 1990). Un panel d'experts pouvant intervenir en fonction des résultats du diagnostic est rassurant. Pour être efficace, il devrait intervenir dès le début du processus, pour encourager une démarche intégrée suite au diagnostic. Plus particulièrement, il est important de définir le *rôle des consultants-chercheurs-formateurs externes* (Israel et al., 1996). Ces professionnels sont des partenaires vis-à-vis des membres de l'organisation. L'idée de transfert est centrale: les consultants externes devraient promouvoir l'autonomie à long terme de la démarche de prévention. La *confidentialité* est également un facteur crucial dans la démarche. Des règles strictes doivent être mises en place, tant au niveau du diagnostic qu'au niveau des actions de lutte contre le stress. Sauter et al. (1990) ajoutent la nécessité de garantir l'indépendance professionnelle des consultants impliqués dans la démarche de prévention. Enfin, le dernier facteur stimulant relevé dans la littérature concerne l'intervention. Les auteurs estiment qu'un *ensemble de techniques d'intervention* en adéquation avec les problèmes identifiés dans l'analyse des risques est essentiel (Cooper & Cartwright, 1994; Israel et al., 1996; Sparks & Cooper, 1999). Israel et al. (1996) insistent sur l'efficacité d'une combinaison de stratégies organisationnelles et/ou ergonomiques et de stratégies individuelles appliquées à différents niveaux de l'organisation, par exemple l'individu, le groupe de travail, le département et l'organisation. L'intervention devrait faire partie intégrante de la vie de l'institution et ne pas se limiter dans le temps.

Parmi les facteurs bloquants, *les contraintes de temps et le coût* représentent indiscutablement un frein à la prévention du stress. Plusieurs auteurs s'accordent sur l'impact négatif que peuvent

avoir ces contraintes temporelles et financières sur le passage à l'intervention suite au diagnostic. Dans ce sens, Landsbergis et Vivona-Vaughan (1995) relèvent comme obstacles potentiels la limitation du projet sur une brève période de temps et les facteurs macro-économiques tels que le manque de budget. Kompier et al. (2000) relèvent les contraintes de temps auxquelles sont soumis les travailleurs, et le temps nécessaire à la mise en place des changements et des interventions. Par ailleurs, le *contexte plus général de l'entreprise* doit être pris en compte (Israel et al., 1996; Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995). Par exemple, la mise en place d'interventions dans un climat de crise peut entraver le bon déroulement d'une démarche de prévention du stress. Il faut aussi tenir compte des liens parfois étroits qui peuvent exister entre la démarche et d'autres changements en cours dans l'organisation. Des *problèmes lors du choix de la cible de l'intervention* peuvent aussi freiner la démarche. Selon Landsbergis et Vivona-Vaughan (1995), la limitation de l'intervention à un seul service est un obstacle au bon déroulement de la démarche. Ceci peut se comprendre à la lumière de l'approche systémique, selon laquelle un système ne peut se réduire à la somme des éléments qui le constituent (Malarewicz, 2004). Le fonctionnement d'un des éléments ne peut donc être compris en dehors du fonctionnement du système dans lequel il s'inscrit.

Ces facteurs sont fréquemment suggérés dans la littérature comme éléments susceptibles de gêner ou faciliter le passage à l'intervention après un diagnostic de stress. Cependant, leur aspect bloquant ou stimulant n'a, à notre connaissance, jamais été envisagé de façon systématique sur une population regroupant des acteurs-clés de la démarche de prévention. Le second objectif de notre étude est d'identifier, par une enquête à large échelle, les facteurs stimulant ou bloquant le passage à l'intervention suite au diagnostic de stress. Sur base de la littérature, nous avons posé l'hypothèse que les facteurs relatifs à la communication, la participation et à l'implication des acteurs-clés sont stimulants (*hypothèse 3a*), que les facteurs liés aux aspects temporels et au coût sont bloquants (*hypothèse 3b*), et que les facteurs relatifs au contexte sont également bloquants (*hypothèse 3c*). Nous avons également posé l'hypothèse que les entreprises ayant réalisé un diagnostic de stress ont tiré apprentissage de cette expérience, et que donc les facteurs perçus comme bloquants et stimulants sont différents selon que l'entreprise/institution ait réalisé ou non un diagnostic de stress (*hypothèse 4a*). Nous avons également posé l'hypothèse que les facteurs perçus comme bloquants ou stimulants sont différents selon le secteur d'activité (*hypothèse 4b*) et la taille des entreprises (*hypothèse 4c*), et selon la fonction du répondant (*hypothèse 4d*), chacun étant confronté à des réalités de travail différentes.



## II. METHODOLOGIE

### II.1. Matériel

Un questionnaire en trois parties a été élaboré pour les besoins de l'étude. La première partie comprend les variables socioprofessionnelles suivantes: le secteur d'activité, la taille de l'entreprise (nombre de travailleurs), la fonction du répondant et le fait d'avoir réalisé ou non un diagnostic de stress au travail (le point II.2. détaille les modalités de chaque variable). La seconde partie concerne l'évaluation des pratiques de prévention du stress. Il s'agit de plusieurs questions ouvertes relatives à la démarche de prévention du stress instaurée dans l'entreprise. Nos questions étaient écrites de façon à couvrir l'ensemble de la démarche de prévention du stress au travail. Dans le cadre de cet article, nous présenterons uniquement les données relatives aux étapes de diagnostic et d'interventions mises en place suite au diagnostic. Nous avons notamment demandé si le diagnostic était inscrit dans une démarche d'intervention, quelles étaient les interventions mises en place et si une amélioration de la situation était observable suite à ces interventions. La troisième partie concerne les facteurs bloquant et stimulant le passage à l'intervention après le diagnostic. Il s'agit d'une partie quantitative composée de 50 items établis sur base des facteurs relevés dans la littérature scientifique. Ils ont été classés à priori en 6 dimensions : (1) *communication et participation* (e.g. être tenu au courant de la mise en place d'une démarche de prévention du stress, implication des travailleurs), (2) *nature des interventions* (e.g. le fait de focaliser les interventions sur un service ou sur les travailleurs pris individuellement), (3) *type de résultats* (e.g. le fait que les résultats mettent en évidence un niveau de stress élevé), (4) *méthodologie utilisée* (e.g. utilisation d'une méthode par étapes, réalisation du diagnostic à l'aide d'un questionnaire), (5) *contexte de l'entreprise* (e.g. bon climat social, changement au niveau des structures internes) et (6) *aspects temporels/financiers* (e.g. coût lié au diagnostic, le fait que la démarche soit envisagée sur le court terme) (voir tableau 2). Les facteurs contextuels que nous avons pu relever dans la littérature concernaient plutôt des facteurs de changement global, tel qu'un climat de crise ou une récession économique. Or, d'un point de vue psychologique, ce sont les changements réellement vécus par les travailleurs qui importent (De Zanet, Hansez, Bossut, Vandenberghe et De Keyser, 2004). En outre, seule une faible proportion de travailleurs ne vivrait pas de changements au travail. Une étude de Hansez et al. (2005) montre que sur un échantillon de 4801 travailleur belges représentatifs des deux principaux secteurs nationaux (secteur secondaire et secteur tertiaire), seuls 714, soit 14,9% ne seraient soumis à aucun type de changements. Nous avons donc décidé d'étoffer la dimension « contexte de l'entreprise » par une série d'items plus spécifiques relatifs aux changements vécus par les travailleurs dans

l'entreprise, changements pouvant par ailleurs intervenir tout au long de la démarche. Les répondants devaient indiquer si, selon eux, les facteurs cités étaient susceptibles d'empêcher ou de faciliter la mise en place d'interventions après le diagnostic. Le format de réponse était une échelle de type Likert en 5 points allant de 1 à 5 (1 : très bloquant ; 2 : bloquant ; 3 : ni bloquant ni stimulant ; 4 : stimulant ; 5 : très stimulant).

Ce questionnaire a été établi en plusieurs étapes. Dans un premier temps, vingt-neuf personnes travaillant dans six entreprises/institutions wallonnes ont participé à une étape exploratoire (Dengis, 2006). Les remarques des répondants ont permis des modifications du questionnaire tant au niveau du contenu (précision des consignes et de certains items, ajout/suppression de questions) qu'au niveau de la forme (e.g. présentation des consignes). Une deuxième version du questionnaire a alors été utilisée lors d'un prétest sur dix personnes provenant de 10 autres entreprises/institutions wallonnes. De nouveaux aménagements du questionnaire au niveau de la forme (e.g. modification de certaines échelles de réponses, rappel des consignes) et du contenu (e.g. adaptation du vocabulaire) ont permis de finaliser la troisième et dernière version du questionnaire, qui est utilisée dans le cadre de cette étude.

Des analyses factorielles exploratoires ont ensuite été réalisées sur les données afin d'identifier des dimensions sous-tendant les facteurs bloquants et stimulants. Une première analyse factorielle avec rotation Varimax normalisée a mis 13 facteurs en évidence. En ne conservant que les items dont les loadings étaient supérieurs à .50, nous avons obtenu que 7 facteurs regroupent les six dimensions fixées a priori. Nous avons donc réalisé une seconde analyse factorielle avec rotation varimax normalisée, en fixant cette fois le nombre de facteurs à 6. A nouveau, aucune correspondance n'est apparue entre une dimension définie a priori et un facteur de l'analyse factorielle. De plus, les résultats montrent que les items des dimensions « nature des interventions », « type de résultats » et « méthodologie utilisée » apparaissent toujours simultanément dans un facteur. Nous avons alors considéré qu'ils étaient relatifs à une seule dimension, que nous avons appelée « méthodologie », ce qui laissait un total de quatre dimensions a priori. Nous avons enfin réalisé une troisième analyse factorielle, avec rotation Varimax normalisée, en fixant cette fois le nombre maximum de facteurs à 4. Quatre facteurs se sont dégagés. Les intitulés des items les composant sont repris dans le tableau 4. Le premier facteur, que nous avons appelé « communication/participation », regroupe 13 items, dont 9 sont relatifs à la communication/participation des acteurs-clés (items 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10 et 16) et 4 à d'autres dimensions : méthodologie (item 29), contexte (item 41) et aspects

temporels/financiers (items 47 et 50). Le second facteur, que nous avons appelé « méthodologie », regroupe 12 items, dont 10 relatifs à la méthodologie (items 18, 21, 22, 23, 26, 28, 30, 31, 32 et 33) et 2 relatifs à la communication/participation (items 13 et 15). Le troisième facteur regroupe 4 facteurs relatifs aux aspects temporels et financiers (items 45, 46, 48 et 49). Enfin, le quatrième facteur regroupe cinq items relatifs au contexte entourant la démarche, en particulier les changements survenant pendant son déroulement (items 34, 35, 36, 37 et 38), nous l'avons appelé « contexte ». Ces quatre facteurs regroupent 34 des 50 items de départ, et expliquent respectivement 14,48%, 14%, 7,61% et 7,35% de la variance. La variance totale expliquée est de 43,44%. Sur base de ces résultats, nous avons créé quatre nouveaux facteurs globaux, en calculant, pour chaque répondant, la moyenne des scores obtenus aux items du facteur. Les alphas de Cronbach (compris entre .83 et .92) témoignent de la bonne validité interne de ces nouvelles échelles.

## II.2. ECHANTILLON

Nous avons créé un carnet de 863 adresses d'entreprises/institutions wallonnes, provenant des provinces de Liège, du Luxembourg et du Hainaut, appartenant à différents secteurs d'activités et de différentes tailles (avec un minimum de 20 travailleurs). Nous les avons classées par ordre alphabétique, et avons adressé les questionnaires, toujours selon l'ordre alphabétique, une fois sur quatre au médecin du travail, au conseiller en prévention, au responsable RH ou à un membre de la direction. Ces quatre catégories de répondants ont été choisies car elles représentent les différents échelons du management et de la hiérarchie qui ont un rôle d'expert ou un pouvoir décisionnel dans la gestion du stress en Belgique. Trois lettres de rappel ont été envoyées. La procédure s'est étalée sur une période de trois mois. Sur les 863 entreprises/institutions questionnées, 210 nous ont répondu, soit un taux de réponse égal à 24,33%. Sur les 210 entreprises répondantes, 30 (14,30%) avaient, au moment de répondre à l'enquête, déjà réalisé un diagnostic de stress, contre 150 (71,4%) n'en ayant pas réalisé et ne prévoyant pas de le faire prochainement. En outre, 8 entreprises (3,80%) prévoyaient de réaliser prochainement un diagnostic, et 16 répondants (7,60%) ne savaient pas si un diagnostic de stress avait déjà été réalisé dans leur entreprise ou pas. Enfin, 6 répondants (2,86%) n'ont pas répondu à cette question. En raison de leur faible effectif, ces trois derniers groupes n'ont pas été pris en compte dans les analyses, ce qui laisse un échantillon final de 180 répondants. La répartition des répondants selon le secteur d'activité et la taille de l'entreprise, et selon la fonction des répondants, pour l'échantillon global, et pour les sous-échantillons d'entreprises avec ou sans diagnostic, est présentée dans le tableau 1. Enfin, parmi les 30 entreprises ayant

déjà réalisé un diagnostic, plus de la moitié (N=17 ; 56,67%) ont opté pour un diagnostic sur base d'un questionnaire, une (3,33%) pour des entretiens individuels, une (3,33%) pour des entretiens de groupes, aucune pour des observations des postes de travail, et 10 (33,33%) ont cumulé plusieurs de ces outils.

**Tableau 1. Composition de l'échantillon**

**Table 1. Sample composition**

### III. ANALYSES

Pour l'évaluation des pratiques à travers les questions ouvertes, des analyses de contenu ainsi qu'un calcul de fréquences et de pourcentages ont été utilisés.

Des statistiques descriptives par item (moyennes et écarts-types) ont été utilisées pour analyser les aspects bloquant et stimulant l'intervention. Nous avons considéré comme bloquants les facteurs dont la moyenne était inférieure à 3 sur 5, et comme stimulants ceux dont elle était supérieure à 3 sur 5. Nous avons également tenu compte de l'amplitude de l'écart-type : plus il était petit, plus les scores des répondants étaient identiques, et plus la moyenne du facteur était considérée comme pertinente. Afin d'évaluer l'association entre les facteurs perçus comme bloquants/stimulants et la réalisation ou non d'un diagnostic d'une part, la mise en place ou non d'interventions d'autre part, nous avons ensuite catégorisé les items sur base de leur score : ceux ayant un score égal à 1 ou à 2 ont été considérés comme facteurs bloquants (FB), ceux avec un score égal à 3 comme facteurs neutres (FN), et ceux avec un score égal à 4 ou à 5 comme facteurs stimulants (FS). Nous avons, pour chaque item, calculé un chi-carré d'indépendance entre la perception bloquant/stimulant et la réalisation d'un diagnostic ou non d'abord, la mise en place ou non d'interventions ensuite. Contrairement à ce qui est habituellement recommandé, la valeur attendue de certaines catégories d'analyses était inférieure à 5. Toutefois, selon Everitt (1977), la statistique chi-carré peut malgré tout être utilisée dans un tel cas.

Enfin, les quatre facteurs identifiés par l'analyse factorielle ont été utilisés dans 4 analyses simples de variance multivariée (MANOVA). Ceci nous a permis d'identifier l'effet respectif des 4 variables indépendantes « diagnostic », « secteur », « taille », et « fonction » (cf.

hypothèses 4a, 4b, 4c, et 4d, respectivement) sur ces quatre facteurs bloquant/stimulant l'intervention.

Le recours aux MANOVAS nécessite la satisfaction de trois conditions : homogénéité des variances, égalité des matrices de covariances et normalité. Ces conditions ont été vérifiées par des tests de Levene, des tests de Box et des tests de Shapiro-Wilk, respectivement. Tous les tests de Levene sont non significatifs (tous les  $p > .09$ ), ce qui nous permet de conclure à l'homogénéité des variances. Tous les tests de Box sont non significatifs (tous les  $p > .09$ ), sauf pour la variable « secteur »,  $M(30 ; 10637,81) = 48.51$ ,  $p = .04$ . On peut donc conclure que, à l'exception de la variable « secteur », les matrices de covariance observées sont égales à travers les groupes. Enfin, en ce qui concerne les tests de Shapiro-Wilk, tous les résultats sont significatifs. Nous ne pouvons donc pas dire que nos données se distribuent normalement. Cependant, certains auteurs suggèrent que des écarts par rapport à la normalité n'ont qu'un faible effet sur le taux d'erreur de type I (e.g. Zar, 1999, p.320).

#### IV. RESULTATS

##### IV.1. EVALUATION DES PRATIQUES

Un chi-carré d'indépendance nous a permis d'établir un lien entre la réalisation d'un diagnostic et le secteur d'activité,  $\chi^2(3) = 9,31$  ;  $p = .03$ . Des analyses post hoc sur base du critère de Bonferroni ont permis de montrer qu'on observe proportionnellement plus de diagnostic parmi les institutions du secteur de la santé que dans les institutions/entreprises des autres secteurs. Nous avons également pu établir un lien entre la réalisation d'un diagnostic et la taille des entreprises,  $\chi^2(5) = 47,61$  ;  $p = .00$ . Les entreprises de 1000 personnes et plus sont celles qui réalisent le plus de diagnostics, celles de moins de 50 personnes sont celles qui en réalisent le moins. Ces résultats vont donc contre *l'hypothèse 1a*, selon laquelle la législation devrait susciter la mise en place d'un diagnostic du stress au travail au sein des entreprises, peu importe leur taille ou leur secteur d'activité.

Sur les 30 entreprises ayant décidé de réaliser un diagnostic du stress au travail, dix-huit (60%) l'ont inscrit dans une démarche d'intervention. Au total, 33 interventions ont été mises en place dans ces 18 milieux. *L'hypothèse 1b*, selon laquelle le diagnostic de stress serait suivi d'interventions, est donc confirmée dans la moitié des cas.

Les interventions citées ont été classifiées selon qu'elles étaient centrées sur l'environnement de travail ou sur les travailleurs. Ce critère de classification est souvent utilisé dans la littérature (par exemple : Geurt & Gründemann, 1999 ; Kompier et al., 2000 ; Kompier et al., 1998). Le tableau 2 distingue les interventions selon qu'elles sont centrées sur l'environnement de travail ou sur les travailleurs. On remarque également que, sur les 33 interventions relevées, la majorité ( $N = 29$  ; 87,88%) sont centrées sur l'environnement de travail contre 4 (12,12%) centrées sur les travailleurs, ce qui va contre l'hypothèse 1c, selon laquelle les interventions centrées sur les travailleurs sont plus fréquentes que les interventions collectives (centrées sur les conditions de travail). La majorité des interventions centrées sur l'environnement de travail portent sur des stressseurs psychosociaux ( $N = 27$ ) plutôt que sur des stressseurs physiques ( $N = 2$ ).

Enfin, neuf entreprises sur les 18 ayant mis des actions en place suite au diagnostic déclarent avoir remarqué une amélioration de la situation. Cependant, huit d'entre elles déclarent ne pas savoir si une amélioration est observable, ce qui tend à montrer une absence de suivi et d'évaluation des interventions. L'hypothèse 1d n'est donc confirmée que dans la moitié des cas.

**Tableau 2. Classification des interventions ( $N = 36$ )**

**Table 2. Taxonomy of interventions ( $N = 36$ )**

#### IV.2. ASPECTS BLOQUANT/STIMULANT LA MISE EN PLACE D' ACTIONS SUITE AU DIAGNOSTIC

##### IV.2. A. Analyses par items

Les moyennes et écart-types des cinquante items sont présentés dans le tableau 3. Six aspects stimulants ont été identifiés, dont cinq sont relatifs à la communication, l'implication et la participation des acteurs-clés : transmettre les résultats du diagnostic de façon appropriée (item 3), le soutien/le support de la direction (item 8), l'implication de la direction (item 9), l'implication de la ligne hiérarchique (item 10) et l'implication des travailleurs (item 12). Le sixième aspect stimulant est relatif au contexte de l'entreprise: le bon climat social de l'entreprise (item 41). Ceci est en accord avec l'hypothèse 3a, selon laquelle les facteurs relatifs à la communication, la participation et l'implication sont considérés comme facteurs stimulants.

Douze aspects bloquants ont pu être mis en évidence (voir tableau 3). Cinq items sont relatifs aux aspects temporels et financiers: laisser s'écouler du temps entre le diagnostic et les

interventions (item 43), le coût élevé du diagnostic (item 45), le coût élevé des interventions (item 46), le coût élevé lié à l'intervention du Service Externe de Prévention et de Protection (item 48) et le coût élevé lié à l'intervention d'experts externes (item 49). Ceci va dans le sens de l'*hypothèse 3b*, selon laquelle les aspects relatifs aux aspects temporels et financiers sont considérés comme facteurs bloquants. Six items sont relatifs au contexte de l'entreprise au moment de la démarche: les changements tels que fusions, restructurations, etc. (item 34), les changements dans les structures internes (item 35), les changements au niveau de la direction (item 36), l'annonce de changements dans l'entreprise (item 37), les changements de priorités par rapport à la gestion des risques (item 38) et la charge de travail après le diagnostic non liée à la démarche de prévention (item 39). Ceci est en accord avec l'*hypothèse 3c*, selon laquelle les aspects relatifs au contexte sont perçus comme bloquants. Le dernier item identifié comme bloquant est l'item 17, relatif à la nature des interventions: focalisation des interventions sur un service et pas sur l'ensemble de l'entreprise.

L'analyse des données s'est ensuite focalisée sur le lien entre le fait de percevoir un aspect bloquant/stimulant et la réalisation ou non d'un diagnostic de stress. Au total, seuls 7 items sur 50 sont perçus différemment selon qu'un diagnostic ait été réalisé ou non (voir tableau 4) : être informé de la mise en place d'une démarche de prévention du stress au travail (item 1), le fait que les résultats du diagnostic soient transmis de façon appropriée (item 3), la communication entre les acteurs-clés de l'entreprise/institution (item 4), la collaboration entre les acteurs-clés de l'entreprise/institution (item 15), le fait de constituer un comité de pilotage ou de suivi du projet (item 30), le changement de priorités par rapport à la gestion des risques (item 38) et l'obligation légale (item 40). Il existe donc, pour ces items, une association entre la perception bloquant/stimulant et le fait d'avoir réalisé ou non un diagnostic. Les valeurs du coefficient V de Cramer (entre .19 et .32) montrent que ces associations sont relativement faibles à modérées. Les analyses post-hoc selon l'approche conservatoire de Bonferroni ne nous ont pas permis de préciser ces associations. Cependant, une analyse des fréquences observées fournit quelques informations. En ce qui concerne les items 1, 3, 4 et 15 (relatifs à la communication et à la participation), tous les répondants ont tendance à les considérer comme stimulants, peu importe que leur entreprise ait réalisé ou non un diagnostic de stress au travail. Cependant, le pourcentage de répondants les considérant comme neutres ou bloquants est plus élevé parmi les entreprises sans diagnostic. On peut tirer la même conclusion à propos de l'item 30 (relatif à la méthodologie). En ce qui concerne l'item 38 (relatif au contexte), les répondants d'entreprises/institutions avec diagnostic ont tendance à le considérer comme aspect bloquant

ou neutre, alors que ceux d'entreprises/institutions sans diagnostic le considèrent comme facteur neutre. Enfin, en ce qui concerne l'item 40 (relatif au contexte), les répondants d'entreprises sans diagnostic le considèrent comme neutre, alors que ceux d'entreprises avec diagnostic le considèrent comme stimulant. L'hypothèse 4a, selon laquelle les aspects bloquants et stimulants seraient différents selon qu'un diagnostic de stress ait été réalisé ou non, n'est donc que partiellement confirmée (7 items seulement sur les 50 évalués).

**Tableau 3. Statistiques descriptives et chi-carrés pour les aspects bloquant/stimulant l'intervention**

**Table 3. Descriptive statistics and chi-squares for blocking and stimulating factors for intervention**

#### IV.2. B. Analyses par facteurs

L'analyse factorielle décrite au point III a mis en évidence quatre facteurs principaux: la méthodologie utilisée, la communication/participation, le contexte de l'entreprise et les aspects temporels/financiers. Les facteurs «aspects temporels/financiers» et «contexte» ont un caractère plutôt bloquant ( $M = 2.02, SD = .61$  ;  $M = 2,58, SD = .61$ , respectivement) tandis que les facteurs «méthodologie utilisée» et «communication/participation» ont un caractère plutôt stimulant ( $M = 3,60, SD = .53$  ;  $M = 3,96, SD = .47$ , respectivement). Ceci confirme à nouveau les hypothèses 3a, 3b et 3c.

Le dernier résultat concerne la différence dans les scores moyens aux 4 facteurs selon 4 variables indépendantes, i.e. le fait d'avoir réalisé ou non un diagnostic, le secteur de l'entreprise, son effectif et enfin la fonction du répondant. Le tableau 4 montre que les MANOVAS réalisées avec les variables «secteur», «taille de l'entreprise» et «fonction» se sont révélées non significatives,  $\lambda(12 ; 336,30) = .89$  ;  $p = .21$ ,  $\lambda(20 ; 422,16) = .83$ ,  $p = .23$ ,  $\lambda(16 ; 385,57) = .84$  ;  $p = .15$ , respectivement. Nous ne pouvons donc confirmer les hypothèses 4b, 4c et 4d. Enfin, la MANOVA réalisée avec la variable «diagnostic» s'est révélée significative,  $\lambda(4;132) = .91$  ;  $p = .01$ , pour la dimension «aspects temporels/financiers»,  $F(1;135) = 4,81$  ;  $p = .03$ . Les facteurs liés aux aspects temporels et financiers sont toujours perçus comme bloquants, mais cet effet est moins marqué chez les entreprises ayant réalisé un diagnostic de stress au travail. Ceci confirme partiellement l'hypothèse 4a et les résultats obtenus pour les analyses par items.

**Tableau 4. MANOVA, moyennes et écart-types des 4 facteurs bloquants/stimulants**

**Table 4. MANOVA, means and standard deviations of the 4 blocking/stimulating factors**



## V. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les pratiques des entreprises et institutions wallonnes en matière de prévention du stress au travail et d'identifier les facteurs stimulant et bloquant la mise en place d'interventions après le diagnostic. Parmi les 180 entreprises ayant répondu à notre questionnaire, à peine une sur six a réalisé un diagnostic de stress. Les institutions du secteur de la santé se distinguent en termes de diagnostic tandis que les entreprises de moins de 50 personnes en réalisent le moins. Par ailleurs, on constate que seulement une entreprise sur deux passe du diagnostic à l'action, et seulement une sur quatre inscrit les interventions dans une démarche d'évaluation des effets. Plusieurs points spécifiques de nos résultats méritent une analyse approfondie.

Premièrement, lorsqu'on considère le type d'interventions mises en place après le diagnostic, on constate qu'il s'agit principalement d'interventions centrées sur les conditions de travail. Cependant, il est difficile de conclure que ces interventions font suite au diagnostic de stress et qu'elles ne font pas partie de pratiques en ressources humaines déjà en vigueur auparavant dans l'entreprise. En effet, dans la pratique, on remarque qu'un amalgame se fait dans le chef des travailleurs entre ces deux types de pratiques. De plus, ce résultat est surprenant au regard de la littérature (Cartwright et al., 1996 ; Kompier et Cooper, 1999), mais confirme les résultats obtenus par Geurts et Gründemann (1999). Cependant, à l'inverse de leurs résultats, la majorité des interventions centrées sur l'environnement de travail portent sur des stressors psychosociaux plutôt que sur des stressors physiques. On ne peut toutefois pas d'emblée conclure à une évolution des mentalités concernant la prévention du stress, dans la mesure où la différence peut s'expliquer par les échantillons utilisés. Geurts et Gründemann ont interrogé un grand nombre d'entreprises ayant réalisé un diagnostic de stress ( $N = 1451$ ) installées dans plusieurs pays européens, dont 30% employaient plus de 500 travailleurs. Nous nous sommes concentrés sur un petit échantillon d'entreprises et institutions installées en Belgique ( $N = 180$ , dont seulement 30 avaient réalisé un diagnostic de stress), plus particulièrement en Wallonie. Les entreprises de moins de 500 personnes et de plus de 500 personnes étaient représentées de façon égale (52,6% et 47,3%, respectivement). Les deux échantillons divergent donc au niveau de leur taille, de la localisation du public-cible et de l'effectif des entreprises répondantes.

Le second point d'analyse concerne l'absence, dans la plupart des cas, d'une évaluation systématique de l'efficacité des interventions mises en place. La principale difficulté de l'évaluation des effets des interventions consiste à établir une relation de causalité avec les

interventions mises en place. En effet, une méthodologie d'évaluation, faisant appel à la constitution de groupes contrôles et expérimentaux et à la comparaison de mesures avant-après, est particulièrement difficile à envisager dans le contexte particulier du milieu de travail. Habituellement, lors de l'évaluation des effets d'interventions de prévention du stress au travail, la variable «traitement» est considérée comme une variable dichotomique : elle est soit attribuée (groupe expérimental) soit non attribuée (groupe contrôle<sup>1</sup>). On ne tient donc pas compte de la variabilité de l'application du programme (implémentation partielle, défectueuse, irrégulière), ni des caractéristiques individuelles des bénéficiaires (Lipsey & Cordray, 2000). De plus, la priorité est donnée à l'étude des résultats plutôt qu'à l'étude du processus. Comment alors déterminer si l'absence d'effet d'une intervention est due à l'échec de l'intervention elle-même ou à l'échec de sa mise en place ? Dans cette perspective, Randall, Griffiths et Cox (2005) proposent une nouvelle méthode d'évaluation de l'efficacité des interventions de prévention du stress au travail, une approche « flexible ». Il s'agit d'adapter le processus d'évaluation au déroulement de l'intervention. Plutôt que de déterminer à l'avance quels seront les groupes exposés ou non à l'intervention et de les comparer selon une analyse prétest/posttest, les auteurs proposent d'évaluer le degré d'exposition des participants à l'intervention lors du posttest, et de constituer les groupes expérimentaux et contrôle sur base de cette mesure. Cette technique permettrait de détecter un changement entre le prétest et le posttest, là où une méthode traditionnelle ne le permettrait pas et conclurait à l'inefficacité de l'intervention. Ce genre de méthodologie n'est cependant pas exempt de problèmes, notamment en ce qui concerne l'opérationnalisation de l'exposition à l'intervention (comment identifier les indicateurs de l'exposition à l'intervention).

Le troisième axe d'analyse se base sur les aspects facilitant/bloquant le passage à l'intervention après le diagnostic. Les aspects facilitant l'intervention sont pour la plupart relatifs à la communication/participation/implication des acteurs-clés de l'entreprise. Ces résultats vont dans le sens de la littérature: plusieurs études soulignent l'impact positif des facteurs relatifs à la communication et la participation sur la mise en place d'actions après le diagnostic (Cartwright et al., 1996 ; Israël et al., 1996 ; Ivancevich et al., 1990 ; Kompier et al., 2000 ; Kompier et al., 1998 ; Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995 ; Levi, 1990 ; Sauter et al., 1990 ; Schurman & Israel, 1996 ; Terra, 1996). Il faut également souligner que, dans notre étude, si l'influence positive de l'implication de la direction, de la ligne hiérarchique et des travailleurs

---

<sup>1</sup> Des questions déontologiques se posent à ce niveau : comment décider qu'un groupe à risques bénéficiera d'une intervention et qu'un autre groupe à risques n'en bénéficiera pas, pour constituer le groupe contrôle ?

sur le déroulement de la démarche est soulignée, celle des syndicats ne semble pas mise en évidence. On peut se demander si nos résultats auraient été différents si notre enquête avait également été adressée à des représentants des travailleurs. Concernant les obstacles à la mise en place d'actions après le diagnostic, six sont relatifs aux aspects temporels et financiers liés à la démarche, et six au contexte entourant la démarche, en particulier les changements organisationnels. Si l'impact négatif de certains éléments de contexte a déjà été cité dans d'autres études (Israel et al., 1996 ; Landsbergis & Vivona-Vaughan, 1995), il s'agissait principalement d'éléments tels que la récession économique, un climat de crise ou encore la rotation des membres de la direction. Le fait que les changements organisationnels influencent négativement le passage à l'intervention suite au diagnostic de stress est par contre un élément nouveau au vu de la littérature actuelle. Notre étude a donc permis de préciser le rôle du contexte sur le passage à l'intervention.

Le quatrième axe d'analyse concerne le lien entre la perception des facteurs bloquants/stimulants et les variables indépendantes. Nos résultats montrent qu'il existe un consensus entre les entreprises concernant les facteurs considérés clairement comme bloquants ou stimulants, peu importe qu'elles aient réalisé ou non un diagnostic de stress. Pour les facteurs moins clairement définis comme bloquants ou stimulants, des différences se marquent entre les entreprises selon qu'elles ont ou non réalisé un diagnostic. De façon générale, les répondants d'entreprises ayant réalisé un diagnostic de stress considèrent que les facteurs liés aux aspects temporels et financiers sont moins bloquants que ne le considèrent les répondants d'entreprises n'ayant pas réalisé de diagnostic. Il existe donc une différence entre les entreprises ayant réalisé un diagnostic et celles n'en ayant pas réalisé, en termes de stratégie de gestion des contraintes (temporelles et financières). On peut se demander si l'expérience du diagnostic permet ces apprentissages ou si la prise en compte de ces éléments par les personnes-clés de l'entreprise facilite le passage à l'intervention. Enfin, nos résultats n'ont montré aucune différence de perception des facteurs bloquants/stimulants selon le secteur ou la taille de l'entreprise, ni selon la fonction du répondant. Il semble que ce qui importe est le fait que l'entreprise soit déjà engagée dans une démarche de diagnostic de stress.

Par ailleurs, nos résultats montrent aussi que les petites entreprises (moins de 50 personnes) réalisent moins de diagnostic de stress que les plus grandes. Enfin, les institutions du secteur de la santé en réalisent plus que les entreprises des autres secteurs d'activité. On peut expliquer cela par une longue tradition d'expériences en matière de stress et d'épuisement professionnel

dans le domaine des soins de santé (pour une revue de la littérature, voir notamment Firth & Britton, 1989 ; Heim, 1990 ; Revicki & May, 1989 ; Ruiz & Rios, 2004). On peut donc supposer que les personnes travaillant dans des institutions du secteur de la santé sont particulièrement sensibilisées au problème de la prévention du stress au travail et mieux informées sur ce sujet.

Bien que cette étude ait permis de mieux comprendre les pratiques d'intervention relatives au stress et aux risques psychosociaux, elle souffre de plusieurs limites. La première limite de notre étude se situe au niveau du faible taux de réponse à notre enquête et la petite taille de notre échantillon. Ceci limite donc fortement la représentativité de notre échantillon, même si l'échantillon présente l'avantage, par rapport à d'autres études, de prendre en considération des entreprises de différents secteurs d'activité et dont l'effectif varie entre 20 et plus de 10 000 travailleurs. Il est également possible que les entreprises satisfaites ou actives de/dans leur démarche de prévention soient plus représentées dans l'échantillon, provoquant alors une surestimation des entreprises ayant réalisé un diagnostic. Par ailleurs, la modalité d'envoi a augmenté la probabilité de perte des questionnaires car ceux-ci n'étaient pas adressés nominativement mais à la fonction recherchée du potentiel répondant. La dernière limite concerne le public-cible de notre échantillon. Le fait qu'il y ait quatre types de répondants différents (médecins du travail, conseillers en prévention, responsables RH et membres de la direction) a pu avoir une influence sur les résultats dans le sens où chacun a des contacts particuliers avec les travailleurs, et est confronté à un aspect particulier de leurs expériences de vie au travail. Ceci peut les amener à considérer différemment les éléments entourant une démarche de prévention du stress. Les résultats des Manovas tendent à montrer l'absence d'effets de la fonction du répondant sur la perception des facteurs bloquants et stimulants. En ce qui concerne la partie qualitative du questionnaire, nos données sont trop peu nombreuses pour réaliser des analyses pertinentes de l'impact de la fonction. Il serait donc intéressant de répliquer cette étude sur un plus large échantillon de répondants d'entreprises avec diagnostic, afin de déterminer si la fonction qu'ils occupent (et les contacts particuliers avec les travailleurs qu'elle implique) a une influence sur leur perception de la démarche dans sa globalité (tant les facteurs bloquants et stimulants, que la demande à l'origine de la démarche, ses résultats les plus significatifs, les interventions qui en ont découlé, ou les effets, positifs et/ou négatifs, de ces interventions). Enfin, nous n'avons pas interrogé de travailleurs ni de représentants syndicaux. D'abord pour des raisons pratiques et organisationnelles (difficultés pour adresser le questionnaire, notamment). Ensuite, parce que nous avons pu observer lors de l'étude

exploratoire, qu'ils ne disposaient pas de suffisamment d'informations pour répondre à toutes les questions. Il serait intéressant de répliquer cette étude en l'adaptant de façon à cibler cette population spécifique de représentants des travailleurs.

## VI. CONCLUSION

Cette étude a permis de cerner de façon plus précise les pratiques d'entreprises belges en matière de diagnostic du stress au travail, notamment en ce qui concerne les interventions mises en place. Plus particulièrement, nous avons pu souligner une tendance vers une augmentation des interventions centrées sur l'environnement de travail par rapport aux interventions centrées sur les travailleurs. Il semblerait également que, de façon plus spécifique, on passe d'interventions centrées sur le travail concernant des stressseurs physiques, à des interventions centrées sur le travail concernant des stressseurs psychosociaux. On peut supposer que, comme l'approche ergonomique dans les années 1970, la gestion des risques psychosociaux par des approches collectives ait besoin de temps pour s'imposer parmi les praticiens de l'intervention (médecins du travail, conseillers en prévention, psychologues cliniciens...), plus à l'aise dans des actions individuelles (Ivancevich et al., 1990 ; Kahn & Byosiére, 1992 ; Kompier et Cooper, 1999). Il est cependant difficile de conclure que cette évolution est due à une modification des pratiques plutôt qu'à une évolution des postes de travail, dans laquelle la flexibilité et la charge mentale sont accrues, tandis que les stressseurs physiques sont moins présents.

Nous avons également pu tester, de manière systématique et conjointe, divers aspects bloquant et stimulant l'intervention, qui avaient été auparavant suggérés dans différentes études. Nous avons identifié deux catégories de facteurs facilitant la mise en place d'interventions après le diagnostic, i.e. les facteurs liés à la communication/participation des acteurs-clés et à la méthodologie utilisée, et deux catégories de facteurs gênant le passage à l'intervention, i.e. les facteurs liés aux aspects temporels/financiers et au contexte, en particulier aux changements organisationnels. Ces résultats appuient les suggestions émises dans la littérature scientifique concernant les pratiques de prévention du stress au travail. En outre, les résultats relatifs aux changements organisationnels sont importants dans le sens où ces changements font partie du quotidien des travailleurs, et sont donc des éléments à considérer lors de la mise en place d'une démarche de diagnostic de stress.

Globalement, en termes d'implications pratiques, notre étude permet de souligner la nécessité d'actions de sensibilisation dans nos entreprises, tant au niveau de la mise en place d'une démarche de prévention du stress qu'au niveau de l'évaluation de l'efficacité des actions mises en place. Plus spécifiquement, des actions de sensibilisation sont nécessaires concernant l'impact de certains facteurs entourant la démarche. En particulier, ces actions devraient porter d'une part sur l'impact positif de facteurs liés à la méthodologie utilisée et la communication/participation des acteurs-clés et d'autre part, sur l'impact négatif de facteurs liés au contexte (en particulier les changements) et aux aspects temporels et financiers sur la mise en place d'actions après le diagnostic. Notre étude montre cependant que l'expérience du diagnostic a permis aux acteurs de la prévention d'être conscients de l'impact positif des facteurs liés à la communication par rapport à la démarche et de l'impact négatif des facteurs liés au contexte, en particulier les changements en cours dans l'entreprise, sur le passage à l'intervention après le diagnostic. Il semble également qu'elle leur ait permis d'acquérir des stratégies pour faire face aux contraintes temporelles et financières. On pourrait, dès lors, envisager la constitution de «guides de bonnes pratiques», avec la collaboration des entreprises ayant mis en place une démarche complète de prévention du stress. Kompier et al. (1998) et Schaufeli et Kompier (2001) préconisent en effet le recours à des exemples de bonnes pratiques de prévention pour favoriser le développement de procédures efficaces de prévention du stress, et encourager l'implication des travailleurs et de la direction.

Il faut aussi retenir de cette étude que ces actions de sensibilisation sont d'autant plus nécessaires que la taille de l'entreprise est faible. Notre étude montre en effet que les entreprises de petite taille réalisent particulièrement peu de diagnostic de stress. La question qui se pose est « comment toucher ce public ? ». On peut également se demander si le questionnaire est un outil de diagnostic adéquat dans le cadre d'entreprises de petite taille. Il est plus que probable que les conditions de confidentialité seront difficiles à satisfaire. Il est donc nécessaire de mieux définir cette population spécifique, d'identifier ses particularités en termes notamment d'organisation du travail, de structure, de répartition des rôles et des responsabilités, afin d'y adapter les pratiques de sensibilisation et les outils de diagnostic.

## VII. REFERENCES

Brusco, F., & Pestiaux, J.L. (2000). La méthode participative dans l'approche du stress en entreprise. *Médecine du Travail et Ergonomie*, 37, 161-163.

- Cartwright, S., Cooper, C.L., & Murphy, L.R. (1996). Diagnosing a healthy organization: a proactive approach to stress in the workplace. In L.R. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter, & G.P. Keita (Eds.), *Job stress interventions* (pp. 217-234). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cooper, C.L., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind, healthy organization: a proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47(4), 455-471.
- De Zanet, F., Hansez, I., Bossut, M., Vanderberghe, C., & De Keyser, V. (2004). Analyse du discours de travailleurs confrontés à des changements organisationnels: une perspective transactionnelle. *Le Travail Humain*, 67(3), 257-281.
- Delaunoy, M., Malchaire, J., & Piette, A. (2002). Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise. *Médecine du Travail & Ergonomie*, 39(1), 13-28.
- Dengis, A.C. (2006). *Evaluation post-diagnostic de la démarche de prévention des risques psychosociaux sur le lieu de travail : analyse des facteurs bloquants et stimulants*. Mémoire de licence non publié, Université de Liège, Belgique.
- Dollard, M.F., & Winefield, A.H. (1996). Managing occupational stress: a national and international perspective. *International Journal of Stress Management*, 3(2), 69-83.
- Everitt, B.S. (1977). *The analysis of contingency tables*. London, UK: Chapman & Hall.
- Firth, H. & Britton, P. (1989). Burnout, absence and turnover among British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59
- François, M., & Liévin, D. (2006). Démarche de prévention du stress au travail : la réalisation d'un diagnostic organisationnel. *Documents pour le Médecin du Travail*, 107, 309-319.
- Geurts, S., & Gründemann, R. (1999). Workplace stress and stress prevention in Europe. In M. Kompier & C. Cooper (Eds.), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace* (pp. 9-32). London, UK: Routledge.
- Hansez, I., & Peters, S. (2006). E-WOCCQ - *Conduite d'un diagnostic et analyse des données*. *Notes de cours - partie 1*. Liège: Service de Psychologie du Travail, Université de Liège.
- Hansez, I., Grisard, A., De Keyser, V., De Zanet, F., D'Hoore, W., Vandenberghe, C. (2005). L'impact des changements vécus par les travailleurs sur le bien-être au travail: Analyse de la base de données Flexihealth. In Battistelli, A., Depolo, M., Fraccaroli, F. (sous la direction de), *La qualité de la vie au travail dans les années 2000*. Actes du 13<sup>ème</sup> Congrès de Psychologie du Travail et des Organisation de Langue Française (pp. 609-617). CD-rom. Bologna : CLUEB.
- Heim, E. (1990). Job stressors and coping in health professions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 90-99

- Israel, B., Baker, E., Goldenhar, L., Heaney, C., & Schurman, S. (1996). Occupational stress, safety and health: conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(3), 261-286.
- Ivancevich, J.M., Matteson, M.T., Freedman, S.M., & Phillips, J.S. (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist, 45*, 252-261.
- Kahn, R.L., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.
- Karasek, R. (1989). Control in the workplace and its health-related aspects. In S.L. Sauter, J.J. Hurrell, & C.L. Cooper (Eds.), *Job control and worker health* (pp. 169-160). Chichester, UK: Wiley.
- Kompier, M., & Cooper, C.L. (1999). Introduction: improving work, health and productivity through stress prevention. In M. Kompier & C. Cooper (Eds.), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace* (pp.1-8). London,UK: Routledge.
- Kompier, M., Cooper, C., & Geurts, S. (2000). A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 9*(3), 371-400.
- Kompier, M., Geurts, S., Gründemann, R., Vink, P., & Smulders, P. (1998). Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine, 14*(3), 155-168.
- Landsbergis, P., & Vivona-Vaughan, E. (1995). Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency. *Journal of Organizational Behavior, 16*(1), 29-48.
- Levi, L. (1990). Occupational stress: spice of life or kiss death? *American Psychologist, 45*, 1142-1145.
- Lipsey, M.W., & Cordray, D.S. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology, 51*, 345-375.
- Malarewicz, J.A. (2004). *Gérer les conflits au travail. La médiation systémique en entreprise*. Paris: Village Mondial.
- 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* (pp. 301-342). New-York: Wiley.



- Randall, R., Griffiths, A., & Cox, T. (2005). Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 14*(1), 23-41.
- Revicki, D. & May, H.J. (1989). Organizational characteristics, occupational stress and mental health in nurses. *Behavioral Medicine, 15*, 30-36
- Reynolds, S., Taylor, E., & Shapiro, D.A. (1993). Session impact in stress management training. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66*, 99-113.
- Ruiz, C. O., & Rios, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas / Burnout in caregivers: review and perspectives. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(1), 137-160.
- Sauter, S.L., Murphy, L.R., & Hurrell, J.J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders. *American Psychologist, 45*, 1146-1158.
- Schaufeli, W.B., & Kompier, M.A.J. (2001). Managing job stress in the Netherlands. *International Journal of Stress Management, 8*(1), 15-34.
- Schurman, S.J., & Israel, B.A. (1996). Redesigning work systems to reduce stress: a participatory action research approach to creating change. In L.R. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter, & G.P. Keita (Eds), *Job stress interventions (pp. 235-264)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Siegrist, J. (2001). A theory of occupational stress. In J. Dunham (Ed.), *Stress in the work place. Past, present and future (pp.52-66)*. London : Whurr Publishers.
- 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*, 219-229.
- Terra, N. (1996). The prevention of job stress by redesigning jobs and implementing self-regulating teams. In L.R. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter, & G.P. Keita (Eds), *Job stress interventions (pp. 265-282)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zar, J.H. (1999). *Biostatistical analysis (fourth edition)*. New Jersey: Prentice Hall.

Tableau 1.

Composition de l'échantillon global (N=180)

		Échantillon total		Diagnostic		Pas de diagnostic	
		N	%	N	%	N	%
Secteur	Production	76	42.22	12	40	64	42.67
	Services	42	23.33	6	20	36	24
	Santé	16	8.89	7	23.33	9	6
	Public	43	23.89	5	16.67	38	25.33
	Données manquantes	3	1.67	0	0	3	2
	TOTAL	180	100	30	100	150	100
Taille	Moins de 50	66	36.67	2	6.67	64	42.67
	50-100	36	20	4	13.33	32	21.33
	100-500	48	26.67	9	30	39	26
	500-1000	14	7.78	4	13.33	10	6.67
	1000-5000	12	6.67	8	26.67	4	2.70
	5000-10 0000	0	0	0	0	0	0
	Plus de 10 000	3	1.67	3	10	0	0
	Données manquantes	1	0.56	0	0	1	0.67
TOTAL	180	100	30	100	150	100	
Fonction	Conseiller en prevention	46	25.56	9	30	37	24.67
	Médecin du travail	8	4.44	5	16.67	3	2
	Responsable RH	42	23.33	7	23.33	35	23.33
	Direction	66	36.67	6	20	60	40
	Cumul de plusieurs fonctions	14	7.78	3	10	11	7.33
	Données manquantes	4	2.22	0	0	4	2.67
	TOTAL	180	100	30	100	150	100

Tableau 2.

Classification des interventions (N = 33)

NATURE DE L'INTERVENTION	N (%)
<b>Interventions centrées sur l'environnement de travail (N = 29 ; 87.88%)</b>	
- Changements dans l'organisation (e.g. redéfinition de fonctions, changements de postes)	7 (21.21)
- Amélioration de la communication	3 (9.09)
- Formations professionnelles (management, communication, gestion des priorités)	7 (21.21)
- Groupes de travail sur les sources du stress	6 (18.18)
- Ergonomie (mesure du bruit, équipements de protection, mobilier, ...)	2 (6.06)
- Evaluation annuelle/trimestrielle	1 (3.03)
- Expertise sur un thème du diagnostic	2 (6.06)
- Information (e.g. brochures, affiches)	1 (3.03)
<b>Interventions centrées sur les travailleurs (N = 4 ; 12.12%)</b>	
- Entretiens individuels/psychologiques	1 (3.03)
- Relaxation	3 (9.09)

Tableau 3.

Statistiques descriptives et chi-carrés pour les aspects bloquant/stimulant l'intervention

ITEM	<i>M (SD)</i>	Entreprises avec diagnostic ( <i>N</i> =30)			Entreprises sans diagnostic ( <i>N</i> =150)			$\chi^2$	<i>df</i>	<i>P</i> =	
		FB- <i>N</i> (%)	FN- <i>N</i> (%)	FS- <i>N</i> (%)	FB- <i>N</i> (%)	FN- <i>N</i> (%)	FS- <i>N</i> (%)				
<b>Dimension 1: Communication/participation</b>											
1	Etre informé de la mise en place d'une démarche de prévention du stress	3.69 (.80)	0 (0.0)	4 (13.33)	25 (83.33)	9 (6)	53 (35.33)	82 (54.67)	9.03	2	.01*
2	Etre mis au courant des résultats du diagnostic	3.79 (.83)	1 (3.33)	2 (6.67)	26 (86.67)	10 (6.67)	33 (22)	98 (65.33)	5.02	2	.08
3	Les résultats du diagnostic sont transmis de façon appropriée	<b>3.91 (.75)</b>	1 (3.33)	1 (3.33)	27 (90)	3 (2)	37 (24.67)	102 (68)	7.17	2	.03*
4	La communication entre les acteurs-clés de l'entreprise/institution (direction, syndicats, travailleurs, ...)	3.92 (.86)	2 (6.67)	0 (0.0)	28 (93.33)	10 (6.67)	28 (18.67)	105 (70)	7.16	2	..03*
5	Prendre en compte le point de vue des travailleurs	3.98 (.95)	4 (13.33)	3 (10)	23 (76.67)	11 (7.33)	20 (13.33)	113 (75.33)	1.23	2	.54
6	L'appel à des experts externes (consultants, SEPP, ...)	3.42 (.99)	3 (10)	7 (23.33)	20 (66.67)	28 (18.67)	48 (32)	67 (44.67)	4.02	2	.13
7	L'appel à des experts internes (conseiller en prévention, SIPP, ...)	3.46 (.85)	2 (6.67)	6 (20)	20 (66.67)	20 (13.33)	53 (35.33)	69 (46)	4.90	2	.09
8	Le soutien/le support de la direction	<b>4.13 (.85)</b>	2 (6.67)	1 (3.33)	26 (86.67)	4 (2.67)	24 (16)	115 (76.67)	4.36	2	.11
9	L'implication de la direction	<b>4.19 (.86)</b>	2 (6.67)	2 (6.67)	25 (83.33)	6 (4)	18 (12)	119 (79.33)	1.08	2	.58
10	L'implication de la ligne hiérarchique	<b>4.12 (.86)</b>	0 (0.0)	4 (13.33)	24 (80)	8 (5.33)	23 (15.33)	112 (74.67)	1.78	2	.41
11	L'implication des syndicats	3.36 (1.11)	2 (6.67)	7 (23.33)	17 (56.67)	31 (20.67)	46 (30.67)	59 (39.33)	5.01	2	.08
12	L'implication des travailleurs	<b>4.09 (.84)</b>	0 (0.0)	3 (10)	26 (86.7)	8 (5.33)	23 (15.33)	112 (74.67)	2.53	2	.28
13	Consacrer de l'énergie à la mise en place des interventions	3.44 (1.04)	3 (10)	7 (23.33)	18 (60)	28 (18.67)	39 (26)	75 (50)	1.66	2	.44
14	Les convergences d'intérêts de la direction et des syndicats	3.54 (1.05)	4 (13.33)	4 (13.33)	19 (63.33)	23 (15.33)	40 (26.67)	72 (48)	3.05	2	.22
15	La collaboration entre les acteurs-clés de l'entreprise/institution	3.79 (.92)	3 (10)	1 (3.33)	24 (80)	14 (9.33)	34 (22.67)	93 (62)	6.09	2	.05*
16	L'entente entre les différents acteurs du projet	3.95 (.84)	0 (0.0)	4 (13.33)	22 (73.33)	8 (5.33)	26 (17.33)	105 (70)	1.86	2	.39
<b>Dimension 2: Nature des interventions</b>											
17	Focaliser les interventions sur un seul service et pas sur l'ensemble de l'entreprise	<u>2.52 (.91)</u>	13 (43.33)	8 (26.67)	6 (20)	81 (54)	40 (26.67)	20 (13.33)	1.31	2	.52
18	Choisir une combinaison d'interventions centrées sur le travail et sur les travailleurs	3.38 (.84)	1 (3.33)	9 (30)	16 (53.33)	24 (16)	46 (30.67)	68 (45.33)	3.29	2	.19
19	Focaliser les interventions sur les travailleurs pris individuellement	2.81 (1.04)	11 (36.67)	9 (30)	5 (16.67)	63 (42)	40 (26.67)	38 (25.33)	.82	2	.67
20	Focaliser les interventions à un niveau collectif	3.60 (.75)	2 (6.67)	10 (33.33)	14 (46.67)	6 (4)	50 (33.33)	84 (56)	.71	2	.70
21	Focaliser les interventions sur les conditions de travail	3.54 (.79)	4 (13.33)	6 (20)	16 (53.33)	11 (7.33)	53 (35.33)	77 (51.33)	2.90	2	.23
22	Mettre en place des interventions basées sur les résultats du diagnostic plutôt que des solutions toutes faites	3.94 (.80)	2 (6.67)	2 (6.67)	23 (76.67)	6 (4)	29 (19.33)	105 (70)	2.93	2	.23
<b>Dimension 3: Méthode</b>											
23	L'utilisation d'une méthode par étapes (analyse des risques/diagnostic, planification des interventions, mise en place des interventions, évaluation)	3.76 (.77)	1 (3.33)	3 (10)	21 (70)	8 (5.33)	36 (24)	94 (62.67)	2.64	2	.27

24	La planification claire de la démarche: diagnostic - interventions - évaluation des interventions	3.88 (.70)	0 (0.0)	4 (13.33)	20 (66.67)	5 (3.33)	28 (18.67)	106 (70.67)	1.12	2	.57
25	La réalisation du diagnostic à l'aide d'un questionnaire anonyme	3.88 (.76)	0 (0.0)	7 (23.33)	19 (63.33)	3 (2)	40 (26.67)	97 (64.67)	.62	2	.73
26	La réalisation du diagnostic à l'aide d'entretiens individuels	3.12 (1.05)	8 (26.67)	9 (30)	6 (20)	45 (30)	39 (26)	55 (36.67)	1.80	2	.41
27	La réalisation du diagnostic à l'aide d'entretiens de groupe	2.92 (.94)	6 (20)	9 (30)	8 (26.67)	53 (35.33)	47 (31.33)	40 (26.67)	1.19	2	.55
28	La réalisation du diagnostic à l'aide d'observation des postes de travail	3.35 (.71)	0 (0.0)	13 (43.33)	9 (30)	16 (10.67)	63 (42)	60 (40)	3.32	2	.19
29	Les résultats du diagnostic permettent de définir des actions à mettre en place	3.86 (.69)	1 (3.33)	3 (10)	20 (66.67)	4 (2.67)	31 (20.67)	103 (68.67)	1.28	2	.53
30	Constituer un comité de pilotage ou de suivi du projet	3.72 (.90)	0 (0.0)	1 (3.33)	22 (73.33)	12 (8)	40 (26.67)	88 (58.67)	9.73	2	.01*
<b>Dimension 4: Type de résultats</b>											
31	Les résultats du diagnostic mettent en évidence un niveau de stress élevé	3.30 (.90)	2 (6.67)	15 (50)	11 (36.67)	24 (16)	62 (41.33)	54 (36)	1.95	2	.38
32	Avoir identifié clairement des groupes à risques	3.69 (.80)	3 (10)	5 (16.67)	19 (63.33)	10 (6.67)	37 (24.67)	92 (61.33)	1.09	2	.58
33	La correspondance entre les résultats du diagnostic et les réalités du terrain	3.83 (.89)	4 (13.33)	4 (13.33)	18 (60)	7 (4.67)	36 (24)	97 (64.67)	4.54	2	.10
<b>Dimension 5: Contexte de l'entreprise</b>											
34	Les changements (tels que fusions, restructurations)	<u>2.39 (.91)</u>	19 (63.33)	8 (26.67)	0 (0.00)	85 (56.67)	33 (22)	21 (14)	4.70	2	.10
35	Le changement dans les structures internes (au CPPT ...)	<u>2.62 (.81)</u>	12 (40)	15 (50)	0 (0.00)	60 (40)	59 (39.33)	20 (13.33)	4.77	2	.09
36	Le changement au niveau de la direction	<u>2.66 (.81)</u>	14 (46.67)	10 (33.33)	3 (10)	52 (34.67)	66 (44)	18 (12)	1.75	2	.42
37	L'annonce de changements dans l'entreprise/institution	<u>2.49 (.81)</u>	20 (66.67)	6 (20)	1 (3.33)	71 (47.33)	48 (32)	19 (12.67)	5.07	2	.08
38	Le changement de priorités par rapport à la gestion des risques	<u>2.82 (.70)</u>	12 (40)	14 (46.67)	1 (3.33)	33 (22)	83 (55.33)	21 (14)	5.97	2	.05*
39	La charge de travail (après le diagnostic) non liée à la démarche de prévention (multiplicité des tâches)	<u>2.61 (.78)</u>	10 (33.33)	11 (36.67)	1 (3.33)	62 (41.33)	57 (38)	17 (11.33)	1.34	2	.51
40	L'obligation légale	3.26 (.78)	1 (3.33)	6 (20)	18 (60)	21 (14)	77 (51.33)	41 (27.33)	16.72	2	.00*
41	Le bon climat social de l'entreprise/institution	<b>3.99 (.71)</b>	0 (0.0)	3 (10)	22 (73.33)	4 (2.67)	27 (18)	109 (72.67)	1.61	2	.45
<b>Dimension 6: Aspects temporels et financiers</b>											
42	La limitation du projet dans le temps (la démarche est envisagée sur le court terme)	2.90 (.86)	8 (26.67)	14 (46.67)	4 (13.33)	51 (34)	45 (30)	42 (28)	4.74	2	.09
43	Laisser s'écouler du temps entre le diagnostic et la mise en place des interventions	<u>2.26 (.69)</u>	18 (60)	7 (23.33)	1 (3.33)	96 (64)	39 (26)	6 (4)	.02	2	.99
44	Avoir du temps disponible	3.49 (.90)	5 (16.67)	7 (23.33)	14 (46.67)	18 (12)	36 (24)	87 (58)	.91	2	.64
45	Le coût élevé du diagnostic	<u>2.02 (.68)</u>	19 (63.33)	8 (26.67)	0 (0.0)	108 (72)	32 (21.33)	0 (0.0)	.57	1	.45
46	Le coût élevé des interventions	<u>1.96 (.68)</u>	19 (63.33)	8 (26.67)	0 (0.0)	111 (74)	27 (18)	0 (0.0)	1.37	1	.24
47	La bonne situation financière de l'entreprise/institution	3.55 (.78)	2 (6.67)	8 (26.67)	17 (56.67)	8 (5.33)	55 (36.67)	77 (51.33)	.92	2	.63
48	Le coût élevé lié à l'intervention du SEPP	<u>2.13 (.73)</u>	14 (46.67)	12 (40)	1 (3.33)	100 (66.67)	34 (22.67)	2 (1.33)	5.14	2	.08
49	Le coût élevé lié à l'intervention d'experts externes	<u>1.99 (.71)</u>	17 (56.67)	8 (26.67)	0 (0.0)	113 (75.33)	24 (16)	2 (1.33)	3.19	2	.20
50	Le fait que les interventions ne nécessitent que peu d'investissements financiers	3.79 (.77)	0 (0.0)	5 (16.67)	19 (63.33)	8 (5.33)	37 (24.67)	95 (63.33)	1.99	2	.37

Note 1 : FB=facteur bloquant, FS=facteur stimulant, FN=facteur neutre. Note 2 : **Gras**: facteurs considérés comme stimulants. *Italique et souligné* : facteurs considérés comme bloquants. Note 3 : \* : significatif au seuil de .05.

Tableau 4.

MANOVA, moyennes et écart-types des 4 dimensions de facteurs bloquants/stimulants

Variable	Modalités	F1 (M(SD))	F2 (M(SD))	F3 (M(SD))	F4 (M(SD))
Secteur	Privé production	3.61 (.53)	2.10 (.68)	2.55 (.66)	3.87 (.49)
	Privé services	3.41 (.63)	2.01 (.54)	2.64 (.71)	3.86 (.47)
	Santé	3.79 (.43)	1.96 (.66)	2.44 (.45)	4.25 (.36)
	Public	3.67 (.46)	1.95 (.59)	2.69 (.59)	4.00 (.57)
	$\lambda(12 ; 336,30)=.89 ; p=.21$	$F(3,130)=2.13, p=.10$	$F(3,130)=.51, p=.68$	$F(3,130)=.67, p=.57$	$F(3,130)=2.65, p=.05$
Effectif	Moins de 50	3.54 (.52)	2.03 (.65)	2.61 (.63)	3.80 (.49)
	50-100	3.40 (.63)	1.97 (.58)	2.53 (.58)	3.85 (.50)
	100-500	3.69 (.46)	2.03 (.67)	2.65 (.70)	4.06 (.38)
	500-1000	3.85 (.37)	1.83 (.55)	2.82 (.58)	4.12 (.68)
	1000-5000	3.76 (.70)	2.13 (.53)	2.32 (.61)	4.12 (.67)
	Plus de 10 000	3.86 (.25)	2.67 (.29)	2.40 (.20)	4.13 (.20)
	$\lambda(20 ; 422,16)=.83 ; p=.23$	$F(5,130)=1.96, p=.09$	$F(5,130)=.95, p=.45$	$F(5,130)=.85, p=.52$	$F(5,130)=2.04, p=.08$
Fonction	Conseiller prévention	3.67 (.55)	2.03 (.67)	2.74 (.57)	4.00 (.50)
	Médecin du travail	3.46 (.69)	2.00 (.31)	1.77 (.34)	3.91 (.80)
	Responsable RH	3.65 (.42)	2.01 (.67)	2.68 (.66)	3.92 (.50)
	Direction	3.56 (.58)	1.98 (.64)	2.60 (.67)	3.90 (.46)
	Cumul de fonctions	3.54 (.53)	2.29 (.40)	2.43 (.40)	4.05 (.60)
	$\lambda(16 ; 385,57)=.84 ; p=.15$	$F(4,129)=.42, p=.79$	$F(4,129)=.62, p=.65$	$F(4,129)=3.64, p=.01$	$F(4,129)=.35, p=.85$
Diagnostic	Oui	3.72 (.42)	2.30 (.50)	2.40 (.52)	4.12 (.32)
	Non	3.58 (.55)	1.97 (.63)	2.64 (.64)	3.91 (.52)
	$\lambda(4 ; 132)=.91 ; p=.01$	$F(1,135)=1.19, p=.28$	$F(1,135)=4.81, p=.03$	$F(1,135)=2.44, p=.12$	$F(1,135)=3.02, p=.09$

Note 1. F1 : Méthodologie, F2 = Aspects temporels et financiers, F3 = Contexte et F4 = Communication/participation.

## Résumé

Mots-clés : Evaluation des pratiques, stress professionnel, diagnostic de stress, prévention du stress.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les pratiques d'entreprises belges en matière de diagnostic du stress au travail, et d'identifier des facteurs facilitant ou bloquant le passage à l'action après le diagnostic. Parmi les 180 entreprises nous ayant répondu, seulement une sur six avait réalisé un diagnostic de stress. Ce diagnostic n'est suivi d'actions que dans un cas sur deux. Leurs effets ne sont évalués que dans un cas sur quatre. Les actions mises en place relèvent principalement de l'approche primaire. La nécessité d'une évaluation systématique des interventions est mise en évidence. Enfin, les résultats montrent l'importance d'actions de sensibilisation et de guides de bonnes pratiques sur les étapes nécessaires d'une démarche de prévention du stress, en particulier pour les entreprises de petite taille, qui réalisent moins de diagnostic de stress que les plus grandes. Ces actions de sensibilisation sont importantes également pour les entreprises qui n'ont pas encore été impliquées dans une démarche de diagnostic du stress, car elles sont moins conscientes de l'impact négatif que peuvent avoir les contraintes temporelles et financières sur le bon déroulement de cette démarche.

## Remerciements

Cette recherche a été financée par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et le Fonds Social Européen (DOCUP fédéral 2000-2006, projet n°35 - Stress au travail). Nous tenons à remercier les membres du Service de Psychologie du Travail et des Entreprises de l'Université de Liège, surtout Elisa Bracci pour leurs conseils et idées lors de l'élaboration de l'enquête, ainsi que Stéphanie Peters pour son aide et ses conseils concernant les aspects logistiques de l'enquête.