

La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique

Mental health at work: for an understanding of this stake in public health

Michel Vézina

Volume 21, Number 2, Fall 1996

Intégration sociale et soutien communautaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032401ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032401ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117–138.
<https://doi.org/10.7202/032401ar>

Article abstract

In western countries, mental health problems are increasing and represent one of the major causes of morbidity of the population with an annual prevalence varying from 15 to 25%. Consequences of this morbidity are more importantly felt on the working capacity of individuals. Several elements linked particularly to the evolution of the organization and working conditions in the course of the last years incriminate the workplace in explaining the origin of this new "epidemic". If there is a relative unanimity on the importance of mental health problems at work, it is not the case with the understanding of the origin of these problems and, consequently, of the strategies to put in place to counter them. Of the entire studies that have attempted to explain this phenomenon, three approaches are considered: the causalist approach, the cognitivist approach and finally, the psychodynamic approach. Even if the cognitivist approach allows to understand why some stress factors identified by the causalist approach can be pathogenic, it appears a bit reductionist by linking mental health problems at work with the failure of people's efforts of adaptation. Contrarily to the cognitivist interpretation and to individual actions which brings us to the approach to stress, the psychodynamic of work leads to a questioning of the intelligibility of the organizational origin of mental health problems at work, by analyzing the dynamic and evolutive interface between the objectives pursued by the individual, the organization and the working group.



La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique¹

Michel Vézina*

Dans les pays occidentaux, les problèmes de santé mentale sont en croissance et représentent l'une des principales causes de morbidité de la population, avec une prévalence annuelle qui varie de 15 à 25 %. Les conséquences de cette morbidité se font sentir de façon importante au chapitre de la capacité de travail des individus. Plusieurs éléments liés notamment à l'évolution de l'organisation et des conditions de travail au cours des dernières années incriminent le milieu de travail dans l'explication de l'origine de cette nouvelle « épidémie ». S'il y a une relative unanimité sur l'importance des problèmes de santé mentale au travail, il n'en va pas de même de la compréhension de l'origine de ces problèmes, et par voie de conséquence, des stratégies à mettre en œuvre pour les contrer. De l'ensemble des recherches qui ont tenté d'expliquer ce phénomène, trois approches sont considérées de façon particulière : l'approche causaliste, l'approche cognitive et enfin, l'approche de la psychodynamique du travail. Même si l'approche cognitive permet de comprendre pourquoi certains facteurs de stress identifiés par l'approche causaliste peuvent être pathogènes, elle apparaît un peu réductionniste en ramenant les problèmes de santé mentale au travail à l'échec des efforts d'adaptation des individus. Contrairement à l'interprétation cognitive et aux actions individuelles auxquelles nous conduit l'approche du stress, la psychodynamique du travail débouche sur un questionnement de l'intelligibilité de l'origine organisationnelle des problèmes de santé mentale au travail, en analysant l'interface dynamique et évolutive entre les objectifs que poursuivent l'individu, l'organisation et le groupe de travail.

Dans les pays occidentaux, les problèmes de santé mentale représentent une des principales causes de morbidité de la population. Diverses enquêtes de santé indiquent une prévalence annuelle de troubles mentaux qui varie de 15 à 25 %, soit d'une personne sur six à une personne sur quatre (Santé Québec, 1988; Légaré, 1995; Karttunen, 1995; Andrews, 1994; Robins et Régier, 1991; Kessler et al., 1994; Offord et al., 1994).

Compte tenu des coûts humains, économiques et sociaux qui lui sont rattachés, il n'est pas surprenant que certains gouvernements aient identifié la santé mentale comme une priorité nationale de santé (MSSS,

* Directeur de la santé publique de la région de Québec et professeur agrégé au Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

1992), surtout que l'importance de ces problèmes dans la population est en croissance depuis plus de quinze ans. Au Québec par exemple, en comparant les données de l'enquête « Santé Canada » de 1977 avec les données de 1987 de l'enquête « Santé Québec », on constate une augmentation de l'ordre du double des problèmes de santé mentale déclarés par les répondants (Santé Québec, 1988; Santé Canada, 1991). De même, lorsqu'on compare les données de l'enquête « Santé Québec » de 1987 avec celles de 1992, on constate qu'il y a une augmentation de l'ordre de 25 % du nombre de personnes présentant un état de détresse psychologique (Santé Québec, 1994). Aux États-Unis, c'est surtout au chapitre des troubles affectifs, et particulièrement pour la dépression majeure, que l'augmentation est la plus forte (Kessler et al., 1994). Les conséquences de cette morbidité se font sentir de façon importante au chapitre de la capacité de travail des individus. Les problèmes de santé mentale représentent, en effet, l'une des principales causes d'absence au travail pour de longues périodes (Stansfeld et al., 1995; Vézina et al., 1992). De même, ces troubles devançant les problèmes musculosquelettiques en tête de liste des causes d'incapacité permanente de travail (Karttunen, 1995). Ici encore, le phénomène est en croissance. Au chapitre des absences du travail de plus de six mois pour dépression ou anxiété, des compagnies d'assurance mentionnent un bond de 6,6 % à 11,6 % de 1993 à 1994 (Fontaine, 1995). Pour les invalidités de longue durée liées à des troubles psychiatriques, d'autres compagnies d'assurance rapportent des augmentations de 37 % et de 46 % entre 1989 et 1993 (Fontaine, 1995; Vincent, 1995). Quant aux invalidités de courte durée, elles ont fait un bond de 73 % entre 1990 et 1993 (Vincent, 1995).

Dans une perspective de santé publique, il importe de savoir si le travail peut être mis en cause dans cette épidémie des temps modernes. Et, dans le but de mieux comprendre les moyens à privilégier pour prévenir ce problème, nous verrons les approches proposées pour expliquer ce phénomène.

Le travail est-il un élément incriminable dans l'accroissement de cette morbidité ?

Compte tenu de la complexité des facteurs en cause, il est pratiquement impossible d'évaluer avec précision l'importance du rôle du travail dans l'accroissement général des problèmes de santé mentale dans la population. Cependant, plusieurs éléments nous font penser qu'il peut être considéré comme un facteur important de cette morbidité accrue. D'abord, certains auteurs avancent l'hypothèse que plus du tiers de la morbidité reliée à la santé mentale pourrait être attribuable au

milieu de travail (Karasek et Theorell, 1990). Ces conclusions s'appuient sur différentes études qui ont notamment montré un risque accru de problèmes de santé mentale reliés à certains types et à certaines caractéristiques de travail. Aussi l'identification de certains emplois ou secteurs d'activité économique qui seraient plus à risque que d'autres de problèmes de santé mentale constitue un indice qui permet d'identifier le travail comme un déterminant important de la santé mentale (Hoi-berg, 1982 ; Colligan et al., 1977). Au Québec, en utilisant les données de l'enquête Santé Québec de 1987, on a pu identifier certains emplois et certaines professions qui sont plus à risque de détresse psychologique. Le principal constat de l'étude, c'est que contrairement à une croyance répandue, ce ne sont pas les dirigeants d'entreprise ni les cadres supérieurs qui sont les premiers visés par les problèmes de santé mentale ; ce sont surtout les « cols bleus » et les employés de service qui sont au bas de l'échelle hiérarchique, ceux qui ont peu de liberté de décision. On peut mentionner les employés qui travaillent à la chaîne, les employés du secteur de la confection, du montage, les employés du secteur des aliments et boissons, de même que, en relation avec une clientèle, les préposés à la restauration, à la vente au détail et au transport urbain. À ces catégories s'ajoute le personnel administratif et de bureaucratie, notamment du secteur de l'administration publique ou des assurances (Vézina et Gingras, 1995).

Une autre démonstration que le travail peut être une source importante de problèmes de santé mentale vient de l'identification du potentiel pathogène de certains éléments de l'organisation du travail. Les études de Karasek, par exemple, ont montré qu'une organisation qui se caractérise par une demande excessive de travail, accompagnée de peu d'autonomie ou de soutien social, est liée à un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de problèmes de santé mentale (Karasek et al., 1981 ; Karasek et Theorell, 1990). Le terme autonomie est ici entendu dans un sens large, incluant tant le contrôle sur son travail que la possibilité d'utiliser ses habiletés ou d'en développer de nouvelles.

Une autre indication nous vient de l'analyse des données d'indemnisation pour lésions professionnelles des pays qui acceptent les cas de stress liés au travail (qu'on pense à certains États américains, ou encore, à l'Australie). On y constate, en effet, des augmentations des cas indemnisés de l'ordre du double ou du triple au cours de la dernière décennie (La Van et al., 1990 ; Fisher, 1995 ; De Carlo et Gruenfeld, 1989 ; California Workers' Compensation Institute, 1990).

Enfin, de l'avis de certains consultants, les états de stress directement attribuables au travail ont triplé au cours des trois dernières

années (Legault Faucher, 1995). Cette réalité n'a rien de surprenant quand on considère les transformations majeures que connaissent plusieurs milieux de travail. Les difficultés économiques et la mondialisation des marchés avec leur lot de fusions, de développements technologiques et de coupures budgétaires ont chambardé énormément les modes de production et les rapports sociaux au travail. Le réalignement du rôle de l'État ne va pas non plus sans générer beaucoup d'insécurité en raison, notamment, de la privatisation ou de la décentralisation qui lui sont associées. Finalement, ce qui est surtout à mettre en question dans cette épidémie, ce sont les nouvelles formes d'organisation de travail qui se développent de plus en plus et qui peuvent être un retour déguisé à la taylorisation, grâce souvent à la complicité de l'informatique. Qu'on les appelle « réingénierie des processus » ou encore « qualité totale », les nouveaux vocables se révèlent souvent, à l'analyse, n'être qu'un retour aux vieilles études de temps et de mouvements de Taylor, ou encore, une chasse aux erreurs, un contrôle accru, une baisse d'autonomie, sans pour autant mettre à profit l'intelligence créatrice des personnes.

Diverses explications du problème

S'il y a une relative unanimité sur l'importance des problèmes de santé mentale au travail, il n'en va pas de même de la compréhension de leur origine et, par voie de conséquence, des stratégies à mettre en œuvre pour les contrer. De l'ensemble des recherches qui ont tenté d'expliquer ce phénomène, trois approches méritent d'être considérées de façon particulière. Il s'agit de l'approche causaliste, de l'approche cognitiviste et enfin de l'approche de la psychodynamique du travail.

L'APPROCHE CAUSALISTE

S'inspirant de modèles issus des sciences expérimentales, bon nombre de chercheurs ont tenté d'identifier une série de facteurs de risque ou de « causes » des problèmes de santé mentale au travail (Karasek et Theorell, 1990; House et Rizzo, 1972; Kasl et Cobb, 1983; Kasl, 1984). Ces sources dites objectives ont été regroupées selon qu'il s'agit d'éléments se rapportant à des facteurs intrinsèques au travail (surcharge, par exemple), à des problèmes de rôles dans l'organisation (ambiguïté ou conflit), aux rapports sociaux (relations interpersonnelles perturbées), au développement de carrière (insécurité et précarité d'emploi), à la structure ou au climat organisationnel (gestion autocratique ou participative), ou à des facteurs extra-professionnels (double tâche) (Cooper et Marshall, 1976). L'identification de ces facteurs de stress et

de leur potentiel pathogène respectif a conduit à l'élaboration de modèles plus ou moins linéaires de type causaliste, impliquant une certaine fragmentation des situations de travail (Vézina et al., 1992; Katz et Kahn, 1978; Dolan et Arsenault, 1980; Caplan, 1985).

L'analyse du caractère pathogène de ces facteurs a été réalisée surtout grâce à des études quantitatives qui mesurent, à l'aide de questionnaires, l'importance de la corrélation entre, d'une part, l'un ou l'autre de ces facteurs et, d'autre part, un certain nombre de problèmes de santé mentale qui peuvent se manifester sous forme de réactions psychologiques, physiologiques ou comportementales, ou encore, par des troubles mentaux ou des maladies chroniques (Banks et al., 1980; Maslach et Jackson, 1981; Karasek, 1985; Moos, 1991; Elo et al., 1992).

La pertinence de connaître l'ensemble de ces facteurs de stress repose sur la prémisse que l'individu fonctionne dans un univers qui l'agresse de différentes façons, d'où l'intérêt d'identifier ces divers agresseurs pour ensuite les éliminer et prévenir ainsi l'apparition de la maladie. Dans cette perspective, on a souvent recours à des questionnaires pour tracer un portrait des différents facteurs de stress dans une organisation et pour proposer des changements souhaitables afin d'améliorer la situation (Karasek, 1992).

Ces projets sont souvent fondés sur les théories du développement organisationnel et impliquent, la plupart du temps, l'intervention d'un consultant externe. Malheureusement, plusieurs de ces projets d'amélioration de la qualité de vie au travail n'ont pas pu démontrer de façon significative leur efficacité dans le milieu (Landsbergis et al., 1993; Landsbergis et Vivona-Vaughan, 1995). De plus, lorsqu'une enquête par questionnaire n'est pas intégrée à un plan d'action garantissant un suivi au projet, elle peut même engendrer des effets pervers importants qui se manifestent, notamment, par un plus grand cynisme et une démotivation face à de futurs projets (Landsbergis et Cahill, 1994). Par ailleurs, le recours à un questionnaire peut faciliter une démarche participative de recherche-action visant à améliorer la capacité de l'organisation du travail à répondre aux exigences du fonctionnement mental de l'individu (Israel et al., 1989; Cahill, 1992; Landy, 1992).

Les principales limites de l'approche causaliste ont trait à son incapacité de prendre en compte le caractère dynamique des différents facteurs de stress au travail et d'expliquer les mécanismes sous-jacents aux associations observées. Dans une logique de causes et d'effets, il faut pouvoir démontrer une relation dose-réponse; ce qui présuppose de pouvoir quantifier les paramètres d'exposition et de mesurer leur varia-

tion dans le temps. Cette logique, applicable à l'identification d'un seuil d'exposition acceptable à un risque physicochimique par exemple, s'applique mal aux risques psychosociaux qui, au-delà des difficultés de définition et de mesure, sont sujets à des modifications fréquentes dans la plupart des entreprises (Landy, 1992).

Dans cette perspective, il est peu réaliste de vouloir définir les paramètres d'une bonne organisation de travail comme s'il s'agissait d'un *état* objectif et stable, gouverné par des lois universelles de causalité, alors qu'il s'agit davantage d'un *processus* qui évolue en fonction notamment de l'évolution des rapports sociaux et du personnel qui compose l'organisation.

De plus, afin d'éviter de confondre causes et corrélat, il est essentiel de connaître, au-delà de la démonstration d'un lien statistiquement significatif entre telle manifestation et tel facteur de risque, les mécanismes psychologiques (ou biologiques) impliqués dans ce type d'association. Cette « plausibilité psychologique » ou cette compréhension de la psychopathologie des troubles mentaux liés au travail constitue un critère essentiel pour parler d'un véritable lien de causalité (MacMahon et Pugh, 1970). Or, contrairement aux problèmes de santé physique, le recours aux données biologiques issues des sciences expérimentales peut difficilement appuyer la plausibilité des résultats des études de population en santé mentale. Aussi, pour rendre compte du fonctionnement mental et comprendre le sens de la clinique du travail, il est nécessaire de faire appel notamment aux méthodes interprétatives, telle l'herméneutique, qui sont fondées sur différents a priori et construits explicatifs non démontrables objectivement.

Face aux limites de l'approche causaliste, différents courants se sont développés pour apporter un éclairage sur les mécanismes impliqués dans l'apparition de ces problèmes de santé au travail. Les deux principaux concernent l'approche cognitiviste du stress et celle de la psychodynamique du travail.

L'approche cognitiviste du stress

Partant de la prémisse que les émotions sont consécutives à une pensée, l'approche cognitiviste du stress vise à comprendre pourquoi certains facteurs dits de stress vont occasionner des émotions négatives et comment, pour les modifier, on doit en arriver à prendre conscience des pensées qui occasionnent des dysfonctionnements (Monday, 1994). Dans cette perspective, ce ne sont pas tant les facteurs de stress comme tels qui posent des problèmes, mais plutôt les perceptions qu'en ont les

individus (Lazarus, 1966; French et al., 1974; Antonovsky, 1979; Schuler, 1980; Rasclé, 1994; Aubert et Pagès, 1989). Ces perceptions sont influencées par différents éléments, dont l'importance accordée au facteur de stress, les répercussions qu'il a dans notre vie, la menace qu'il représente, le contrôle que nous pensons avoir sur la situation et enfin l'incertitude et l'imprévisibilité qu'il contient (Dontigny, 1988). En d'autres termes, l'individu stressé ou malade est celui qui perçoit de façon exagérément menaçante son environnement ou sous-estime ses capacités d'y faire face; en somme, un individu présentant des difficultés d'adaptation.

Dans ce contexte, l'analyse des facteurs influençant les capacités individuelles d'adaptation à un environnement stressant occupe une place prédominante. De nombreuses recherches ont tenté de montrer l'influence de différents traits de personnalité, des croyances, ou encore, des attitudes face à la vie en général ou au travail en particulier. On en est ainsi venu à identifier comme plus vulnérables les personnes qui manifestent un sentiment d'impuissance face à ce qui leur arrive ou encore qui font preuve de trop d'obsession ou de compétitivité dans leur travail (Caplan et al., 1977; Kobasa et al., 1982; Lefcourt, 1983).

Une telle approche centrée sur les perceptions et les attitudes individuelles conduit inévitablement à privilégier des interventions orientées vers l'individu plutôt que sur l'organisation du travail (Peterson, 1994). Ainsi, au-delà d'une sélection plus minutieuse à l'embauche, divers programmes d'adaptation au stress sont mis de l'avant dans les entreprises. De façon générale, ces programmes couvrent l'ensemble des approches cognitives et comportementales destinées à maîtriser, réduire ou tolérer les demandes (Folkman et Lazarus, 1980). De façon plus spécifique, les stratégies mises de l'avant ont pour objectif d'amener l'individu à modifier sa perception des stresseurs potentiels, à améliorer ses stratégies d'adaptation aux facteurs de stress, ou encore, à adopter de saines habitudes de vie (Williamson, 1994).

L'ensemble des stratégies qui visent à modifier la perception qu'a une personne du caractère stressogène d'une situation a pour but de l'aider à changer la façon dont elle conceptualise et évalue l'expérience comme potentiellement stressante. Il s'agit en fait d'amener l'individu à redéfinir la situation en modifiant notamment ses pensées erronées ou irréalistes. Ainsi, une infirmière présentant une réaction dépressive à la suite d'une altercation isolée avec un malade en phase terminale, qui l'accuse d'incompétence, pourrait bénéficier du soutien d'une personne-ressource pour l'amener à comprendre qu'elle doit interpréter les pa-

roles blessantes, non comme une dévaluation de ses qualités professionnelles, mais plutôt comme un moyen pour le malade de libérer sa frustration et son angoisse face à la mort, en la choisissant comme bouc émissaire. Malheureusement, l'efficacité de ces techniques n'a pas été évaluée, principalement dans le contexte du travail (Ivancevitch et Matteson, 1988).

Au chapitre de l'amélioration des stratégies d'adaptation aux facteurs de stress, les plus répandues visent à réduire les niveaux de tension physiologique et psychologique par la relaxation, le « biofeedback » ou encore la méditation. D'autres techniques visent à changer la façon dont l'individu interagit avec son environnement en encourageant les comportements qui vont réduire le stress, comme la gestion du temps, les techniques de communication interpersonnelle ou d'affirmation de soi. À l'exception de la méditation, dont l'efficacité a été démontrée pour réduire l'anxiété et la dépression, l'évaluation des autres techniques d'adaptation au stress n'a pas donné de résultats concluants (Ivancevitch et Matteson, 1988; Kabat-Zinn et al., 1992; Murphy, 1984; Delmonte, 1985). Ces conclusions vont d'ailleurs dans le même sens de d'autres études qui ont montré que la pratique religieuse réduit considérablement la mortalité (Kark et al., 1996) et que la pratique régulière de la méditation diminue la consommation de services médicaux (Herron et al., 1996).

Enfin, au chapitre de la promotion de saines habitudes de vie, on retrouve principalement des programmes qui visent à encourager l'activité physique et la bonne alimentation. De tels programmes sont légitimés par la nécessité d'atteindre un niveau de santé optimal pour maximiser ses capacités de faire face aux situations stressantes qui sont exigeantes pour l'organisme humain. Dans le même ordre d'idées, on encouragera la pratique d'activités récréatives et le développement d'un réseau de soutien social adéquat dans son milieu de vie. L'évaluation de telles activités montre une certaine efficacité des programmes de conditionnement physique, principalement lorsqu'ils sont combinés à d'autres techniques de gestion du stress (Fremont et Craighead, 1987; Crews et Landers, 1987).

Même si l'approche cognitive du stress permet de comprendre certains mécanismes psychopathologiques sous-jacents aux associations observées par l'approche causaliste, elle apparaît un peu réductionniste en ramenant ces problèmes de santé mentale à l'échec des efforts d'adaptation des individus. De plus, cette compréhension conduit à la mise en place de programmes d'aide aux employés ou de gestion du stress qui, selon le docteur Cary L. Cooper, de l'Université de Man-

chester, en Angleterre, « présuppose, de façon erronée, que les agents stressés sont là pour rester, que la personne doit apprendre à composer avec eux et qu'elle est la seule responsable de sa réaction aux stressés » (Labrecque, 1995).

Cette approche ignore les différences individuelles dans les habiletés à faire face au stress, et qui sont attribuables aux différences de socialisation et d'expérience parmi les groupes sociaux. Cette approche ne prend pas non plus en considération l'existence de différences de pouvoir ou de systèmes de valeur dans le milieu de travail (Peterson, 1994). Cette absence de vision sociale et politique plus large empêche de comprendre l'origine de la présence en milieu de travail des facteurs de stress identifiés par l'approche causaliste et, par voie de conséquence, de développer des stratégies préventives efficaces.

Face à ces limites, certains auteurs ont proposé une approche plus dynamique qui prend en compte les facteurs organisationnels, sociaux et individuels qui peuvent être à l'origine de ces problèmes de santé mentale.

L'approche de la psychodynamique du travail

Contrairement aux deux premières approches qui se situent davantage dans l'univers des connaissances des lois de causalité qui expliquent la survenue de pathologie chez un individu, la psychodynamique du travail s'inspire des sciences herméneutiques pour tenter de comprendre ce qui pousse l'individu à l'action. Ainsi, aux critères de validité et de fiabilité du savoir issu des approches dites objectives du stress, elle opposera des critères de sens pour expliquer la clinique du travail, pour comprendre les difficultés vécues par les travailleurs. Dans ce contexte, la psychodynamique du travail, plutôt que d'identifier différents facteurs de risque spécifiques de maladies ou de détresse psychologique, s'intéresse à l'identification des éléments qui permettent au travailleur de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrées dans son travail (Dejours, 1995). « Aussi, la psychodynamique du travail se définit-elle comme l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (Dejours, 1993).

L'intelligibilité des comportements observés en situation de travail passe par la compréhension des rationalités qui les gouvernent. La notion de rationalité nous renvoie à l'idée de la vision qu'a l'humain du monde et à la croyance que l'être humain peut être porteur de plusieurs rationalités à la fois sur une même réalité. Ainsi, un rationnel n'est pas que logique et ne relève pas que d'une seule logique (Vanasse et Gélinas, 1995). Selon Habermas, l'action se développe en fonction de trois rationalités : la rationa-

lité subjective, qui est en lien avec les aspirations d'authenticité de l'individu ; la rationalité objective ou instrumentale, qui s'évalue par des critères de performance de l'organisation ; et la rationalité sociale, qui se réfère à des valeurs de justice et d'équité dans le groupe (Habermas, 1987). En fait, il s'agit des trois dimensions autour desquelles va se construire le sens qu'a le travail pour l'individu, c'est-à-dire un rapport satisfaisant avec son travail, son collectif et sa propre image.

Rationalité subjective

La rationalité subjective dans le domaine du travail concerne l'ensemble des efforts d'une personne pour conquérir son identité (Dejours, 1995). Pour qu'une telle conquête soit possible, il faut que le travail soit en conformité avec l'image que l'individu a de lui-même, bien au-delà de son identité professionnelle.

L'analyse de ce déterminant présuppose une conception de la nature de l'être humain, c'est-à-dire une définition préalable d'un modèle du genre humain autour duquel pourront s'articuler les différentes dimensions de l'expérience de travail. S'appuyant sur la théorie psychanalytique, la psychodynamique du travail pose comme postulat que l'être humain, lorsqu'il est sain d'esprit, est spontanément orienté vers la mobilisation de l'ensemble de ses potentialités afin d'harmoniser ses désirs et ses projets avec le milieu de travail dans lequel il évolue (Brun, 1994). Cette recherche d'accomplissement personnel ou cette quête d'identité est liée à la nécessité pour l'individu d'apporter sa contribution à la construction d'une œuvre commune ou à la création sociale. Selon cette théorie, le défi auquel est confronté tout être humain est de trouver à ses pulsions une issue qui soit compatible avec son insertion sociale et à travers laquelle il puisse construire son histoire propre (Davezies, 1995).

On est évidemment ici bien loin du modèle taylorien qui présente le travailleur comme un être naturellement paresseux et non créatif qu'il faut, en conséquence, surveiller étroitement et à qui il serait utopique de demander de penser. L'approche de la psychodynamique s'appuie au contraire sur la prémisse que l'humain est un être intelligent possédant une activité psychique spontanée qui le pousse à développer son identité. Dans ce contexte, un travailleur démobilisé ou démotivé, ou encore, à plus forte raison, déprimé est le signe d'une mauvaise articulation entre les aspirations de l'individu et la réalité du travail. Pour que cette articulation soit réussie et, en conséquence, soit génératrice de sens, il faut que le rapport que l'individu établit avec la réalité organisationnelle et sociale du travail ne soit pas menaçante pour son identité.

Rationalité objective

La rationalité objective se réfère à la rationalité des conduites par rapport aux objectifs de production (Dejours, 1995). Il s'agit de l'ensemble des facteurs explicatifs des comportements qui sont liés aux directives des responsables hiérarchiques dans l'entreprise. Ces derniers voient souvent le travail comme une réalité suffisamment stable pour qu'il soit possible d'en définir les tâches de façon précise et d'en évaluer la performance de façon objective. Or, entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle, il existe toujours un décalage, lié au fait que la situation réelle de travail se laisse difficilement emprisonner dans des règles d'experts et de planificateurs qui parviennent mal à tout standardiser et à anticiper l'intensité de certaines situations (Dejours, 1995). Cet écart peut être source de santé ou de souffrance mentale selon que l'organisation permet ou non au travailleur d'arbitrer ce décalage et de trouver, par son inventivité, la microrégulation nécessaire à la solution des problèmes rencontrés dans la réalité du travail. Ainsi, face à une organisation de travail qui permet une certaine marge de manœuvre dans l'interprétation des consignes reçues, le travailleur pourra mettre à profit son ingéniosité et sa créativité dans le cadre d'activités de conception qui pourront lui permettre d'élaborer de nouvelles règles du jeu mieux adaptées à la situation de travail et même aux finalités de l'entreprise. On se trouve alors face à une organisation dite structurante pour l'identité d'une personne, en ce sens qu'elle lui permet d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles, ce qui concourt au développement d'un sentiment accru de maîtrise de son environnement et d'accomplissement de soi. Le travail peut alors devenir une source de plaisir.

À l'opposé, l'écart entre le prescrit et le réel peut être non négociable. C'est le cas notamment des organisations de travail rigides qui imposent une division poussée des tâches et une standardisation excessive des procédés et des résultats. Le travail devient alors source de tension pour le travailleur qui se voit placé dans la difficile position de « concilier le projet de robotisation de son activité avec la variabilité temporelle qui le caractérise comme être vivant et avec les exigences de sa vie psychique qui le caractérisent comme être humain » (Davezies, 1995).

Pour se protéger de cette souffrance mentale, l'individu développera des stratégies défensives. Alors que la majorité des études sur le stress professionnel s'intéressent aux mécanismes individuels d'adaptation, la psychodynamique du travail analyse plutôt les processus intersubjectifs pour mettre à jour les stratégies défensives collectives liées à la mobilisation de plusieurs individus exposés aux mêmes contraintes organisationnelles. Cette mobilisation vise à harmoniser les désirs des

individus avec leur organisation de travail et aussi contribuer à réduire la souffrance mentale engendrée par un déséquilibre entre la rationalité subjective et la rationalité objective. Ces stratégies défensives peuvent être conscientes ou inconscientes et visent à modifier soit la situation à l'origine de la souffrance soit la perception qu'a l'individu de la situation. L'identification de ces stratégies défensives collectives constitue un élément important de l'approche de la psychodynamique du travail, car elles sont symptomatiques d'un état de souffrance mentale (Brun, 1995).

Il importe de souligner qu'une organisation de travail qui permet à l'individu d'exercer un contrôle sur le déroulement et la méthode de travail n'implique pas pour autant que le travail soit exempt de prescription. En effet, pour que le travailleur puisse faire valoir son savoir-faire, il faut que lui soit précisé ce qu'on attend de lui, de même que la nature et l'importance des ressources disponibles. L'« autonomie décisionnelle » n'est donc pas synonyme d'une approche du genre « démerdez-vous » avec ce travail, ce qui signe souvent une méconnaissance par le supérieur hiérarchique de la complexité d'un problème et des difficultés à atteindre l'objectif fixé, compte tenu des ressources disponibles ou du temps alloué. Cette méconnaissance place le travailleur dans une situation où la valeur de sa contribution pourra ne pas être reconnue ou encore être jugée en fonction de critères différents de ceux qu'il avait anticipés.

Rationalité sociale

La rationalité sociale se réfère à la rationalité des actions par rapport à des normes et des valeurs communes (Dejours, 1995). Ces règles déterminent les manières acceptables de faire le travail de même que ce qu'il est juste ou bien de faire. Elles sont le résultat de discussion et d'échanges entre les travailleurs. Leur élaboration présuppose donc l'existence d'une équipe ou d'une communauté d'appartenance suffisamment structurée et possédant les compétences requises pour juger de la qualité du travail accompli et de son utilité pour l'organisation (Dejours, 1992).

Cette reconnaissance par des pairs crédibles constitue un gage de la contribution de l'individu à la construction d'une œuvre commune et à une création socialement utile. En ce sens, elle est un élément déterminant de l'accomplissement de soi et de la construction de l'identité d'une personne (Dessors, 1995). Cette reconnaissance offre une issue socialement valorisée aux difficultés et aux problèmes rencontrés dans l'actualisation d'un mandat ou dans la réalisation d'une tâche. Elle est donc génératrice de sens et de plaisir au travail (Dejours, 1995).

À l'opposé, le désaveu ou la non-reconnaissance par autrui de la réalité du travail d'une personne peut être source de souffrance mentale importante. Cette situation, si elle est maintenue, peut amener le sujet soit à douter de lui-même et de son identité, ce qui entraîne une perte d'estime de soi et peut conduire à la dépression, soit encore à maintenir sa conviction de son apport au travail, ce qui l'amène à vivre des sentiments d'injustice qui peuvent basculer dans la paranoïa (Dejours, 1995).

La non-reconnaissance de la contribution des travailleurs à l'organisation du travail peut être liée à des résistances de la part du supérieur hiérarchique, parce qu'elle implique un constat des lacunes de l'organisation prescrite et, en conséquence, des faiblesses de l'équipe de direction. Ces faiblesses peuvent cependant être attribuables à des contraintes sociopolitiques ou externes à l'organisation, ou encore aux limites des connaissances scientifiques actuelles. Dans un contexte où triomphe la technocratie, la direction sera réticente à reconnaître la nécessité de faire appel aux connaissances pratiques des travailleurs et à leur ingéniosité, c'est-à-dire à leur intelligence rusée, créatrice d'un savoir qui n'est habituellement pas reconnu dans les cultures scientifiques traditionnelles et souvent même non conceptualisé ou finalisé par les travailleurs eux-mêmes. Cette non-acceptation des limites des connaissances scientifiques, ou encore, le fatalisme face aux contraintes politiques ou économiques externes à l'organisation, engendrera souvent des réactions de défense de la part du personnel d'encadrement qui peuvent conduire à la négation de l'inadéquation de l'organisation prescrite. Cette situation a pour conséquence de placer le travailleur devant un dilemme anxiogène, car il est coincé entre la dévalorisation liée à l'obligation d'appliquer des mesures inadéquates et la peur liée à la tricherie dans l'application des consignes.

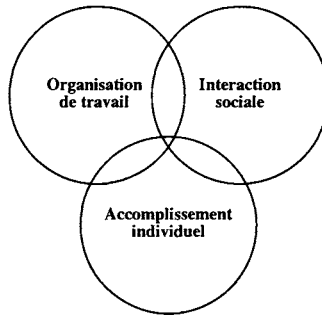
D'un autre côté, les travailleurs peuvent être réticents à dévoiler leur savoir-faire, préférant se priver d'une partie de la reconnaissance à laquelle ils auraient droit de peur que ce savoir, une fois incorporé dans les machines ou dans l'organisation, en vienne à précariser davantage leur travail (Davezies, 1995). Cette situation peut encourager un clivage entre les travailleurs et la direction qui, voyant les objectifs de production atteints, n'est pas portée à douter de la justesse de ses prescriptions de travail mais, au contraire, pourra avoir tendance à augmenter les exigences de production.

Enfin, il importe de mentionner qu'un des obstacles majeurs à la reconnaissance du travail est lié aux rapports sociaux de sexe. En effet, les critères de reconnaissance étant davantage construits en référence au modèle masculin, il est souvent plus difficile pour les femmes de faire

reconnaître leur contribution professionnelle. Ainsi, plusieurs tâches traditionnellement confiées aux femmes sont considérées comme naturelles et ne font donc pas l'objet de reconnaissance particulière (Davezies, 1995). On parle plutôt des qualités féminines : l'habileté, la dextérité, la minutie, le souci de se rendre utile, la perspicacité, la fidélité, la patience, l'acceptation plus facile des travaux fastidieux, une meilleure résistance à la monotonie (Kergoat et al., 1988). De plus, les difficultés de concilier les exigences du travail avec les charges familiales amènent souvent les femmes à limiter leur investissement dans le travail et leurs choix professionnels.

En résumé, l'approche de la psychodynamique du travail s'appuie sur une conception de la santé mentale au travail qui est vue comme la résultante d'une interface dynamique et évolutive entre les objectifs que poursuivent l'individu, l'organisation et le groupe de travail. Dans ce contexte, le travail doit permettre à l'individu de s'accomplir, à l'organisation d'être efficace et efficiente, et au groupe d'être assuré d'une juste application des normes et d'un respect de ses valeurs.

La dynamique de ces trois univers (subjectif, objectif et social) peut être représentée schématiquement comme suit :



Il ne s'agit pas d'un nouveau modèle de stress représentant un état stable et harmonieux que viendraient troubler des agents agresseurs, entraînant ainsi la maladie. Au contraire, ce schéma représente un processus en constante évolution où l'individu trouve dans le travail un objet de réalisation de ses aspirations et de ses désirs au profit d'une équipe ou d'une communauté dont il reçoit en retour une reconnaissance identitaire, dans le cadre d'une organisation qu'il en vient à transformer. L'individu se trouve ainsi dans un processus de développement constant où, inspiré par son travail, il pourra poursuivre sa quête d'authenticité, relever de nouveaux défis et mener à bien la résolution de problèmes qui lui sont posés. La maladie survient lorsque cette dyna-

mique est interrompue et que l'organisation de travail interdit cet investissement créateur, bloquant ainsi la concrétisation des aspirations et des désirs. C'est pour se protéger de cette décompensation vers la maladie que sont mises en place des stratégies défensives qui sont autant de signes du caractère pathogène d'une organisation de travail.

Conclusion

Contrairement à l'interprétation cognitive et individuelle à laquelle nous conduit l'approche du stress, la psychodynamique du travail débouche sur un questionnement de l'intelligibilité de l'origine organisationnelle des problèmes de santé mentale au travail. Même si les résultats des questionnaires et de certaines dynamiques de groupe portant sur le stress au travail peuvent conduire à la formulation de conseils pour améliorer la situation et susciter une certaine animation du milieu, ils ne nous éclairent pas sur l'ensemble des éléments qui sont réellement à l'origine des problèmes. L'intervention en psychodynamique du travail est à ce chapitre plus éclairante car elle se situe dans le soutien aux travailleurs à l'élaboration, à la prise de conscience et à la mise en discussion des questions de travail (Davezies, 1994).

Pour ce faire, la démarche en psychodynamique du travail doit répondre à des exigences rigoureuses tant en regard de la méthodologie que de l'interprétation des données recueillies. La prémisse sur laquelle repose l'intervention en psychodynamique du travail est que le milieu est assez intelligent pour trouver lui-même les solutions à ses problèmes et que si les solutions ne sont pas appliquées, c'est que les déterminants du problème ne sont pas compris et que cette incompréhension est attribuable à l'action de stratégies défensives qui ont l'effet d'un masque sur les racines du problème. Ces stratégies ayant été mises de l'avant pour se protéger de la souffrance engendrée par l'organisation du travail, on comprend qu'elles soient difficiles à mettre à jour et que les travailleurs ne vont souvent s'y résoudre qu'en désespoir de cause, lorsque la souffrance est trop intense et seulement s'ils croient que la situation peut changer. Ils ne vont s'y résoudre également que s'ils peuvent établir un lien de confiance avec l'intervenant en psychodynamique du travail qui pourra les aider à dénouer l'énigme de leur problème et à construire eux-mêmes de nouvelles défenses plus efficaces pour remplacer celles maintenant périmées qu'ils avaient établies, souvent de façon inconsciente, au fil du temps. Comme on peut le constater, on est bien loin ici de l'approche du spécialiste externe qui prescrit à partir d'une grille d'a priori théorique, une série de recommandations pour améliorer la qualité de vie au travail.

Note

1. Certaines parties de ce texte ont fait l'objet d'une présentation au colloque international « Entreprises et sociétés : enracinement, mutations et mondialisation », tenu à l'École des HEC, Montréal, en août 1995.

RÉFÉRENCES

- ANDREWS, G., 1994, *The Tolkien report-1994*, Health Services Research Group, Clinical Research Unit for Anxiety Disorders, Sidney, University of New South Wales.
- ANTONOVSKY, A., 1979, *Health Stress and Coping*, Jossey-bass Publishers, San Francisco.
- AUBERT, N., PAGÈS, M., 1989, *Le stress professionnel*, Klincksiek, Paris.
- BANKS, M. H., CLEGG, C. W., JACKSON, P. R., KEMP, M. J., STAFFORD, E. M., WALL, D., 1980, The use of the general health questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies, *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- BRUN, J. P., 1994, *Une approche francophone de la santé mentale au travail : étude de psychodynamique du travail auprès des monteurs de lignes électriques*, Département de management, Faculté des Sciences de l'administration, Université Laval, Québec.
- BRUN, J. P., 1995, Work activity and subjectivity: a behind the scenes look at the work of linemen, *Relations Industrielles*, 50, 800-825.
- CAHILL, J., 1992, Computers and stress reduction in social service workers in New Jersey, in Di Martino, V., éd., *Conditions of Work Digest: Preventing Stress at Work*, International Labor Office, Geneva, 197-203.
- CALIFORNIA WORKERS' COMPENSATION INSTITUTE, 1990, Mental stress claims, in *California Workers' Compensation-Incidence, Costs and Trends*, California Workers' Compensation Institute, San Francisco.
- CAPLAN, R. D., COBB, S., FRENCH, J. R. P., 1977, Effects of workload, role ambiguity and type A personality on anxiety, depression and heart rate, *Journal of Applied Psychology*, 60, 713-719.
- CAPLAN, R. D., 1985, Psychological stress, *Work, Management and Labor Studies*, 10, 2, 63-76.
- COLLIGAN, M., SMITH, M. J., HURRELL, J. J., 1977, Occupational incidence rates of mental health disorders, *Journal of Human Stress*, 3, 34-39.

- COOPER, C. L., MARSHALL, J., 1976, Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental health, *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-29.
- CREWS, D., LANDERS, D. M., 1987, A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 5114-5120.
- DAVEZIES, P., 1994, *De la communication : l'intervention du médecin du travail dans l'espace public*, Laboratoire de médecine du travail, Université de Lyon, France.
- DAVEZIES, P., 1995, Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail, *Archives des maladies professionnelles*, 56, 4, 294-306.
- DE CARLO, D. T., GRUENFELD, D. H., 1989, *Stress in the American Workplace*, Fort Washington, PA, LRP Publications, 11.
- DEJOURS, C., 1992, Pathologie de la communication, éd. Pouvoir et légitimité, École des hautes études en Sciences sociales, Paris, *Raisons pratiques*, 3, 177-201.
- DEJOURS, C., 1993, *Travail : usure mentale (de la psychopathologie à la psychodynamique du travail)*, Réédition Bayard, Paris.
- DEJOURS, C., 1995, Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail, *Le travail humain*, 58, 1-16.
- DEJOURS, C., 1995, Analyse psychodynamique des situations de travail et sociologie du langage, in Boutet J, éd., *Paroles au travail*, l'Harmattan, 181-224.
- DELMONTE, M. M., 1985, Meditation and anxiety reduction : a literature review, *Clinical Psychology Reviews*, 5, 91-102.
- DESSORS, D., 1995, Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail, *Archives des maladies professionnelles*, 56, 176-180.
- DOLAN, S. L., ARSENAULT, A., 1980, *Stress, santé et rendement au travail*, École de relations industrielles, Université de Montréal, Québec.
- DONTIGNY, D., 1988, *Stress, Magazine Contact*, 2, 18-21.
- ELO, AL., LEPPANEN, A., LINDSTROM, K., ROPPONEN, T., 1992, *Occupational Stress Questionnaire: Users Instructions*, Institute of occupational health, Helsinki.

- FISHER, B., 1995, Comcare Australia's approach to workplace psychological Injuries, in Cotton, P., ed, *Psychological Health in the Workplace: Understanding and Managing Occupational Stress*, chap. 7, The Australian Psychological Society Ltd.
- FOLKMAN, S., LOZARUS, R., 1980, An analysis of coping in a middle-aged community sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FONTAINE, L., 1995, Se tuer au boulot, *Commerce*, février, 26-31.
- FREMONT, J., CRAIGHEAD, L. W., 1987, Aerobic exercise and cognitive therapy in the treatment of dysphoric moods, *Cognitive Therapy and Research*, 11, 241-251.
- FRENCH, J. R. P., ROGERS, W., COBB, S., 1974, Adjustments as a person-environment fit, in Coelho, Hamburg and Adams, éd., *Coping and Adaptation - Interdisciplinary Perspective*, Basic Books, New York.
- HABERMAS, J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard.
- HERON, R. E., HILLIS, S. L., MANDARINO, J. V., ORME-JOHNSON, D. W., WAITON, K. G., 1996, Impact of the transcendental meditation program on Government payments to physicians in Quebec, *American Journal of Health Promotion*, 10, 3, 208-216.
- HOIBERG, M. S., 1982, Occupational stress and illness incidence, *Journal of Occupational Medicine*, 24, 445-451.
- HOUSE, R. J., RIZZO, J. R., 1972, Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organization, *Organizational Behavior and Human Performance*, 7.
- ISRAEL, B. A., SCHURMAN, S. J., HOUSE, J. S., 1989, Action research on occupational stress : involving workers as researchers, *International Journal of Health Services*, 19, 135-155.
- IVANCEVITCH, J. T., MATTESON, M. T., 1988, Promoting the individual's health and well being, in Cooper, C. L., Payne, R., eds., *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley, Chichester.
- KABAT-ZINN, J., MASSION, A. O., KRISTELLER, J., PETERSON, C. G., FLETCHER, K. E., PBERT, L., LENDERKING, W. R., SANTORELLI, S. F., 1992, Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the Treatment of anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- KARASEK, R., BAKER, D., MARXER, F., AHLBORN, A., THEORELL, T., 1981, Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : a prospective study of Swedish men, *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.

- KARASEK, R. A., 1985, *Job Content Questionnaire and User's guide*, Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California, Los Angeles.
- KARASEK, R. A., AND THEORELL, T., 1990, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working life*, Basic Books, New York.
- KARASEK, R. A., THEORELL, T., 1990. *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 381.
- KARASEK, R. A., 1992, Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies, in *Conditions of Work Digest: Preventing Stress at Work*, International Labor Office, Geneva, 11, 23-41.
- KARK, J. D., SHEMI, G., FRIEDLANDER, Y., MARTIN, O., MANOK, O., BLOWDHEIM, S. H., 1996, Does religious observance promote Health? Mortality in secular vs religious Kibbutzim in Israel, *American Journal of Public Health*, 86, 341-346.
- KARTTUNEN, A., 1995, All worked up, *Work Health Safety 1995*, Institute of occupational Health, Helsinki, Finland, 34-35.
- KASL, S.V., COBB, S., 1983, Psychological and social stresses in the workplace, in Levy, S., Wegman, D. H., eds., *Occupational Health*, Little Brown, Boston, 251-263.
- KASL, S.V., 1984, Stress and health, *Annual Review of Public Health*, 5, 319-341.
- KATZ, D., KAHN, R. L., 1978, *The Social Psychology of Organization*, Wiley, New York.
- KERGOAT, D., HUBERT, F., LE DOARE, H., SENOTIER, D., 1988, *Les infirmières et leur coordination*, Lamarre, Paris.
- KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., 1994, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R, Psychiatric Disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Study, *Archives of General Psychiatry*; 51, 8-19.
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., KAHN, S., 1982, Hardiness and health: a prospective study, *Journal of Personal and Social Psychology*, 42, 168-177.
- LABRECQUE, S., 1995, *Le stress selon Cooper, Prévention au travail*, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, été.
- LANDSBERGIS, P. A., SCHURMAN, S.J ., ISRAEL, B. A., SCHNOLL, P. L., HUGENTOBLER M. K., CAHILL, J., BAKER, D., 1993, Job stress and heart disease: evidence and strategies for prevention, *New Solutions*, Work Environment Program, University of Massachusetts, Summer, 42-58.

- LANDSBERGIS, P. A., CAHILL, J., 1994, Labor union programs to reduce or prevent occupational stress in the United States, *International Journal of Health Services*, 4, 24, 105-129.
- LANDSBERGIS, P. A., VIVONA-VAUGHAN, E., 1995, Evaluation of an occupational stress intervention in a public agency, *Journal of Organizational Behavior*, 16, 29-48.
- LANDY, F. J., 1992, Work design and stress panel, in Keita, G. P., Sauter, S. L., eds., *Work and Well-being, An agenda for the 1990s*, American Psychological Association, Washington.
- LA VAN, H., KATZ, M., HOCHWARTER, W., 1990, Employee stress swamps workers' comp, *Personnel*, 67, mai, 61-64.
- LAZARUS, R. S., 1966, *Psychological Stress and the Coping Process*, McGraw Hill, New York.
- LEFCOURT, H. M., 1983, *Research with the Locus of Control Construct*, Academic Press, New York, 2.
- LÉGARÉ, G., 1995, *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent*, Faits saillants, enquête santé mentale, Unité de santé publique de Rimouski, ISBN2-9801092-1-5.
- LEGAULT FAUCHER, M., 1995, Santé mentale au travail : inconnue, méconnue ou ignorée ?, *Prévention au travail*, CSST, 8, 30-31.
- LERNER, M., 1985, *Occupational Stress Groups and the Psychodynamics of the world of Work*, Institute for Labor and Mental Health, Oakland, CA.
- MACMAHON, B., PUGH, T. F., 1970, *Epidemiology: Principles and Methods*, Little, Brown and Company, Boston.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E., 1981, The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- MONDAY, J., 1994, Les divers niveaux d'intervention en psychothérapie cognitive, *Le Clinicien*, septembre, 171-180.
- MOOS, R.H., 1991, *Work Environment Scale*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- MSSS, 1992, *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, ISBN 2-550-26924-1.
- MURPHY, L. R., 1984, Occupational stress management: a review and appraisal, *Journal of Occupational Psychology*, 57, 1-15.

- OFFORD, D., BOYLE, M., CAMPBELL, D., COCHRANE, J., 1994, *L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : Supplément santé mentale*, Ministère de la santé de l'Ontario.
- PETERSON, C. L., 1994, Work factors and stress: «a critical review», *International Journal of Health Services*, 24, 495-519.
- RASCLE, N., 1994, Le rôle de diverses caractéristiques personnelles et contextuelles dans l'ajustement au stress de la mutation professionnelle, *Psychologie du travail et des organisations*, 1, 50.
- ROBINS, L. N., REGIER, D. A., 1991, éd., *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press, New York.
- SANTÉ CANADA, 1981, *La santé des Canadiens*, Rapport de l'enquête Santé Canada, Ottawa, Statistique Canada et Ministère des approvisionnements et services.
- SANTÉ QUÉBEC, 1988, *Et la santé, ça va ?* Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Québec, Les publications du Québec, tome 1.
- SANTÉ QUÉBEC, 1994, *Enquête sociale et de santé 1992-93 : faits saillants*, Montréal, Gouvernement du Québec.
- SCHULER, R., 1980, Definition and conceptualization of stress in organizations, *Organizational Behavior and Human Performance*, 15, 184-215.
- STANSFELD, S., FEENEY, A., HEAD, J., CANNER, R., NORTH, F., MARMOT, M., 1995, Sick leave for psychiatric illness: The Whitehall II Study, *Social Science and Medicine*, 40, 189-197.
- VANASSE, A., GÉLINAS, A., 1995, *Évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail*, Rapport de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en éducation pour la santé, Université du Québec à Rimouski.
- VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET A., LAURENDEAU, M.-C., 1992, *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.
- VÉZINA, M., GINGRAS, S., 1995, Travail et santé mentale : les groupes à risques, *Revue canadienne de santé publique*, 87, 135-140.
- VINCENT, A., 1995, Les entreprises et le coût de la santé mentale, *Entreprendre*, juin/juillet, 47-48.
- WILLIAMSON, A. M., 1994, Managing stress in the workplace: Part II - The scientific basis (Knowledge base) for the guide, *International Journal of Industrial Ergonomics*, 14, 171-196.

ABSTRACT**Mental health at work: for an understanding of this stake in public health**

In western countries, mental health problems are increasing and represent one of the major causes of morbidity of the population with an annual prevalence varying from 15 to 25%. Consequences of this morbidity are more importantly felt on the working capacity of individuals. Several elements linked particularly to the evolution of the organization and working conditions in the course of the last years incriminate the workplace in explaining the origin of this new «epidemic». If there is a relative unanimity on the importance of mental health problems at work, it is not the case with the understanding of the origin of these problems and, consequently, of the strategies to put in place to counter them. Of the entire studies that have attempted to explain this phenomenon, three approaches are considered: the causalist approach, the cognitivist approach and finally, the psychodynamic approach. Even if the cognitivist approach allows to understand why some stress factors identified by the causalist approach can be pathogenic, it appears a bit reductionist by linking mental health problems at work with the failure of people's efforts of adaptation. Contrarily to the cognitivist interpretation and to individual actions which brings us to the approach to stress, the psychodynamic of work leads to a questioning of the intelligibility of the organizational origin of mental health problems at work, by analyzing the dynamic and evolutive interface between the objectives pursued by the individual, the organization and the working group.