



PsyCO Québec

**Une clinique de counseling thérapeutique
& services en santé mentale**

Comment comprendre La santé mentale au travail? – une clinique du travail

ÉMILIE BOUTIN

Table des matières

1. Une Transformation et dénaturalisation des organisations : les impacts	3
1.1 Travail et santé mentale	4
2. Le travail au cœur de l'identité	7
2.1. La clinique du travail – quelques précisions	7
2.2. Alors, en quoi le travail est si central ?	9
3. Donc, qu'est-ce qui pose problème dans le travail ?	10
3.1. Le réel qui résiste	10
3.2. Dualité du travail et reconnaissance	12
3.3. Obscurité du travail	13
3.4. Évaluation et pratiques managériales.....	14
3.5. Protection et défenses.....	15
4. L'importance du collectif de métier	18
5. Épuisement professionnel et <i>counseling burnout</i>	19
6. Comment agir face à cette problématique?	21
6.1. Prévention – primaire, secondaire et tertiaire.....	21
6.2. Résistance au changement	23
6.3. Leviers légaux	24
Conclusion	25
Bibliographie	27

1. Une Transformation des organisations : les impacts

Depuis notre entrée dans le 21^e siècle, plusieurs changements dans le monde du travail sont survenus. Avec la mondialisation de la concurrence et des marchés, la nature des emplois et du marché du travail se sont transformés radicalement, surtout dans les pays industrialisés (Dewa et al., 2011). Cette ère de post-industrialisation (MDICST, 1996) a complètement bouleversé le contexte du marché du travail, qui est devenu une dure réalité pour le travailleur qui doit composer avec une exposition plus fréquente à des environnements stressants et à une intensification du travail – les employeurs ont des attentes plus élevées, des échéances raccourcies, une communication constante, des objectifs de production de plus en plus haussés tout en offrant des ressources semblables ou moindres aux employés (Dewa et al., 2011). Parallèlement, la tertiarisation de l'économie a contribué à la précarisation et l'instabilité des emplois (MDICST, 1996) – se reflétant principalement par une grande proportion de travail à temps partiel, à contrat, ou occasionnel dans le secteur des services, générant, le plus souvent, un surinvestissement au travail (St-Arnaud, 2000, dans Maranda et al., 2014). Les entreprises veulent dorénavant « faire plus avec moins », demandant efficience, flexibilité et diversification des compétences (Maranda et al., 2014) – la pression étant mise sur le travailleur (Dewa et al., 2011).

Avec ces changements sont apparus de nouveaux défis – la révolution numérique, par exemple, qui est devenue omniprésente, a eu pour effet d'estomper la séparation entre la vie professionnelle et la vie privée – et les moyens utilisés pour favoriser la santé mentale des travailleurs n'ont pas forcément suivi (Dewa et al., 2011). Ainsi, ces épreuves auxquelles les travailleurs sont confrontés quotidiennement dans pratiquement tous les secteurs d'emploi sont en pleine expansion – elles se complexifient et leurs impacts se multiplient (Blustein, 2008). La souffrance au travail s'est ainsi accrue et ses manifestations se sont diversifiées : passages à l'acte violents, harcèlement, épuisement professionnel, suicide au travail, *Karoshi* (mort subite au travail), n'en sont que quelques exemples

(Pezé, 2010). Ces « pathologies de surcharge » – du fonctionnement psychologique, pulsionnel et organique – proviennent ainsi originellement des diverses incohérences et contradictions présentes dans l'organisation du travail (Pezé, 2010). En conséquence, ces risques psychosociaux sont susceptibles de faire vivre une détresse psychologique au travail – détresse pouvant mener, lorsqu'elle devient récurrente, à des syndromes tels que la dépression et l'anxiété, fréquemment observés en santé mentale (Maranda et al., 2014).

Au cours de la dernière décennie, le lien entre la santé mentale et la santé économique des entreprises donc a été de plus en plus reconnu (Dewa et al., 2011) et l'importance de s'y attarder est devenue évidente (Gollac & Volkoff, 2006). Blustein (2008) rappelle que les problèmes qu'on retrouve au travail sont les mêmes qu'on peut retrouver en société – ils sont révélateurs d'une réalité sociale plus large. Les troubles mentaux représentent environ 25% des maladies et accidents qui surviennent dans les pays industrialisés et 10% de la population active souffre d'au moins un trouble mental (Dewa et al., 2011). L'impact socio-économique des troubles de santé mentale est ainsi de plus en plus important. En effet, d'exorbitants coûts pour la société et les entreprises sont générés par diverses réalités qui en découlent – baisse de productivité, retraites anticipées, absentéisme, présentéisme, congés d'invalidité (Dewa et al., 2011), ainsi que la réduction volontaire du temps de travail et le décrochage professionnel (Maranda et al., 2014). En 2008, on évaluait l'impact des troubles de santé mentale et les pertes de productivité annuelles engendrées à 17,7 milliards \$ CA (Lim et al., dans Dewa et al., 2011).

1.1 Travail et santé mentale

Pourtant, malgré l'évidence de s'attarder à protéger la santé mentale des citoyens, il n'est pas forcément aisé de reconnaître l'existence d'un rapport entre santé et travail (Gollac & Volkoff, 2006). Cette réalité fait en sorte que l'on perçoit parfois difficilement le lien entre santé mentale et travail – la

responsabilité de la prise en charge de celle-ci est donc également relayée au suivant : l'entreprise, l'individu, la société, la culture, etc.

De fait, plusieurs problèmes méthodologiques persistent lorsqu'on tente de s'attarder à cette problématique – les préjugés sociaux véhiculés par les médecins et scientifiques concernant certaines catégories de travailleurs (les femmes, les ouvriers), l'incrédulité vis-à-vis des bilans statistiques, les interprétations qui individualisent les enjeux ou stigmatisent les personnes, la censure et le déni des pénibilités et risques liés au travail par les travailleurs eux-mêmes, etc. y contribuent (Gollac & Volkoff, 2006). Des actions de lobbying peuvent également faire obstacle à l'établissement des connaissances et leur diffusion (Gollac & Volkoff, 2006).

Certains autres enjeux, de nature politique, pratique ou théorique notamment, viennent également nuire à notre compréhension du lien entre travail et santé mentale. En effet, puisque la santé relève de divers facteurs difficiles à cerner, une recherche interdisciplinaire est souhaitable afin de bien comprendre et agir adéquatement (Périlleux, 2014). Or, les professionnels se cloisonnent derrière des termes spécialisés et des discussions psychologiques marginalisées (Blustein, 2008), ainsi que la multiplication de leurs savoirs d'experts (Périlleux, 2014) – ce qui empêche une véritable pratique de l'interdisciplinarité. Parallèlement, la conception médicale et objectivée de la santé mentale au travail est omniprésente en relation d'aide au Québec – elle limite parfois les marges de manœuvre de par son hégémonie, les médecins acceptant mal de déléguer et de partager certains actes professionnels. Ainsi, avec l'omniprésence du paradigme positiviste – prônant objectivité, prédictibilité et rigueur scientifique –, on peut se demander, quelle place reste-il pour une perspective compréhensive, plus subjective, de la santé mentale dans un monde plutôt cartésien pour qui le trouble d'une personne correspond à sa finalité? Et qu'en est-il de cette finalité? – une personne atteinte d'un trouble mental peut-elle être considérée comme étant en bonne santé psychologique ou sera-t-elle malade et étiquetée pour le reste de sa vie? Cette vision engendre une uniformisation des tableaux cliniques et un contrôle de la

subjectivité des individus (Pezé, 2010). Ainsi, la perspective médicale prépondérante dans la société influence non seulement notre conception de la santé mentale, mais également la façon dont on y réagit – favorisant davantage les pratiques de remédiation, en réparant après coup les dommages des risques psychosociaux (Clot & Gollac, 2014) et trop souvent en médicamentant des troubles difficilement diagnosticables, comme l'épuisement professionnel, notamment (Chapelle, 2016). En se limitant à la perspective médicale, on augmente les risques d'une psychiatrisation de masse (Clot & Gollac, 2014).

Par ailleurs, les différents acteurs choisissent souvent la perspective qui correspond à leurs intérêts pour concevoir la santé mentale – les entreprises et le patronat tentent de mettre de l'avant les facteurs individuels pour expliquer les risques psychosociaux associés au travail, de façon à éviter trop de changements dans l'organisation du travail, tandis qu'à l'inverse, les syndicats minimisent l'impact des particularités individuelles et se concentrent sur l'organisation du travail comme facteur de risque prépondérant sur la santé mentale (Clot & Gollac, 2014). Lorsqu'on sait que le travail peut rendre malade, peu importe le profil psychologique du travailleur, et que l'organisation du travail est parmi les facteurs de risques les plus reconnus, il apparaît évident qu'une prise en compte des diverses dimensions impliquées dans le contexte est de mise pour comprendre la santé mentale au travail. Ainsi, il est important de considérer les déterminants sociaux de la santé, en montrant que les causes ne sont pas seulement individuelles (Clot & Gollac, 2014).

Ainsi, de façon générale et pour de multiples raisons, il y a souvent méconnaissance des effets du travail sur la santé (Gollac & Volkoff, 2006) – la santé mentale émane de liens multifactoriels, la causalité est parfois difficile à établir, les relations avec les aspects personnels sont étroites et difficiles à isoler, les effets de l'exposition professionnelle sont souvent différés sur du très long terme, et parfois la réalité du travail est camouflée de diverses manières. Dès lors, selon Gollac et Volkoff (2006), certaines conditions sont essentielles pour favoriser une visibilité sociale de la santé mentale au travail – l'élévation du niveau culturel, l'attention accrue portée à la santé et à l'environnement, la

transformation des relations hommes/femmes. Il s'agit de conditions qui permettent de réduire l'impact de ces modes d'ignorance et de censure psychique (Gollac & Volkoff, 2006).

Malgré tout, on constate que certains facteurs peuvent être associés à un risque plus élevé de détérioration de la santé mentale au travail – être une femme, être dans la quarantaine, la présence de problèmes de santé physique, le déséquilibre des sphères de vie, le type d'emploi (poste de cadre ou de bureau non spécialisés plus à risque), le surmenage et le stress professionnel chronique, les exigences de travail élevées, le manque de reconnaissance au travail, la violence psychologique et la présence de conflits interpersonnels, pour ne nommer que quelques-uns (Dewa et al., 2011). Bien que la cause des souffrances puisse parfois sembler assez abstraite, la complexité des facteurs associés à la détresse psychologique est ainsi de plus en plus évidente. De fait, c'est un ensemble complexe d'éléments qui exercent un impact sur la santé mentale des travailleurs – les caractéristiques qui relèvent du travailleur (l'âge, le sexe, la santé physique), les facteurs environnementaux (type de travail, sécurité d'emploi, organisation du travail) et les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle (Dewa et al., 2011). Concrètement, les facteurs liés au travail se combinent aux expériences extraprofessionnelles et c'est cet amalgame qui, au final, influence le niveau de stress du travailleur (Schieman et Reid, 2009 dans Dewa et al., 2011) et qui, ultimement, augmente les risques de détérioration de sa santé mentale (Blustein, 2008).

2. Le travail au cœur de l'identité

Le travail est omniprésent et joue un rôle central dans notre vie (Blustein, 2008), pour le développement de notre identité (Dejours, 2008) et le maintien d'une bonne santé mentale (Clot & Gollac, 2014). La *clinique du travail* (Lhuilier, 2006) – formée notamment de la sociologie clinique, la psychosociologie du travail, la clinique de l'activité, et la psychodynamique du travail – nous permet de bien comprendre l'impact de celui-ci sur la santé mentale.

2.1. La clinique du travail – quelques précisions

La *clinique du travail* est une approche générale issue d'une démarche clinique dite compréhensive – contrairement aux approches objectives classiques dites positivistes –, et est axée à la fois sur un acte de transformation et de production de connaissances (Lhuilier, 2006; Viviers 2016). Elle considère la centralité du travail pour saisir l'expérience – quant aux souffrances qui en découlent, ainsi qu'aux mécanismes qui sont mis en place par les individus pour y faire face (Lhuilier, 2006). En passant par la subjectivité et l'intersubjectivité – par la « mise en discussion collective de l'activité » (Viviers, 2016) – cette approche permet de comprendre les éléments dynamiques et collectifs qui entrent en jeu pour influencer la santé mentale au travail. La clinique du travail s'inspire de quatre courants ou approches théoriques qui se complètent et se recoupent.

D'abord, la *sociologie clinique du travail* cherche à comprendre les faits et les déterminismes sociaux, se centrant davantage sur les processus socio-psychiques et la dimension existentielle des rapports sociaux – elle permet d'étudier l'individu comme étant indissociable de son environnement et de la société, en constante interaction (De Gaulejac & Hanique, 2014). Elle utilise différents registres – macroéconomique, politique, idéologique, organisationnel et existentiel – pour comprendre les liens entre les déterminismes sociaux et psychiques, d'une part, ainsi que les comportements et le rapport au travail, d'autre part (De Gaulejac & Hanique, 2014).

Ensuite, la *clinique de l'activité*, quant à elle, fortement influencée par l'ergonomie, s'attarde à l'activité de travail spécifique et à la façon dont elle se développe dans le temps – quelles sont les techniques utilisées, le pouvoir d'agir de la personne et les méthodologies d'action pour changer le travail (Clot, 2014).

Quant à elle, la *psychosociologie du travail*, se situe plutôt dans l'interface entre le champ social et individuel – on étudie les processus, dans une perspective constructiviste et compréhensive basée sur

l'intersubjectivité et la construction du savoir comme produit du travail de pensée élaborée collectivement. On s'intéresse à l'individu comme sujet social (Lhuilier, 2014).

Bien que la perspective utilisée dans cet essai – la *clinique du travail* – englobe ces approches subsidiaires, c'est la *psychodynamique du travail* qui sera plus approfondie pour expliciter l'importance du travail en regard de la santé mentale. Cette approche se distingue essentiellement par ses racines psychodynamiques et sa filiation avec la psychanalyse, mettant la subjectivité et l'identité au cœur des analyses de la santé mentale au travail. Elle se concentre sur l'analyse dynamique des processus et phénomènes psychiques individuels et collectifs qui émergent lorsque les personnes sont confrontées à une organisation du travail réelle donnée (Dejours, 1993/2008; Sznclwar et al., 2014).

2.2. Alors, en quoi le travail est si central ?

En fait, la quantité d'énergie considérable qu'une personne peut déployer pour s'efforcer de gagner sa vie représente probablement le moyen le plus cohérent et profond par lequel celle-ci interagit avec son environnement social, économique et politique (Blustein, 2008). Ainsi, l'activité de travail a une constitution fondamentalement sociale – étant organisée avec autrui et pour autrui, dans un objectif collectif (Lhuilier, 2006). Elle représente le « vecteur principal de l'intégration et de la cohésion sociale » (Lhuilier, 2006, p.81). Le travail est donc une occasion de se mettre à l'épreuve dans notre rapport au réel – il permet la découverte du monde, de s'assurer qu'on est en syntonie avec ce qui est, et d'avoir accès à la normalité, qui est constituante de la santé mentale (Lhuilier, 2006). En effet, l'individu ne peut produire seul son identité – elle lui est confirmée par le regard de l'autre, sous forme de reconnaissance et cette confirmation s'exerce notamment dans le champ social, en particulier dans le travail, de par son omniprésence dans nos vies (Davezies, 1993).

Ainsi, pour la clinique du travail, ce dernier constitue « l'armature de l'identité » (Lhuilier, 2006, p. 81) et de la santé mentale (Dejours, 1993/2008). Le travail permet effectivement la rencontre

dynamique d'un sujet, en contact avec autrui et au sein d'une situation concrète spécifique – elle permet la confrontation des trois pôles de l'identité tels que présentés par Sigault (1990, dans Dejours 2008), soient le rapport au réel, le rapport à autrui et le rapport à soi. Cette confrontation se produit entre les représentations subjectives du travailleur avec, d'une part ce qui se passe sur le terrain – rapport au réel – et, d'autre part, la subjectivité des autres dans la dimension sociale et relationnelle – le rapport à autrui (Lhuilier, 2006). Le travail permet ainsi à l'individu de s'utiliser – avec ses ressources, ses capacités, ses motivations, ses désirs – pour s'engager et se mobiliser, dans le but d'une construction et d'une quête d'accomplissement de soi (Lhuilier, 2006). Ainsi, celui-ci n'est pas seulement réactif au travail, étant susceptible d'impliquer toute sa personnalité à l'intérieur de ce dernier (Clot & Gollac, 2014). La clinique du travail s'intéresse à cet engagement subjectif du travailleur – mettant à profit ses compétences et son intelligence pour produire ce que Dejours appelle le « travailler » (Lhuilier, 2006).

3. Donc, qu'est-ce qui pose problème dans le travail ?

Le fait d'avoir un travail est un facteur de protection reconnu pour la santé mentale, les conséquences à vivre sans emploi étant plus à risque de porter préjudice (Blustein, 2008). Alors qu'est-ce qui peut bien poser problème dans le travail?

3.1. Le réel qui résiste

Le travail possède une dimension énigmatique qui lui est fondamentale (Davezies, 1993). En effet, les recherches en ergonomie ont permis de montrer la présence d'un décalage entre le travail prescrit – normes, règlements, consignes qui doivent être appliquées – et le travail réel – ce qui se produit concrètement sur le terrain –, mettant en évidence les irrégularités des situations de travail (Clot, 2014). L'élaboration de l'organisation du travail réelle implique ainsi d'outrepasser les instructions et les règles, en s'appuyant sur des interprétations pour arriver à un compromis et s'ajuster

à la réalité (Dejours, 2008). La psychodynamique du travail s'intéresse plus précisément à ce que le travailleur doit faire pour combler cet écart entre le réel et ses représentations, d'une part, et ce qui est exigé, d'autre part (Lhuilier, 2006). Ainsi, le travail, selon la perspective utilisée, peut être défini comme étant « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail » (Davezies, 1991 dans Dejours, 2008, p. 228).

Celui-ci peut donc s'avérer être une articulation de prescriptions parfois contradictoires et plus ou moins cohérentes (Davezies, 1993). Pour s'ajuster à son contexte de travail spécifique, le travailleur est amené à développer et utiliser ses ressources permettant d'articuler contradictions et résistances du travail réel (Davezies, 1993). En effet, le travail comporte un aspect très créatif – de nouveau et d'inédit, pour ajuster l'organisation prescrite du travail – qui exige de l'initiative et de l'ingéniosité, ce que Dejours (2008) appelle « l'intelligence du travail ». Cette dernière est donc focalisée sur le réel qui résiste – là où le discours ne se rend pas, dans l'expérience du travail (Davezies, 1993). Cette intelligence est perpétuellement sollicitée, car les contextes et les individus sont changeants – c'est l'adaptation et la capacité de tenir en mouvement et de garder l'équilibre dans ce changement qui est garant de la santé mentale d'un individu (Lhuilier, 2006). L'étude des relations plaisir/souffrance en lien avec l'organisation du travail permet de comprendre la complexité du processus (Davezies, 1993). Ainsi, on peut concevoir la souffrance au travail comme étant une « mise en tension de l'identité professionnelle dans l'organisation du travail » (Viviers, 2016, p. 253).

En effet, l'écart entre le travail prescrit et le travail réel demande un effort de mobilisation (Clot & Gollac, 2014) et d'intelligence du travail (Dejours, 1993/2008) qui est nécessairement difficile à supporter. Tout travail comporte une part de souffrance (Dejours, 1993/2008) – et plus cet écart est grand, moins le travail fait du sens (Lhuilier, 2006). De fait, le travail implique de sortir de l'exécution pure, ce qui n'est pas confortable et génère nécessairement de la souffrance (Davezies, 1993). L'activité de travail est donc un processus de subjectivation, qui lorsqu'empêché peut devenir

pathogène (Clot & Gollac, 2014). Dès lors, on observe ainsi une division du rapport au travail clivé – ceux qui s’actualisent, d’une part, et ceux qui ont un mauvais rapport au travail, pénible, de l’autre (Blustein, 2008).

3.2. Dualité du travail et reconnaissance

Ainsi, le travail possède une double valence (Lhuilier, 2006) – c’est au cœur de cette dualité que se joue l’identité du travail, passant par la reconnaissance et l’appartenance sociale (Davezies, 1993). Lorsque l’organisation du travail le permet et qu’il y a l’espace pour le faire, on accepte de mettre à contribution notre personne dans le travail dans l’espoir d’une rétribution, soit de la reconnaissance (Davezies, 1993). Cette dernière s’appuie sur les règles de métier, étant des « accords normatifs qui déterminent ce qui est valide, juste, légitime ou correct, compte tenu des circonstances » (Molinier, 2008, p.113, dans Viviers, 2016). Celles-ci résultent de discussions et délibérations au sein d’un collectif de travail et correspondent au genre professionnel (Clot, 2014). La reconnaissance, donc, est construite à partir de deux types de perceptions, soient, le jugement d’utilité – vertical, donc fourni par les supérieurs et les clients quant à l’utilité du travail réalisé – et le jugement de beauté –horizontal, donc fourni par les pairs quant à la conformité/singularité du travail réalisé par rapport aux règles de métier (Davezies, 1993). C’est dans la reconnaissance du savoir-faire et du travail accompli que le sujet peut confirmer son identité (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). Dès lors, le travailleur qui peut engager sa subjectivité et sa créativité pour s’adapter à cet écart du prescrit et du réel, et pour qui les efforts ont été reconnus, sera en mesure de faire du sens avec son expérience. Ultimement, cela permettra la subversion de sa souffrance en plaisir au travail – ce dernier, devenant ainsi constructeur de l’identité et protecteur de la santé mentale (Clot, 2014).

À l’inverse, lorsque la reconnaissance fait défaut, la souffrance prend toute la place (Davezies, 1993). De même, lorsque les activités ne laissent pas place au libre arbitre de l’individu, le travail

devient un lieu d'aliénation et de souffrance pathogène, perdant ainsi son potentiel d'émancipation (Lhuillier, 2006). Cette souffrance peut découler également de l'impossibilité de produire un travail de qualité, qui correspond aux règles de l'art de son métier (Clot & Gollac, 2014, dans Viviers 2016). Le plaisir au travail disparaît alors et se transforme en souffrance pathogène (Davezies, 1993). Dans ces conditions, le travailleur a plutôt tendance à se mobiliser pour défendre sa santé, plutôt que pour accéder à la reconnaissance (Davezies, 1993). Conséquemment, l'individu perd espoir et risque de se désorganiser (Dejours, 1993/2008). Certaines formes d'aliénation en lien avec les différents pôles de l'identité – l'aliénation mentale (rapport à soi), l'aliénation sociale (rapport à autrui) et l'aliénation culturelle (rapport au réel) – sont alors susceptibles d'advenir (Dejours, 2003).

Ainsi, l'analyse de la souffrance et du plaisir est une étape fondamentale pour comprendre ce qui pose problème dans un milieu de travail donné (Maranda et al., 2014). De même, on doit mesurer les enjeux en lien avec la reconnaissance, la confiance et la coopération, tout en tenant compte du collectif de métier et de leurs normes implicites (Davezies, 1993).

3.3. Obscurité du travail

Par ailleurs, cet écart, constitué de ce que l'organisation du travail a laissé de côté, amène au travail une obscurité qui le rend d'autant plus difficile à saisir (Davezies, 1993). En effet, l'activité de travail requiert un effort constant pour s'ajuster face aux manques de l'organisation du travail, mobilisation qui, en étant bien souvent efficace, contribue à masquer ces manques (Davezies, 1993). Davezies (1993) suppose que « c'est lorsqu'il vient à manquer que le travail se révèle. Au contraire, plus il est efficace, moins il se voit » (p.6). Ainsi, l'efficacité même du travail et la nature des ressources utilisées par les travailleurs (subjectives et difficilement observables) favorisent une certaine invisibilité de l'activité de travail (Davezies, 1993).

De plus, la singularité d'un tel exercice nécessite un certain degré d'intimité, rendant le travail plutôt difficile à objectiver (Davezies, 1993). Parfois même, les concepteurs du travail ne considèrent valable que la prescription, laissant totalement de côté les interprétations – les comportements qui ont été créés pour s'adapter au réel qui résiste sont donc considérés comme des transgressions à cacher ou à sanctionner – ce qui constitue un obstacle majeur à la socialisation de l'expérience et au développement de l'identité de façon saine (Davezies, 1993). Dès lors, l'organisation du travail doit s'efforcer de faire un compromis entre le besoin d'intimité nécessaire à la mobilisation de la personnalité et de l'intelligence du travail, d'une part, et l'exigence de visibilité du travail nécessaire à la coordination et la coopération, d'autre (Davezies, 1993).

3.4. Évaluation et pratiques managériales

L'arrivée de nouvelles méthodes de gestion – associées à l'utilisation de nouvelles technologies pour informer et communiquer – a transformé le travail, notamment en modifiant les rapports entre travail et subjectivité (Dejours & Gernet, 2012b). Le management par l'excellence est devenu la nouvelle norme, prônant la culture de haute performance (De Gaulejac, 2011) qui propose des objectifs inatteignables (Pezé, 2010). On assiste à une programmation de la solitude (Pezé, 2010), favorisant la maîtrise des savoirs et le psychisme individuel plutôt que le fonctionnement des groupes. De fait, des pratiques de gestion – notamment, l'utilisation de la peur pour dominer ou soumettre l'individu aux idéologies de l'organisation – vont à contre sens de ce qui serait souhaitable (Pezé, 2010).

En outre, l'évaluation individuelle des performances, – par le temps de travail, l'évaluation des compétences, de la qualité, etc. – ne fait qu'alourdir le travail, l'idéal de qualité totale irréaliste se transformant en prescription supplémentaire (Dejours, 2003; Pezé, 2010). Tel que nous avons discuté précédemment, l'invisibilité du travail et l'impossibilité d'appliquer les prescriptions en totalité rendent cette pratique aussi absurde que contre-productive, puisque nécessairement distordue – générant parfois

des effets pervers tels que la tromperie et la fraude pour masquer les limites de ce type de prescription (Dejours, 2003), l'effritement des collectifs de travail (perdant confiance et coopération), ou encore l'aliénation (mentale, sociale ou culturelle) qui peut en découler lorsque le réel résiste. De même, la pratique de l'oxymore – le fait de dire une chose et son contraire pour éviter de se faire prendre en défaut tout en tentant de conserver un minimum de cohérence – est devenue un mode de préservation (De Gaulejac, 2011). Dejours (2003) est donc d'avis que l'on devrait repenser les pratiques de gestions et l'évaluation qui sont, de fait, de possibles causes de problèmes industriels, et ultimement une menace supplémentaire pour la santé mentale des travailleurs.

3.5. Protection et défenses

Pour permettre de faire face à la souffrance, et continuer à travailler malgré l'embarras de la résistance du réel, les individus peuvent développer des *stratégies de défenses individuelles* et collectives – que l'on retrouve d'ailleurs dans toutes les catégories professionnelles (Dejours & Gernet, 2012a). Ces dernières prennent racines dans l'organisation du travail (Maranda et al., 2014) et visent à escamoter la perception de ce qui, dans la réalité du travail, est en cause de la vulnérabilité et de la souffrance (Dejours & Gernet, 2012a). Certaines stratégies peuvent même être utilisées conjointement à certains mécanismes de défense – comme la rationalisation et le clivage (Dejours & Gernet, 2012a), ou encore l'euphémisation, l'idéalisation et le cynisme (Maranda et al., 2014) – pour éviter l'angoisse d'agir de façon contradictoire, notamment, qui génère originellement une dissonance cognitive et/ou existentielle.

En soi, elles sont souhaitables puisqu'elles permettent de s'adapter à un contexte et à une organisation du travail particuliers, en gardant une attitude professionnelle et en neutralisant la souffrance ponctuelle (Maranda et al., 2014). Le problème survient lorsque ces défenses se perpétuent, se rigidifient et qu'advient une « anesthésie de la pensée », où il devient impossible de percevoir et

discuter du réel du travail (Dejours & Gernet, 2012a). Elles peuvent alors inciter à demeurer dans des postures de repli ou de refoulement – inhibant les actions de prévention pour la santé mentale (Maranda et al., 2014). Dès lors, ces stratégies suggèrent la conformité ou la fuite face aux normes sociales et culturelles dictées, conduisant à l'impuissance, à l'isolement et l'inaction (Maranda et al., 2014).

Dans le milieu scolaire, on retrouve ainsi le retrait comme stratégie d'adaptation en réaction à l'envahissement au travail, ou encore l'hypertravail pour s'adapter aux rythmes de productivité et d'intensification du travail (Maranda et al., 2014). Pareillement, l'auto-accélération et la répression pulsionnelle, par exemple, sont parmi les stratégies de défense individuelles qui permettent aux employés d'une chaîne de montage de lutter contre l'émergence de rêveries en accélérant les gestes répétitifs pour tenir la cadence. À long terme, si cette stratégie se rigidifie et se généralise (dans d'autres sphères de vie hors travail), on observe un appauvrissement de l'activité psychique et de la subjectivité des individus – ils deviennent robotiques, sur le pilote automatique (Dejours & Gernet, 2012a).

Les conflits éthiques et la dissonance émotionnelle ainsi engendrés peuvent devenir assez couteux psychologiquement et délétères pour la santé mentale (Dejours & Gernet, 2012a). La dissonance émotionnelle peut d'ailleurs être mise directement en lien avec l'épuisement émotionnel et le *counseling burnout* (Chapelle, 2016). Dans certains cas plus extrêmes, on pourrait même parler de « normopathie » (Pezé, 2010), les individus étant hyperadaptés à leur réalité de travail – le conformisme excessif face aux comportements acceptables et aux normes dont ils font preuve démontre une totale censure et répression du soi, ayant de lourdes conséquences sur la santé mentale (Dejours & Gernet, 2012a). À cet effet, Davezies (1993, p. 12) mentionne que « l'humanité ne se construit ni dans la stricte soumission aux besoins du corps, ni dans la pure conformité aux places sociales proposées », il convient ainsi de trouver, dans le travail, une issue pour exprimer nos pulsions qui soit compatible avec notre insertion sociale (Davezies, 1993).

Stratégies collectives. En plus des mécanismes et stratégies de défense individuels, il existe des constructions défensives élaborées et maintenues collectivement par les travailleurs (Dejours & Gernet, 2012a). En effet, la souffrance est toujours individuelle, mais les travailleurs peuvent coopérer et élaborer des modes de défenses collectivement (Dejours & Gernet, 2012a). Le signe clinique le plus évident, qui annonce le déni de la souffrance, est l'émergence de la violence dans le milieu de travail – il y a alors banalisation de comportements socialement aberrants : mensonge collectif, sabotage d'installations et outils de travail, violence envers les clients, etc. (Dejours & Gernet, 2012a). Ces stratégies collectives comprennent un ensemble structuré de comportements allant de conduites ostentatoires (risques, prouesses) à la dissimulation de contenus relatifs au travail comme le danger, la maladie, ou l'injustice (Dejours & Gernet, 2012a).

Par exemple, le déni de perception (Maranda et al., 2014) peut advenir lorsqu'une réalité difficile à accepter est en lien avec le travail. Face à cette réalité, pour contrer le sentiment d'impuissance, le silence et le déni sont ainsi pratiqués. C'est ce qui se produit concernant les conduites de conjuration de la peur (surtout chez les hommes), où valorisation de la force, courage et virilité peuvent être mises en place par le collectif de travail pour lutter contre la peur avant qu'elle n'apparaisse (Dejours & Gernet, 2012a). On observe alors un déni généralisé de la réalité du danger – qui nécessite d'être construit et entretenu collectivement – pour parvenir à travailler malgré la peur du danger. Ce type de stratégies peut entraîner une adaptation paralysante – les travailleurs devenant désinvestis et démobilisés (Maranda et al., 2014). Chez les femmes, on parle de muliérité, où l'on domestique la souffrance à l'aide d'autodérision et de dramaturgie – les fous rires dans les moments difficiles, l'ironie, l'enjolivement de la réalité permettent de se distancier et éviter d'être confronté à la vulnérabilité (Dejours & Gernet, 2012a).

Ainsi, les problèmes de santé mentale au travail dépendent également du malfonctionnement du système de défense mis en place – lorsque celles-ci sont rigidifiées et ne remplissent plus leur rôle de

protection parce qu'elles ne sont plus adaptées (Dejours & Gernet, 2012a). Les stratégies défensives contribuent à la dissimulation de la souffrance et sa réalité, et de son rapport dynamique avec le travail (Dejours, 1993/2008). Dès lors, la compréhension des processus en cause dans la détérioration de la santé mentale au travail doit s'appuyer sur les contraintes et la matérialité du travail, mais aussi le repérage des modalités du fonctionnement psychique mobilisées au travail (Dejours & Gernet, 2012a).

4. L'importance du collectif de métier

Que l'on parle de dynamique de la reconnaissance ou des stratégies défensives mises en œuvre pour contrer la souffrance, le travail, dans sa globalité, est soutenu par les relations intersubjectives entre les personnes (Dejours, 1993/2008). Les enjeux sont multiples et les causes de souffrance n'en sont que décuplées. Le sens du vécu subjectif, qui peut être salvateur, ne peut cependant pas être produit de l'extérieur – il doit être réalisé par les travailleurs eux-mêmes (Davezies, 1993). En ce sens, l'objectivation du vécu, exige dès lors un travail réflexif collectif (Dejours 1993/2008). Ce dernier passe par la mobilisation subjective et intersubjective – qui suppose, d'une part, des efforts d'intelligence et d'élaboration, pour construire des interprétations et des valeurs quant aux moyens de concilier les contradictions et les obstacles de l'organisation du travail, puis, d'autre part, de les mettre en dialogue et d'en débattre (Dejours, 2008). Ainsi, le collectif de métier – par la délibération, la parole et l'écoute risquée – a une fonction déterminante pour construire et transformer les règles de métier (Clot, 2014). Celles-ci sont instaurées informellement pour optimiser la cohérence et l'efficacité (Dejours, 2008).

De fait, les innovations et les découvertes issues des expériences d'ajustement doivent être coordonnées afin de conserver une certaine logique dans les conditions de travail – cette coordination passe nécessairement par la coopération, qui elle-même relève de la liberté et du désir de ce travail avec autrui (Dejours, 2008). Elle ne peut donc pas être prescrite et exige de la confiance – confiance qui

découle largement des conditions de travail et des pratiques de gestion (De Gaulejac, 2011). Dès lors, l'organisation du travail réelle ne peut être neutre vis-à-vis la confiance – on fait confiance ou on se méfie, on choisit de coopérer ou on s'isole et on risque l'incohérence (Dejours, 2008).

Ce collectif peut ainsi devenir non seulement source de sens au travail, mais aussi source de soutien social et de reconnaissance, qui sont tous deux largement reconnus dans la littérature comme étant de puissants leviers pour contrer les risques de détérioration de la santé mentale au travail (Davezies, 1993; Dejours, 1993/2008; Lhuilier, 2006; Lee et al., 2010; Clot, 2014; Maranda et al., 2014; Machado & Desrumaux, 2015; Chapelle, 2016; Viviers, 2016).

5. Épuisement professionnel et *counseling burnout*

Ainsi, l'importance du soutien et de la reconnaissance sont des facteurs de protection importants et ce, peu importe le type de risque psychosocial qui est engendré (Chapelle, 2016). Le *counseling burnout*, ou l'épuisement professionnel que l'on retrouve plus précisément chez les professionnels en relation d'aide, n'en fait pas exception. En effet, défini par Maslach (1986) comme étant constitué de trois composantes – l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel – l'épuisement professionnel (et par extension le *counseling burnout*) est largement répandu sur le marché du travail (Machado & Desrumaux, 2015). Dans le cas plus précis du *counseling burnout*, on retrouve tout particulièrement de l'épuisement émotionnel compte tenu de l'omniprésence du travail émotionnel en relation d'aide – travail qui, selon Machado et Desrumaux (2015), semble exacerbé dans le contexte organisationnel actuel, puisqu'il constitue une attente implicite de ce contexte. En effet, il existe des prescriptions qui favorisent certaines expressions émotionnelles et manières de travailler concernant les interactions avec les clients, au détriment des autres – augmentant alors le risque de vivre de la dissonance émotionnelle et

d'accumuler des charges émotionnelles qui n'ont pas pu être exprimées (Lee, Cho, Kissinger & Ogle, 2010; Machado & Desrumaux, 2015; Chapelle, 2016).

Face à cet aspect potentiellement délétère pour la santé mentale, le collectif de travail est susceptible de pouvoir diminuer les incidences de la dissonance émotionnelle, notamment. En effet, la clinique du travail montre à quel point le collectif de métier et les espaces de discussion informels peuvent être bénéfiques pour la santé mentale en favorisant l'expression et l'obtention du soutien (Dejours, 1993/2008). Ainsi, celui-ci joue un rôle de défense (Davezies, 1993) – en permettant d'avoir un effet exutoire et de ventiler les émotions réprimées, afin de diminuer la dissonance émotionnelle et l'épuisement qui peuvent s'ensuivre (Machado & Desrumaux, 2015). En outre, Davezies (1993), présente les espaces de convivialité comme étant nécessaires afin de permettre la construction de la confiance, augmenter la visibilité du travail et permettre des conditions de coopération – elles-mêmes nécessaires au soutien social.

De la même manière, le collectif permet, d'autre part, de venir renforcer le sentiment d'accomplissement personnel – de par la reconnaissance et le jugement de beauté provenant des pairs (Dejours, 1993/2008) qu'il est susceptible d'octroyer aux intervenants. Cette reconnaissance peut ainsi désarmer le désengagement et l'impression d'inefficacité susceptibles d'advenir lorsqu'il y a épuisement professionnel (Chapelle, 2016). Il est également possible de postuler que le collectif puisse avoir un effet concernant la dernière dimension du *counseling burnout*, soit la déshumanisation des rapports aux clients, ne serait-ce que par le repérage des signes – attitude insensible face aux problèmes des clients, cynisme et froideur, notamment (Chapelle, 2016) – qui pourraient être reflétés aux intervenants par leurs collègues. Ainsi, il va sans dire que le collectif de métier est susceptible de jouer un rôle majeur dans la reconnaissance et la prise en charge de divers risques psychosociaux, tels que le *counseling burnout*.

6. Comment agir face à cette problématique?

Tel que discuté, la psychodynamique montre que toute conduite humaine au travail possède nécessairement un sens (Dejours, 1994). Toutefois, l'intelligence créatrice précède la conscience que l'on peut en avoir (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). C'est donc dire que non seulement les stratégies et comportements – en apparence parfois étranges d'ailleurs – que l'on met en place pour s'adapter au travail échappent à autrui, mais nous échappent également à nous même. D'où l'importance de s'intéresser à la subjectivité et l'intersubjectivité de l'expérience de travail afin de les mettre en visibilité et d'accéder à ce sens sous-jacent, dans l'espoir de pouvoir changer les choses. Dès lors, avec son approche compréhensive et inductive axée sur les processus, la *clinique du travail* nous permet une grille d'analyse plus vaste pour comprendre la santé mentale au travail. Sa démarche stratégique atteste de l'importance de lire le contexte en tenant compte de sa complexité et de la pluralité des enjeux sous-jacents. De toute évidence, un grand potentiel d'intervention et de prévention réside dans les démarches intersubjectives – l'intervention groupale ayant définitivement sa place en santé mentale au travail dans une perspective de transformation du rapport à la réalité, en agissant sur la pensée (et sa dimension symbolique) des sujets (Dejours & Gernet, 2012a). En ce sens, et tel que démontré, l'utilisation du collectif de métier semble être d'une importance clé (Davezies, 1993) pour réaliser ce type d'objectifs.

6.1. Prévention – primaire, secondaire et tertiaire

Il existe à cet effet trois types de prévention – primaire, secondaire et tertiaire – lorsque vient de temps d'agir concernant les problématiques de santé mentale au travail.

Maranda et ses collègues (2014) et plusieurs autres auteurs également d'ailleurs, montrent l'importance d'agir en *prévention primaire* – sur les éléments institutionnels, organisationnels et professionnels à la source des problèmes vécus individuellement par les personnes – sans quoi les

interventions ne font que diminuer ponctuellement et individuellement les risques sans les endiguer (Viviers, 2016). Par exemple, les réunions d'équipe fréquentes, le fait de reconnaître le travail, l'évaluation du personnel, les horaires flexibles, etc. peuvent constituer des moyens de prévention primaire utiles. La *prévention secondaire*, quant à elle, – par exemple, fournir de l'information, faire de la sensibilisation, de la formation, développer certaines habiletés comme les stratégies de coping et les stratégies individuelles d'adaptation, etc. – permet d'outiller les individus pour qu'ils puissent faire face aux contraintes et situations difficiles qui surviennent au travail (Maranda et al., 2014).

Finalement, la *prévention tertiaire* – comme la réhabilitation et le retour au travail, notamment – se produit davantage à postériori, permettant l'intervention et le traitement des problèmes une fois qu'ils sont advenus (Maranda et al., 2014). Les programmes d'aide aux employés en sont un exemple. Toutefois, bien qu'ils soient utiles pour la situation ponctuelle de l'individu, ils ont tendance à privilégier l'externalisation du traitement des symptômes, perpétuant ainsi la psychologisation des problèmes de santé engendrés par les risques psychosociaux associés à l'organisation (Maranda et al., 2014). De la même façon, il existe plusieurs moyens de prévention – tels que la SST, le Guide de retour au travail (St-Arnaud & Pelletier, 2013), les réseaux de délégués sociaux (plus informels et offerts par certaines grandes centrales syndicales) – qui peuvent être utiles et comporter certains avantages. À l'instar des PAE, toutefois, elles demeurent des mesures largement individualisées et ponctuelles.

En ce sens, Pezé (2010) soutient qu'un travail multidisciplinaire, en réseau permettrait une prise en charge plus réactive et plus efficace des problématiques de santé mentale au travail – empêchant de surcroît la « réduction uniformisante des tableaux cliniques et leur appauvrissement » (p. 218). En effet, en multipliant les professionnels qui travaillent de concert, on augmente aussi les chances que leurs perspectives se diversifient et se complètent pour fournir une compréhension plus fine et efficace des problématiques évaluées. De plus, puisque la source du problème réside en grande partie dans

l'organisation du travail, des pratiques individualisées, telles que le retrait au travail, sont loin de constituer une solution miracle, n'agissant pas à la source du problème. De fait, si on sort les patients de leur organisation, les situations de travail « pathogènes » continuent de proliférer (Pezé, 2010).

6.2. Résistance au changement

Ainsi, face à cette problématique complexe, l'importance de s'attarder aux tensions entre l'identité et les pratiques professionnelles pour comprendre la dynamique de souffrance au travail (Viviers, 2016) et les mécanismes déployés pour s'y adapter (Dejours & Gernet, 2012a) m'apparaît évidente pour développer des actions de prévention adaptées et cohérentes. Toutefois, il est également nécessaire de s'attarder aux mécanismes de résistance au changement pour comprendre leur difficulté principale (Dejours, Dessors & Molinier, 1994).

La prévention passe d'abord par la mobilisation active des travailleurs (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). En effet, pour qu'un travailleur accepte d'instaurer un nouveau comportement, il doit d'abord accepter de renoncer à ce qui est déjà. Agir c'est donc mettre l'existant en discussion, le soumettre à la critique pour que le travailleur puisse lui-même faire du sens et modifier ses actes de façon à les rendre plus adaptées (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). En ce sens, il y a une nécessité d'intersubjectivité pour changer les règles et le code de métier, une raison supplémentaire pour laquelle miser sur le collectif de travail (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). Pour qu'un changement des techniques de travail ait des chances de réussite, on doit miser sur la dynamique de transformation. En effet, ce changement doit pouvoir faire évoluer le collectif de travailleurs ensemble, pour conserver la coopération, et il doit permettre à ce dernier d'instaurer un nouveau système de valeurs et un « code gestuel » dans les nouvelles techniques proposées pour permettre aux travailleurs de reconnaître leur rapport d'appartenance à leur collectif (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). Ainsi, on ne doit pas

mépriser la tradition au profit du progrès, ni tomber dans le piège d'attribuer la résistance au changement à l'ignorance (Dejours, Dessors & Molinier, 1994).

Par ailleurs, la PDT montre que la mobilisation, la quête et l'espoir de réalisation adviennent toujours en premier lieu (Davezies, 1993). Il serait ainsi pertinent de se questionner quant aux moyens – dans les pratiques de gestion ou de prévention – qui permettraient de ne pas freiner la mise en œuvre de cette mobilisation, plutôt que de tenter de la prescrire lorsqu'elle n'est plus présente.

6.3. Leviers légaux

Les travailleurs ont des droits en regard de la protection de leur santé mentale au travail. Ceux-ci sont, basés sur diverses codes, normes et lois – la *Charte des droits et libertés de la personne*, le *Code civil du Québec* (qui oblige l'employeur à prendre des mesures pour la protection de la santé, la sécurité et la dignité des travailleurs.), la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), la *Loi sur les normes du travail*, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en sont quelques exemples (Dagenais & Ruta, 2007). Ces droits rendent les gouvernements, les organisations, les organismes communautaires imputables quant à certaines responsabilités en matière de protection du citoyen et de sa santé mentale (Dagenais & Ruta, 2007). Notamment, ces instances doivent « adopter des mesures contre les dangers pesant sur l'hygiène du milieu et du travail et contre toute autre menace mise en évidence par des données épidémiologiques », ainsi que « définir, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en vue de réduire au minimum les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles » (Nations Unies, 2000, cité dans Dagenais & Ruta, p. 213).

Ces problématiques doivent être prévenues par des réalisations concrètes de ces instances responsables, incluant également la réparation, l'indemnisation et une certaine « garantie de non-répétition » (Viviers, 2016a). Or, pour le moment, l'État semble ne pas allouer de ressources

financières suffisantes pour investir cette problématique, ce qui fait en sorte que ce droit à la santé n'est pas forcément contrôlé ni accessible (Dagenais & Ruta, 2007). De plus, on constate que l'indemnisation des lésions psychologiques n'est pas suffisamment assumée par les organisations – les travailleurs doivent ainsi se prendre eux-mêmes en charge, avec les coûts financiers qui en découlent (Dagenais & Ruta, 2007). Il serait donc essentiel de favoriser l'engagement des entreprises face à leurs obligations légales de respecter et mettre en œuvre ce droit à la santé qu'ont les travailleurs.

Ainsi, malgré ces lois, il y a encore très peu de prévention en matière de santé mentale au travail. Pourtant, la pertinence d'actions de prévention semble évidente – étant un moyen permettant de toucher un plus grand nombre de personnes comparativement aux interventions à postériori qui sont plus coûteuses et moins accessibles à tous (Dagenais & Ruta, 2007). La prévention doit s'effectuer au niveau des facteurs de risque qui occasionnent les situations problématiques – pour contrer l'absence de reconnaissance et restaurer la collégialité au travail, pour contrer la flexibilité, les horaires atypiques et l'intensification du rythme, et pour contrer les pratiques de gestion délétères (Viviers, 2016a). La prévention doit également cibler l'absence de soutien social et l'insatisfaction au travail – en redonnant du sens au travail et du soutien et en instaurant des mesures contre la précarisation (Viviers, 2016a).

Conclusion

De fait, les préoccupations sociales concernant cette problématique augmentent bel et bien, mais les explications individuelles aux problèmes de santé mentale au travail demeurent priorisées malgré le fait que les divers contextes organisationnels, sociaux, institutionnels suscitent de la souffrance – une hésitation à s'attaquer aux sources organisationnelles persiste (Viviers, 2016). Or, dans quelle mesure peut-on continuer, ponctuellement et individuellement, une adaptation à un marché du travail « inadapté » (Maranda et al., 2014)? De fait, ce ne sont pas les individus qui sont malades à priori, mais plutôt les conditions de travail qui les vulnérabilisent – les « problèmes organisationnels transférés sur

les épaules individuelles se transforment nécessairement en problèmes de santé » (Maranda et al., 2014, p. 141). Les divers professionnels et intervenants en santé, y compris les conseillers d'orientation, ont donc un devoir de « politiser » cette souffrance (Périlleux & Cultiaux, 2008, dans Viviers, 2016a), de la contextualiser et surtout de la désindividualiser (Pezé, 2010). Au-delà de ce rôle *advocacy* (Lee & Rodgers, 2009 dans Viviers, 2016a) – nous amenant à plaider et déconstruire les discriminations – nous devons intervenir sur la structure qui peut poser problème.

Certes, l'organisation du travail doit être critiquée, néanmoins, elle demeure tout de même nécessaire. La reconnaissance de ses imperfections tout comme de son potentiel d'amélioration ouvre également sur la reconnaissance du travail du personnel, qui peut et doit participer à son évolution (Davezies, 1993). C'est dans l'exploration de ses failles, engendrées par l'écart entre le prescrit et le travail réel, que l'invention, et la construction d'une expérience professionnelle qui fait sens est possible (Davezies, 1993). Par ailleurs, il pourrait être intéressant de s'attarder aux possibles stratégies défensives organisationnelles (Maranda et al., 2014) qui pourraient contrevenir à la mise en place d'actions concrètes de prévention primaire.

Au-delà de l'organisation du travail, la présence de prescriptions politiques et sociales influence également notre façon de réaliser notre travail (Viviers, 2016) – les changements de paradigmes en sont d'ailleurs grandement influencés. La souffrance au travail est ainsi « le reflet d'un dysfonctionnement politique, systémique et organisationnel » (Maranda et al, 2014, p.1). Dès lors, nos décideurs politiques jouent un rôle capital dans l'instauration de ces changements, notamment en matière de législation. Les normes et les lois constituent définitivement de puissants leviers sur lesquels s'appuyer pour la prévention et l'intervention en santé mentale au travail. Au-delà de ce fait, les gouvernements ont le devoir de mettre en œuvre le droit à la santé au travail. Ainsi, une étape importante dans l'instauration de ces changements demeure l'uniformisation de la législation, qui, pour l'instant est largement sous-utilisée parce que mal adaptée, incomplète et qu'elle ne reflète pas bien le marché du travail actuel.

Bibliographie

Blustein, D.L. (2008). The role of work in psychological health and well-being. A conceptual, historical and public policy perspective. *American Psychologist*, 63(4), 228-240.

Chapelle, F-G. (2016). Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Vol. 26 (3), 111-122.

Clot, Y. (2014). Clinique de l'activité. Dans P. Zawieja & F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp.97-101). Paris : Éditions du Seuil.

Clot, Y., & Gollac, M. (2014). Individus en souffrance. Dans Y. Clot & M. Gollac (dir.), *Le travail peut-il devenir supportable?*(pp.11-42). Paris : Arnaud Colin.

Dagenais, L.F., & Ruta, S. (2007). L'obligation de mise en œuvre du droit à la santé. In L.F. Dagenais & Ruta (dir.), *La face cachée des conditions de travail : les situations d'atteinte à la santé psychologique* (pp.213-227). Cowansville, Québec : Éditions Yvon Blais.

Davezies, P. (1993). Élément de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*, 116(3), 33-46.

De Gaulejac, V. (2011). La « révolution managériale ». Dans V. De Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère* (pp. 253-267).

De Gaulejac, V. & Hanique, F. (2014). Sociologie clinique du travail. Dans P. Zawieja & F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp.703-706). Paris : Éditions du Seuil.

Dejours, C. (1993/2008). De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Dans C. Dejours (dir.), *Travail usure mentale* (4^e ed.) (pp.215-259). Paris : Bayard.

Dejours, C. (2003). L'évaluation : nouveaux défis, nouvelles doctrines. Dans C. Dejours (Éd.), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation* (pp.31-51). Paris : INRA Éditions.

Dejours, C. Dessors, D. & Molinier, P. (1994). Pour comprendre la résistance au changement, INRS. *Documents pour le médecin du travail*, 58, 112-117.

Dejours, C. & Gernet, I. (2012a). Normalité, souffrances et défenses. In C. Dejours & I. Gernet, *Psychopathologie du travail* (pp.20-26). Issy-les Moulineaux, France : Éditions Elsevier Masson.

Dejours, C. & Gernet, I. (2012b). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13 (1), 75-91.

Dewa, C.C., McDaid, D., & Sultan-Taïeb, H. (2011). Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. Dans M. Corbière & M.J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention* (pp.15-39). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé mentale au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 4-17.

Lee, S. M., Cho, S. H., Kissinger, D. & Ogle, N. T. (2010). A typology of burnout in professional counselors. *Journal Of Counseling & Development*, 88(2), 131-138.

Lhuillier, D. (2006). Travailler. Dans D. Lhuillier (dir.), *Cliniques du travail* (pp.81-104). Toulouse : Érès.

Lhuillier., D. (2014). Psychosociologie du travail. Dans P. Zawieja & F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp.611-615). Paris : Éditions du Seuil.

Machado, T. & Desrumaux, P. (2015). Le rôle de la dissonance émotionnelle sur l'épuisement professionnel des conseillers en insertion. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 4(108), 629-651.

Maranda, M.-F., Viviers, S. & Deslauriers, J.-S. (2014). *Prévenir les problèmes de santé mentale au travail : contribution d'une recherche-action en milieu scolaire*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.

Ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie. Direction générale de l'analyse économique et Direction de l'analyse de la conjoncture industrielle. (1996). *La tertiarisation de l'économie du Québec*. Québec, Canada. Récupéré le 12 décembre 2016 en ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs59118>

Périlleux, T. (2014). Santé au travail : trois enjeux critiques, quelques enseignements cliniques. Dans L. Taskin, D. Desmette, E. Léonard, P. Reman, & P. Vendramin. *Transformations du travail : regards multidisciplinaires* (pp.23-31). Presses universitaires de Louvain : Louvain-la-Neuve.

Pezé, M. (2010). Création d'un réseau de consultation « Souffrance et travail » : riposte collective aux pathologies de la solitude. In Y. Clot & D. Lhuillier, *Travail et santé : ouvertures cliniques* (pp.211-219). Toulouse : Édition Érès.

St-Arnaud, L., & Pelletier, M. (2013). *Guide Soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi*. Rapport RG-758. Montréal : IRSST. Consulter sur le site ENA.

Sznclwar, L.I., Uchida, S., & Lancman, S. (2014). Psychodynamique du travail. Dans P. Zawieja & F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp.595-600). Paris : Éditions du Seuil.

Viviers, S. (2016). Souffrance et stratégies défensives dans le travail de conseillers d'orientation en milieu scolaire : l'identité professionnelle en question. In G. Fournier, L. Lachance et E. Poirel (dir.), *Éducation et vie au travail : diversité des trajectoires professionnelles et dynamique de maintien durable en emploi* (pp. 253-293), Québec, Presses de l'Université Laval.

Viviers, S. (2016a). CSO7014 : Notes du cours 13 [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement ENA : <https://sitescours.monportail.ulaval.ca/>