

Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail

Louise St-Arnaud¹, Sylviane Gignac², Pierre Gourdeau³, Mariève Pelletier¹ et Michel Vézina⁴

- 1 louise.st-arnaud@fse.ulaval.ca
marieve.pelletier@fse.ulaval.ca

Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial de travail, CRIÉVAT, Université Laval, Pavillon des sciences de l'éducation, bureau 616, Québec (Québec), G1K 7P4.

- 2 sylviane.gignac@ssss.gouv.qc.ca

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2400, avenue d'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9.

- 3 pierre.gourdeau@csssvc.qc.ca

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale 2400, avenue d'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9.

- 4 michel.vezina@mshp.ulaval.ca

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, 2180 Chemin Sainte-Foy, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec (Québec), G1K 7P4.

PROBLÉMATIQUE

Les problèmes de santé mentale au travail représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des deux dernières décennies (Gabriel et Liimatainen, 2000; Vézina et Bourbonnais, 2001; Dewa, Goering, Lin et Paterson, 2002; Henderson, Glozier et Elliott, 2005; Dewa, McDaid et Ettner, 2007; Houtman, 2007). Cette hausse des absences représente un problème de santé publique et économique majeur (Henderson et coll., 2005; Dewa, 2007) et coûterait aux entreprises des milliards de dollars annuellement (Sroujian, 2003). Selon Vézina (2010), ce phénomène serait directement lié aux nouvelles formes d'organisation du travail et à leurs effets sur l'environnement psychosocial de travail.

Au cours des dernières décennies, les milieux de travail ont connu de grands bouleversements qui ne sont pas sans effet sur la capacité de travail et le maintien en emploi des individus, mais aussi sur leur santé mentale (Vézina et coll., 1992; Bourbonnais et coll., 2005a). En France, par exemple, un travailleur sur cinq attribue ses problèmes de santé à son travail et les problèmes de santé mentale sont parmi les troubles de santé les plus fréquemment attribués au travail

(ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, 2004). Selon Vinet et coll. (2003), la hausse vertigineuse des absences en raison d'un problème de santé mentale au travail et la hausse proportionnelle des primes d'assurance collective qui s'ensuit témoignent de l'ampleur et de la profondeur de cette crise. Aussi, les résultats de nombreuses études scientifiques, tant américaines que canadiennes et européennes, confirment qu'il existe des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs.

Certaines études ont permis de bien documenter l'effet des contraintes psychosociales de travail sur la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale (Karasek et Theorell, 1990; Niedhammer et coll., 1998; van der Doef, 1999; Stansfeld et coll., 1999; Brisson et coll., 2001; Siegrist et coll., 2004; Rugulies et coll., 2006; Bourbonnais et coll., 2006a, 2006b). De fait, les problèmes reliés aux tâches et aux rôles dans une organisation seraient l'une des sources les plus fréquemment rapportées comme étant responsables des problèmes de santé physique et psychologique au travail. On constate toutefois, à la suite des travaux de Karasek et de ses collègues, qu'une surcharge de travail peut potentiellement être moins nocive pour la santé des travailleurs si ces derniers ont un degré d'autonomie décisionnelle élevé sur les demandes qui leur sont faites. Les personnes exposées à une forte tension au travail, parce qu'elles doivent composer avec une demande psychologique élevée et une faible autonomie décisionnelle, risquent davantage de vivre des problèmes de santé. D'autres facteurs organisationnels ont été associés à des problèmes de santé mentale. Il s'agit principalement d'un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance au travail (Siegrist et coll., 1996), du faible soutien social des collègues et des superviseurs (Johnson et coll., 1988), du sentiment d'injustice organisationnelle (Kivimäki et coll., 2003; Ferrie et coll., 2006), etc. La reconnaissance du travail bien fait, tant de la part des collègues que des superviseurs, favorise l'équilibre entre les efforts fournis et certaines attentes légitimes en matière de rémunération, d'estime, de respect, de statut ou de promotion. Des situations de travail qui combinent des efforts élevés et de faibles marques de reconnaissance peuvent entraîner des réactions négatives tant sur le plan émotionnel que sur le plan physiologique. Un climat de confiance où les individus se sentent soutenus par la direction et leurs collègues de travail est reconnu pour diminuer les tensions et favoriser la satisfaction et la motivation au travail. Le soutien social au travail fait référence à l'esprit d'équipe, au degré de cohésion dans le groupe et à l'assistance donnée par les autres dans l'accomplissement des tâches. La perception de justice ou d'équité sur le partage des tâches peut également influencer positivement la satisfaction et le rendement au travail. Les travailleurs qui perçoivent de l'injustice tendent à être plus insatisfaits de leur organisation et plus enclins à vivre diverses frustrations.

Nécessité d'une démarche d'intervention

Même si le caractère pathogène de certaines dimensions de l'organisation du travail est bien documenté, la recherche portant sur l'identification de stratégies efficaces pour réduire ces contraintes est peu développée en raison notamment du large éventail et de la complexité des interventions à réaliser, et ce, dans un univers en profondes mutations (Harvey et coll., 2006; Brun et coll., 2007; Kompier et coll., 2001; Kristensen et coll., 2000, 2005). On constate par ailleurs que les stratégies d'intervention habituelles des entreprises visent avant tout à améliorer les capacités des travailleurs à diminuer ou à mieux gérer leur stress plutôt qu'à modifier les pratiques de gestion ou l'organisation du travail à l'origine des problèmes (Kompier et Cooper, 1999; van der Klinc, 2001; Vézina et coll., 2006). En effet, les deux types les plus fréquents d'interventions sur la gestion du stress en entreprise sont les techniques de relaxation musculaire combinées à des exercices physiques et les thérapies cognitives, alors qu'une récente étude conclut qu'aucune des deux interventions n'a eu d'effet sur la diminution des taux d'absence au travail (van Rhenen et coll., 2007). Les formations sur la gestion du stress, les

programmes d'aide aux employés et les réseaux d'entraide sont d'autres exemples d'interventions individuelles, mais ces services sont souvent insuffisants pour agir sur un problème collectif. Les interventions sur l'organisation du travail, parce qu'elles visent à diminuer l'impact des contraintes psychosociales en agissant sur les risques à la santé mentale au travail à la source, constituent une solution plus efficace (OMS, 2005; Kompier et Kristensen, 2000). Ces dernières années, quelques interventions ont été évaluées et plusieurs ont montré des effets positifs sur l'amélioration de l'environnement psychosocial de travail et la santé (Bourbonnais et coll., 2006; Eklof et coll., 2006; Dahl-Jorgensen et coll., 2005; Kawakami et coll., 2005; Logan et coll., 2005; Sluiter et coll., 2005; Anderzen et coll., 2005; Ryan et coll., 2005; Michie et coll., 2004; Kauffeld et coll., 2004; Lavoie-Tremblay et coll., 2004; Mikkelsen et coll., 2003; Theorell et coll., 2001). Cependant, peu d'information est fournie sur le contenu des interventions et, surtout, sur le contexte et les modalités de leur mise en œuvre, ce qui ne facilite pas le travail des intervenants ou des chercheurs qui veulent reproduire ces interventions dans d'autres milieux.

De plus, peu d'études rendent compte des étapes du processus qui assurent une pratique de qualité (Harvey et coll., 2006). De fait, un rapport de recherche documentaire sur les interventions organisationnelles et la santé mentale au travail dénonce le fait que la majorité des modèles d'intervention présentent sommairement les étapes et les informations (Harvey et coll., 2006). Ces auteurs recommandent le développement d'un modèle compréhensible, qui rende bien compte de l'expérience des individus et de l'organisation et ayant une base théorique solide afin de mieux venir soutenir et aider les organisations qui veulent améliorer leur environnement psychosocial de travail et la santé mentale de leurs travailleurs.

Le cadre de référence de la démarche et le processus d'évaluation

Au Québec, certains chercheurs ont participé à la réalisation de recherches-interventions auprès de travailleurs en soins de courte et de longue durée (Bourbonnais et coll., 2005b, 2006a et 2006b), auprès de cols blancs de l'administration publique (Brisson et coll., 2006) et auprès d'agents de la paix en services correctionnels (Vézina et coll., 2006; Bourbonnais et coll., 2007). Ces recherches s'appuient sur les travaux de Kompier et coll. (1998) et de Goldenhar et coll. (2001) pour cerner les conditions de succès d'une démarche d'intervention préventive en santé mentale au travail. Les principaux éléments de cette démarche sont l'instauration de modalités visant l'engagement de la haute direction, la création d'un groupe de soutien à l'intervention, la réalisation d'un portrait de la situation à l'aide d'un questionnaire, l'identification des problèmes et la recherche de solutions, l'élaboration d'un plan d'action et sa mise en œuvre, l'évaluation et le suivi des interventions (Vézina, Bourbonnais, Brisson et Trudel, 2004).

S'appuyant sur ce cadre d'intervention, le Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail, composé d'intervenants du Programme de santé au travail d'un centre de santé et de services sociaux du Québec, d'une professionnelle en évaluation de programmes et de chercheurs en santé mentale au travail (St-Arnaud et coll., 2006), s'est approprié ce cadre de référence et l'a expérimenté à plusieurs reprises. Aussi, un processus d'évaluation en continu a été intégré à la démarche. Cette évaluation formative s'inscrit dans le courant d'une démarche de planification stratégique d'interventions. Selon Turcotte et Tard (2000), ce type d'évaluation permet de préciser et de valider les activités, les méthodes et les outils de la démarche avec les intervenants afin de les aider à mieux comprendre la démarche et de s'approprier le contenu. Ce travail permet également de construire et d'enrichir la réflexion sur la démarche au fur et à mesure des interventions, et ce, à travers un processus dynamique qui permet d'intégrer ce qui est appris dans les activités en cours. Le but de l'évaluation formative n'est pas de mettre à l'épreuve l'intervention, mais bien de l'améliorer (Turcotte et Tard, 2000). C'est une évaluation qui se réalise tout au long de l'action.

Au total, six applications de la démarche ont été suivies entre 2004 et 2009. Cet exercice a permis de décrire la démarche telle qu'elle a été réalisée, les événements qui sont survenus, les résultats de l'intervention et ce qui a été appris de ces expériences et qui devait être considéré dans les interventions futures. Le processus d'évaluation a également consisté à discuter, à revoir la démarche d'intervention en la confrontant à la littérature sur l'intervention participative et l'intervention en santé mentale au travail. Plus d'une vingtaine de rencontres pour discuter de la démarche ont été réalisées avec les intervenants. Chaque étape de la démarche a été revue en considérant les actions et les méthodes utilisées, et ce, en tenant compte de l'expérience des intervenants et des observations faites dans les interventions en cours. Ainsi, ce qui a été appris à partir des expériences menées dans les milieux de travail et à partir de la littérature a été utilisé pour modifier, améliorer ou préciser la démarche d'intervention, au fur et à mesure, et était appliqué dans les expériences suivantes.

Cette évaluation a notamment permis de cerner les limites du rôle des informateurs clés comme acteur à l'identification des problèmes et à la recherche de solutions. Ainsi, la démarche s'est modifiée pour intégrer des entrevues de groupes avec les travailleurs afin de l'améliorer. Une étape de validation des analyses faites par les intervenants auprès des travailleurs a également permis d'ancrer la démarche participative et de la solidifier. Des outils de suivi ont également été développés afin de suivre la mise en œuvre du plan d'action et pour favoriser la prise en charge du milieu à plus long terme.

LA DÉMARCHE D'INTERVENTION SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Une démarche participative a été retenue comme modèle pour intervenir dans les milieux de travail. La participation de ceux qui vivent le problème est centrale parce qu'ils sont plus à même de comprendre la situation problématique et d'entrevoir les solutions pour la résoudre (Whyte, 1991; Mayer et coll., 2000). La démarche comprend plusieurs phases organisées pour atteindre les objectifs et est considérée comme une véritable méthodologie d'intervention (Kompier et coll., 1998; Lescarbeau, 1994). En effet, l'efficacité de l'intervention dépend en partie de la rigueur, de la logique et de la cohérence dont les intervenants feront preuve dans l'implantation de la démarche, dans la maîtrise des différentes étapes du processus (Lescarbeau et coll., 2003).

1. Compréhension de la démarche et engagement des acteurs concernés

La mise en place d'une démarche est généralement précédée d'une demande faite à des intervenants d'une équipe de santé au travail composée de professionnels (infirmières, médecins du travail) membres du GRISMT. Cette demande peut provenir de différents acteurs du milieu, soit les travailleurs, la direction, les représentants syndicaux, le médecin du travail, le responsable du programme d'aide aux employés, etc., qui ont observé un problème important de santé mentale dans leur milieu de travail. Quel que soit l'acteur qui en fait la demande, les intervenants doivent progressivement en venir à rencontrer tous les acteurs susceptibles d'être engagés dans la démarche d'intervention. En effet, avant de s'engager dans une démarche d'intervention en santé mentale, les intervenants auront à s'assurer que la démarche proposée, ses fondements, ses exigences et ses limites, est bien comprise et acceptée par tous les acteurs du milieu de travail. Les décideurs doivent également accepter de collaborer lors des activités de suivi et d'évaluation de la démarche, activités qui permettront aux intervenants de soutenir le milieu dans l'implantation et l'évaluation en continu de l'implantation du plan d'action.

Une telle démarche peut difficilement être implantée sans l'engagement des acteurs qui ont un pouvoir dans l'entreprise. Plusieurs auteurs sont formels sur ce point : pour faire une démarche réussie, on doit obtenir le soutien actif de la haute direction et des représentants syndicaux (Goldenhar et coll., 2001, Israël et coll., 1996) et ce soutien doit être confirmé régulièrement tout

le long de la démarche (Brun et coll., 2007). Or, la réalisation de cette étape exige du temps. Dans certains cas, plus d'un an peut s'écouler avant que le ou les gestionnaires décident de s'engager dans une telle démarche. Dans certains milieux, le changement de paradigme que demande cette intervention, soit de passer d'une gestion hiérarchique et très encadrée à une participation active des travailleurs à l'identification des problèmes et aux prises de décision, peut expliquer l'hésitation des gestionnaires à s'engager dans la démarche. Des activités de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale et leurs conséquences sur l'organisation s'avèrent généralement utiles pour convaincre les acteurs du milieu de s'engager dans la démarche.

Après entente sur ces questions avec la direction et le syndicat ou les représentants des travailleurs, il est nécessaire d'obtenir l'acceptation de la démarche par les travailleurs qui seront directement concernés. En effet, il ne faut pas tenir pour acquis que les travailleurs veuillent participer, et ce, à n'importe quelles conditions. Les intervenants doivent présenter la démarche au cours de séances d'information et se présenter. Il faut rencontrer l'ensemble des travailleurs concernés, en groupe et sur les heures de travail, afin de leur expliquer la démarche d'intervention et ses objectifs. Lorsque les intervenants ne sont pas connus du milieu, il est important de prendre le temps de spécifier leur rôle pour qu'il n'y ait pas de malentendus et pour éviter que circulent de fausses informations. Cette étape est d'autant plus importante dans un milieu méfiant ou déçu par des interventions qui n'ont pas mené à une amélioration de la situation. Ces rencontres d'information sont essentielles à la réussite de la démarche et au développement d'un lien de confiance avec les intervenants.

Le contenu des rencontres d'information permet de cerner l'objet de la démarche qui porte plus spécifiquement sur l'environnement de travail et ses effets sur la santé psychologique. Il est important de préciser aux travailleurs que la démarche proposée ne tient pas compte des problèmes individuels vécus à l'extérieur du travail et que l'objet de l'intervention se situe principalement au niveau de l'organisation du travail.

Généralement, à cette étape, les travailleurs voudront savoir jusqu'à quel point leur direction est prête à s'engager dans une démarche de changement. De fait, le résultat d'une telle démarche, soit l'implantation d'un plan d'action, peut générer des coûts. Aussi, il est prudent de s'assurer que le milieu est prêt à dégager les ressources humaines, matérielles ou financières nécessaires à la réalisation de ce projet (Israël et coll., 1996; Brun et coll., 2007) afin d'établir sa crédibilité. D'ailleurs, il a été observé que la démarche aura moins de chance de succès si l'entreprise est en décroissance (Goldenhar et coll., 2001; Israël et coll., 1996).

Au terme de cette première étape, toutes les parties devraient être en mesure de s'entendre sur le déroulement de la démarche, sur les conditions nécessaires à sa mise en œuvre et à son évaluation. La formalisation écrite de cette entente peut être un facteur aidant.

2. Formation du comité de mise en œuvre (CMO)

La démarche proposée s'appuie sur la création d'un comité de mise en œuvre (CMO) qui aura la responsabilité d'encadrer l'ensemble de la démarche. Ce comité est composé des principaux acteurs de l'organisation qui sont concernés par l'intervention, soit des gestionnaires, des membres du syndicat et des travailleurs (quatre à six personnes) qui seront accompagnés par les intervenants. Toutefois, les membres du CMO devront s'approprier les étapes de la démarche et mener plusieurs de leurs réunions de façon autonome, sans la présence des intervenants. Les membres du CMO auront un rôle crucial à jouer dans la diffusion de l'information relative à la démarche, l'élaboration d'un plan d'action et la mise en œuvre des solutions. Selon Lescarbeau et coll. (2003), un tel comité favorise la prise en charge de la

démarche par le milieu. Les personnes siégeant à ce comité doivent avoir une bonne connaissance du milieu, être crédibles auprès du groupe d'acteurs qu'elles représentent et être volontaires et déterminées à résoudre les problèmes (Barbier, 1996). Plus le gestionnaire siégeant au CMO a une autorité décisionnelle forte, plus la démarche a des chances de succès. De plus, il est généralement souhaitable d'intégrer à ce comité un responsable des ressources humaines étant donné son rôle dans l'organisation. À ce titre, on peut également prévoir la participation d'un représentant de la gestion de la santé au travail. On doit choisir la personne qui pilotera le CMO et ses travaux. Idéalement, cette personne doit détenir des compétences en gestion de projet (Brun et coll., 2007). Cette personne s'avère un élément clé tout au long du projet. Elle réalise les suivis auprès des intervenants et garantit la pérennité de la démarche tout en assurant le maintien des liens entre les intervenants, les travailleurs et la haute direction. Il est recommandé que cette personne soit crédible aux yeux de chacun des groupes d'acteurs et ait une autorité décisionnelle dans l'organisation. Un membre du CMO doit également être nommé responsable de la rédaction des comptes rendus des rencontres.

Pour s'assurer que les membres du CMO puissent bien remplir leur rôle, les modalités administratives pour assurer leur dégageant pour les activités du CMO devraient être négociées avec la haute direction, qui démontre par le fait même son engagement dans la démarche.

3. Portrait statistique du milieu

Lorsque le nombre de travailleurs le permet, il est possible de tracer un portrait statistique des problèmes de santé et de leurs facteurs de risque dans le milieu de travail. Dans un premier temps, il est recommandé de tracer un portrait statistique à partir des données d'absence selon leur fréquence, leur durée ainsi que selon les grandes familles de diagnostics, dont les problèmes de santé mentale. Dans un deuxième temps, il est possible de tracer un portrait de la situation à l'aide d'un questionnaire. Cette mesure obtenue à l'aide d'un questionnaire peut servir à justifier auprès de l'organisation la nécessité d'intervenir lorsque les résultats montrent que le milieu se situe à des niveaux élevés de détresse psychologique. La méthode de calcul permet également de comparer les résultats de l'entreprise avec les résultats obtenus dans d'autres milieux de travail. Cette comparaison peut également servir à déterminer les départements ou les services les plus à risque. De plus, la présentation des résultats ouvre un espace de discussion pour aborder une problématique complexe et favorise le développement d'une relation de confiance entre les intervenants et le milieu. Par contre, dans le contexte où le milieu de travail est convaincu de la nécessité d'agir et connaît les départements ou les services les plus à risque, la pré-enquête devient moins pertinente.

Le questionnaire utilisé comprend différentes échelles de mesures validées : le « K6 » mesurant la détresse psychologique (Kessler, 2002); le « Job Content Questionnaire » de Karasek et coll. (1998), version française (Brisson et coll., 1998) mesurant la demande psychologique au travail, l'autonomie décisionnelle et le soutien social des collègues et des supérieurs; l'échelle de Siegrist (1996) sur le modèle déséquilibre efforts et reconnaissance en version française (Niedhammer et coll., 2000). Les indices sont ensuite construits par les chercheurs et comparés avec les normes québécoises. Les intervenants présentent un rapport décrivant les résultats des questionnaires au CMO, qui organise, par la suite, une rencontre avec les travailleurs et les gestionnaires du milieu. Ce portrait permet d'appuyer l'importance de poursuivre ou non la démarche d'identification des problèmes. Les résultats sont présentés globalement afin de préserver l'anonymat des personnes ou des secteurs particuliers. Toutefois, le recours au questionnaire ne permet pas l'interaction et l'échange entre les individus, et ainsi ne permet pas de construire une interprétation commune du problème.

4. Identification des problèmes de l'environnement de travail

Le problème étudié est complexe et, généralement, les personnes ont besoin d'un regard extérieur, d'un recadrage pour le comprendre. Chacun comprend les problèmes à sa façon et selon la position qu'il occupe dans cette organisation (Lescarbeau, 1994; Contandriopoulos et coll., 2000). En considérant ce phénomène, on comprend qu'il est important d'intégrer à la démarche d'identification des problèmes une étape d'arbitrage visant à construire une compréhension commune de la réalité (Gélinas et Gagnon, 1983). Dans cette perspective, l'entrevue de groupe s'avère une méthode à privilégier parce qu'elle permet aux participants, de par sa dynamique intersubjective, d'échanger et de discuter leur interprétation des thèmes abordés et permet la construction d'une interprétation commune de ces thèmes (Geoffrion, 1993). Elle permet également de préciser les problèmes et leurs déterminants, ainsi que de cerner ce qui est important.

Lors des entrevues, les groupes sont essentiellement composés des personnes directement concernées, ou susceptibles de l'être, par les problèmes de santé mentale dans leur milieu de travail. Ainsi, les personnes qui vivent une situation difficile au travail sont plus particulièrement invitées à participer à l'identification des problèmes, mais les invitations sont faites à l'ensemble des travailleurs des services ciblés et la participation demeure volontaire. Idéalement, plus la participation est élevée, plus l'identification des problèmes et la recherche de solutions seront ancrées et partagées par le milieu. De fait, une bonne participation des travailleurs est un facteur essentiel à la réussite de l'intervention (Israël et coll., 1996).

Devant un problème de santé complexe et délicat tel que la détresse psychologique, où les relations entre les acteurs font partie du problème, il faut s'assurer d'une expression libre de la parole sans peur de représailles (LeBortef, 1981). Pour ce faire, il faut avoir un portrait de l'organisation pour déterminer la stratégie à adopter pour la consultation (Israël et coll., 1996; Lescarbeau, 1994). Les groupes sont généralement composés de travailleurs déterminés à partir de critères à établir selon les caractéristiques du milieu de travail (service, titre d'emploi, etc.). Les intervenants privilégieront la formation de groupes homogènes de 8 à 12 personnes provenant d'un même service ou département, partageant le même titre d'emploi, ou encore ayant un poste de même niveau hiérarchique afin d'éviter de regrouper ensemble des participants de niveaux hiérarchiques différents (Chambaud et Richard, 1984; Lescarbeau, 1994). Toutefois, même pour les travailleurs de même niveau hiérarchique ou d'un même service, il faut autant que possible les laisser libres de s'inscrire dans un groupe où ils seront plus à l'aise de s'exprimer.

L'entrevue est généralement d'une durée de deux heures. Elle est menée par deux intervenants, soit un animateur et un observateur. Elle débute par une mise en contexte de la demande d'intervention en raison d'un problème important de santé mentale dans ce milieu de travail et de la demande qui a été formulée auprès des intervenants. Avant l'entrevue comme telle, l'animateur revient sur les étapes de la démarche et sur le déroulement de l'entrevue. De plus, il assure aux participants que les résultats des entrevues seront traités et présentés de façon anonyme (LeBortef, 1981; Lescarbeau, 1994). Il vérifie également que les personnes présentes le sont sur une base volontaire. L'entrevue débute par une question générale et ouverte soit : « Parlez-nous de votre travail, des situations que vous trouvez difficiles et des façons pour y faire face. » Pour éviter les jugements, les gens sont amenés à s'exprimer en fonction de situations observées, de cas concrets qui peuvent illustrer leurs propos. Une période de 5 à 10 minutes est allouée aux participants qui écrivent individuellement les situations perçues comme stressantes. Un volontaire est sollicité pour parler de la première situation qu'il a notée et une discussion s'engage autour de celle-ci. Ensuite, à tour de rôle, les participants sont amenés à parler d'une situation stressante. Généralement, plusieurs tours de table sont réalisés. Ainsi, l'animation

permet de faire participer toutes les personnes et diminue la possibilité du contrôle des discussions par une ou deux personnes. À la fin de la rencontre, les participants ont à présenter les points positifs de leur travail et l'animateur informe les participants des prochaines étapes de la démarche et les encourage à discuter entre eux, de façon informelle, des situations stressantes afin d'enrichir ultérieurement le diagnostic à l'étape de sa validation, lorsqu'ils seront rencontrés à nouveau.

L'observateur consigne le plus fidèlement possible les situations décrites par les travailleurs. Idéalement, si l'intervention se déroule dans un contexte de recherche qui assure le respect des règles éthiques de consentement et de conservation des données, les entrevues peuvent être enregistrées et retranscrites de façon à saisir l'intégralité des propos. Toutefois, lorsque l'intervention ne se situe pas dans un contexte formel de recherche, il est préférable de ne pas enregistrer les entrevues. Des notes seront alors prises fidèlement par l'observateur tout au long de l'entrevue de manière à inscrire intégralement les réponses données, tel que le recommande Mayer et coll. (2000). Chaque entrevue est suivie d'une période de débriefing pour l'animateur et l'observateur. Ils inscrivent individuellement leurs commentaires et leurs premières interprétations puis échangent leurs versions avant de rédiger un premier rapport d'entrevue.

Dans certains cas, lorsqu'un besoin est exprimé en ce sens, il est possible qu'un groupe de gestionnaires puisse constituer un groupe d'entrevue, afin de déterminer ce qui pose problème pour eux-mêmes. Précisons que cette entrevue doit porter sur ce qu'ils vivent comme difficultés et non pas sur ce qu'ils pensent des problèmes vécus par les travailleurs.

5. Traitement de l'information recueillie

Le traitement de l'information est réalisé par les intervenants en utilisant une technique d'analyse de données qualitatives (Mayer et coll. 2000). Les premières opérations consistent à codifier et à catégoriser les situations stressantes énoncées par les participants. Par la suite, les intervenants ont à analyser les informations recueillies, en départageant ce qui est important de ce qui ne l'est pas, en faisant des liens entre les différentes situations stressantes et les variables, en leur donnant un sens (Lescarbeau, 1994). Cette analyse permet de dégager une ou deux hypothèses provisoires qui seront validées auprès des participants des entrevues de groupe (Goyette et Lessard Hébert, 1987).

Plus précisément, l'opération consiste à résumer en quelques mots les propos tenus par les participants pour en dégager le sens, les idées maîtresses (de quoi est-il question?). Les situations sont ensuite catégorisées suivant une formule mixte (inductive et déductive) en les associant aux connaissances théoriques qui expliquent les problèmes de santé mentale au travail, et ce, tout en gardant la possibilité d'ajouter des variables qui pourraient être induites en cours d'analyse (Mayer et coll., 2000). Parmi les principales variables des modèles théoriques, on retrouve des notions telles que la demande psychologique, le soutien social des supérieurs et des collègues, la reconnaissance, l'autonomie, etc. Les situations sont également catégorisées selon qu'il s'agit d'une dimension liée à la gestion opérationnelle du travail à réaliser ou à la gestion des ressources humaines.

Ce travail se fait après chaque entrevue de groupe. Les résultats des différents groupes sont comparés afin de faire ressortir les divergences et les convergences. Ceci permet de voir si les perceptions de la situation varient en fonction de l'appartenance à un groupe (d'une unité administrative à une autre, d'une fonction à une autre, etc.). Le cas échéant, il faut faire ressortir les particularités de certains groupes. Ces résultats sont présentés sous forme synthétique dans un tableau par unité administrative ou par fonction ou globalement, s'il s'avère que le portrait de la situation est semblable peu importe l'unité ou la fonction exercée.

6. Analyse, interprétation et hypothèses

Les intervenants doivent se forger une idée de la situation et formuler des hypothèses concernant la nature du problème. Une simple synthèse des contraintes, sans analyse, s'avère généralement insuffisante pour aider le milieu à bien cerner son problème et ses enjeux et pour aider à choisir les pistes d'action (Lescarbeau et coll., 2003). Pour ce faire, on doit se demander s'il y a des liens entre les différentes variables ou sous-variables et les différentes situations répertoriées (ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là?). Cet exercice conduit généralement à donner un sens au problème, une explication, à dégager les processus en action et l'histoire de la situation. Les chercheurs membres du GRISMT soutiennent les intervenants tout au long du processus d'analyse et d'interprétation des données.

À cette étape, les problèmes les plus importants commencent à émerger de l'ensemble des problèmes qui ont été relevés. Ce processus d'analyse permet d'organiser les données dans une forme cohérente où les contraintes les plus importantes sont mises de l'avant, sont expliquées les unes par rapport aux autres; en fait, les liens sont faits et une compréhension claire se dégage. Tout n'est pas retenu, il faut faire des choix et s'assurer que les intervenants retiennent bien les problèmes les plus importants.

C'est à ce moment qu'un schéma peut faciliter la visualisation des relations entre les situations stressantes et les variables et aider à dégager l'explication de la situation. Un court texte doit accompagner le schéma en expliquant au milieu de travail les liens observés entre les éléments et les hypothèses de travail. Ce travail d'écriture aide à nouveau les intervenants à faire les liens entre les situations décrites par les travailleurs et à rétablir la logique de leur développement.

7. Validation des interprétations et des hypothèses

Les intervenants doivent faire une rencontre de validation auprès des participants afin de s'assurer que leur analyse et leur interprétation de la situation sont partagées par le groupe (Barbier, 1996; Morin 1991-1992). Cette étape de validation doit être réalisée auprès de chacun des groupes qui a participé à l'identification des problèmes. Il faut éviter de fusionner les groupes, puisque les résultats sont généralement spécifiques à chacun, bien qu'une problématique commune puisse être présente et ramenée par tous les groupes. De plus, les résultats sont présentés en préservant l'anonymat des répondants. Les participants sont ensuite invités à échanger entre eux sur le sujet. Cet échange permet de valider, compléter et enrichir les résultats en permettant à chacun d'élargir son point de vue. Cet échange permet de faire évoluer leur interprétation de la situation, de soutenir le développement d'une interprétation commune des problèmes et favorise l'émergence des pistes d'action communes. Le schéma et le texte sont ajustés par la suite pour tenir compte des commentaires des participants.

C'est également à cette étape que l'on valide l'ordre de priorité des problèmes qui ont été soulevés afin de s'assurer que l'on n'a pas omis de considérer des problèmes cruciaux. L'idée ici est de bien cerner les thèmes qui seront abordés dans la recherche de solutions. On ne retient pas tout, on cible ce qui semble le plus important, voire essentiel (Parkes et coll., 1998; Lescarbeau et coll., 2003).

8. Rapport et présentation des résultats

Les intervenants rassemblent tous les éléments d'information et l'analyse des résultats dans un rapport écrit qu'ils présentent au CMO. Ce rapport fait état de l'analyse compréhensive des problèmes qui ont été soulevés, de ce qui est essentiel à considérer du point de vue des travailleurs et des pistes d'action qu'ils ont entrevues. L'écrit devient un outil de travail à consulter pour se rappeler périodiquement des problèmes et de leurs fondements, recentrer

l'action sur ce qui est primordial et prévenir les glissements d'interprétation susceptibles de survenir avec le temps.

La présentation des résultats exige une certaine préparation afin d'aider les gestionnaires et la direction à mieux entendre l'analyse de la situation telle que perçue par les travailleurs. De fait, certains problèmes peuvent être difficiles à entendre par les gestionnaires puisqu'ils remettent en question leur gestion, ou peuvent sembler difficiles à résoudre, ou encore à comprendre. Une des façons de faire consiste à leur expliquer l'intérêt d'entendre le point de vue des travailleurs, en quoi cette information peut être précieuse pour un gestionnaire, et surtout à les sensibiliser sur les efforts fournis par les travailleurs pour dire ce qui cause problème dans leur travail.

À la demande du milieu, les intervenants peuvent être appelés à présenter le rapport à différentes instances, par exemple la direction générale, l'ensemble des gestionnaires, etc. De façon générale, le milieu est capable de recevoir ces informations et de bien les utiliser pour aller de l'avant et trouver des solutions. Afin de favoriser la transparence de la démarche, des copies du rapport doivent être mises à la disposition de tous.

9. Recherche de solutions et rédaction d'un plan d'action

Afin de déterminer les solutions ainsi que le plan d'action qui viendra formaliser les opérations nécessaires pour en assurer l'implantation, il faut dans un premier temps créer un groupe de soutien à l'intervention (GSI). Le GSI est composé de travailleurs et de gestionnaires, dont le mandat sera de faire la recherche de solutions, en s'appuyant en premier lieu sur celles proposées par les travailleurs dans le rapport. Ce groupe diffère du CMO dans la mesure où il est composé de personnes plus près du terrain. Toutefois, certains des membres du CMO peuvent y être intégrés. L'idée ici est de composer un groupe ancré dans les besoins et les pratiques du milieu. Les intervenants peuvent être mis à profit pour animer le groupe.

Les étapes précédentes devraient avoir permis de bien cerner les problèmes importants, et ainsi faciliter la recherche de solutions adaptées à la situation. La question qui se pose ici est la suivante : quelles sont les actions qui pourraient être entreprises pour atteindre les résultats souhaités (1.)? Il faut donc maintenant être en mesure de formuler les résultats attendus (2.). Par exemple, une entreprise a une politique de gestion au rendement basée sur le nombre de dossiers traités. Les objectifs de performance visés par cette politique sont déterminants pour l'accès aux nouvelles promotions. Or, l'évaluation proposée par l'entreprise repose essentiellement sur le nombre de dossiers traités sans tenir compte des exigences de temps liées à la disparité de chaque dossier, comme s'ils étaient tous semblables. Dans ce contexte, l'attribution des promotions est perçue par les travailleurs comme injuste et inéquitable. Ainsi, la priorité d'action pourrait viser la révision des critères d'évaluation du rendement et les résultats attendus seraient que les travailleurs soient en accord avec ces nouveaux critères. On peut penser ici que de nouvelles pratiques basées sur une plus grande reconnaissance des exigences réelles du travail favoriseraient la diminution du sentiment d'injustice organisationnelle.

Les solutions retenues doivent avoir été bien soupesées. L'action est-elle réaliste? Est-ce qu'elle contribuera à modifier la situation? A-t-on les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la solution? Aura-t-elle des effets positifs sur plusieurs travailleurs? Est-ce que les travailleurs sont favorables à cette solution et font-ils le lien avec les problèmes relevés? De plus, il faut privilégier dans le choix des solutions celles qui auront un effet durable en prévention primaire sans, nécessairement, négliger la prévention secondaire ou tertiaire, même si ces dernières produisent des effets plutôt limités et de courte durée (Kompier et coll., 1998; Brun et coll., 2007). Il faut également éviter de surcharger le milieu par un trop grand nombre de solutions à

implanter (Brun et coll., 2007; Lescarbeau et coll., 2003). Enfin, une action à court terme doit être réalisée afin de stimuler le milieu et le garder confiant dans la démarche. Toutefois, le grand défi de l'intervention sera d'engager l'implantation de solutions à moyen et à long terme. Ces dernières seront d'autant plus importantes qu'elles devront être réitérées à l'aide de mesures de suivi basées sur la traçabilité des solutions préconisées. Les intervenants peuvent aider le milieu dans le choix de solutions centrées sur des mesures à visées préventives, plus porteuses de changements durables.

Dans un deuxième temps, le GSI soumet les solutions privilégiées et leurs effets attendus au CMO qui aura à formaliser les opérations nécessaires pour en assurer l'implantation. À cette étape, le CMO doit être en mesure de se prononcer sur la faisabilité de l'implantation des solutions. Il doit, par conséquent, préciser les actions concrètes et les opérations à mettre en œuvre, et ce, en ordre chronologique; nommer un responsable et établir un échéancier; cibler les acteurs concernés par ces actions; et enfin définir les moyens pour mesurer la mise en œuvre des solutions (indicateurs de suivi). En résumé, planifier consiste à traduire les priorités d'action en résultats, puis à préciser les opérations ou les actions qui permettront d'atteindre ces derniers, les contributions des différentes personnes, les délais à respecter, les méthodes et les ressources.

Enfin, il faut s'assurer que le plan d'action proposé répond aux espérances des travailleurs qui ont participé au projet (Lescarbeau et coll., 2003). Aussi, avant la réalisation du plan d'action, une dernière étape de validation auprès des travailleurs s'avère nécessaire pour engager leur participation et favoriser l'appropriation du projet par les acteurs concernés (Goldenhar et coll., 2001; Kompier et coll., 1998). Cette validation peut être réalisée au cours d'une rencontre en prévoyant du temps pour recevoir les commentaires. Les intervenants peuvent également être mis à contribution dans l'animation de cette rencontre. Finalement, des ajustements au plan d'action pourront être apportés à la lumière de cette consultation.

10. Suivi de l'implantation des solutions

Le suivi représente une étape fondamentale qui permet de vérifier si le milieu progresse dans le sens voulu et pour lui donner du soutien au besoin. Le plan d'action devient un outil pour assurer le suivi périodique et l'évaluation de la démarche auprès du CMO. Le suivi des opérations planifiées qui doit être réalisé par les intervenants vient favoriser la prise en charge du milieu qui aura, d'une certaine manière, à rendre des comptes sur l'avancement des travaux. Il est ainsi prudent d'assurer une certaine continuité au comité parce que plusieurs mesures ne peuvent être implantées qu'à long terme (Kompier et coll., 1998; Brun et coll., 2007). Le suivi permet de vérifier si les travaux se déroulent toujours et de prendre connaissance des événements qui surviennent en cours de route et qui peuvent expliquer l'amélioration ou la détérioration des indicateurs et ainsi mieux juger de l'efficacité de l'intervention. Cette mesure permet également de voir ce qui a été mis en place, de juger de la valeur des changements apportés et d'aider le milieu, si nécessaire, à évaluer la perception des solutions par les travailleurs et leur efficacité. Cette étape permet également de revoir les solutions qui s'avèrent inadéquates, ou encore difficiles à implanter. Le suivi du plan d'action doit être réalisé aux trois mois afin de soutenir la progression des travaux.

De plus, un portrait statistique des différents problèmes de santé mentale et des facteurs de risque dans le milieu de travail peut être réalisé à nouveau, à l'aide du questionnaire utilisé au temps 1, après la première année suivant l'implantation des solutions (détresse psychologique, tension au travail, soutien social des collègues, soutien social des supérieurs, reconnaissance, etc.). Les résultats de ces mesures peuvent être comparés à ceux obtenus au temps 1. Cette activité permet de faire le point sur la situation du milieu. Toutefois, cette méthode ne permet pas

d'associer les résultats à l'intervention qui a été réalisée et de juger de la réussite de l'intervention (Heany et coll., 1993; Parkes et coll., 1998). Un suivi d'implantation des solutions est essentiel pour porter un jugement sur la réussite de l'intervention en s'assurant de la qualité des solutions implantées et de leur impact sur le milieu.

Il est également important d'évaluer les interventions en ce qui a trait aux bénéfices financiers en considérant le taux d'absentéisme, le roulement du personnel, la productivité et la qualité des produits (Karasek, 1992; Israël et coll., 1996; Heany et coll., 1993) afin de convaincre les milieux des bienfaits de la démarche en utilisant les résultats plus proches de leur culture.

CONCLUSION

Un des éléments marquant de l'efficacité d'une intervention est la capacité de mettre en place une démarche participative où sont convoquées les personnes directement concernées par les problèmes organisationnels et leurs effets sur la santé mentale. Ici, ce sont les travailleurs qui sont les premiers touchés. Le fait de tenir compte de leur expérience et de leur vision du problème est donc essentiel. L'entrevue de groupe se révèle alors une méthode à privilégier. En effet, par sa dynamique intersubjective, elle permet aux participants d'échanger sur leur interprétation des problèmes abordés, d'en discuter, d'établir une interprétation commune, et ainsi de mieux cerner ce qui est réellement important. Dans un milieu de travail, la multiplicité des façons de faire les choses peut avoir une incidence sur l'organisation de ce dernier. Le travail des uns n'est jamais isolé de celui des autres. Or, si chacun pratique son métier à sa façon, sans tenir compte des autres et de leur manière de faire, on risque de voir des divergences, des malentendus, des incompréhensions et du désordre émerger. Aussi, la réalité du travail nécessite des interventions qui doivent être soumises à un arbitrage et à des accords en vue d'être intégrées de façon cohérente au bon fonctionnement du travail. Ces accords se réalisent grâce à un processus de justification et d'argumentation qui ne relève pas seulement de la dimension technique et efficace du travail, mais également de la dimension éthique, laquelle établit ce qui est bien ou mal, juste ou injuste, acceptable ou inacceptable dans les relations interpersonnelles. Ces règles se définissent également sur la base des valeurs et des croyances qui prévalent entre les personnes.

Le travail n'est pas seulement un rapport à la production et à l'efficacité : c'est aussi un lieu où s'exercent et se régulent la vie sociale et le savoir-vivre ensemble. Ainsi, tenir compte des propos des travailleurs c'est créer un espace pour redonner un sens au travail et se mettre au service de l'accomplissement de soi et de la conquête de l'identité. Si le travail est une porte ouverte sur l'accomplissement de soi et la conquête de l'identité, il devient un pivot central du développement et du renforcement de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

Anderzen I, Arnetz B. (2005). The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 47, no.7, pp. 671-682.

Barbier, R. (1996). *La recherche action*, Paris, Anthropos, 109 p.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Mâsse, B., Blanchette, C. (2005a). Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/Industrial Relations*, Vol. 60, no. 3, pp. 483-508.

Bourbonnais, R., N. Gauthier, M. Vézina, C. Viens, P.J. Durand, C. Brisson, M. Alderson, P.

Bégin, et J.P. Ouellet (2005b). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail, *Revue PISTES*, vol 7, n^o 2, mai 2005.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., & Lower, A. (2006a). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 63, no. 5, pp. 326-334.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., Gaudet, M. (2006b). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 63, no. 5, pp. 335-342.

Bourbonnais R, Vézina M, Jauvin N, Dussault J., Mental Health Problems and Mobbing among Quebec Correctional Officers in 2000 and 2004. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol.30, no. 4-5, p. 355-368, juillet-octobre 2007.

Brisson C., Larocque B., Bourbonnais R. (2001). Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens. *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 92, no. 6, pp. 460-467.

Brisson C, V. Cantin, B. Larocque, M. Vézina, A. Vinet, L. Trudel, et al. « Intervention Research on Work Organization Factors and Health: Research Design and Preliminary Results on Mental Health », *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25 (2):241-259, fall 2006.

Brisson C., Blanchette C., Guimont C., Dion G., Moisan J., Vézina M., Dagenais, G. R., Masse L., (1998). Reliability and Validity of the French Version of the 18-Item Karasek Job Content Questionnaire, *Work & Stress*, Vol. 12, no.4, pp. 322-336.

Brun J.-P., Biron C., Ivers H. (2007). *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*. Études et recherches, IRSST, rapport no. R-514, Montréal, 65 p. http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100307.html

Chambaud L., Richard L. (1984). *Le projet santé agricole : éléments d'analyse et de réflexion ou les difficultés de l'approche recherche-action dans le réseau de santé communautaire*, Saint-Jean sur Richelieu, Hôpital du Haut-Richelieu, 49 p.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé, concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, pp. 517-539.

Dahl-Jorgensen C., Saksvik P. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International Journal of Health Services*, Vol.35, no. 3, pp. 529-549.

Dewa, C. S., Goering, P. R. N., Lin, E. et Paterson, M. (2002). Depression-related short-term disability in an employed population. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, Vol.44(7): 628-633.

Dewa C. S., McDaid, D., Ettner, S.L (2007). An International Perspective on Worker Mental Health Problems: Who Bears the burden and how are costs addressed? *Canadian Journal of*

Psychiatry, Vol. 52, no. 6, pp. 346-356.

Eklof M., Hagberg M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health? A cluster randomized controlled study among Swedish VDU workers. *Applied Ergonomics*, Vol. 37, no. 2, pp. 201-210.

Ferrie J.E., Head J., Shipley M.J., Vahtera J., Marmot, M.G.M., Kivimäki, M. (2006). Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 63, no. 7, pp. 443–50.

Gabriel, P., Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève, Bureau International du Travail.

Gélinas A., Gagnon C., (1983). *Systémique, recherche-action et méthodologie souple*, Chicoutimi, GRIR/UQAC, vol.11, no.1, 16 p.

Geoffrion, P. (1993). Le groupe de discussion, dans Gauthier B., *Recherche sociale*, 2^e édition, Les Presses de l'Université du Québec, pp. 311-336.

Goldenhar, L. M., LaMontagne, A.D., Katz, T., Heany, C., Landsbergis, P. (2001). The intervention Research process in Occupational Safety and Health: An Overview From The National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *Journal of occupational and environmental medicine*, vol.43, no.7, pp. 616-622.

Goyette, G., Lessard-Hébert. M. (1987). *La recherche action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Québec, Les presses de l'Université du Québec, 204 p.

Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O., Morin, A. (2006). *Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : une synthèse des approches au niveau international*, Études et recherches, IRSST, Rapport R-474, Montréal, 57 p.
http://www.irsst.qc.ca/fr/projet_3403.html

Heany, CA, Israel, BA, Schurman, SJ, Baker, EA, House, JS, Hugentobler, M. (1993). Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: A participatory action research investigation. *Journal of organizational behaviour*, vol.14, no. 5, pp.495-510.

Henderson, M., Glozier, N., Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence: is caused by common conditions and needs managing. *British medical journal*, vol. 330, no. 7495, pp. 802-803.

Houtman, I.LD. (2007). *Work-related stress*, European foundation for the improvement of living and working conditions, 33 p.

Israel, B.A., Baker,E.A., Goldenhar, L.M., Heaney, C.A., Schurman, S.J. (1996). Occupational stress, safety and health : Conceptual framework and principles for effective prevention interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol.1, no.3, pp. 261-286.

Johnson J.V., Hall E.M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, vol.78, no. 10, pp.1336-1342.

Karasek R., Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 380 p.

- Karasek R. (1992). Stress prevention through work reorganisation: a summary of 19 international case studies. dans *Conditions of Work Digest; Preventing stress at work*, Genève: ILO, Vol. 11, no. 2, pp. 23-42.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 3, no. 4, pp. 322-355.
- Kauffeld S., Jonas, E., Frey D. (2004). Effects of a flexible work-time design on employee- and company-related aims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Vol. 13, no. 1, pp.79-100.
- Kawakami N., Kobayashi, Y., Takao, S., Tsutsumi A. (2005). Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, Vol. 41, no.2, pp. 471-478.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T. , Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2002). *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress*, [Psychological Medicine, Vol. 32, No.6, pp. 959-976.](#)
- Kivimaki M., Elovainio M., Vahtera J., Ferrie, J.E. (2003). Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 60, no. 1, pp. 27–34.
- Kompier M.A.J., Geurts S.A.E., Grundemann R.W.M., Vink P., Smulders P.G.W. (1998). Cases in stress prevention: The success of a participate and stepwise approach. *Stress medicine*, vol.14, no. 3, pp.155-168.
- Kompier, M. and Cooper, C., *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, London and New York, Routledge, 1999.
- Kompier M.A.J., Kristensen, T.S. (2000). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context, dans J. Dunham (Ed.), *Stress in the workplace: Past, present and future*, London: Whurr Publishers, pp. 164-190.
- Kompier M.A.J., Kristensen T.S. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In: Véga A, editor. *Stress in the workplace: past, present and future*. London & Philadelphia: Whurr publishers, p. 164-90.
- Kristensen T.S. (2000). Workplace Intervention Studies. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, Vol. 15, no. 1, pp. 293-305.
- Kristensen T.S. (2005). Intervention studies in occupational epidemiology. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 62, no. 3, pp. 205-210.
- Lavoie-Tremblay M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P.J., Rochette L. (2004). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 49, no.6, pp. 655-664.
- Le Bortier, G. (1981). La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux. *POUR*, no. 90, pp. 36-46.

- Lescarbeau, R. (1994). *L'enquête feed-back*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 155 p.
- Lescarbeau R., Payette M., Saint-Arnaud Y. (2003). *Profession : consultants*, 4^e édition, Gaétan Morin éditeur, 333 p.
- Logan M., Ganster D. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, Vol. 31, no.1, pp. 90-107.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et collaborateurs. (2000). *Méthode de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 409 p.
- Michie S., Wren B., Williams S. (2004). Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 61, no. 4, pp.345-349.
- Mikkelsen A., Gundersen M. (2003). The Effect of a Participatory Organizational Intervention on Work Environment, Job Stress, and Subjective Health Complaints. *International Journal of Stress Management*, Vol. 10, no. 2, pp. 91-110.
- Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité (2004). Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq, DARES : *Premières synthèses*, no. 19.1, 4 p.
- Morin A. (1991, 1992). *Recherche-action intégrale et participation coopérative, 2 vol. : Méthodologie et étude de cas, théorie et rédaction du rapport*, Montréal, Agence d'Arc, 222 p. et 201 p.
- Niedhammer I., Goldberg M., Leclerc A., Bugel I., David S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 24, no. 3, pp. 197-205.
- Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M. F., Goldberg, M., & Leclerc, A. (2000). Études de qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Vol.48, pp.419–437.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Santé mentale et vie professionnelle*, Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki 12-15 janvier.
- Parkes C.R., Sparkes T.J. (1998). *Organisational interventions to reduce workstress: Are they effective? A review of the literature*, University of Oxford, rapport 193, 52 p.
- Rugulies R., Bultmann U., Aust B., Burr H. (2006). Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 163, no. 10, pp. 877-887.
- Ryan P., Hill, R., Anczewska M., Hardy P., Kurek A., Nielson K., Turner C. (2005). Team-based occupational stress reduction: a European overview from the perspective of the OSCAR Project. *International Rev Psychiatry*, Vol.17, no. 5, pp. 401-408.
- Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol.1, no. 1, pp.27-41.

- Siegrist J., Marmot M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, Vol. 58, no. 8, pp. 1463-1473.
- Sluiter J., Bos A.P., Tol D., Calff M., Krijnen M., Frings-Dresen M. (2005). Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intensive Care Medicine*, Vol. 31, no.10, pp. 1409-1414.
- Sroujian C. (2003). Mental health is the number one cause of disability in Canada. *The Insurance Journal*, Vol. 7, no. 8.
- St-Arnaud L., Bhérer L., Fontaine S., Gignac S., Gourdeau P., Legros G., Maranda L., Pelletier M. (2006). *La santé psychologique au travail : agir par la prévention, Guide d'animation*, Groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, Québec. <http://www.integration-travail.fse.ulaval.ca>
- Stansfeld S.A., Fuhrer R., Shipley M.J., Marmot M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental medicine*, Vol. 56, no. 5, pp. 302-307.
- Theorell T., Emdad R., Arnetz B., Weingarten A.-M. (2001). Employee effects of educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 63, no. 5, pp. 724-733.
- Turcotte, D. et Tard, C. (2000). L'évaluation de l'intervention et l'évaluation de programme. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques, D. Turcotte et collaborateurs. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville; Gaëtan Morin, pp. 327-358.
- van der Doef M., Maes S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, Vol. 13, no. 2, pp. 87-114.
- Van der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H. and Dijk, F.J. van, 'The benefits of interventions for work-related stress', *American Journal of Public Health* , 91, 2001, pp. 270-276.
- van Rhenen W., Blonk R.W.B., Schaufeli W.B., van Dijk F.J.H. (2007). Can sickness absence be reduced by stress reduction programs: on the effectiveness of two approaches, *International archives of occupational and environmental health*, Vol. 80, no. 6, pp. 505–515.
- Vézina M., Cousineau M., Mergler D., Vinet A., et coll.. (1992). *Pour donner un sens au travail: bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec*. Québec: Gaëtan Morin édition, 179 p.
- Vézina M., Bourbonnais R. (2001). Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale. Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyse*, Québec: Éditeur officiel du Québec, pp. 279-287.
- Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2004). Facteurs de risques psychosociaux, dans *Manuel d'Hygiène du travail*, ch. 19, Éd. Modulo-Griffon, pp. 362-375.
- Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., Trudel L. (2006). Définir les risques. Note de recherche: Sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, no. 163, pp. 32-38.

Vézina, M., R. Bourbonnais, A. Marchand et R. Arcand (2008). Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Vézina, M. (2010). Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux. Dans Y. Clot et D. Lhuiler (sous la direction de), *Travail et santé : ouverture clinique*, (pp.169-174), Paris : éditions Érès.

Vinet A., Bourbonnais R., Brisson C. (2003). Travail et santé mentale : une relation qui se détériore, dans *Santé mentale au travail, l'urgence de penser autrement l'organisation*, Collection : Congrès des relations industrielles de l'Université Laval, pp. 5 -37.

Whyte, W. F. (1991). *Participatory action research*. Newbury Park: Sage Publications.

