

Chronique d'une recherche-intervention éducative dans le domaine du travail médical

Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation)

M.-F. Maranda*, **M.-A. Gilbert****, **L. St-Arnaud*****, **M. Vézina******

**Professeure, Département des fondements et pratiques en éducation
Faculté des sciences de l'éducation
Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4, Canada
Marie-France.Maranda@fse.ulaval.ca*

***Professeur retraité
Université du Québec à Trois-Rivières
Marc-Andre.Gilbert@uqtr.ca*

****Professeure, Département des fondements et pratiques en éducation
Faculté des sciences de l'éducation
Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4, Canada
Louise.St-Arnaud@fse.ulaval.ca*

*****Professeur, Département de médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine
Université Laval, Québec, QC, G1K 7P4, Canada
Michel.Vezina@msp.ulaval.ca*

RÉSUMÉ.

Cette communication relate les moments-clés d'une enquête de psychodynamique du travail auprès de médecins québécois ayant vécu un épisode de détresse psychologique. La clinique du travail, inscrite ici sous le créneau de l'intervention éducative et de la santé, révèle l'existence de stratégies défensives construites sous le mode de l'hypertravail et de l'endurance. Ce témoignage collectif de médecins ayant vécu un épuisement professionnel appelle des changements institutionnels, organisationnels et culturels dans le secteur de la santé, ce qui suppose une intervention éducative structurée autour de l'action collective.

MOTS-CLÉS : psychodynamique du travail, intervention éducative, médecins, santé mentale, organisation du travail, stratégies défensives, hypertravail, endurance.

1. Introduction

L'objectif de cette communication est de relater les moments-clés d'une recherche-intervention portant sur la santé mentale de médecins ayant vécu un épisode intense de détresse psychologique au travail. Cette recherche qualitative fut commanditée par l'Association médicale canadienne (AMC) et l'Institut de neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (IRSC), inquiets de constater chez 2251 médecins répondant à un sondage, des taux de fatigue et d'épuisement avoisinant les 45% (Crépeau, 2003). Notre cadre théorique et méthodologique est celui de la psychodynamique du travail (IPDTQ, 2006; Dejours, 2000). Son objet consiste à mettre en place une réflexion critique sur les situations de travail qui ont donné lieu à un mal-être professionnel. En ce sens, elle contient une visée émancipatoire qui permet de la qualifier d'intervention éducative, car elle s'inscrit dans une volonté de changements. Une fois le doigt mis sur les aspects organisationnels, culturels et personnels liés à l'apparition et au développement de la souffrance au travail, et après avoir réalisé une prise de conscience des formes défensives qui l'accompagnent, les participants souhaitent et réclament des correctifs. S'ils ont accepté de faire ce témoignage collectif, c'est pour que leur situation de travail s'améliore. Malgré le fait que les chercheurs ne sont pas ceux qui doivent *porter* cette action (Dejours dans IPDTQ, 2006), le défi consiste tout de même, pour les chercheurs, à diffuser et à partager l'analyse avec les structures en place. En ce sens, nous croyons que cette approche s'inscrit dans une perspective d'intervention éducative. La communication sera présentée sous forme d'une chronique comportant les diverses étapes de cette recherche, suivie d'une réflexion critique sur les enjeux qu'elle soulève sur le plan de l'intervention éducative.

2. Cadre théorique et méthodologique : la psychodynamique du travail

L'enquête de psychodynamique du travail (IPDTQ, 2006) tente de décrypter l'origine de la plainte formulée par des travailleurs, des salariés, des cadres aux prises avec une organisation du travail pathogène. Plus précisément, cette intervention de groupe étudie, à partir des positions subjectives et intersubjectives des participants, les situations de travail à risque du côté de la santé mentale (Carpentier-Roy et Vézina, 2000). Dans ce cas-ci, fait inusité, ce sont des médecins, c'est-à-dire des gens appartenant à une profession libérale enviée, qui ont osé lever le voile sur leur expérience d'épuisement professionnel, de dépression ou de recours aux psychotropes, expérience qui leur a valu un long congé de maladie et un difficile retour au travail. Voyons donc les étapes de cette recherche-intervention.

2.1 Première étape : l'appropriation de la demande par des participants volontaires

Une fois le devis de recherche approuvé par les organismes commanditaires, l'étape suivante a consisté à recruter des participants volontaires. Le recours au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) fut déterminant pour permettre la mise en contact avec des sujets volontaires, et leur collaboration essentielle tout au long de la démarche. Cette instance était motivée par une situation inquiétante. En effet, d'année en année, le nombre de médecins qui font appel à leurs services augmente. À titre d'exemple, en 2005-2006, la hausse de la clientèle représentait 10% chez les résidents, 20% chez les spécialistes et 55% chez les omnipraticiens, pour un total de 395 demandes d'aide (vs 313 l'année précédente). Entre juin 1990 et mai 2006, 2855 demandes d'aide ont été reçues. « Ce sont de loin les problématiques reliées à la santé mentale au sens le plus large du terme, de même que les difficultés d'ordre personnel et/ou professionnel qui conduisent les médecins et résidents à venir chercher de l'aide », dit le PAMQ (2007, p. 10), et le phénomène actuel s'observe par une plus grande complexité des cas.

Deux groupes de médecins québécois ont accepté de livrer un témoignage collectif décrivant leur contexte de travail¹ : un à Québec (n=6) et l'autre à Montréal (n=7). Ces médecins (sept femmes et six hommes) pour la plupart des médecins généralistes, représentent différentes catégories d'âge : autant des gens ayant une longue pratique et un regard critique sur les tribulations du système de santé au Québec, que des jeunes médecins se demandant s'ils allaient persévérer dans leur choix vocationnel ou abandonner cette profession qui leur avait déjà valu, au début de la trentaine, un épisode d'épuisement professionnel.

2.2 Deuxième étape : la mise en place d'un espace de parole et de discussion

Le premier rôle des chercheurs impliqués dans une telle démarche est de mettre en place un espace de parole, en groupe, la plus libre et authentique possible. Notre équipe de chercheurs est multidisciplinaire : une sociologue, deux psychologues et un médecin. Au cours des quatre rencontres successives de trois heures que prend la démarche, les deux premières servent à écouter *de façon risquée*, c'est-à-dire à recueillir, sans a priori et sans questions dirigées ou semi-dirigées, la souffrance que les participants ont à livrer (Dejours et al. 1994). Il s'agit de s'imprégner de la réalité subjective décrite par les participants du groupe, et de la mettre en discussion pour obtenir une intersubjectivité. Au cours des deux rencontres suivantes, l'analyse interprétative entre en jeu par le partage d'une synthèse verbale (que certains

¹ Cette enquête de psychodynamique du travail a donné lieu à la publication d'un livre *La détresse des médecins, un appel au changement* (Maranda et al. 2006), dont le titre fut donné par les participants, marquant là leur volonté d'obtenir des améliorations dans leur travail.

appellent restitution) qui donne lieu à un écrit. Le contenu du rapport fait état des situations de plaisir et de souffrance au travail et permet de discerner ce qui est commun aux participants du groupe. Ensuite, il traite des stratégies défensives mises en place pour faire face au réel de leur travail, stratégies qui s'avèrent souvent en bout de piste contre productives du côté de la santé mentale. Le rapport écrit fut acheminé avant la quatrième rencontre aux participants qui ont eu le loisir de le corriger, de le nuancer, d'y ajouter des éléments nouveaux, de l'entériner, bref de le valider.

Ce rapport fut ensuite présenté aux structures professionnelles, dont l'Association médicale canadienne. Il révèle des situations problématiques liées à l'organisation du travail qui demandent à être corrigées et met au jour la dynamique des stratégies défensives à l'œuvre sur lesquelles on peut aussi agir. C'est ainsi que Christophe Dejourné dit (1993, p. 174) : « C'est d'un double mouvement, de transformation de l'organisation du travail et de dissolution des systèmes défensifs, que peut naître une évolution du rapport santé mentale/travail ».

2.3 Troisième étape : bien saisir le réel du travail et les mécanismes défensifs à l'œuvre

Voici, en quelques points saillants, la description qui a été faite de la situation de ces médecins. La plainte des participants portait à l'origine sur la lourdeur de la tâche, les longues heures de travail et l'imposante charge de travail. Disons, de prime abord, que le travail médical au cours des dernières années s'est intensifié, s'est alourdi, s'est rigidifié.

En effet, les médecins généralistes et spécialistes participant à cette enquête ont décrit une situation où l'organisation du travail s'est beaucoup détérioré au cours des dernières décennies, tant à l'hôpital que dans les cabinets ou cliniques, où se déroule leur pratique. Il s'est produit une **intensification** du travail, par exemple une importante augmentation du nombre de cas à traiter et par conséquent l'allongement des listes d'attente. Les salles d'urgence se sont engorgées. Les mesures de rationalisation (les fermetures de lits pour ne nommer que celle-là) sont responsables de cet état de fait de même qu'une mauvaise planification des effectifs médicaux. Le départ à la retraite de plusieurs collègues (à la suite d'incitatifs gouvernementaux, il faut le rappeler) a provoqué une pénurie de médecins, et encore plus dans les régions les plus éloignées. Pour pallier le manque de spécialistes en régions, le gouvernement a obligé des médecins généralistes de Montréal à se rendre illico dans des salles d'urgence à 800 km de leur domicile, sous peine d'amendes.

La multiplication des cas de cancers, le vieillissement de la population, et l'augmentation de cas psychosociaux (par exemple les cas de dépression qui aboutissent dans leur cabinet) font en sorte que le travail des médecins s'est considérablement **alourdi**. On ne peut pas traiter en cinq minutes le cas des

personnes souffrant de toxicomanie, pas plus que celui des femmes subissant une violence conjugale. Ainsi, au même moment où l'accès aux services sociaux fut diminué, le cabinet des médecins s'est transformé en une sorte de cour des miracles. De plus, une **rigidification** des dispositifs médico-administratifs, provenant du ministère de la santé et des compagnies d'assurance, a multiplié la paperasse et les points de contrôle. La gestion des ressources humaines a été fréquemment pointée du doigt dans la responsabilité de ce contexte, notamment celle des établissements hospitaliers, qui s'est alignée sur une philosophie de gestion comptable sans égard au réel du travail auquel sont soumises toutes les catégories professionnelles de la santé. À cela s'ajoute la nécessité de se tenir à jour alors que les découvertes et les connaissances se multiplient et se diffusent à une vitesse extrêmement rapide, notamment à cause de l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments. Le temps nécessaire fait défaut pour être capable de suivre le rythme, ce qui devient une source d'inconfort et un poids sur la conscience professionnelle. En somme, les ressources manquent pour donner à chacun des patients des soins appropriés ou alors c'est le médecin qui prend sur ses épaules, et sur son temps personnel, les lacunes du système. Les risques d'erreur s'accroissent également, et la peur de faire des erreurs, car comment faire face à tous ces impératifs avec compétence et diligence alors que la fatigue et le stress s'emparent de vous et ne vous quittent plus?

La description de ces éléments de contexte a permis de saisir comment les médecins en sont venus à s'engager dans une surcharge adaptative aux exigences du travail et nous a mis sur la piste des stratégies défensives construites en réaction à ce contexte. Des conditions de travail qui ne correspondent pas aux besoins de la médecine telle qu'elle devrait se pratiquer de nos jours, la rencontre imprévue avec des problèmes personnels de santé, des perturbations à la vie familiale, des difficultés de gestion de bureau ou des difficultés financières sont des événements qui sortent de la sphère de contrôle du médecin, et qui ont poussé à utiliser des moyens pour faire face au réel. Allonger les heures de travail, prendre des cas supplémentaires, apporter du travail à la maison, ne pas prendre ses vacances, tout ça a été essayé dans un premier temps.

Cependant, l'analyse d'une réponse «normale» à l'imposante prescription du travail ne nous expliquait pas comment cette surcharge se transformait en hyperactivité chronique au travail. Ce n'est qu'en explorant les contours de l'identité du médecin à travers son parcours scolaire centré sur le succès, la performance, sa formation médicale et son obligation de répondre aux normes professionnelles et sociétales, que nous avons cru percevoir une souffrance au travail qui est à l'origine de ce passage de la surcharge à l'hypertravail, devenu une norme sociale, à laquelle chacun doit désormais se mesurer. En effet, pour faire face aux exigences de la mission, ces médecins ont accéléré la cadence de travail, jusqu'à la surcharge, et ont développé des mécanismes défensifs faits d'endurance. Ce fut là l'énigme porteuse de notre recherche.

L'hyperactivité (ou l'autoaccélération) est une stratégie défensive individuelle pour faire face au réel du travail, tandis que l'hypertravail est une conduite

collective déployée en norme sociale pour répondre aux exigences d'un système prescriptif devenu délétère. L'hypertravail s'appuie sur une construction identitaire qui fusionne la personne à son travail : des attentes personnelles et sociales déjà très élevées à un métier qui demande de soigner, de guérir, voire de conjurer la mort. La situation dégradée du système de santé exploite toutefois cette construction identitaire dédiée au travail. Le contexte suggère aux individus d'en faire plus encore jusqu'à l'engourdissement.

Or, l'hypertravail n'est pas accessoire ; cette stratégie défensive joue un rôle fonctionnel afin de bloquer la souffrance, les émotions, la pensée... et donc l'action. L'hypertravail anesthésie la souffrance et a pour effet de masquer la réalité ou de l'occulter afin de permettre aux médecins de poursuivre un travail qui est passé dans le registre du trop : trop de responsabilités, trop de risques, trop d'intensité. On peut ainsi comprendre que c'est l'installation d'un cercle vicieux qui se renforce lui-même. À court terme, et à une échelle individuelle, l'hyperactivité peut être « payante » monétairement et apporter d'autres bénéfices symboliques telle une visibilité grandissante. L'hypertravail fait toutefois perdre les repères d'une saine hygiène de vie au travail. En fait, en bout de ligne, l'hypertravail devient un risque professionnel, au même titre que d'autres facteurs de risque, dont il faut désormais tenir compte dans l'étiologie des problèmes d'épuisement et de détresse psychologique.

La question qu'il fallait explorer à ce stade-ci était : comment cette stratégie défensive individuelle et collective perdure-t-elle malgré ses effets pervers fort prévisibles ? Tout le monde sait qu'on ne brûle pas la chandelle par les deux bouts impunément. La réponse est dans l'organisation collective du travail. Le travail du médecin ne se limite pas à une relation individualisée patient-médecin. Bien que le médecin soit un travailleur autonome, il a des collègues et fait partie de ce que l'on pourrait appeler une fraternité. Lorsque les exigences du travail deviennent excessives la collaboration des collègues devient essentielle. Or, il semble que l'hypertravail soit une stratégie défensive partagée, c'est-à-dire, bien qu'elle ne soit pas le fruit d'une concertation explicite, elle est plutôt recréée et partagée par les médecins en général comme une norme à laquelle il faut s'aligner. Tous sont surchargés et nombre d'entre eux semblent être sous l'emprise de la surcharge. Ainsi, devant un collègue en difficulté au travail, il ne reste que peu de place pour accueillir sa plainte ou offrir du soutien. Si les stratégies défensives ont pour effet de bloquer la souffrance du sujet, elles le rendent également moins perméable à la souffrance des autres. C'est ainsi que l'action qui demande des changements est tuée dans l'oeuf. Dans une perspective d'interdépendance, ce manque de réceptivité des collègues est une « recette » à l'isolement professionnel, au repli sur soi et conduit à l'épuisement professionnel et émotionnel.

L'inaction se cristallise lorsque ces stratégies défensives s'inscrivent dans une culture qui les encourage en ce sens. La réaction des collègues par leur manque de réceptivité face au médecin qui tombe au travail, ou qui ne peut plus tenir, laisse apparaître la présence de ce qu'il est convenu d'appeler en psychodynamique du

travail, une idéologie défensive de métier. Dans le cas des médecins, cette idéologie défensive est celle de l'**endurance**. Elle se caractérise par une rigidité institutionnalisée autour de certaines valeurs dominantes de la profession : le sens des responsabilités, la résistance au stress, la performance, le prestige, etc. Elle se manifeste par une forme de rejet des collègues qui ne participent pas aux valeurs dominantes de cette profession. Chez les médecins, les valeurs dominantes de soigner et de guérir sont certes au cœur du métier, mais elles se doublent des valeurs de surcharge de travail et d'endurance. Or, la profession semble faire comme si un médecin qui ne peut plus tenir n'est pas un vrai médecin. La protection de l'image y est sans doute pour quelque chose. Les médecins sont aussi soumis à de fortes attentes de la part de la société : le mythe veut qu'ils soignent et guérissent les patients ; on attend d'eux qu'ils sauvent le monde. L'imaginaire social construit autour de ces nouvelles figures surdouées qui apparaissent régulièrement à la télévision (la nouvelle Dre Gray est un autre exemple) se transforme insidieusement en exigences politiques.

Qu'arrive-t-il aux médecins qui sont coincés dans ces ordres d'exigences paradoxales dont ils deviennent le bouc émissaire² ? Selon les nombreux témoignages recueillis par la suite, ils sont rejetés notamment par leurs collègues. La profession médicale est fortement balisée par la déontologie qui doit voir à la protection du public selon les normes de bonne pratique. Selon cette mission, elle punit les médecins qui commettent des erreurs, comme si l'erreur n'était que personnelle et sans lien avec les contextes où elle survient. Entre devoir et pouvoir, où est donc l'espace vital qui permet de garder la tête hors de l'eau ? Le destin du soignant, c'est de soigner et de guérir ; c'est là même la source de plaisir qui l'anime. C'est pour cette raison que des hommes et des femmes sont entrés en médecine, comme on entre en vocation. Alors se pose la question : comment faire face à l'ampleur de ces contraintes paradoxales ?

2.4 Dernière étape : la diffusion des résultats et les difficultés qui se posent

Notre recherche a clairement montré que l'hypertravail est cette stratégie défensive de métier inscrite dans une culture de l'endurance développée par les professionnels de la santé aux prises avec une réalité qui exploite leur dévouement, malgré cette situation connue. Pourtant, les organismes professionnels responsables de représenter les médecins (collège, fédérations, associations) ont semblé jusqu'à ce jour fort hésitants à amorcer un travail de transformation des conditions pathogènes de l'organisation du travail du côté de la santé mentale. De là, l'importance de porter une réflexion comme celle-ci jusque dans les arcanes des

² Ce fut le cas d'un médecin « reconnue coupable de ne pas avoir porté secours à un patient » alors que « l'urgence était fermée, et ce, en vertu d'une décision administrative consécutive à un manque de médecins ». « En larmes, elle dit regretter son geste », *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières), Actualités, mercredi 27 avril 2005, p. 1.

structures professionnelles, puis dans les instances politiques. Mais, à qui incombe-t-il de le faire ?

La multiplication des lieux de parole et de discussion est apparue à court terme comme le premier moyen collectif pouvant apporter des changements. En effet, les médecins participants ont souhaité que tous les lieux politiques et professionnels soient saisis de la réalité qui frappe un grand nombre d'entre eux. De la discussion et de la délibération, des pistes d'action concrètes devraient en principe émerger. C'est ce qui s'est produit d'ailleurs car de nombreuses réunions de travail, journées de formation, rencontres sociales, colloques et congrès ont permis que ces questions soient traitées. Restent maintenant à élaborer un plan d'action concret.

Or, au plan des regroupements professionnels, un effet secondaire semble se traduire par l'invasion de cette idéologie d'hypertravail et d'endurance dans les organismes qui sont supposés protéger et défendre les intérêts des médecins. Ces organismes devraient élaborer des solutions, mais ils semblent rester sans voix. À l'exception du programme d'aide aux médecins qui apporte un soutien concret et vital (des participants ont affirmé que leur intervention leur avait sauvé la vie), les fédérations (l'équivalent des syndicats) semblent incapables de transformer l'organisation du travail dans le sens d'une meilleure qualité de vie au travail. À titre d'exemple, la dernière négociation avec les médecins spécialistes du Québec n'a porté que sur la rémunération. Une importante partie de bras de fer, qui a plus ou moins tourné en queue de poisson, les a opposés au gouvernement, sans que le contexte de pénibilité du travail dans lequel ils oeuvrent soit évoqué, du moins publiquement. Au contraire, les uns et les autres perpétuent l'image fautive et irréaliste de la toute puissance des médecins, contre du salaire, et se trouvent à bloquer, par l'inaction et le déni, voire la fanfaronnade, les issues à la fragilisation des médecins.

Les communications dans les instances professionnelles et scientifiques faites à ce jour nous ont permis de recueillir deux sortes de réactions : une qui corrobore les témoignages obtenus à ce jour, et l'autre, assez véhémement, provient de médecins installés dans des positions de pouvoir qui considèrent que ceux et celles qui prennent la parole de cette façon sont des êtres faibles et plaintifs. Pourtant, la recension des écrits (seconde partie de notre livre) a permis de constater une situation similaire dans plusieurs pays. Des dizaines de recherches quantitatives et qualitatives ont été réalisées à ce jour et confirment l'existence de ces problèmes dans le domaine médical. À titre d'exemple, plus ou moins 40 à 45% des médecins canadiens présentent des taux élevés de détresse psychologique ou d'épuisement professionnel (Boudreau et al. 2006; Viviers et al. 2006). Est-ce à dire que la moitié du corps médical fait partie des maillons faibles visés par les détracteurs de ces études ? Or, il se trouve toujours quelqu'un dans l'assistance aux congrès, colloques, symposiums médicaux ou scientifiques auxquels nous avons participé pour s'inscrire en faux contre de tels résultats, ou pour réclamer de nouvelles études ! De là l'importance que des relais soient faits vers une prise de conscience sur une grande échelle et l'action proprement dite.

3. Conclusion

À l'échelle individuelle, il y a peu d'échappatoires à la surcharge de travail compte tenu des prescriptions multiples et croissantes qui découlent de l'intensification du travail. L'hypertravail, comme réponse à un travail organisé sous le mode de l'excès, est susceptible d'être un mécanisme de défense collectif où tous sont à risque. Il faut en effet éviter le piège de tomber dans l'explication trop facile de croire que la souffrance des médecins n'est qu'une question de quelques-uns de sensibilité et de conscience professionnelle. Il n'en demeure pas moins qu'il existe un important défi à traduire ces situations, vues tout d'abord comme des situations individuelles, en actions collectives. Et s'il n'y a pas d'initiatives collectives concrètes qui se mettent en place pour corriger, à la source, les facteurs de risque professionnels, les chances que des transformations du système de santé soient réalisées en vue d'assainir les contextes de travail sont à peu près nulles. De là, la pertinence d'une intervention éducative qui vise la prévention des problèmes de santé mentale au travail. À notre avis, la psychodynamique du travail s'inscrit dans cette perspective.

En effet, la psychodynamique du travail donne accès au réel par l'intermédiaire de la subjectivité et de l'intersubjectivité. Entre la pensée et l'action, il doit y avoir cet espace d'élucidation de la dynamique qui a conduit à l'épuisement, ou à la dépression, ou à toute autre forme de mal-être professionnel (Dejours interviewé par Maranda et Trudel, 2006). C'est à cette condition seulement que les ressorts de l'action pourront être articulés vers une transformation de la réalité. Avant de penser à l'élaboration d'un plan d'action, il est toutefois essentiel d'explorer le rôle que jouent les stratégies défensives à l'œuvre. Car ces réflexes défensifs, individuels et collectifs, constituent des compromis conscients et non conscients, mis en place au fil du temps pour se protéger contre la souffrance. Or, ces mécanismes défensifs donnent lieu à un blocage de la pensée. L'intervention éducative consiste donc, dans un premier temps, à prendre conscience de l'existence de tels blocages, puis de les mettre en débat au sein des groupes concernés. Malgré la croyance que l'organisation du travail soit la prérogative du droit de gérance, elle se discute. Or, la capacité de négocier dépend de la capacité à penser le travail. Déconstruire les défenses, débloquent la pensée, permet ensuite de négocier autrement, car le centre de l'action c'est la pensée. La parole au sein d'espaces de discussion et de délibération s'avère donc essentielle à l'élaboration de l'action. Le travail des chercheurs en psychodynamique du travail est d'accompagner les participants et leurs instances dans l'analyse de la souffrance au travail. C'est ce que nous appelons la clinique du travail. Cet accompagnement se déploie dans un registre de compréhension et de traduction juste de l'action réflexive collective sur le travail, sans pour autant que les chercheurs se substituent aux acteurs concernés et c'est important de le souligner. Il s'agit là d'une position à tenir contre les tenants de l'action *clés en main* qui font fi de l'obligation de penser le travail pour construire le sens de l'action. L'absence ou l'effritement des relais de l'action, dans un processus de réflexion collective sur le

travail, pose néanmoins un problème crucial. Le défi consiste à ce que les structures professionnelles (les syndicats, les fédérations et les associations) prennent à leur compte toute cette réflexion et passent en mode actif pour se porter à la défense de leurs membres. Le dilemme qui tiraille des chercheurs face à l'action, qui tarde à se mettre en place, peut être formulé en rapport avec la capacité du milieu à porter les conclusions d'une enquête et à transformer le travail à partir de la compréhension mise en lumière dans le travail de réflexion. Pour les chercheurs, vouloir faire à la place relèverait alors de l'imposture, car l'action ne peut être conduite que par ceux qui acceptent la responsabilité de réfléchir sur ce qui va et sur ce qui ne va pas dans le travail, de même que la responsabilité de mobiliser les ressorts de l'action encore à leur portée. Voilà donc des réflexions qui sauront alimenter, sans doute, une discussion sur la portée de l'intervention éducative dans la prévention des problèmes de santé mentale au travail.

4. Bibliographie

- Crépeau, C. (2003). L'Association médicale canadienne veut aider les médecins victimes d'épuisement. *L'Actualité médicale*, 24 (32), p. 8
- Boudreau, R.A., R.L. Grieco, S.L. Cahoon, R.C. Robertson et R.J. Wedel (2006). The Pandemic from Within : Two Surveys of Physician Burnout in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25, 2 : 71-88).
- Carpentier-Roy, M.C. et M. Vézina (sous la dir. de), (2000). *Le travail et ses malentendus, enquêtes de psychodynamique du travail au Québec*, Octarès et Les Presses de l'Université Laval, 161 p.
- Dejours, C. (2000 et 1993). *Travail, usure mentale*. Éditions Bayard. 280 p.
- Dejours, C., D. Dessors et P. Molinier (1994). Pour comprendre la résistance au changement, *Documents pour le médecin du travail*, Éd. INRS et Min. du Travail, 58 : 112-117.
- Dejours, C. (propos de) recueillis par M.-F. Maranda et L. Trudel (2006). Réflexion et action en psychodynamique du travail. *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail, enquêtes de psychodynamique du travail au Québec*, PUL, 193-207
- Maranda, M.-F., M.-A. Gilbert, L. St-Arnaud, M. Vézina (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Québec : PUL, 152 p.
- Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) (2007). *Seizième rapport annuel du PAMQ 2005-2006*, 18 p.
- Viviers, S., L. Lachance et M.-F. Maranda, C. Ménard (2006). *Étude de la santé psychologique des ophtalmologistes québécois*. Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail, Université Laval, 319 p.