

La santé psychologique au travail: analyse théorique et perspective de recherche

Abdelmajid Qourrichi

abdelmajid.qourrichi@gmail.com

Faculté des lettres et des sciences humaines Université Ibn Tofail, kénitra, Maroc

Résumé

Le présent article consiste à clarifier et définir le concept de la santé psychologique, notamment dans le cadre du travail. L'investigation théorique de ce concept montre que la santé psychologique ne se réduit pas à la présence d'un état positif (bien-être) ou l'absence d'un état négatif (détresse). Il s'agit plutôt d'un construit bidimensionnel impliquant à la fois une dimension positive représentée par le bien-être et une autre négative représentée par la détresse. Par ailleurs, la santé psychologique au travail dépend d'un ensemble de facteurs, souvent regroupés en trois catégories à savoir: les facteurs personnels, les facteurs organisationnels ainsi que les facteurs sociodémographiques. En outre, il s'avère que l'identification de ces facteurs permet de prévenir les risques pour la santé psychologique des employés et de promouvoir les bonnes pratiques favorisant la bonne marche du travail et la performance organisationnelle.

Mots-clés: santé psychologique; bien-être; détresse

Psychological health at work: theoretical analysis and research perspective

Abdelmajid Qourrichi

abdelmajid.qourrichi@gmail.com

Faculty of letters and Human Science, Ibn Toufail University, kénitra, Morocco

Abstract

This article aims to identify the concept of psychological health and its application in the workplace. The theoretical investigation of this concept induced that psychological health is more than the presence or absence of a state (well-being or distress), rather is a two-dimensional construct involving a positive dimension represented by well-being and another negative represented by distress. In addition, psychological health at work depends on a set of factors, often grouped in three major categories: personal factors, organizational factors and socio-demographic factors. Thus, the study of these factors makes it possible to prevent risks related to psychological health, as well as to promote practices favoring the work functioning and the productivity of work organizations.

Keywords: psychological health; well-being; distress.

Introduction

La problématique de santé psychologique se positionne au milieu des travaux de recherche menés dans la perspective de comprendre le fonctionnement de l'homme dans les organisations de travail. Notant bien que la performance de ces dernières est devenue plus conditionner avec l'état de santé psychologique de son personnel, chose qui explique l'importance de ce champ de recherche dans la compréhension du fonctionnement psychologique de l'homme et la mise en place des mesures favorisant la qualité de vie au travail et la santé psychologique du personnel. La santé psychologique est donc devenue un enjeu majeur pour la stabilité, la cohésion, la productivité, voire le développement des organisations et de la société en général. «*Mental health is an essential component of social cohesion, productivity, and peace and stability in the living environment, contributing to social capital and economic development in societies*» (WHO, 2005a).

Les atteintes de la santé psychologique engendrent des conséquences lourdes sur le déroulement du travail en raison de l'absentéisme, de la baisse de productivité voire de l'augmentation du coût (Brun & Martel, 2003; Danna & Griffin, 1999; WHO, 2005a). En effet, Les statistiques montrent que le stress affect plus de 40 millions de travailleurs dans 15 pays de l'Union Européenne, dont le coût global est estimé de 20 milliards d'euros par an (*European Commission, Employment and Social Affairs, 2000*). Par ailleurs, la dépression et la toxicomanie sont considérées comme étant les principaux facteurs des comportements suicidaires (WHO, 2014).

La santé psychologique au travail et ses différents aspects (e.g., bien-être, stress, épuisement, burnout, etc.) impacte à la fois la performance de l'organisme du travail (Barling, Kevin & Michael, 2005) et le fonctionnement global des individus (Zablocki, 2009). Cela correspond bien aux résultats des travaux de recherche qu'ont affirmé l'apport des facteurs sociaux et des traits de personnalité dans la détermination du comportement, de la performance, ainsi que de la santé psychologique des individus (Beck & Haigh, 2014; Miller & Seligman, 1975; Padesky, 1994; Peterson, Stephens, Park, Lee & Seligman, 2009; Seligman, 2011).

Les conditions de travail de leur part exercent un impact majeur sur la santé psychologique et physique des individus, notamment chez les opérateurs en centres d'appels (Charbotel, Croidieu, Vohito, Guerin, Renaud, Jaussaud, & Bergeret, 2009; Subbarayalu, 2013), les médecins et les infirmiers (ères) s'occupant du suivi des malades (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015; Bourbonnais, 1997; Bourbonnais, Comeau, Viens, Laliberté, Malenfant, Brisson, & Vézina, 1998; Machavoine, 2015)

Le travail, l'individu et la société sont les trois attributs fondamentaux de la santé psychologique au travail. D'ailleurs, le milieu de travail (en raison de contraintes qu'il comporte, technologiques, organisationnelles, relationnelles, managerielles), les traits personnels (e.g., les attitudes, la vie privée et les expériences passées), ainsi que les normes sociétales (e.g., la culture de l'organisation, le style de vie, les relations sociales et les attentes sociales) sont généralement considérées comme facteurs de la santé psychologique au travail (Brun & Martel, 2003a; Kuroda, 2016 ; WHO, 2005c).

En dépit de cela, la question de santé psychologique au travail n'est pas bien abordée dans le contexte marocain, en effet le rapport technique réalisé par le ministère de la santé et l'organisation mondiale de la santé en Janvier 2016 concernant l'évaluation des fonctions essentielles de la santé publique au Maroc n'a pas donné un intérêt considérable à la notion de santé psychologique au Maroc. Notamment, avec le manque

des données, voire l'absence d'une stratégie claire concernant la promotion de la santé psychologique et de la santé psychologique au travail.

L'objet de cette analyse théorique consiste à illustrer le concept de santé psychologique au travail et d'identifier ses principaux facteurs. Dans cette perspective, nous allons procéder par une démarche déductive axée sur l'analyse des travaux de recherche antérieurs.

1. La santé psychologique

Depuis longtemps la santé psychologique est souvent conceptualisée comme étant un continuum, dont la mesure de la présence ou de l'absence des symptômes de détresse et de maladie se considère à la fois comme indicateur de la santé mentale négative et de la santé mentale positive.

Toutefois, l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946 a défini le concept de la santé en tant qu'«*est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*» (WHO, 1946, p. 1315). D'après cette conception la santé qu'elle soit physique, psychologique ou sociale représente un état de complet bien-être, dont les facteurs de santé et de bien-être restent ambigus; Elle est plus que la présence ou l'absence d'un état émotionnel (Jahoda 1958).

Le bien-être subjectif renvoie à «la mesure de la présence ou de l'absence du fonctionnement positif dans la vie» (Ryff, 1989); e. g., les gens sont heureux si ce qu'ils veulent dans la vie s'articule en harmonie avec les offres de la vie (Jahoda, 1958). Tout en notant que le fonctionnement positif (bien-être psychosocial) comprend six dimensions majeures, à savoir: l'acceptation de soi, la relation positive avec les autres (*integration*), la croissance personnelle, le choix de vie, la maîtrise d'environnement (*environmental mastery*), ainsi que l'autonomie (Jahoda, 1958; Ryff, 1989; Keyes, 2002).

La définition proposée par Jahoda souligne que la santé mentale est plus que l'absence de maladie, elle est à la fois liée avec la classification des individus et des actions comme elles sont en bonne ou mauvaise santé. e.g., «un homme plus fort avec un gros rhume "*a strong man with a bad cold*". D'ailleurs les standards de la santé psychologique ou mentale varient en fonction de plusieurs facteurs, le temps, le lieu, la culture, ainsi que les attentes des groupes sociaux (Jahoda, 1958).

Au fur et à mesure, l'OMS réactualisant sa conception de la santé psychologique (santé mentale) pour qu'elle implique des facteurs plus spécifiques; le concept de santé mentale comprend le bien-être subjectif, l'auto-efficacité perçue, l'autonomie, la compétence, la dépendance intergénérationnelle, ainsi que l'auto-actualisation du potentiel intellectuel et émotionnel (WHO, 2002, 2005b). Par la suite, la conception de la santé psychologique est encore réactualisée pour qu'elle prenait la forme suivante: «*La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté*» (OMS, 2017).

Pour terminer, la conception traditionnelle du concept de santé psychologique qui postule que la compréhension des troubles de l'homme malade contribue à la compréhension de l'homme normal (Rumke, 1955) est largement opposée par l'idée que le concept de la santé psychologique implique deux composants distincts, le bien-être et la détresse. Étant donné que, la santé psychologique est plus que l'absence ou la

présence de maladie (Jahoda, 1958; Keyes, 2002; Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini 1998; Ryff, 1989; OMS, 2017).

Les modèles de la santé psychologique

Les chercheurs en santé psychologique distinguent deux modèles fondamentaux:

Le modèle unidimensionnel: est inspiré de la conception classique de la santé psychologique, qui stipule que la mesure de la maladie permet également d'indiquer l'état de santé psychologique globale (Angel & Thoits, 1987; Rumke, 1955). i.e., la santé que ce soit positive ou négative revient à une même notion et quantitativement mesurer par une même échelle. Lorsque les résultats quantitatifs de la mesure de détresse indiquent qu'un individu n'est pas détressé ils affirment, systématiquement, qu'il est en bonne état de santé psychologique. Ce modèle est souvent représenté par une conception pathogénique, référant la santé psychologique à l'absence de détresse, de maladie, de dépression, voire de stress, sans aucune considération à l'aspect positif de la santé psychologique (Lapointe, 2014).

D'après le modèle théorique de Danna et Griffin (1999) la santé et le bien-être psychologique englobent à la fois des symptômes psychologiques et physiologiques caractérisant l'état de l'individu en général. Ainsi, la santé et le bien-être au travail renvoient, en particulier, à la mesure des expériences de travail (e.g., la satisfaction au travail, l'attachement au travail, la satisfaction vis-à-vis le salaire et les collègues de travail). Les traits de personnalité, les caractéristiques de travail et le stress organisationnel constituent les facteurs influençant la santé et le bien-être des employés. Cette conception postule que la santé et le bien-être psychologique réfèrent à la mesure de deux niveaux essentiels, le premier concerne la mesure objective de la santé physique réelle à l'égard des travailleurs, tels que les symptômes physiques et le taux épidémiologiques de maladies physiques. La seconde réfère à la mesure des indications psychologiques et émotionnels des employés, soient positives ou négatives (Danna & Griffin, 1999). Cependant, ce modèle pourrait faire l'objet de l'ensemble de critiques telles que l'absence d'une distinction claire entre la santé et le bien-être. Puisqu'il conçoit la santé et de bien-être comme étant un construit unidimensionnel à deux continuums, positif et négatif.

Les modèles à conception unidimensionnelle considèrent le bien-être et la détresse (la santé et la maladie) comme deux continuums d'un même construit, et que la présence de l'un se traduit systématiquement par l'absence de l'autre. Cependant cette conception est largement contestée par les travaux de recherche fondés à la lumière du modèle bidimensionnel qui soutient que la santé psychologique ne se limite pas à l'absence de maladie. Elle se caractérise à la fois par des symptômes de bien-être et de détresse.

Le modèle bidimensionnel: Cette conception est développée à la base de l'ensemble des travaux de recherche qui ont bien intégré la définition de l'OMS datée en 1946 et celle de Jahoda (1958), révélant que la santé psychologique est un état complet intégrant à la fois un aspect positif et un aspect négatif (Gilbert, 2009; Keyes, 2002; Massé & al., 1998; Provencher & Keyes, 2010; Ryff, 1989).

La plupart des recherches portant sur cette problématique soutiennent la conception bidimensionnelle qui postule que la santé psychologique se compose de deux composants distincts, le bien-être psychologique et la détresse psychologique, dont le bien-être psychologique indique la présence d'une dimension positive et la détresse

psychologique indique la présence d'une dimension négative (Bouterfas, 2015; Dagenais, 2010; Gilbert et al., 2011; Massé & al., 1998; Keyes, 2002). Quant aux résultats de Bouterfas (2015) la santé psychologique contient une structure à trois aspects, dont le pôle positif est représenté par le bien-être à l'inverse du pôle négatif qu'est appréhendé par la détresse et l'épuisement.

A la base du modèle bidimensionnel, la santé psychologique a acquis une conception plus vaste intégrant le bien-être et la détresse comme deux dimensions nécessaires pour l'étude, l'intervention et la compréhension des problématiques liées à la santé psychologique (Gilbert, 2009; Massé & al., 1998). En effet, plusieurs études affirment les hypothèses d'association entre la santé psychologique et les différents facteurs personnels, environnementaux, sociaux et socioprofessionnels.

En vue de mieux comprendre la problématique de santé psychologique au travail Gilbert (2009) a proposé un modèle qui regroupe l'ensemble des variables caractérisant les individus, le travail et l'organisation en générale. Pour lui les indicateurs de santé psychologique au travail (adaptation et mésadaptation, bien-être et détresse psychologique au travail) trouvent leur explication aux rapports existants entre les ressources personnelles (optimisme, résilience, proactivité), les ressources organisationnelles (équilibre demandes/ressources, soutien social, climat de travail, justice organisationnelle), les caractéristique d'emploi (horaires de travail, secteur d'emploi et type d'emploi), ainsi que les variables centrales ou médiatrices (besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale) (Gilbert, 2009). En fait, le modèle bidimensionnel de la santé psychologique considère le bien-être et la détresse psychologique comme deux indicateurs de la santé psychologique dépendants de l'ensembles des facteurs personnels, organisationnels, voire de travail.

Les dimensions de la santé psychologique

Le concept de santé psychologique est bien évolué d'une conception unidimensionnelle, basée sur l'hypothèse de dépendance entre les deux dimensions (positive et négative) d'un même continuum, à une conception bidimensionnelle, axée sur le principe d'indépendance entre les deux dimensions de la santé psychologique, soient le continuum de bien-être psychologique et le continuum de détresse psychologique (Massé et al., 1998; Gilbert et al., 2011).

La santé psychologique et plus que la présence ou l'absence d'un état émotionnel (Jahoda, 1958; Massé & al., 1998; WHO, 2002; Keyes, 2002; Gilbert, 2009). Elle comprend deux composantes essentielles: positive porte au bien-être psychologique, et négative mène à la détresse psychologique (Massé & al., 1998; Keyes, 2002; Provencher & Keyes, 2010; Gilbert & al., 2011; Desrumaux, Lapointe, Sima, Boudrias, Savoie, & Brunet, 2015).

Keyes (2002) a bien affirmé que les symptômes de la santé psychologique (*mental health*) et de la maladie (*mental illness*) constitue deux dimensions distinctes, dont ces dimensions sont négativement corrélées l'une avec l'autre.

Les résultats de l'étude de Massé et al. (1998) menée sur un échantillon de 398 sujets Québécois rapportent que la santé psychologique contient deux dimensions principales, la détresse et le bien-être psychologiques. Par la suite ces deux dimensions de la santé psychologique sont bien confirmées par les résultats de Gilbert (2009) et de Gilbert et al. (2011) qui confirment que la santé psychologique est composée de deux dimensions distinctes et inversement liées, le bien-être psychologique et la détresse psychologique.

De là-dessus, il apparaît évident de souligner que les travaux de recherche récents ont tendance à utiliser le modèle à deux continuums de la santé psychologique, soit le bien-être et la détresse psychologiques.

1.1 Le bien-être psychologique

Le bien-être psychologique correspond à la dimension positive de la santé psychologique, bien entendu cette dimension fait l'objet de préoccupation pour l'ensemble des approches psychologiques, y compris la psychologie positive qui consiste à étudier les facteurs optimisant le bien-être et le fonctionnement psychologique positif (Seligman, 2011). Selon ce courant l'optimisme, l'amour, l'intelligence émotionnelle, la créativité, l'espoir, l'humour, les expériences positives, etc. constituent les déterminants majeurs du bien-être psychologique et du fonctionnement positif (Seligman, 2011). D'après Barry (2009) la dimension positive de santé psychologique englobe cinq aspects essentiels: émotionnel (affects et sentiments), psychologique (fonctionnement positif), social (relation avec les autres et la société), physique (santé physique) et spirituel (objectif de vie). Pourtant, certains chercheurs distinguent deux composants du bien-être, soient le bien-être hédonique et le bien-être eudémonique:

Le bien-être hédonique renvoi au bien-être subjectif ou émotionnel (affect positif, qualité de vie, humeur positive, etc.) et à la satisfaction dans la vie (Barry, 2009; Keyes 2002; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryan & Deci, 2001). D'après ce courant le bien-être est un construit subjectif basé sur deux aspects essentiels, l'aspect émotionnel et cognitif, dont la satisfaction, la présence des affects positifs et l'absence des affects négatifs constituent leurs principaux indicateurs. Pourtant cette conception a négligé l'aspect fonctionnel et social du bien-être, chose qui a donné lieu à l'émergence de l'ensemble des critiques à son encontre (Dagenais, 2010).

Le bien-être eudémonique implique le fonctionnement positif, l'engagement, l'autonomie, le bien-être social, croissance personnelle et l'acceptation de soi (Barry, 2009; Dagenais, 2010; Keyes 2002; Ryan & Deci, 2001). A l'encontre de la conception hédonique, la conception eudémonique intègre l'aspect fonctionnel et social dans la conception du bien-être psychologique, mais elle a partiellement enserré la subjectivité de l'individu et ses particularités culturelles, puisqu'elle ne laisserait pas place à l'expression des individus (Dagenais, 2010)

Il est évident qu'un grand nombre des chercheurs considèrent le bien-être psychologique comme construit multidimensionnel intégrant à la fois l'aspect hédonique et eudémonique du bien-être (Barry, 2009; Gilbert, 2009; Massé & al, 1998; Ryan & Deci, 2001). Keyes (2002) a considéré la santé psychologique positive comme syndrome des symptômes caractérisant la présence des émotions positives (*positive feeling*) et le bon fonctionnement dans la vie (*positive functioning in life*). Pour lui la santé psychologique est synonyme du bien-être et de la santé psychologique florissante (*flourishing*), qu'intègre à la fois le bien-être social (*social well-being*), psychologique (*psychological well-being*) et émotionnel (*emotional well-being*).

Afin de bien illustrer l'évolution de la structure du concept de bien-être psychologique, il semble évident de faire retour à la conception de Jahoda (1958) qu'elle a introduit le concept du bien-être psychosocial (dimension positive de la santé psychologique), en tant qu'un construit à six facteurs: acceptation de soi, relation positive avec les autres (*integration*), croissance personnelle, choix de vie, maîtrise

d'environnement (*environmental mastery*), autonomie (Jahoda, 1958). Par la suite les résultats de Massé et al. (1998) ont montré que le concept de bien-être psychologique contient six facteurs: l'estime de soi; le bonheur; le contrôle de soi; l'équilibre; l'engagement social, ainsi que la sociabilité (Massé & al., 1998).

A l'instar de la conception de Massé et al (1998), Gilbert (2009) lors d'une étude concernant la santé psychologique au travail a montré que *le bien-être psychologique au travail* contient une structure spécifique à celle du bien-être psychologique, en effet, les analyses factorielles exploratoires de Gilbert (2009) ainsi que de Gilbert et al (2011) ont indiquées que les composants de bien-être psychologique au travail se distinguent à ceux de bien-être psychologique. Étant donné que, la structure du bien-être psychologique au travail comprend trois facteurs essentiels: la sérénité; l'engagement au travail, ainsi que l'harmonie sociale (Gilbert, 2009 ; Gilbert & al, 2011).

1. 2 La détresse psychologique

Lorsqu'on aborde le concept de la détresse psychologique on se retrouve systématiquement face à l'ensemble des conceptions classiques considérant la mesure des sous-dimensions de la détresse (anxiété, dépression, burnout) comme indicateurs de la santé psychologique (Gilbert, 2009). Alors que la mesure de la détresse psychologique ne représente, pour les études modernes adoptant la logique bidimensionnelle, que la dimension négative de la santé psychologique.

La dimension négative de la santé psychologique représente pour Keyes (2002) l'état de *languissement* qui se caractérise par une altération psychologique significative en termes de santé émotionnelle perçue, de limitations des activités de la vie quotidienne, ainsi que par les jours de travail perdus. Pour lui la santé psychologique négative (*mental illness*) intègre trois déterminants majeurs: la dépression majeure, le trouble de panique, voire l'anxiété généralisée. Cette conception correspond partiellement à celle de Martin, Sabourin, et Gendreau (1989) qui révèle que la détresse psychologique dispose d'une structure à quatre facteurs majeurs, soient la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs.

Dans le même sens, la conception opérationnelle de Massé et al. (1998) stipule que la détresse psychologique dispose d'une structure à quatre facteurs, à savoir l'anxiété/dépression (*Anxiety/Depression*), l'irritabilité/agressivité (*Irritability*), l'auto-dévalorisation (*Self-Depreciation*), voire le désengagement social (*Social Disengagement*). L'intégration du facteur de l'auto-dévalorisation et du désengagement social, comme facteurs intrinsèques de la détresse psychologique, trouve son explication dans le fait que la détresse s'exprime, à la fois, sur le plan émotionnel et psychosocial ou relationnel (Massé & al., 1998). Les troubles de sommeil et de l'alimentation, les douleurs de dos, du cou, du ventre et la fatigue ou le manque d'énergie ne constituent pas des dimensions indépendantes de la détresse. Plutôt, ce sont des manifestations d'anxiété et de dépression (Massé & al., 1998).

La détresse psychologique au travail (Gilbert, 2009; Gilbert & al., 2011) se distingue à la détresse psychologique (Massé & al, 1998). C'est ce qu'expliquent les résultats d'analyse factorielle de l'étude menée par Gilbert et al (2011) sur un échantillon de 561 travailleurs et travailleuses canadiens. Car, la détresse psychologique au travail se ressemble à la détresse psychologique en trois facteurs: l'irritabilité/agressivité; l'anxiété/dépression et le désengagement au travail, à l'exception du facteur d'auto-dévalorisation (Massé & al, 1998) « qui est fusionné au facteur de désengagement au

travail» (Gilbert & al., 2011). Chose qui explique la spécificité de la détresse psychologique au travail. Pourtant, d'autres travaux de recherche révèlent que le pôle négatif de la santé psychologique dispose d'une structure à deux dimensions, la dépression-anxiété, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Bouterfas, 2015).

Malgré que, le bien-être et la détresse psychologique ont fait l'objet de nombreux travaux de recherches théoriques et empiriques, il apparaît encore difficile de cerner la structure de ces concepts. En effet, l'absence d'un consensus scientifique concernant leurs structures, la divergence des résultats de recherches, voire la difficulté de boucler les facteurs personnels et environnementaux caractérisant la santé psychologique et la santé psychologique au travail. La divergence des modèles et démarches d'intervention à l'égard de la santé psychologique (bien-être et détresse) incite les chercheurs, notamment en psychologie sociale, de formuler leurs problématiques de recherche dans la perspective de bien illustrer ce concept et de bien cerner les facteurs qui en agissent.

Les facteurs de la santé psychologique

Les rapports de l'OMS soulignent que la santé psychologique (mentale) est affectée par l'ensemble des facteurs, soient les caractéristiques individuelles et les expériences de vie, les interactions sociales, l'environnement, les attentes, voire les normes sociétales et culturelles (WHO, 2005b, 2005c).

Les facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels et les caractéristiques de travail sont considérés parmi les déterminants de la santé psychologique au travail; L'étude de Douesnard, (2010) sur un échantillon de 423 pompiers a montré qu'elle y'a une association significative entre la détresse psychologique et le faible soutien social des collègues 1.57, avec la faible reconnaissance 1.62, avec les efforts extrinsèques élevés 1.85, ainsi qu'avec le déséquilibre effort extrinsèque- reconnaissance 1.54. Ces associations, entre la détresse psychologique élevée et les facteurs psychosociaux, sont significatives à un intervalle de confiance de 95% (Douesnard, 2010).

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Charbotel et al. (2009) sur un échantillon de 2130 opérateurs de centres d'appels affirment que les conditions de travail exercent un impact majeur sur la santé psychique et physique des opérateurs. D'ailleurs, les problèmes de santé psychologique et physique sont largement vécus chez les travailleurs des centres d'appel (Subbarayalu, 2013). Ces résultats correspondent à ceux révélés par Cadieux (2012) indiquant que les professions caractérisées par la présence des conditions de travail défavorables, notamment au niveau des heures de travail, contribuent directement à la détresse psychologique (Cadieux, 2012). Bien entendu, les médecins et les infirmiers (ères) qui s'occupent du suivi des malades, tout au long de leur parcours et de leur évolution, sont plus exposés au risque d'épuisement, de stress et de burnout (Machavoine, 2015). La détresse psychologique est donc plus engendrée chez les employés exposés à l'augmentation de la charge de travail et les conflits de rôle, à la diminution de la latitude décisionnelle, ainsi qu'à la diminution du soutien social (Bourbonnais, 1997; Bourbonnais & al, 1998; Lejeune, Chevalier, Coillot, Gillet, Michon, Dupont & Colombat, 2017; Lemoine, Roland-Lévy, Zaghouani, & Deschamps, 2017).

Evidemment, la santé psychologique au travail pourrait être affectée par l'ensemble des variables organisationnelles et du travail, notamment les conditions de travail (Bourbonnais & al., 1998; Bouterfas, 2015; Joulain, & Coulombier, 2016; Machavoine, 2015; Saaliti, & Boudis, 2016), le soutien social (Johnson & Hall, 1988; Douesnard, 2010), le climat de travail (Bakker & Demerouti, 2016; Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov, & Kornazheva, 2001; Desrumaux & al., 2015; Vézina, 2008; Lemoine & al., 2017), ainsi que la justice organisationnelle (Gilbert, 2009; Greenberg, 1990).

Les facteurs personnels

Les facteurs personnels exercent un effet déterminant sur la santé psychologique au travail. En effet, les caractéristiques et les traits de personnalité, la curiosité, l'espérance et la gratitude étaient modérément forts prédicteurs de la satisfaction et du bien-être au travail pour toutes les catégories d'emploi. (Park, Peterson, & Seligman, 2004; Peterson & al., 2009). En l'occurrence, le contrôle de soi et des événements, le bonheur, l'engagement social, l'estime de soi, l'équilibre mental et la sociabilité constituent les dimensions fondamentales du bien-être psychologique. (Massé & al., 1998).

Cette perspective semble plus appropriée aux résultats de Tyler et Newcombe (2006) qui ont confirmé la relation entre quatre facteurs de «big-5» et la performance au travail, dont la stabilité émotionnelle est négativement corrélée avec la gestion de projets et la qualité de vie; l'ouverture à l'expérience est négativement corrélée avec la performance globale; l'agréabilité est positivement corrélée avec la gestion du temps; le consciencieux est positivement corrélé avec le score de la performance, et en fin l'extraversion qui ne rapporte aucune corrélation significative avec les dimensions de la performance au travail (Tyler & al., 2006).

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Spector et O'Connell (1994) révèlent que, les individus ayant un lieu de contrôle interne (attribué aux efforts et capacités personnels) rapportant un niveau de stress au travail moins élevé que ceux ayant un lieu de contrôle externe (attribué à la chance, le destin, le hasard, etc.). Les troubles de personnalité, de comportement et des attitudes (vulnérabilité, anxiété, dépression, pessimisme, échec, tristesse, etc.) s'expliquent par la présence des schémas dysfonctionnels ou inadaptés (Beck, 1964; Beck & al., 2004; Kuyken & Beck, 2007; Rusinek, 2006; Young, Klosko & Weishaar, 2003). En effet, les schémas comportementaux acquis lors de l'interaction avec l'environnement et les expériences de vie caractérisent la santé mentale et le comportement de l'individu (Beck & al., 2004; Elliott, & Lassen, 1997; Mischel & Shoda, 1995; Overmier & seligman, 1967; Young & al., 2003).

Ainsi, le bien-être n'est pas une conséquence éventuelle de l'action vertueuse, mais plutôt inhérent à une telle ou telle action (Park & al., 2004). Tandis-que, la dépression est habituellement causée par les habitudes de pensée pessimistes, notamment les sentiments d'impuissance, d'échec individuel et d'incontrôlabilité (Seligman, 2011).

Les facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques de leur part jouent un rôle dans la caractérisation de la santé psychologique. Les stratégies de gestion de stress varient entre les hommes et les femmes. Car, le stress affect les femmes plus que les hommes; les hommes sont plus puissants et disposent assez de stratégies de coping que les femmes (Seligman, 2011). Cela correspond aux résultats de Calvete et Hankin, (2014) qui soulignent que

les femmes présentent des scores de dépression et d'anxiété sociale plus élevés que les hommes (Calvete & Hankin, 2014).

La culture a aussi un enjeu important dans le développement et l'émergence des symptômes de la santé psychologique. e.g., lorsque la culture de référence décrit la taille mince comme taille idéale, la dépression et les troubles alimentaires sont plus engendrés chez les femmes que chez les hommes (Seligman, 2011).

La puberté a également sa place dans la variation du stress entre les hommes et les femmes. En fait, les études montrent que les garçons avant la puberté sont plus déprimés que les filles, mais après la puberté, les filles deviennent les plus déprimées. i.e., après la puberté les garçons deviennent plus musclés et plus appréciés « l'homme idéal ». A l'inverse, les filles développent leur forme physique d'une façon inadéquate à la taille idéale ou bien représentée comme étant la forme idéale (Seligman, 2011).

Grosso-modo, les travaux de recherche ayant traité la problématique de la santé psychologique affirment qu'elle dépende de plusieurs facteurs personnels (e.g., locus de contrôle, résilience, schéma de comportement, optimisme, etc.), organisationnels (e.g., nature du poste, exigences, climat, justice organisationnelle, secteur de travail, etc.), de travail, voire sociodémographiques (e.g., âge, sexe, culture, etc.). Ainsi, l'investigation de santé psychologique suscite de prendre en compte les déférents déterminants de la santé psychologique dans le contexte socioprofessionnel (personnels, organisationnels, sociaux, etc.).

Discussion

D'après cette exploration théorique, on peut déduire que le concept de la santé psychologique est évolué d'une conception polaire, dont la mesure de l'une des dimensions de continuum reflète l'autre, à une conception à caractère bidimensionnelle, où la mesure de l'une des dimensions est indépendante à la mesure de l'autre. Cette évolution correspond bien au contenu de la fameuse définition de l'OMS datée du 1946.

A cet effet, la santé psychologique (Massé & al., 1998) et la santé psychologique au travail (Gilbert & al., 2011) se composent d'une dimension positive (le bien-être psychologique au travail) et une dimension négative (la détresse psychologique au travail). Lesdites dimensions interagissent avec l'ensemble des facteurs individuels, sociaux, environnementaux, voire organisationnels (WHO, 2005b), notamment les conditions de travail et le conflit de rôle, la diminution de la latitude décisionnelle, la diminution du soutien social (Bonnetterre, Ehlinger, Balducci, Caroly, Jolivet, Sobaszek & Lang, 2011; Bourbonnais, 1997; Cadieux, 2013; Desrumaux & al., 2015; Machavoine, 2015), le genre et la culture (Seligman, 2011), les attitudes (Kuroda, 2016), les traits de personnalité, la curiosité, l'espérance et la gratitude (Park, Peterson, & Seligman, 2004; Peterson & al., 2009), les schémas comportementaux (Beck, 1964 ; Beck & al, 2004; Kuyken & Beck, 2007; Rusinek, 2006; Young & al., 2003), le locus de contrôle (Paquet, Lavigne & Vallerand, 2014; Spector & O'Connell, 1994; Spector, 1987; Wallston, 2005), ainsi que les sentiments d'impuissance ou d'incontrôlabilité (Hiroto, 1974; Overmier & seligman, 1967; Seligman, 2011).

Malgré que la majorité des travaux de recherche corroborent la conception bidimensionnelle de la santé psychologique, en donnant une grande importance à l'identification des facteurs de la santé psychologique, il apparaît encore difficile de cerner la structure de la santé psychologique et de son application dans le contexte du travail. Par ailleurs, La mesure de la santé psychologique peut faire l'objet de

l'ensemble des critiques, puisque les déterminants de la santé psychologique varient d'un contexte à un autre, d'un individu à un autre, voire d'une culture à une autre.

Cette investigation permettant de révéler quatre constats majeurs: l'absence des symptômes de santé psychologique négative (détresse) n'implique pas, forcément, la présence de symptômes de santé psychologique positive (bien-être) et vice versa; la présence d'un niveau élevé de détresse est associé à la présence des troubles de fonctionnement ; la présence d'un niveau élevé du bien-être implique la présence des symptômes d'adaptation et du bon fonctionnement dans la vie personnelle, sociale, professionnelle et sociétale; l'étude et la compréhension de la problématique santé psychologique nécessitent de prendre en compte les différents facteurs qui y sont associés (personnels, sociaux, professionnels, etc.), finalement, le bon fonctionnement des organismes renvoie à la pertinence des pratiques entreprises pour la promotion du bien-être psychologique de leur personnel.

La problématique de santé psychologique constitue donc l'une des thématiques qui touchent simultanément les employés, les organisations, ainsi que la société en général. A cette issue, les résultats des travaux de recherche menés dans ce sens stipulent que la promotion de la santé psychologique a un retour positif sur le fonctionnement des employés et la performance des organisations. Pourtant, la plupart des organismes marocains ne sont pas conscients de l'importance de la santé psychologique des employés dans leur fonctionnement. Cela se traduit par un manque flagrant de pratiques et de plans managériaux visant la promotion de santé psychologique des employés.

Conclusion

La problématique de santé psychologique constitue donc l'une des thématiques qui touchent simultanément les employés, les organisations, ainsi que la société en général. A cette issue, les résultats des travaux de recherche menés dans ce sens stipulent que la promotion de la santé psychologique a un retour positif sur le fonctionnement des employés et la performance des organisations. Pourtant, la plupart des organismes marocains ne sont pas conscients de l'importance de la santé psychologique des employés dans leur fonctionnement. Cela se traduit par un manque flagrant de pratiques et de plans managériaux visant la promotion de santé psychologique des employés.

Finalement, cette étude théorique permettant de bien repérer le concept de la santé psychologique et de son application dans le cadre du travail, ainsi que de mettre en évidence les facteurs qu'en agissent, que ce soient personnels, psychosociaux et organisationnels. Elle souligne également l'importance d'illustrer cette problématique à l'égard du personnel exerçant dans des conditions de travail plus contraignantes et plus exigeantes, notamment dans les secteurs ayant un caractère d'urgence (médecins, infirmiers, opérateurs des centres d'appel, policiers, pompiers, etc.). Car, sont rares les études qui ont fixé leur objectif sur l'étude et la compréhension de cette problématique dans la réalité Marocaine. Pour terminer, l'étude des facteurs de santé psychologique (contrôle, schéma, etc.) contribueraient largement à la compréhension et la promotion de la santé psychologique au travail.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Angel, R., & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(4), 465-494.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2016). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273.
- Barling, J., Kevin. Kelloway. E., Fronep, Michael. R. (2005). *Handbook of Work Stress*. London: Sage.
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 1-24.
- Bonneterre, V., Ehlinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., ... & Lang, T. (2011). Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. *International journal of nursing studies*, 48(5), 557-567. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.006>
- Bourbonnais, R. (1997). *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec*. [Québec]: Dép. d'ergothérapie et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services Sociaux [Internet]. Québec: Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et direction de la santé publique du Québec, 65.
- Bouterfas, N. (2015). *Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion: quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement?* (Doctoral dissertation, Université Charles de Gaulle-Lille III).
- Brun, J. P. & Martel, J. (2003). *La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions (Fascicule 1: L'ampleur du problème: L'expression du stress au travail)*. Québec, Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail.
- Cadieux, N. (2012). *Professions réglementées et détresse psychologique: regards croisés avec la population en emploi au Canada*.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2014). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99.
- Charbotel, B., Croidieu, S., Vohito, M., Guerin, A. C., Renaud, L., Jaussaud, J. & Bergeret, A. (2009). Working conditions in call-centers, the impact on employee health: a transversal study. Part II. *International archives of occupational and environmental health*, 82(6), 747-756.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). *Du bien-être psychologique au travail: Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit*.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of management*, 25(3), 357-384.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former

eastern bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and social psychology bulletin*, 27(8), 930-942.

Dejours, C., & Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson.

Desrumaux, P., Lapointe, D., Sima, M. N., Boudrias, J. S., Savoie, A., & Brunet, L. (2015). The impact of job demands, climate, and optimism on well-being and distress at work: What are the mediating effects of basic psychological need satisfaction? *Revue Européenne De Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(4), 179-188.

Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 12-28.

European Commission, Employment and Social Affairs (2000). *Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death?* Office for Official Publications of the European Communities.

Gilbert, M. H. (2009). La santé psychologique au travail: La définir, la mesurer et la développer. *Unpublished doctoral dissertation, Université de Montréal*.

Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.

Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of management*, 16(2), 399-432.

Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of experimental psychology*, 102(2), 187.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health.

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.

Kuroda, Y. (2016). Dysfunctional Attitudes Lead to Depressive Symptoms by Generating Subjective Stress. *The Journal of psychology*, 150(3), 358-370.

Kuyken, W., & Beck, A. T. (2007). Cognitive therapy. *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice*, 15.

Lapointe, D. (2014). Exploration de la dynamique entre les demandes, ressources au travail et la santé psychologique au travail.

Lejeune, J., Chevalier, S., Coillot, H., Gillet, N., Michon, J., Dupont, S. & Colombat, P. (2017). Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. *Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique*, 5(2), 84-93.

Lemoine, J. E., Roland-Lévy, C., Zaghouani, I., & Deschamps, F. (2017). Contribution d'une catégorisation des RPS à la prédiction du stress et du burnout (ou du mal-être au travail) des soignants. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 23(4), 292-307.

Machavoine, J. L. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie Medical doctors and caregivers' burnout in oncology. *Psycho-Oncologie*, 9(1), 9-13.

Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 571-584.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social indicators research*, 45(1-3), 475-504.

- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228–238. <https://doi.org/10.1037/h0076720>
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological review*, 102(2), 246.
- OMS, 2017 <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté en Juillet 2016)
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of comparative and physiological psychology*, 63(1), 28.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Paquet, Y., Lavigne, G. L., & Vallerand, R. J. (2014). Validation d'une échelle courte et multidimensionnelle de locus de contrôle spécifique au travail (MLCST). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(1), 60.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Peterson, C., Stephens, J. P., Park, N., Lee, F., & Seligman, M. E. (2009). Strengths of character and work. *Oxford handbook of positive psychology and work*, 221-231.
- Provencher, H., & Keyes, C. L. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589.
- Rumke, H. C. (1955). Solved and unsolved problems in mental health. *Mental hygiene*, 39(2), 178-195.
- Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée: une approche de la restructuration cognitive*. Dunod.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Saaliti, E. L. M., & Boudis, M. (2016) Santé Risques Psychosociaux Et Qualité De Vie Au Travail. *Publications de la faculté des lettres et des sciences humaines*. Université Cadi Ayaad -Marrakech.
- Seligman, M. E. (2011). Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. *Policy*, 27(3), 60-1.
- Spector, P. E. (1987). Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers. *Work & Stress*, 1(2), 155-162.
- Spector, P. E., & O'Connell, B. J. (1994). The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and Type A to the subsequent reports of job stressors and job strains. *Journal of Occupational and Organizational psychology*, 67(1), 1-12.
- Subbarayalu, A. V. (2013). Occupational health problems of call center workers in India: A cross sectional study focusing on gender differences. *Journal of Management*, 1(2), 63-70.
- Tyler, G. P., & Newcombe, P. A. (2006). Relationship between work performance and personality traits in Hong Kong organizational settings. *International Journal of Selection and Assessment*, 14(1), 37-50.
- Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique. *Santé publique*, 20(hs), 121-128.
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of health psychology*, 10(5), 623-631.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.

World Health Organization. (2005a). *Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions: First WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland 12-15 January 2005* (No. EUR/04/5047810/7). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2005b). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.

World Health Organization. (2005c). Mental health policies and programs in the workplace.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.

World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zablocki, B. (2009). Du stress au bien-être et à la performance. Edipro. Liège Belgique.