

Université de Montréal

**Impact de l'innovation sur le travailler et la santé
psychologique de travailleurs du secteur de la santé et des
services sociaux**

par Marie-Michèle Lord

Programme de sciences biomédicales
Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sciences biomédicales

Décembre 2017

© Marie-Michèle Lord, 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Résumé

Depuis maintenant plusieurs années, les problèmes de santé psychologique au travail retiennent l'attention de divers acteurs de la communauté, considérant leur prévalence élevée. Les effets de ces problèmes sont nombreux, tant pour la société et les organisations que pour les individus et les familles. Divers facteurs explicatifs à leur développement, dont les transformations de l'activité de travail, sont évoqués dans les écrits scientifiques. La manière dont les travailleurs perçoivent leur travail, ainsi que le rapport subjectif et affectif qu'ils entretiennent avec cette occupation joue un rôle clé dans la survenue ou non de problèmes de santé psychologique au travail. L'innovation (ainsi que les transformations qu'elle induit) est prégnante dans les organisations alors que peu d'études s'intéressent à son effet sur la santé des travailleurs et sur leur rapport subjectif au travail. Dans l'optique d'optimiser les interventions de prévention réalisées en amont de l'exposition aux risques d'atteintes à la santé psychologique et au bien-être au travail, cette recherche avait pour objectif de comprendre comment l'innovation influence le rapport subjectif au travail.

La recherche a été réalisée selon une approche compréhensive qualitative à trois volets, incluant à la fois une étude de cas selon la méthodologie d'enquête en psychodynamique du travail, des entretiens individuels dont les résultats ont été analysés selon une approche inductive d'analyse de contenu, et une analyse ergologique macroscopique. La recherche a mobilisé la participation de dix-neuf travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux, dont six travailleurs de 55 ans et plus ayant pris part aux entretiens individuels. Trois objectifs spécifiques ont été poursuivis, soit : 1) mieux comprendre les liens entre la santé psychologique et l'innovation au travail dans le secteur de la santé et des services sociaux; 2) considérant le phénomène du vieillissement de la population active, circonscrire les effets spécifiques de l'innovation chez les travailleurs vieillissants; et 3) identifier les éléments à considérer pour la prévention du développement de problèmes de santé psychologique et pour le maintien du bien-être en contexte de travail innovant.

Par ses résultats, cette recherche a permis de confirmer que l'innovation n'était pas sans effet pour les travailleurs rencontrés. Tout d'abord, l'interprétation des résultats de cette recherche a permis de constater que l'impact de l'innovation va bien au-delà des prescriptions du travail, puisqu'elle agit sur la manière dont les travailleurs vivent leur rapport au travail et le négocie. Ensuite, la recherche a permis de découvrir que les injonctions institutionnelles liées à l'innovation peuvent devenir paradoxales pour les travailleurs qui avancent en âge. Finalement, cette recherche a permis de comprendre que l'innovation a une influence sur les trois pôles de l'activité de travail tels que décrits en ergologie, dont la capacité du travailleur de renormaliser lorsque les normes antérieures se transforment. Ce dernier point mène à considérer des pistes afin de prévenir le développement de problèmes de santé psychologique chez les travailleurs, ainsi que l'impasse pour les travailleurs vieillissants. Ces pistes s'organisent autour de trois conditions organisationnelles à favoriser, soit la cohérence entre l'innovation implantée et les valeurs du métier et des travailleurs, puis la possibilité de choix réels lors du processus de renormalisation, et enfin un climat de confiance permettant aux travailleurs de mobiliser les stratégies adaptatives qu'ils jugent efficace au maintien de leur bien-être au travail.

En bref, la recherche présentée dans cette thèse a posé un regard sur l'innovation et son impact sur le travailler, ce qui permet de la considérer au-delà du biais d'effet positif dont elle jouit habituellement dans les études la concernant. Par le fait même, cette recherche permet de sensibiliser les acteurs organisationnels et sociaux impliqués dans l'adoption de cultures innovantes. Ces derniers doivent considérer que l'innovation aura un effet chez les travailleurs évoluant au sein de leurs organisations et mettre en place des conditions afin de favoriser le bien-être au travail.

Mots-clés : innovation au travail, santé psychologique, bien-être au travail, travailleurs vieillissants, prévention.

Abstract

For several years now, psychological problems at work have been attracting the attention of various community stakeholders, considering their high prevalence. The effects of these problems are numerous, both for society and organizations, and for individuals and families. Various explanatory factors for their development, including changes in work activity, are mentioned in the scientific literature. In addition, the way in which workers perceive their work, as well as the subjective and affective relationship they have with this occupation, plays a key role in the occurrence or not of psychological problems at work. Innovation (as well as the transformation it induces) is pervasive in organizations, while few studies are interested in its effect on workers' health and their subjective relationship to work. In order to optimize preventive interventions carried out at work, this research aimed to understand how innovation influences the subjective relationship at work.

The research was carried out according to a comprehensive three-pronged qualitative approach, including both a case study according to methodology in work psychodynamics, individual interviews analyzed using the inductive approach and a macroscopic ergological analysis of the results obtained. The research mobilized the participation of nineteen health and social service workers, including six workers aged 55 and over who participated in one-on-one interviews. Three specific objectives were pursued: 1) to better understand the links between psychological health and work-related innovation in health and social services sector; 2) considering the phenomenon of the aging of the working population, circumscribing the specific effects of innovation on aging workers; and 3) to identify the elements to be considered for the prevention of the development of psychological health problems and for the maintenance of well-being in an innovative working environment.

Through its results, this research confirmed that innovation was not without effect for the workers encountered. First of all, the interpretation of the results of this research has shown that the impact of innovation goes well beyond the requirements of work, since it affects the way in which workers experience their relationship to work and

negotiate it. Secondly, research has found that institutional injunctions linked to innovation can become paradoxical for workers who are getting older. Finally, this research made it possible to understand that innovation has an influence on the three poles of the work activity as described in ergology, including the ability of the worker to renormalize when the antecedent norms are transformed. This last point leads to consider ways to prevent the development of psychological health problems among workers, as well as stalemate for aging workers. These tracks are organized around three organizational conditions to be favored, namely the coherence between the implanted innovation and the values of the profession and the workers, then the possibility of real choices during the process of renormalization, and finally a climate of confidence allowing workers to mobilize the adaptive strategies they consider effective in maintaining their well-being at work.

In short, the research presented in this thesis has looked at innovation and the impact it has on work, which makes it possible to consider it beyond the positive effect that it usually enjoys in studies concerning it. Thus, this research makes it possible to sensitize the organizational and social actors involved in the adoption of innovative cultures. The latter must consider that innovation will have an effect on workers working in their organizations and put in place conditions to promote well-being at work.

Keywords : innovation in the workplace, psychological health and well-being at work, aging workers, prevention.

Table des matières

<i>Résumé</i>	<i>i</i>
<i>Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Table des matières</i>	<i>v</i>
Liste des figures.....	viii
Liste des tableaux.....	ix
<i>Liste des sigles</i>	<i>x</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xi</i>
Préambule.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1- Problématique	4
1. Concepts étudiés	4
1.1. Innovation au travail	4
1.2. Le travailleur.....	15
1.3. Santé psychologique au travail	21
1.4. Champ de la recherche.....	26
Chapitre 2- Le contexte d'innovation étudié	30
2. L'innovation étudiée	30
2.1. Mise en contexte	30
2.2. Description de l'innovation étudiée	33
2.3. Les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux	40
2.4. Apport de la thèse dans ce contexte.....	42
Chapitre 3- Cadre théorique	44

3. Appareillages théoriques permettant de saisir le rapport subjectif d'un travailleur avec son activité de travail	44
3.1. Psychodynamique du travail.....	46
3.2. L'ergologie.....	50
3.3. Dialogue entre les deux approches pour obtenir une vision du rapport subjectif au travail.....	54
3.4. Objectifs de recherche.....	56
Chapitre 4 - Méthodologie.....	59
4. Cadre général de la recherche	59
4.1. Premier volet de la recherche.....	61
4.2. Deuxième volet de la recherche.....	74
5. Chapitre 5- Résultats : corps de la thèse par article.....	83
5.1. Premier article.....	84
5.2. Deuxième article.....	109
5.3. Troisième article.....	127
5.4. Quatrième article	147
5.5. Bilan des analyses de cas en psychodynamique du travail.....	164
5.6. Cinquième article	166
5.7. Bilan des entretiens individuels auprès des travailleurs vieillissants.....	201
5.8. Analyse ergologique des résultats obtenus	203
5.8.1. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles de l'activité de travail	203
5.8.2. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles de l'activité de travail en regard du vieillissement au travail	208
5.9. Bilan de l'analyse ergologique	211
Chapitre 6- Discussion	213
6. Éléments de discussion en lien avec les objectifs de la thèse	213
6.1. Les effets de l'innovation sur la santé psychologique des travailleurs.....	213

6.2. Vieillir au travail en contexte d'innovation	219
6.3. Le travailler dans un contexte d'innovation.....	224
Conclusion	230
<i>Bibliographie.....</i>	<i>i</i>
<i>Annexe I. Guide d'entretien- premier volet de la recherche- Enquête en psychodynamique du travail.....</i>	<i>1</i>
<i>Annexe II. Guide d'entretien- deuxième volet de la recherche- Entretiens individuels auprès des travailleurs de 55 ans et plus.....</i>	<i>3</i>
<i>Annexe III. Formulaire de consentement- premier volet de la recherche- Enquête en psychodynamique du travail.....</i>	<i>5</i>

Liste des figures

Figure 1. Processus d'innovation au travail.....	9
Figure 2. Éléments positionnant l'ARQVAP comme innovation au travail.....	32
Figure 3. Déploiement de l'ARQVAP au sein du continuum de soins	34
Figure 4. Schématisation de l'articulation des concepts en psychodynamique du travail.....	46
Figure 5. Schématisation de l'ergologie et de ses composantes principales.....	51
Figure 6. Utilisation des théories dans le cadre de la thèse	53
Figure 7. Schématisation du pluralisme méthodologique employé dans la thèse pour répondre aux objectifs de la recherche.....	57
Figure 8. Déroulement des enquêtes réalisées auprès des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux	65
Figure 9. Phases de raffinement de l'analyse du premier volet de la recherche.....	68
Figure 10. Étapes de recrutement des participants pour le deuxième volet de la recherche-entretiens individuels	74
Figure 11. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le premier objectif de la recherche	161
Figure 12. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le deuxième objectif de la recherche.....	198
Figure 13. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles du travail.....	204
Figure 14. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles du travail des travailleurs vieillissants.....	206
Figure 15. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le troisième objectif de la recherche	208
Figure 16. Les trois points d'influence de l'innovation étudiée	211
Figure 17. Le « Choc des intentions » pour les travailleurs vieillissants évoluant en contexte innovant.....	218
Figure 18. Les « trois c » du bien-être en contexte d'innovation et leurs liens avec le processus de renormalisation	221

Liste des tableaux

Tableau I. Description des articles inclus dans la thèse.....xv

Liste des tableaux dans les articles

Article #5

Tableau I. Description des participantes.....172

Liste des sigles

ARQVAP : Approche de rehaussement de la qualité de vie de l'aidant et son proche atteint de troubles de mémoire

ASSS : Agence de santé et de services sociaux

CA : Conseil d'administration

CEFRIO : Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

COOP : Coopérative

CSS : Comité santé et sécurité

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DGPRM : Direction générale du personnel réseau et ministérielle

IU : Institut universitaire

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

MRC : Municipalité régionale de comté

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

OSBL : Organisme sans but lucratif

PDT : Psychodynamique du travail

RI : Ressource intermédiaire

RSABM : Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi

SC : Statistique Canada

Remerciements

Le parcours doctoral a été pour moi une grande aventure. Un travail qui m'a profondément transformée, tant sur le plan de la confiance en mes capacités, que dans ma façon de percevoir les possibles de la vie et de les saisir. L'écriture de ces remerciements me plonge dans la réminiscence des événements ayant marqué ces quatre dernières années, et elle est accompagnée d'une grande fierté et d'une nostalgie certaine.

Tout d'abord, je tiens à adresser des remerciements particuliers à mon directeur de thèse, monsieur Pierre-Yves Therriault. Je crois sincèrement que notre vie est forgée, certes, par les expériences qui la constituent, mais plus encore par les gens que l'on rencontre sur notre chemin. Ma rencontre avec toi a été un événement marquant, voire décisif dans mon parcours. Je ne te remercierai jamais assez pour cette première discussion, où tu as cru en moi en me proposant de m'investir dans le parcours doctoral. Les mots que j'écris ici ne peuvent exprimer à juste titre la reconnaissance que je désire t'exprimer pour ton support constant tout au long de ce cheminement et pour avoir tenu si brillamment le flambeau me permettant sans cesse de retrouver le bon chemin. Ta façon d'aborder le travail, comme un espace où la souffrance peut toujours être transformée en plaisir, a vivement teinté ma perception, merci. Les moments passés à échanger sur divers sujets de recherche, nos débats épistémologiques et les discussions sur les petites et les grandes choses de la vie vont me rester en mémoire très longtemps, merci.

Mes remerciements sont ensuite destinés à mon conjoint, Michaël. Merci de me permettre d'être qui je suis, de me supporter de manière inconditionnelle et de me défendre contre vents et marées. Merci d'avoir tempéré mes moments de doute par ta présence et tes encouragements bienveillants. Merci d'être à mes côtés pour forger avec moi un avenir qui s'annonce chatoyant et stimulant. Que nos discussions enflammées et nos débats se poursuivent bien au-delà de la fin de ce parcours doctoral.

Je tiens aussi à remercier l'équipe de Blitz Paradisio, qui, par le biais de leurs retraites d'écriture Thèsez-Vous? m'ont permis de collectiviser autour du travail de rédaction et d'y retrouver, aux moments opportuns, un plaisir qui s'avérait parfois étioilé. Je vous remercie pour votre enthousiasme contagieux et pour votre support précieux. Vous êtes des femmes inspirantes.

Je veux aussi remercier le personnel du Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que les membres du Laboratoire de recherche en ergologie pour votre appui et le sentiment d'inclusion que vous avez entretenus au sein d'une culture universitaire qui aurait pu s'avérer difficile à négocier.

Mes remerciements s'adressent aussi à Jacques Rhéaume, dont la passion pour le savoir et la connaissance m'a fascinée et contaminée. Merci pour la lecture de cette thèse et pour les commentaires judicieux ayant permis de bonifier sa qualité.

Mon parcours au doctorat n'aurait pas été le même sans le support toujours présent de ma famille. Mes parents, Michel et Micheline. Votre support me pousse à avancer et votre sollicitude me force à porter attention à mon bien-être, que je malmène trop souvent. Ma sœur Marie-Christine. Dès nos études secondaires, ta persévérance m'a entraînée dans son sillage et notre complicité m'a permis à maintes reprises de trouver appui pour mieux me relever. Mon frère Olivier, toi qui a cette faculté de porter un regard léger sur la vie, merci de m'amener à me recentrer sur l'essentiel. Merci Frédéric, pour ces moments de partage autour des aléas du parcours doctoral, qui m'ont souvent autorisée à relativiser les situations difficiles.

Je tiens finalement à remercier Hélène Carbonneau, qui m'a ouvert des portes et a partagé avec moi sa passion pour la recherche, ainsi qu'à tous les participants à cette recherche, sans qui, rien de tout ça n'aurait été possible.

Préambule

La présente thèse s'inscrit dans la tendance actuelle de la préparation d'une thèse par articles. Elle comprend cinq articles de recherche publiés ou soumis à des revues scientifiques nationales et internationales avec révision par les pairs. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques de chacun.

La contribution de l'auteure de cette thèse à la production de chacun des articles est détaillée dans ce préambule. Pour chacun des articles, la doctorante est l'auteure principale et y a apporté une contribution essentielle et déterminante. Les articles ont entièrement été rédigés par la doctorante, première auteure de chacun des articles. Les auteurs subséquents ont participé aux groupes d'enquête en psychodynamique du travail et à l'élaboration des rapports d'enquête pour chacun des groupes. Les données colligées dans ces rapports sont étroitement liées aux données présentées dans les articles. De plus, le deuxième auteur a eu un rôle de supervision critique lors de la rédaction des articles. Suite aux commentaires et révisions des co-auteurs, la doctorante a corrigé et soumis de nouveau une version améliorée des textes aux coauteurs, jusqu'à ce que tous se soient déclarés satisfaits de l'article à soumettre.

Pour tous les articles, la doctorante a soumis les textes en s'assurant de respecter les consignes aux auteurs des différentes revues scientifiques. À la suite de la réception des commentaires des comités de révision par les pairs, pour les articles publiés, elle a fait les corrections demandées et fourni les manuscrits révisés aux éditeurs. Le tableau I présente l'ensemble des articles qui composent la thèse.

L'ensemble des articles permettent d'apporter un éclairage spécifique sur l'un des volets de la recherche réalisée portant sur l'impact de l'innovation sur le rapport subjectif au travail. Le premier article intitulé « L'impact d'une nouvelle approche pour intervenir auprès de clients atteints de démence sur le rapport subjectif au travail d'intervenants communautaires bénévoles » traite de l'impact de l'approche de rehaussement de la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs proches (ARQVAP) pour les intervenants communautaires bénévoles. Il a été soumis à la Revue

canadienne de santé mentale communautaire en octobre 2017. Le deuxième article, intitulé « Entre représentations personnelles et rapport au métier : la régulation de l'action des auxiliaires en soutien à domicile » porte spécifiquement sur les auxiliaires en soutien à domicile de la Coopérative de soins. Cet article original, publié dans la revue « Cahiers du travail social » en décembre 2017, présente comment le pouvoir sur l'acte est régulé dans la pratique des participantes et comment l'innovation s'inscrit dans cette régulation. Le troisième article intitulé « The work of health auxiliaries in social services and the implementation of a new approach to intervene with clients with dementia », a été publié dans la revue « IOSR Journal Of Humanities And Social Science » en mai 2017. Il présente l'impact de de l'ARQVAP sur le travail des auxiliaires familiales en soutien à domicile œuvrant au sein du Centre universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le quatrième article intitulé « Innovation et travail : quels enjeux pour les intervenants sociaux du secteur de la santé et des services sociaux ? » présente les résultats associés aux travailleurs sociaux rattachés au CIUSSS en abordant les enjeux que l'innovation a fait émerger au sein de leur pratique professionnelle. Il a été publié en octobre 2017 dans la revue « Nouvelles pratiques sociales ». Le cinquième article concerne l'âge comme principal facteur d'analyse. L'article a pour titre « Vieillir au travail en contexte d'innovation : au-delà de la stigmatisation pour des pistes d'intégration ». Il a été accepté par la revue « Reflets : revue d'interventions sociale et communautaire » et doit paraître à l'automne 2018.

Tableau I. Description des articles inclus dans la thèse

Auteurs	Titre	Revue (pays)	Statut
Article 1			
Lord, Marie-Michèle, Therriault, Pierre-Yves, Aubin, Ginette, Desrosiers, Lyne, Carbonneau, Hélène.	L'impact d'une nouvelle approche pour intervenir auprès de clients atteints de démence sur le rapport subjectif au travail d'intervenants communautaires bénévoles	Revue canadienne de santé mentale communautaire (National)	Soumis
Article 2			
Lord, Marie-Michèle, Therriault, Pierre-Yves, Aubin, Ginette, Desrosiers, Lyne, Carbonneau, Hélène.	Entre représentations personnelles et rapport au métier : la régulation de l'action des auxiliaires en soutien à domicile	Cahiers du travail social (International)	Publié
Article 3			
Lord, Marie-Michèle, Therriault, Pierre-Yves, Desrosiers, Lyne, Aubin, Ginette.	The work of health auxiliaries in social services and the implementation of a new approach to intervene with clients with dementia	IOSR Journal Of Humanities And Social Science (International)	Publié
Article 4			
Lord, Marie-Michèle, Therriault, Pierre-Yves, Desrosiers, Lyne, Aubin, Ginette, Carbonneau, Hélène.	Innovation et travail : quels enjeux pour les intervenants sociaux du secteur de la santé et des services sociaux ?	Nouvelles pratiques sociales (National)	Publié
Article 5			
Lord, Marie-Michèle, Therriault, Pierre-Yves.	Vieillir au travail en contexte d'innovation : au-delà de la stigmatisation pour des pistes d'intégration	Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire (National)	Accepté, à paraître

Introduction

De nos jours, afin de répondre à des standards de production de plus en plus élevés et à des exigences liées à la mondialisation des marchés, les entreprises renouvellent constamment leurs façons de faire et sont contraintes à innover. Cette posture entraîne bien souvent des choix organisationnels qui imposent des méthodes de travail différentes tant au niveau de la gestion du travail que pour la réalisation des tâches par les travailleurs (Danan et al., 2014).

De même, outre les changements dans la culture de l'entreprise, l'innovation s'accompagne de transformations du travail qui soutiennent la mise à jour constante des connaissances des travailleurs (Klein, Laville & Moulaert, 2014).

Gollac, Greenan et Hamon-Cholet (2001) soulignent que les changements organisationnels ne sont pas sans effet sur la santé des travailleurs, car il n'est pas possible de transformer une culture d'entreprise de façon instantanée. De nombreux auteurs insistent sur l'importance d'impliquer les travailleurs lors d'un changement du mode de gestion d'une situation de travail si l'entreprise désire que le résultat soit optimal (Benomar, et al., 2016). Or, peu d'études permettent à ce jour de cerner la perception qu'ont les travailleurs de l'innovation au travail.

Dans ce contexte, le sujet qui fait l'objet d'intérêt de cette thèse est le rapport subjectif que les travailleurs entretiennent avec l'organisation du travail et plus spécifiquement, en regard du rapport à l'innovation. L'innovation étudiée dans le cadre de la présente thèse s'inscrit dans le secteur de la santé et des services sociaux. Dans ce secteur d'activité, les innovations sont nombreuses, répondant aux différents courants traversant les pratiques. Notamment, une succession de réformes ont façonné le système de santé québécois (Bourque, 2009) qui a été soumis, depuis les cinquante dernières années, à trois tendances principales :

« l'orientation sociale-étatiste qui vise la continuité du providentialisme, l'orientation néo-libérale qui prône un État minimal et le recours aux lois et aux

forces du marché et finalement l'orientation démocratique et solidaire qui propose une troisième voie entre l'État et le marché autour du renforcement des collectivités, de l'économie sociale et des associations soutenues par l'État, et où la société civile se produit elle-même et se densifie sous l'impulsion de l'expérimentation et de l'innovation sociale » (Grenier, Bourque & Saint-Amour, 2014, p.114).

Compte tenu du nombre élevé d'innovations dans ce secteur d'activité et puisqu'il est compris que les transformations du travail ne sont pas sans impact pour les travailleurs, il s'avère pertinent de détailler l'impact de l'innovation sur le travailler et la santé psychologique des travailleurs de ce secteur d'activité.

Pour ce faire, la présente thèse comporte cinq grands chapitres en plus de la présente introduction et d'une conclusion. Le premier chapitre expose la problématique entourant l'innovation et son lien avec le capital humain d'une organisation. Les résultats de la recension des écrits font état des connaissances actuellement accessibles afin de comprendre le sujet d'étude. Tout d'abord, les différents concepts utilisés dans cette thèse y sont détaillés, soit l'innovation, le travailleur et la santé psychologique au travail. Cette section est suivie par une autre qui traite du champ spécifique de la recherche, regroupant l'ensemble des concepts abordés. Finalement, les limites dans l'état des connaissances permettent de soulever les questions de recherche à l'origine des objectifs de la recherche.

Le second chapitre s'intéresse au contexte étudié, qui permet de situer la recherche réalisée dans un secteur d'activité spécifique. Le troisième chapitre traite du cadre théorique qui sous-tend la recherche. Une section d'intégration liant ces différents éléments du cadre théorique complète le chapitre. Le quatrième chapitre porte sur le cadre méthodologique développé pour réaliser la recherche. Le devis général de la recherche, la méthode d'échantillonnage ainsi que les considérations éthiques y sont présentées. Le cinquième chapitre présente les résultats de la recherche sous la forme de cinq articles scientifiques et d'une lecture transversale des résultats obtenus dans chacun

des articles présentés. Enfin, le sixième chapitre discute des résultats obtenus en regard des objectifs de la thèse.

Chapitre 1- Problématique

Ce chapitre permet de situer la problématique générale de la thèse. Après y avoir esquissé la conception du travail, les connaissances en lien avec les trois concepts clés centraux, soit l'innovation au travail, le travailleur et la santé psychologique au travail, sont présentés. Puis, la seconde partie du chapitre traite du lien entre la santé psychologique au travail et le rapport subjectif que les travailleurs entretiennent avec ce dernier. La dernière partie précise le champ de recherche.

Il est évident que la recension des écrits présentée ici ne peut rendre compte de toutes les études faites sur la santé au travail et des effets de l'organisation du travail sur cette dernière. Elle se limite à certaines recherches recensées en faisant ressortir les principaux résultats et en mettant en lumière les aspects théoriques qui lui ont servi d'assises.

1. Concepts étudiés

L'ensemble de cette thèse s'articule autour de trois concepts principaux : l'innovation, les travailleurs et la santé psychologique au travail. Cette section a pour objectif de présenter les définitions opérationnelles de chacun de ces concepts.

1.1. Innovation au travail

Le travail, d'abord considéré comme la domination de l'homme sur la nature hostile, est resté longtemps défini sur le plan socio-historique comme une condition de la servilité (Billiard, 1993). Sa conception a été associée pendant des années, notamment chez les Grecs et les civilisations arabes, comme une tâche destinée aux êtres inférieurs, tandis que pour les religions juives et chrétiennes elle était centrée sur la condamnation et le châtement (Chevandier & Pigenet, 2002). Une vision plus complexe du travail émerge à l'ère de l'industrialisation, avec l'abandon des valeurs chrétiennes et l'ascension de l'économie (Chevandier & Pigenet, 2002). En même temps qu'il permet de combattre l'oisiveté, le travail devient l'occasion d'exercer ses vertus et d'atteindre des buts. Il est aussi un moyen d'obtenir du pouvoir.

Le travail moderne se décortique en trois axes principaux, soit comme une activité vécue, une tâche organisée et une action orientée.

1.1.1. Le travail comme activité vécue

Au 19^e siècle, les travaux de Marx¹ et d'Engels² posent le travail comme étant la possibilité de s'approprier de manière collective des moyens de production. La valeur du travail y est reconnue tant socialement qu'individuellement et le pouvoir créateur du travail émane de l'être humain s'y engageant. En ce sens, le travail ne peut être dissocié des travailleurs y prenant part.

Pour Gorz (1988), s'investir dans le travail est lié à la production de soi. Ce travail comme lieu de production de soi exprime le développement des capacités et du pouvoir des individus. Ces derniers peuvent, dans le travail, se produire comme sujets singuliers. Ce qui motive le travailleur à s'engager dans son activité réfère au fait que le travail revêt un sens pour l'individu. Contrairement au sens marxiste du travail, celui-là extrinsèque, le sens recherché au travail, toujours selon Gorz (1988), est davantage lié aux aspirations, à la liberté et à la créativité.

¹ Karl Marx (1818-1883) est un économiste allemand, philosophe et militant politique du 19^e siècle. Ses travaux posent l'homme comme être agissant, qui s'engage de manière consciente dans les activités, alors qu'il crée le monde dans lequel il évolue. Les théories économiques de Marx sont fortement ancrées dans une critique du capitalisme, où la lutte des classes est un thème central. Le prolétaire (travailleur) exploité par le capitaliste (bourgeois) est dépeint comme un être aliéné par un travail qui sert les intérêts de quelqu'un d'autre qui ne permet pas de trouver un sens. Ce sens se manifeste plutôt lorsque l'homme a la possibilité de se développer sur le plan physique et psychique alors qu'il s'engage dans une activité qui rejoint ses besoins et ses aspirations. Sur le plan politique, Marx insiste sur la nécessité d'une révolution industrielle, où le prolétaire pourra se réapproprier l'acte de travailler et où le communisme permettra un retour à l'être humain comme être social agissant.

² Friedrich Engels (1820-1895), philosophe et théoricien socialiste allemand du 19^e siècle a travaillé avec Karl Marx, avec lequel il rédige en 1848 le Manifeste du parti communiste, dénonçant la lutte des classes. Il est ainsi l'une des figures de référence du marxisme, mouvement qui fait la promotion de l'ascension du prolétaire vers la prise de pouvoir. Le marxisme donne lieu aux fondements des mouvements socialistes et ouvriers du 19^e et 20^e siècle.

1.1.1.1. Le Travailler

Pour Dejours (2000), qui s'intéresse au rapport subjectif au travail, « le travail ce n'est pas en première instance le rapport salarial ou l'emploi, c'est « le Travailler³ », c'est-à-dire un certain mode d'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes (matérielles et sociales) » (p.1). Dans ce cadre, le travail est un lieu de production de soi, propice à l'épanouissement de la personne. Dejours (2000) rejoint en cela la conception ergonomique de Davezies (1993) et celle de l'ergologie proposée par Schwartz (2007) voulant que le travailleur n'exécute pas strictement ce qui lui est demandé d'exécuter. Dans le travail, il utilise plutôt sa créativité et mobilise son intelligence pour réinterpréter les prescriptions de l'organisation à sa manière et selon les marges de manœuvre qu'il a à sa portée. Cette réorganisation donne lieu au réel du travail, ce qui est véritablement fait par le travailleur dans son activité quotidienne de travail : c'est le travailler. Toujours selon Dejours (1998), « qu'il s'agisse d'une activité salariée ou bénévole [...] du public ou du privé, industrielle ou de service...le travailler c'est lorsque le travailleur mobilise son corps, son intelligence, sa personne pour une production ayant valeur d'usage » (p.6).

Ainsi, le travail est plus qu'une simple activité de production, elle est une occupation qui est vécue par ceux qui la réalisent, qui s'y investissent et qui y cherchent un sens.

1.1.2. Le travail comme tâche organisée

Le travailleur qui réalise son activité est régi par des règles, des prescriptions et des normes, un cadre; c'est l'organisation du travail. L'organisation du travail réfère à « la manière dont les tâches sont structurées et dont les postes de travail sont gérés dans une entreprise » (Vinet, 2004, p. 18). Trois phases principales ont marqué cette conceptualisation de l'organisation du travail à travers les années (Simard, 2002). Tout d'abord, le courant capitaliste, qui repose, entre autres, sur les travaux de Marx, selon

³ Le terme travailler, bien qu'il soit normalement entendu comme un verbe, bénéficie plutôt ici d'une nominalisation (au sens de substantivation, lorsqu'il est appelé « le travailler »), « comme on dit le manger, le boire, l'agir » (Dejours, 1998, p.7) et il désigne la réalité du travail dans sa subjectivité.

lesquels l'organisation du travail exploite la force de travail et où la subordination formelle objective la division des tâches. Puis, le courant humaniste, qui est marqué, entre autres, par les travaux de Halckman et Oldham (1980) qui indiquent que le travail doit être stimulant pour celui qui le réalise, afin que ce dernier soit motivé et performant. Dans ce courant, l'organisation du travail est une structure qui permet de porter une attention singulière à la satisfaction des employés, en regard de leur sentiment d'appartenance à l'organisation. Finalement, comme l'indique Simard (2002), le troisième courant traite de l'organisation du travail comme d'un processus dynamique, qui détermine les rapports entre les humains (travailleurs) et les techniques (l'équipement, les méthodes de travail, etc.), dans le but de produire efficacement tout en fournissant un environnement de travail satisfaisant et stimulant. Tel que le définit Foucher (1993), l'organisation du travail aménage les tâches, détermine les conditions de travail et impose les interactions entre les acteurs en tenant compte de la mission de l'organisation, de ses stratégies de gestion et des caractéristiques de la main-d'œuvre.

Pour Courpasson (2000), connu pour ses études portant sur l'analyse du pouvoir dans les organisations et sur les contraintes auxquelles sont soumis les travailleurs, l'organisation du travail est fortement normative. Les normes prescrites, inscrites dans des rapports sociaux marchands ou de service, tiennent compte des forces des travailleurs dans une visée managériale. Ce faisant, le travail est une « action contrainte », alors que l'organisation du travail est traversée de dynamiques de domination, traduisant des mécaniques organisationnelles contraignantes.

Ainsi, le travail est une activité encadrée par une organisation précise, porteuse de règles, de normes et de contraintes qui guident l'action.

1.1.3. Le travail comme action orientée

Pour Meyerson (1955), le travail est « une action forcée, une conduite orientée [...] organisée en des suites nécessaires d'actes étroitement enchaînés » (p. 3). Il s'organise autour d'une culture qui accompagne les décisions. Dans le secteur de la santé et des services sociaux par exemple, l'organisation oriente l'action des travailleurs à partir d'un

horizon d'attentes normatives prédéterminées (Laforgue, 2009). Les formes d'organisations y sont majoritairement hybrides, alors que la tâche est orientée « sur autrui » (les soins), « pour autrui » (les services) et « avec autrui » (patient partenaire). Dans cette visée, la mission principale du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec est « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés, de qualité et innovants, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (MSSS, 2017).

Ainsi, l'activité de travail est orientée de manière stratégique et délibérée vers des publics cibles, planifiée pour répondre à un besoin et structurée pour organiser l'action de ceux qui vont l'effectuer.

1.1.4. L'innovation au travail : reflet du travail comme action orientée

Non seulement le travail est une action orientée vers une tâche à effectuer, mais aussi sur une réalité à transformer (Beguin, 2007). Alors, que l'activité s'oriente au quotidien sur des situations concrètes qui existent à un moment donné, elle est en constante évolution puisqu'elle est menée dans un contexte qui lui-même se transforme constamment. Ainsi, l'organisation du travail doit perpétuellement s'ajuster afin de répondre aux besoins changeants du marché. En réaction, l'innovation au travail constitue un reflet de cette organisation changeante, orientée vers la survie et la prospérité de l'entreprise dans un marché hautement concurrentiel. Dans un tel contexte, les travailleurs sont amenés en permanence à transformer leurs rapports à leur activité.

L'innovation fait généralement référence au caractère de nouveauté, de ce qui est original, transformé, voire bouleversé (Jackson, 2016). La définition de l'innovation a évolué à travers le temps, passant d'un modèle à un autre, marqué par les différentes perspectives des disciplines s'y intéressant. Ainsi, il existe actuellement de nombreuses définitions de l'innovation (Tremblay, 2014). Dans le cadre de cette thèse, la définition du Conference Board du Canada (2017) est celle qui a été retenue. L'innovation y est

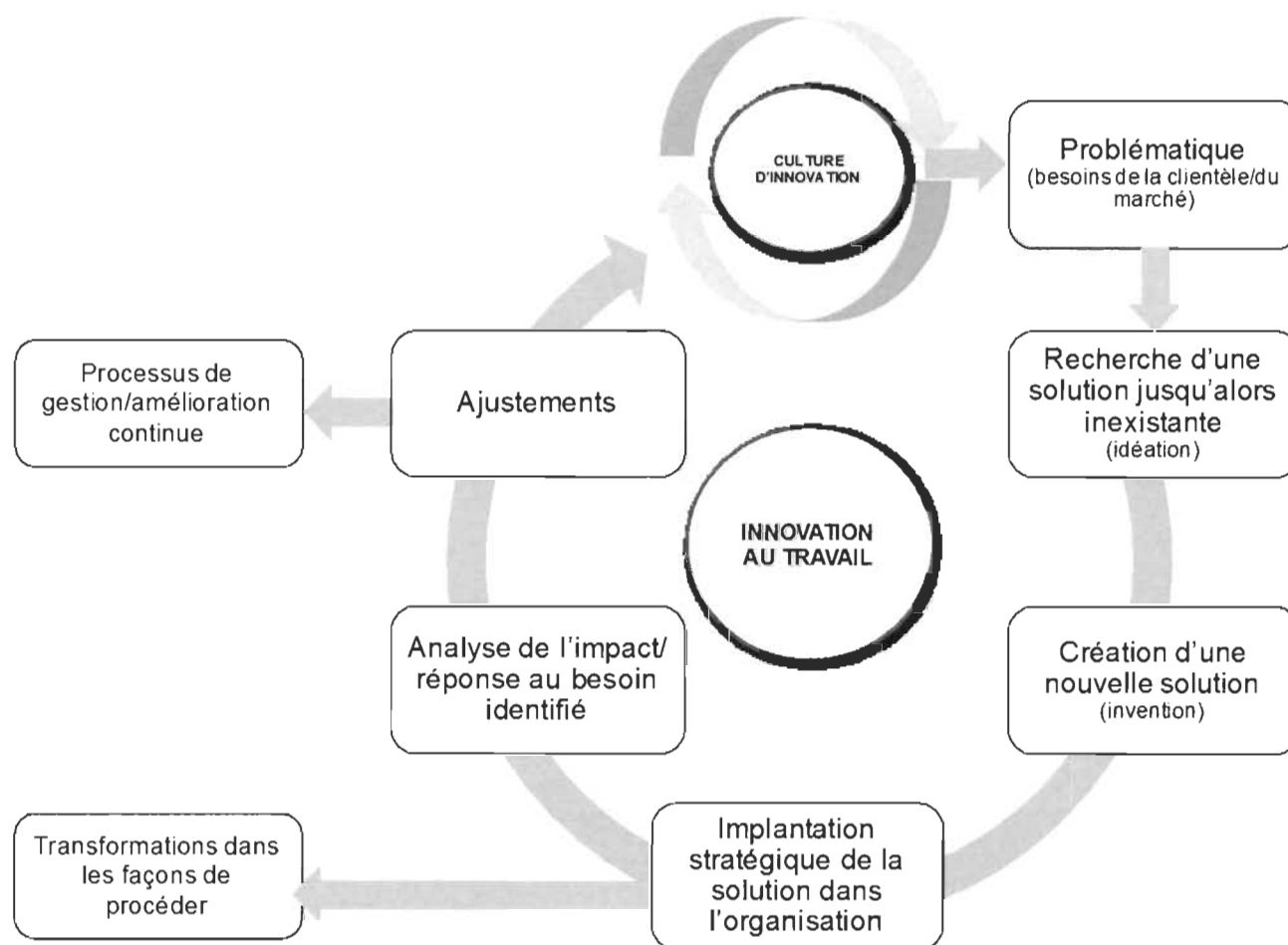
définie comme un processus par lequel une valeur économique ou sociale est extraite des connaissances par la formulation, la diffusion et la transformation d'idées, afin de créer des produits, des services, des stratégies, des capacités ou des procédés nouveaux ou améliorés.

Cette définition revoie à l'idée selon laquelle l'innovation est un processus plutôt qu'un objet. Elle requiert une utilisation effective qui aboutit à un changement. Dans ce contexte, l'innovation n'est pas le synonyme d'invention. Cette distinction entre innovation et invention a initialement été traitée dans les travaux de Schumpeter (1939), où l'invention réfère aux nouveaux produits ou méthodes de production, alors que l'innovation renvoie au processus de développement, d'implantation et de diffusion de cette invention. Ainsi, pour qu'une invention soit considérée comme une innovation, elle se doit d'être adoptée dans un milieu, ou adoptée par des utilisateurs (Godin, 2015). La définition de l'innovation retenue ne se limite pas aux innovations radicales et ponctuelles, puisque les innovations de continuité y sont tout aussi importantes. Par exemple, il y est considéré que l'adoption et l'utilisation (par opposition à la création uniquement) de nouvelles technologies ou de processus plus efficaces constitue une innovation en soi dans une organisation de travail. La figure 1 illustre l'innovation tel qu'entendu dans le cadre de cette thèse. L'innovation représente un processus comportant différentes étapes, passant tout d'abord de l'idéation (processus créatif de production de solutions pour répondre à un problème), à l'invention (développement d'une solution inédite). C'est la mise en place, de manière stratégique, dans l'organisation du travail de cette invention qui mène aux transformations du travail. Une fois ces transformations effectuées, le processus innovant se complète par l'analyse des résultats de ces transformations, de leur ajustement au besoin et par la mise en place d'un processus d'amélioration continue qui permet de mettre à jour de manière ponctuelle les façons de faire dans l'optique de s'assurer de toujours répondre à la problématique initialement adressée. Le processus est soutenu par une forte culture d'innovation qui convie les entreprises à répéter le processus de manière cyclique.

L'existence de différences dans la nature des innovations mises en œuvre par les organisations est reconnue dans les écrits portant sur l'innovation (Tremblay, 2014). Afin

de raffiner la compréhension quant à l'innovation dans le cadre de cette thèse, les sous-catégories émises par Bernier (2014) ont été ajoutées à la définition. Ainsi, il est admis que les innovations sont divisées en deux groupes : technologiques et non technologiques. Les innovations technologiques réfèrent à un bien nouveau ou significativement amélioré. Les innovations non technologiques, quant à elles, regroupent les nouvelles méthodes intégrées aux pratiques opérationnelles, les concepts jamais utilisés auparavant, ou les approches inédites.

Figure 1. Modélisation du processus d'innovation au travail inspirée de la définition du Conference Board du Canada (2017)



Ainsi, l'innovation au travail est comprise comme un processus dans lequel s'inscrit une entreprise. Cette dernière, publique ou privée, désire implanter de nouveaux objets techniques (innovation technologique), ou encore adopte des façons de faire qui sont

originales (innovation non technologique). Le processus d'implantation d'une invention étant pris en charge par l'organisation, c'est cette dernière qui est tributaire de l'innovation. Se distinguant par le fait même de l'innovation sociale, qui vise à répondre à une situation sociale jugée inacceptable, l'innovation au travail est plutôt mise de l'avant par une organisation avec la visée d'accroître sa compétitivité sur les marchés, d'améliorer l'organisation du travail, ou encore de bonifier le service ou le bien offert à la clientèle desservie (Conference Board du Canada, 2107).

Le corolaire de l'innovation au travail est la transformation, le changement au travail. Le processus d'innovation risque fort d'engendrer des actions, des réactions, des négociations et des coopérations au sein d'une entreprise (Danan, et al., 2014). Comme l'expliquent Klein, Laville et Moulaert (2014), la diffusion de l'innovation « entraîne des transformations dans la mesure où des entrepreneurs et des organisations s'approprient le processus innovateur, le prolongent, et génèrent une capacité dynamique récurrente à travers des filières d'activité » (p.7). Ces transformations sont associées au progrès et à la technique. Ainsi, il est ici considéré que l'innovation au travail n'est pas sans impact pour le milieu dans lequel elle se produit, elle n'est pas sans effet pour une organisation. Le concept d'innovation lui-même n'est pas neutre. Il implique un renouveau, une nouveauté jugée meilleure que la précédente, une critique de « ce qui était là avant » (Zbaracki 1998). Il implique aussi une prescription, l'organisation du travail proposant l'utilisation d'une nouvelle méthode ou d'un nouveau produit selon une logique d'imposition ou de négociation (Miège & Vinck, 2012).

Les innovations possèdent à la fois un aspect technique, qui réfère à ce qu'elles apportent de nouveau au marché existant, et un aspect symbolique qui est lié à l'image de ce qui est mieux, amélioré, toujours renouvelé (Carruthers & Espeland 1991). Ancré dans une culture d'obsolescence et de remplacement, la culture d'innovation est omniprésente dans les entreprises où il faut innover pour survivre et demeurer plus compétitif que les autres entreprises du marché. Elle vient avec une rhétorique forte de changement : le progrès est conditionnel au changement, le progrès est souhaitable, le changement devient par ce fait même indispensable (Cros, 1997).

L'innovation est aussi liée à la créativité des organisations (Castellotti, Debono & Huver, 2017). Ce corrélat créativité-innovation s'inscrit dans le processus historique de construction des états sécularisés et démocratiques (Aznar, 2009) où, au départ, la notion de créativité primait sur celle d'innovation. À l'origine, la création était du domaine des Dieux, puis à la Renaissance, les facultés créatrices se sont étendues à l'homme (Flahault, 2005). C'est au 18^e et 19^e siècles que se formalise peu à peu le lien entre créativité et innovation, période marquée par la Révolution industrielle puis par la prépondérance de la Philosophie des lumières (idée du progrès). La notion d'innovation apparaît à cette époque, soit en 1911, alors que Schumpeter définit le terme et en fait un objet de théorisation. La créativité devient alors un instrument de l'innovation, moyen par lequel une entreprise se renouvelle continuellement. La notion de « progrès domine depuis (conçu comme linéaire, nécessaire, continu, irréversible) et renvoie à la métaphore de la table rase, [...] où la créativité est l'héritage du projet moderne » (Castellotti, Debono & Huver, 2017, p.5).

Avant le 20^e siècle, l'innovation était perçue comme un acte répréhensible, venant perturber l'ordre logique et conservateur des choses (Godin, 2015). C'est à partir du 20^e siècle que le concept d'innovation prend une résonance positive, voire devient obsession (Godin, 2015). Le terme revêt alors plusieurs significations; changement, nouveauté, réforme, révolution, invention, modernité. « Aujourd'hui, le terme possède une force attrayante et unificatrice, parce qu'il possède une grande valeur symbolique et est porteur d'une idéologie incontournable » (Godin, 2015, p.3, traduction libre).

Dans tous les secteurs d'activité (administration, service public, commerce de détail, etc.), au Canada comme ailleurs dans le monde, l'innovation constitue maintenant un phénomène prégnant utilisé comme mode d'ajustement aux tendances mondiales ou courants sociaux. Les pratiques organisationnelles innovantes, ainsi que les produits innovants créés en recherche et développement, sont maintenant privilégiées par les entreprises (OCDE, 2016). Le monde s'est effectivement transformé à une vitesse inouïe dans les dernières années; perméabilité des frontières, transformation numérique bouleversant les industries, connectivité des données, arrivée de données massives (Dionne-Proulx, 2003). Pour faire face à ces nouvelles réalités, les entreprises doivent s'adapter afin de demeurer compétitives sur des marchés de plus en plus exigeants et

imprévisibles : elles sont contraintes à constamment innover. En plus d'utiliser les technologies, elles sont aussi amenées à adopter de nouvelles règles de souplesse et de fluidité (Dionne-Proulx, 2003) et à intégrer des transformations organisationnelles à leurs modes de gestion (Dubouloz, 2014).

Au Québec, les instances gouvernementales ont utilisé dès les années 1970 l'innovation comme facteur pivot de l'économie et de la compétitivité mondiale. En 1999, le Gouvernement du Québec décidait de revoir sa politique scientifique afin de soutenir l'innovation et la recherche; la Politique québécoise de la science et de l'innovation voyait alors le jour (Duchesne, et al., 2001). Avec les années, cette politique est passée d'un objectif premier basé purement sur l'économie à un objectif plus large, basé sur l'évolution de la société (Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie, 2001). L'innovation est alors devenue plus que jamais un impératif pour les entreprises, constituant un moteur de la croissance et du développement économique (OCDE, 2016).

À la fin des années 90 et au début des années 2000, le principal changement organisationnel adopté dans les entreprises a été une plus grande flexibilité techno-organisationnelle. Flexibilité accrue de l'organisation elle-même, elle exige de se baser sur l'aspect qualitatif du travail, plutôt que sur son aspect quantitatif (Tremblay, 1995). De plus, à cette époque, l'introduction massive de nouvelles technologies a mené à une approche technocentriste du travail (Therriault, Rhéaume & Streit, 2004), soit une vision du travail centrée sur les progrès technologiques. Dans la première décennie des années 2000, les différents secteurs d'activité ont de plus en plus été traversés par les technologies d'information et de communication et axés sur les sources d'énergie renouvelable ; pour Rifkin (2012), il s'agit de la 3^e révolution industrielle.

Entre les années 2010 et 2012, 63,5 % des entreprises indiquaient avoir introduit au moins une innovation au travail (Bernier, 2014). Seulement en 2012, selon l'Association pour le développement de la recherche et de l'innovation du Québec, ce sont 141 petites

et moyennes entreprises⁴ qui ont ajouté leur candidature afin de bénéficier de nouvelles connaissances pour mieux orienter leurs stratégies liées à l'innovation. En 2013, le Plan d'action du Canada a mis l'emphase sur le financement des entreprises innovantes (Gouvernement du Canada, 2013). La rapidité à laquelle la technologie évoluait à ce moment entraînait rapidement de nouvelles possibilités, mais rendait également obsolètes d'anciennes pratiques. Pour continuer à se démarquer à long terme dans la nouvelle économie du savoir, le Canada avait alors besoin de développer des entreprises concurrentielles à l'échelle mondiale qui innovait et créait des emplois de qualité. Dans ce contexte, les pratiques organisationnelles se sont encore une fois modifiées, favorisant les approches managériales d'ouverture sur le monde et l'adoption de technologies de communication. Le Plan d'action économique du Canada basé sur l'innovation a, dans cette période, entraîné la réorientation du Conseil national de recherches du Canada afin de mettre l'emphase sur le support aux petites et moyennes entreprises considérées comme innovantes. Au même moment, dans les secteurs publics, la source de l'innovation se situait dans la nécessité de répondre de manière efficace aux besoins de la communauté, et ce, dans un environnement de plus en plus complexifié (Harrison, 2013).

Depuis 2015, les industries sont à l'aube de la 4^e révolution industrielle. Cette dernière se caractérise, selon Schwab (2016), par l'utilisation de technologies intelligentes connectant en temps réel l'ensemble des objets et des ressources d'une entreprise. À cet effet, le Gouvernement du Québec prévoit investir 850 millions sur cinq ans pour effectuer une transformation vers l'usine 4.0 (Ministère des Finances, 2016). Sa visée est que les différents secteurs d'activité soient caractérisés par un maillage intelligent des technologies entrelaçant les modes de production, de consommation, de distribution et de gestion. Du côté des processus, cette révolution implique des modes de production individualisés et des décisions réalisées dans des mouvements flexibles, qui s'adaptent, voire se reconfigurent afin de répondre aux besoins des clients (Yagoubi & Tremblay, 2017). La disponibilité des données en temps réel alimente aussi le développement de nouveaux services de manière très rapide (CEFRIIO, 2016).

⁴ Il s'agit, selon la définition de l'Institut de la statistique du Québec, d'une entreprise ayant entre 1 et 499 employés inclusivement, et dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 50 millions de dollars.

Aujourd'hui, l'utilisation des technologies et l'amélioration continue des méthodes de gestion dans l'optique de mieux s'adapter aux marchés font partie d'une culture forte d'innovation dans les secteurs publics et privés. En fait, « l'innovation n'a jamais occupé une place aussi élevée dans les priorités de tous les acteurs : pouvoirs publics, entreprises, universités, société civile, etc. » (OCDE, 2016, p. 40). Dans ce contexte, l'innovation au travail relève davantage d'un concept politique que d'un concept purement économique ou créatif. Il constitue un instrument des politiques industrielles, alors que le concept est utilisé à la fois comme idéologie, comme moyen de sécuriser le présent et comme manière de façonner le futur (Godin, 2015).

L'Innovation est reconnue comme un phénomène intimement lié aux acteurs qui y prennent part (OCDE, 2016). En effet, les approches innovantes, les nouveaux procédés, ou encore les technologies ne peuvent être créés ni mis en place sans la mobilisation en ce sens des travailleurs des différents secteurs d'une organisation. Selon Benomar, Castonguay, Jobin et Lespérance (2016) « les étapes de diffusion et d'adoption font partie intégrante du processus d'innovation - sans quoi il ne s'agit que d'une invention - il faut par conséquent y prêter une attention particulière; or c'est là que le bât blesse » (p.58). En effet, dans le secteur de la santé par exemple, bon nombre d'innovations ne dépassent pas le stade de test en milieu contrôlé en raison de plusieurs barrières. Entre autres, les travailleurs adhèrent peu aux nouvelles pratiques proposées, ou n'ont pas une bonne compréhension de l'innovation.

1.2. Le travailleur

Promouvoir l'innovation est une chose, soutenir une culture innovante en est une autre. Chacune est tributaire de défis qui leur sont propres, mais les deux demandent une action concertée de toutes les parties prenantes (Scott & Bruce, 1994). Ces dernières incluent les travailleurs qui doivent utiliser l'innovation au quotidien alors que cet investissement n'est pas sans effet sur leur santé (Therriault, 2010). Une action concertée demande, de la part d'une organisation et de son secteur de gestion des ressources humaines, d'appréhender la compréhension qu'ont les travailleurs quant à l'innovation implantée; à sa portée et aux actions que son implantation et son utilisation demandent d'inscrire dans

le travail quotidien (Dubouloz, 2014). Ainsi, l'innovation est intimement liée aux travailleurs d'une entreprise (Appelbaum, 2004 ; Isabellea, 1990) et le succès de son implantation et sa pérennité repose, entre autres, sur eux (González, Miles-Touya & Pazó, 2016; OCDE, 2016).

Cette dimension humaine de l'innovation constitue un enjeu de taille aujourd'hui (Defélix, Mazzilli & Gosselin, 2015). Pour l'aborder, il faut s'intéresser étroitement à la perception que les acteurs ont de l'innovation; « le développement et la diffusion de technologies sont eux-mêmes un processus social dont la maîtrise nécessite l'apport de recherches en science sociale et humaine. En fait, il est reconnu que l'innovation réussie en milieu industriel est conditionnée par des facteurs sociaux et organisationnels très importants, comme les modes de gestion adaptés, l'organisation du travail, la formation des ressources humaines ou l'existence de réseaux inter-entreprises » (Conseil de la science et des technologies, 2000, p.7).

Dans le courant des recherches sur l'implantation d'une innovation en entreprise, Dubouloz (2014) s'est questionné sur les conditions gagnantes pour l'introduction et le maintien d'une innovation organisationnelle. Cet auteur conclut que l'innovation doit être considérée selon un aspect sociotechnique ; c'est-à-dire d'aller plus loin qu'une simple mise en usage de la technique en considérant l'importance du domaine social. Alors que le système technique est composé des pratiques, des outils et des façons de faire utilisés pour transformer des méthodes de travail, le système social lui, comprend les pratiques visant à coordonner les rôles et relations des individus (Dubouloz, 2014). En ce sens, porter attention au vécu des travailleurs en contexte d'innovation est essentiel.

Dans le cadre de cette thèse, le travailleur est considéré comme un être pensant et désireux d'action. Il ne remplit pas seulement des conditions de servilité lorsqu'il s'engage dans son activité, puisqu'il réfléchit constamment à son action et son implication dans cette dernière. Selon cette notion du travail, le travailleur utilise son activité de travail et s'y engage tant pour prendre conscience de lui-même (de ses capacités, ses forces, ses failles) que pour se faire reconnaître comme membre à part entière de la communauté humaine (Sobel, 2004). Le travailleur, cet être humain engagé

dans l'activité de travail, n'est ainsi pas que l'exécutant d'une tâche, puisqu'il y mobilise consciemment ses facultés, son corps et son esprit (Dejours, 1993). Il utilise en effet ses facultés intellectuelles, psycho-sensori-motrices, psychoaffectives et d'adaptation dans la réalisation de son activité considérée comme le travailler. La conception du travailleur est ici fortement inspirée de la psychodynamique du travail, qui considère les travailleurs « tantôt comme des acteurs déterminés par les contraintes organisationnelles, structurelles et managériales, tantôt comme des sujets libres » (Alderson, 2004, p.245) Le travailleur est un témoin unique de sa situation de travail, à partir de laquelle il pense son rapport à son activité, tente d'agir sur cette réalité pour la rendre la plus conforme possible à ses besoins, à ses aspirations à savoir, cohérente avec la construction de son identité au travail (Carpentier-Roy, 1995).

1.2.1. Le travailleur vieillissant

La population active correspond, au Canada, à l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus qui ont un emploi, ou qui sont activement à la recherche d'un emploi. Le Québec a connu une augmentation de sa population active tandis que le taux d'activité, tous âges confondus, augmente depuis les quarante dernières années; alors qu'il s'élevait à 58,8 % en 1976, il était de 64,6 % en 2016. Plusieurs phénomènes sont à l'origine de cette hausse; entrée massive des femmes sur le marché du travail depuis les années 1950 (Tremblay, 2002), politiques gouvernementales favorisant l'immigration (Parant, 2001) et accès à l'emploi pour une population autrefois marginalisée, en sont quelques exemples.

Lorsque la hausse de la population active est analysée par groupe d'âge, c'est dans les catégories des plus de 45 ans que l'augmentation est la plus marquée. Spécifiquement pour la tranche d'âge des 45 à 64 ans, le taux d'activité des travailleurs s'élève à 70,1 % en 2016, alors qu'elle était de 57,5 % en 1976. Pour le groupe des 65 ans et plus, elle était de 8,1 % en 1976, puis est montée à 10,2 % en 2016. Ces statistiques sont le reflet du vieillissement de la population active, alors qu'au niveau démographique, la population québécoise vieillit. Ce vieillissement est le résultat de plusieurs contingences, dont principalement l'amélioration de l'espérance de vie et le taux de natalité qui est en déclin

depuis maintenant plus de quarante ans. Le rythme du vieillissement de la population devrait d'ailleurs être de plus en plus important dans les quinze prochaines années (Demers, et al., 2011). Par exemple, les personnes âgées de 65 ans et plus seront, en 2030, plus de 2,2 millions, ce qui représentera 25,6 % de la population totale du Québec (Demers, et al., 2011). Ainsi, le vieillissement de la population globale entraîne son corolaire, le vieillissement de la population active.

Ce vieillissement de la population active a eu et a encore aujourd'hui, sans contredit, des impacts majeurs sur le marché du travail et la gestion des ressources humaines du Québec. En effet, il a été d'abord anticipé, au début des années 2000, qu'un nombre très important de travailleurs âgés allait quitter le marché du travail afin de passer à la retraite (Bissonnette, et al., 2016). La crainte des organisations résidait à ce moment dans le fait de passer d'une abondance de main-d'œuvre à un contexte de rareté, entraînant avec lui une perte du bagage expérimentiel des travailleurs expérimentés. Ainsi, les marchés se sont ajustés et des politiques gouvernementales provinciales et fédérales ont été mises en place afin d'inciter les travailleurs vieillissants à rester plus longtemps sur le marché du travail (Demers, et al., 2011). Ces actions avaient comme objectif d'atténuer le phénomène d'une pénurie de main-d'œuvre croissante par une augmentation du taux de participation au marché du travail des travailleurs âgés. Elles étaient articulées autour d'une plus grande sensibilisation des employeurs relativement aux avantages découlant de la participation active des travailleurs âgés en emploi, ainsi que de la mise sur pied de projets spécifiques. Par exemple, en 2010, le projet *ThirdQuarter* mené par le Gouvernement du Canada, visait à favoriser un pairage entre des employeurs à la recherche de compétences spécifiques et des travailleurs expérimentés qui n'étaient plus sur le marché du travail dans le but de favoriser leur retour en emploi. Ces actions ont permis, et ce plus fortement dans les deux dernières années, de ralentir les départs massifs des travailleurs âgés à la retraite. Le phénomène tend en effet à se stabiliser au Canada, voire à se renverser, tel que l'indique l'Enquête sur la population active (Statistique Canada (SC), 2015), qui indique que le nombre de travailleurs de 55 ans et plus a augmenté entre 2000 et 2015, passant de 20,5 % à 31,2 %.

Le vieillissement de la population active fait émerger un défi intergénérationnel dans les entreprises publiques et privées du Québec (Demers, et al., 2011). Passant d'une main-d'œuvre somme toute homogène, à une hétérogénéité relative aux âges, les ressources humaines doivent s'ajuster, notamment face à la diversité des générations ayant des mentalités différentes au sein d'une même organisation (Demers, et al., 2011). Par exemple, les employeurs indiquaient, en 2011, devoir tenir compte de trois, voire quatre générations de travailleurs : « les traditionalistes, qui ont plus de 65 ans et sont encore actifs sur le marché du travail, les bébé-boumeurs, âgés de 45 à 64 ans, les membres de la génération X, dont l'âge se situe entre 33 et 44 ans et les jeunes de la génération Y, enfants des bébé-boumeurs, nés entre 1979 et 1990, et aujourd'hui âgés de 21 à 32 ans » (Demers, et al., 2011, p. 30). Or, bien qu'une diversité en emploi soit favorable (Lee & Nathan, 2011), elle se doit d'être générée et canalisée adéquatement par une compréhension des perceptions, des forces et des besoins de chacune d'entre elles (Guérin, 2016).

Le vieillissement est un phénomène complexe, irréversible et marqué par de nombreux changements sur le plan physique et psychologique. Malgré plusieurs facteurs caractérisant le vieillissement, le travailleur vieillissant est défini ici en tenant compte de son âge chronologique. Bien qu'un consensus clair n'ait pas été relevé de la littérature quant à l'âge à partir duquel un travailleur peut être qualifié de vieillissant, considérant les critères utilisés dans les enquêtes populationnelles consultées (principalement celles de Statistiques Canada), la catégorie d'âge de 55 ans et plus a été retenue. Malgré cette considération de l'âge afin de caractériser le travailleur dit vieillissant, il importe de souligner que le processus de vieillissement au travail ne sera pas le même pour l'ensemble des travailleurs. Tout d'abord, le processus de vieillissement et les manifestations physiques et cognitives de ce processus sont très différents d'un individu à l'autre. De plus, il est reconnu que l'environnement a un impact important sur le processus de vieillissement (Volkoff & Gaudart, 2006). En effet, lorsqu'il s'agit de vieillissement au travail, le processus est grandement influencé par les conditions de travail (OMS, 2015). « Lorsque celles-ci sont difficiles, le travail peut révéler précocement des déficits qui jusque-là n'étaient pas sensibles, accélérer ou amplifier les

mécanismes du vieillissement, et créer des mécanismes d'usure prématurée ou accélérée » (Institut National de Recherche et de Sécurité, 2011, p.6).

Considérant l'impact de l'environnement de travail sur le phénomène de vieillissement, un défi à venir et annoncé dans quelques études (Cau-Bareille, 2016; Jolivet & Volkoff, 2016; Sanders, 2016), réfère non seulement au besoin de maintenir les travailleurs vieillissants en emploi, mais aussi de leur permettre de préserver une santé optimale au travail avec l'avancée en âge. Devant ce défi, la santé psychologique et le bien-être au travail constituent des indicateurs d'importance (Cau-Bareille, 2016).

1.2.2. Rapport subjectif au travail et à son organisation

Pour Teiger et Vouillot (2013), le travail n'est pas un concept neutre; l'accomplissement de soi dans le cadre professionnel est un élément d'équilibre personnel et de lutte pour la santé. Pour ces auteurs, il est nécessaire de mettre au centre de l'analyse du travail la notion de subjectivité des travailleurs qui en font l'expérience quotidienne. Dans cette perspective, la compréhension des enjeux au travail a comme passage obligé l'analyse de l'activité de travail. Cette analyse doit considérer le rapport subjectif qu'entretient un travailleur avec son action dans une situation de travail⁵. De plus, l'analyse de l'activité de travail se doit d'interroger les différents aspects de l'organisation en regard des résistances qu'ils offrent, ces dernières pouvant mener à l'accomplissement du travailleur, mais aussi être sources potentielles de souffrance pour lui (Dejours, 2001).

Le rapport subjectif au travail n'est jamais neutre ; soit il ouvre la voie à la santé, soit il concourt à la fragilisation et à la maladie (Lada, 2009). Interroger ce rapport revient à questionner le sens des conduites qu'un travailleur adopte, ce qui motive ses décisions et ses actions. Ainsi, surtout lorsqu'il est question de santé psychologique au travail, il n'est

⁵ « La situation de travail correspond à un état qu'il est possible de décrire dans ses différents éléments et qui est vécu par les personnes placées dans un cadre de travail particulier, c'est-à-dire une configuration particulière de déterminants. Les relations qui s'établissent entre les personnes et le cadre de travail font partie de la situation de travail » (St-Vincent, et al, 2011)

pas suffisant d'analyser l'activité de travail en questionnant le « Quoi » et le « Comment », il importe aussi de questionner le « Pourquoi » (Daniellou, 2005).

1.3. Santé psychologique au travail

La santé psychologique est une composante fondamentale de la santé de l'être humain. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013), la santé psychologique est davantage que l'absence de troubles mentaux. Elle réfère plutôt à « 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 ». La santé psychologique au travail peut être définie de nombreuses façons. La définition retenue ici est celle selon laquelle elle consiste en « un fonctionnement harmonieux, agréable et efficace d'une personne qui fait face avec souplesse aux situations difficiles au travail en étant capable de retrouver son équilibre » (Brun, Biron & St-Hilaire, 2009, p. 3). Selon les auteurs de cette définition, la santé psychologique au travail est influencée par les composantes associées au travail et son organisation (autonomie, reconnaissance, charge et exigence du travail, communication, soutien social, conciliation travail famille), par les caractéristiques des travailleurs (personnalité, santé physique, histoire personnelle, dimensions affectives, compétences, stratégies d'adaptation utilisées) et par leur environnement social (amis, famille, communauté).

Dans le cadre de cette thèse, le terme santé psychologique a été favorisé à celui de santé mentale. Les deux termes s'intéressent à des dimensions similaires de la personne, mais le choix du terme utilisé a été réalisé en regard de son acception positive, non pathologique et puisque la vision biopsychosociale de la santé psychologique au travail permet de prendre en compte plusieurs facteurs lorsqu'elle est questionnée. D'ailleurs, la promotion de la santé psychologique au travail prend de plus en plus d'importance, autant dans les préoccupations managériales qu'en recherche. Elle tend même à prendre la place des considérations liées aux problèmes de santé mentale au travail. Par exemple, le nombre de publications scientifiques portant sur le stress au travail a connu une croissance importante et constante jusqu'au début des années 2000 et a plafonné par la suite, jusqu'à décroître dans le début des années 2010 (Väänänen, Murray & Kuokkanen,

2014). Un changement de discours en ce qui concerne la problématique de la santé mentale au travail émerge durant cette période; plutôt que d'utiliser les termes de problèmes de santé mentale au travail, les termes liés à la santé psychologique et au bien-être au travail sont favorisés (Wainwright & Calnan, 2011). Le bien-être au travail peut être défini comme une expérience subjective positive où le travailleur tend à exprimer le meilleur de lui-même dans une situation donnée. Cette expérience lui permet de se construire à travers ses relations sociales au travail et dans les interactions avec l'organisation dans laquelle il évolue au fil de sa carrière (Dagenais-Desmarais & Privé, 2010). Le bien-être au travail se traduit par un sentiment, une sensation d'épanouissement, de confort, de satisfaction générale (Brun, Biron & St-Hilaire, 2009) et est une composante importante de la santé psychologique au travail. En effet, le bien-être au travail est l'une des composantes visées lorsqu'il est question de santé psychologique au travail.

1.3.1. Problèmes de santé psychologique des travailleurs

Les problèmes de santé au travail sont croissants, notamment les problèmes de santé psychologique. En effet, au Canada comme dans plusieurs pays industrialisés, la prévalence du stress, de l'anxiété, ainsi que de la dépression est très élevée et ne cesse d'augmenter avec les années (SC, 2012). Par exemple, douze pour cent de la population québécoise âgée de 15 ans et plus a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie (SC, 2012). Ce phénomène serait d'ailleurs lié, entre autres, aux effets des nouvelles formes de travail sur l'environnement psychosocial du travail (Vézina, 2010). Au Canada, le tiers des demandes d'indemnisation pour absence de courte et de longue durée sont associées à un ou des problèmes de santé psychologique (Sroujian, 2003). De plus, selon les données de Statistique Canada (2012), les personnes en emploi sont plus susceptibles de mentionner que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes, comparativement à celles qui ne sont pas en emploi.

Les problèmes de santé psychologique des travailleurs ont divers effets sur l'organisation de travail. Par exemple, les répercussions financières sont importantes. Effectivement, les employeurs doivent composer avec une augmentation de leurs primes d'invalidité et des

coûts occasionnés par le remplacement des travailleurs absents. Par exemple, les coûts reliés aux problèmes de santé psychologique sont d'approximativement de 16 milliards de dollars par année pour les entreprises canadiennes (Emploi Québec, 2017). Outre l'absentéisme, les troubles psychologiques contribuent dans une large mesure au « présentéisme », c'est-à-dire la baisse du rendement des travailleurs qui continuent de travailler malgré un problème de santé (Gosselin & Lauzier, 2011). Finalement, les problèmes de santé psychologiques peuvent être source de conflits au travail. Par exemple, le caractère invisible et stigmatisant des problèmes de santé psychologique peut être lié à des malentendus, du ressentiment et des tensions entre collègues (Samra, Gilbert, Shain, Bilsker, 2012).

1.3.2. Risques psychosociaux au travail

Les problèmes de santé psychologique au travail ont fait l'objet d'une quantité importante de travaux de recherche dans les dernières années, compte tenu de l'importance du phénomène, tant au niveau de sa prévalence, de son impact sur la capacité des travailleurs à remplir leurs rôles productifs au sein des entreprises, qu'aux coûts engendrés pour les organisations.

De ces travaux, ceux traitant des risques psychosociaux se démarquent par leur abondance. Basés principalement sur les recherches en lien avec le paradigme du stress (notamment Arsenault & Dolan, 1980, Karasek & Theorell, 1979, Siegrist, 1996), les travaux traitant des risques psychosociaux visent, dans une logique préventive, l'identification de facteurs de risque relatifs à la source des problèmes de santé mentale au travail. Le travail y est considéré à la fois comme un élément favorable au bien-être, mais aussi pouvant renfermer des défis difficiles à surmonter et alors, s'avérer être un élément contraignant.

Selon Richard (2014), il semble qu'en raison de la dominance des modèles d'adaptation au stress dans le domaine d'étude lié à la santé psychologique au travail, plusieurs discours préventifs continuent d'appuyer sur l'importance de la responsabilité individuelle des travailleurs en délaissant la responsabilité de l'organisation à considérer

la souffrance au travail. Pourtant, le travail correspond surtout à une activité qui est influencée par tout un ensemble de variables externes au travailleur lui-même. De fait, les évidences scientifiques avancées par les travaux relatifs aux risques psychosociaux ont pu établir des liens entre les contraintes organisationnelles, qui découlent de l'organisation du travail et de certaines pratiques de gestion, et le développement de problématiques sur le plan de la santé physique et psychologique (voir notamment Chouanière, 2017 ; Maranda & Fournier, 2009 ; Robone et al., 2011 ; Vézina, 2010). Les risques psychosociaux les plus souvent associés à des impacts négatifs sur la santé psychologique des travailleurs sont : une latitude décisionnelle faible (apprentissage et de participation aux décisions limitée), des exigences psychologiques élevées, des relations difficiles avec les supérieurs et les autres travailleurs, un déséquilibre entre l'effort fourni et la reconnaissance au travail, l'insécurité d'emploi et l'imprévisibilité du travail (St-Arnaud et al., 2010). Par exemple, dans leur étude portant sur l'effet sur la santé des conditions de travail auxquelles ont été soumis de travailleurs retraités tout au long de la carrière, Barnay et Defebvre (2017) indiquent que l'exposition aux risques psychosociaux au travail augmente significativement les chances de connaître des troubles anxieux ou épisodes dépressifs une fois à la retraite, résultats plus marqués chez les femmes que chez les hommes. Ils ajoutent que l'exposition aux risques psychosociaux est autant dommageable pour la santé des travailleurs âgés dans toutes ses dimensions que l'exposition aux contraintes physiques. Les conditions de travail influencent à la fois la santé autodéclarée et le bien-être (Fletcher et al., 2011).

Si l'importance des problèmes de santé psychologique au travail a été bien circonscrite, la compréhension de l'origine de ces problèmes et les pistes à favoriser pour les contrer restent encore à être explorées (Vézina, 2010). Dans cette perspective, les moyens pour favoriser la santé psychologique au travail ont fait l'objet de plusieurs études scientifiques et réflexions dans les dernières années. Entre autres, la réduction des facteurs de risques psychosociaux permettrait de favoriser une santé psychologique optimale au travail (Saint-Arnaud & Vézina, 2010; Vézina, 2010).

1.3.3. Santé psychologique du travailleur vieillissant

Au travail, les personnes vieillissantes s'exposent à une possible fragilisation de leur santé (Volkoff & Gaudart, 2006) et ce, en raison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, elles peuvent être exposées à des conditions professionnelles pénibles tout au long de leurs carrières dont les atteintes à la santé se manifestent en fin de vie active (Lasfargues, Molinie & Volkoff, 2005). Par exemple, ces dernières peuvent vivre une difficulté à concilier leurs capacités avec les exigences de leurs emplois (Volkoff, Molinier & Jolivet, 2000) et percevoir comme plus pénibles leurs conditions de travail. Cette perception est influencée par différentes composantes, dont le sentiment de ne plus être considéré comme apte à réaliser l'emploi, la présence de stigmatisation, ou encore la perception de ne pas détenir une marge de manœuvre suffisante dans la réalisation des tâches.

Dans une étude portant sur les travailleurs vieillissants du secteur de l'éducation, Cau-Bareille (2016) constate que dès l'âge de 50 ans, les travailleurs sont nombreux à percevoir un nombre croissant de difficultés dans leur activité de travail. Allant d'une augmentation de l'astreinte⁶ liée à la pratique du métier, en passant par le sentiment de devoir mobiliser davantage de ressources que lorsqu'ils étaient plus jeunes, les enseignants plus âgés semblent devenir plus à risque de développer des problématiques de santé. « Se dégage alors un sentiment de culpabilité renforçant leur mal-être en fin de carrière, d'où le déploiement d'un surcroît d'énergie pour tenter de compenser ce qu'ils n'arrivent plus à maîtriser, des efforts qui vont accentuer encore la fatigue déjà installée » (Cau-Bareille, 2016, p. 17).

Dans leur étude portant sur les conditions de travail et leurs impacts sur l'état de santé des travailleurs vieillissants, Debrand et Lengagne (2007), indiquent qu'en matière de santé et de pénibilité au travail, les principaux facteurs corrélés au risque de dépression pour cette catégorie de travailleurs sont un manque de soutien au travail et un sentiment d'insécurité en emploi. Or, en Amérique du Nord, plus de 80 % des travailleurs âgés

⁶ Les astreintes sont les effets à court, moyen ou long terme du travail sur l'état psychologique ou physique d'un travailleur (Spérandio, 1984).

déclaraient en 2011 avoir subi au moins une situation de discrimination au travail entraînant une perception de vulnérabilité au cours de l'année précédente (Chou & Choi, 2011), tandis que près de 40 % ont déclaré avoir l'impression d'être plus surveillés que leurs collègues plus jeunes et près de 50 % croyaient qu'ils n'étaient pas pris au sérieux par leur employeur (Parry & McCarthy, 2017). L'étude de Debrand et Lengagne (2007) appelait, pour sa part, à des recherches dans le domaine de la prévention des risques organisationnels en portant une attention particulière aux effets des changements organisationnels sur cette population en identifiant les facteurs qui leur permettent de faire face aux transformations de leur activité de travail.

La fragilisation de la santé en cours de vieillissement au travail n'est toutefois pas une fatalité. « À mesure que des déclin apparaissent, à mesure que se constitue l'expérience des situations où l'on s'est trouvé en difficulté, à mesure aussi que la construction des compétences offre une plus grande diversité de modes opératoires possibles, les travailleurs peuvent ré-élaborer des compromis entre les exigences de la tâche et leurs propres capacités » (Volkoff & Gaudart, 2006, p. 53). Par contre, pour être en mesure de le faire, l'organisation du travail doit leur offrir cette possibilité de compromis.

1.3.4. Les effets de l'innovation sur la santé des travailleurs

Certains travaux se sont intéressés aux impacts des transformations des pratiques sur les travailleurs (Alderson et al., 2011 ; Aubry, 2012; Therriault, 2010). Ces travaux ont permis de constater que les transformations au travail ne sont pas sans effet chez les travailleurs. En effet, les modifications des tâches de travail peuvent avoir des incidences directes sur leur santé, les exposant à des niveaux importants de tension et à des situations de plus en plus contraignantes (Therriault, 2010). Par contre, l'étude des écrits scientifiques permet de constater que peu d'études portent directement sur le lien entre l'innovation et ses effets directs chez les travailleurs.

1.4. Champ de la recherche

Les éléments présentés jusqu'ici permettent de circonscrire le phénomène au cœur de la présente thèse, à savoir l'impact de l'innovation sur le rapport subjectif que le travailleur

entretient avec son activité de travail. Le travail correspond à un lieu où se jouent différentes expériences subjectives et intersubjectives (Alderson, 2004). Dejours (1980) insiste sur le fait que ces expériences ont des effets directs sur la santé des travailleurs.

Même si le caractère pathogène de certaines dimensions de l'organisation du travail est bien documenté, la recherche portant sur la perception de l'innovation du point de vue des travailleurs semble très peu développée. En effet, lorsqu'il est question d'innovation au travail, Simpson, Siguaw et Enz (2006) soulignent l'effet de biais positif retrouvé dans la littérature scientifique. Que ce soit dans les thématiques abordées en recherche, qui s'orientent davantage sur les moyens optimaux pour implanter efficacement une innovation au travail, que dans le manque de données portantes sur l'impact de l'innovation sur les travailleurs, ce biais fait montre d'une innovation d'emblée jugée souhaitable pour les entreprises (Simpson, Siguaw & Enz, 2006). Godin (2015) souligne pour sa part que malgré le nombre important d'études portant sur l'innovation publiées à chaque année, très peu d'études s'intéressent au concept d'innovation lui-même. En effet, puisque l'innovation est largement considérée comme souhaitable, peu de réflexions critiques entourent le concept et son utilisation (Godin, 2015).

Bien que les études portant sur l'innovation, notamment dans le secteur économique, politique et social, s'attardent parfois au rapport entre le travailleur, son activité de travail et l'innovation, le regard qu'ils portent ne permet pas d'élaborer des pistes favorisant la santé psychologique et le bien-être des travailleurs qui évoluent dans un contexte innovant. Les articles recensés, bien que ne s'y limitant pas, s'articulent plutôt principalement autour de trois grandes thématiques⁷ : l'exposition et l'analyse des nouvelles formes d'innovation (qu'elles soient de types technologique, social, organisationnel, etc.), les meilleurs moyens pour implanter une innovation et la rendre pérenne, et les défis rencontrés par les gestionnaires (notamment les employeurs, les cadres et le personnel du secteur des ressources humaines) en contexte innovant.

⁷ Selon la recension des écrits réalisée dans le cadre de cette thèse dans les bases de données scientifiques tant en sciences de la santé qu'en sciences humaines et sciences de la gestion, portant sur les mots clés Innov*, Innovation, Innover, Innovation au travail, Culture innovante, Innovation and work, Innovative culture.

Tout de même, quelques études s'attardent non pas à savoir comment intégrer l'innovation, mais bien si cette innovation (principalement de type technologique) a un effet sur les travailleurs. C'est le cas notamment des travaux de Cros, Bobillier-Chaumon et Cuvillier (2016), qui, à partir de l'analyse de l'activité de travail de six opérateurs intervenant dans la circulation des trains, apprécient l'impact de l'introduction de nouvelles technologies. Ils rapportent que d'un point de vue individuel, l'usage de nouveaux dispositifs techniques engage un coût cognitif élevé. D'un autre côté, ils permettent aux travailleurs de développer de nouvelles compétences et d'élargir leur champ d'action. D'autres études portant sur les nouvelles organisations du travail se caractérisant par l'utilisation de technologies de pointe montrent un plus grand désir d'engagement de la part des travailleurs, mais aussi une prévalence importante de l'épuisement professionnel (Demerouti, et al., 2014).

De plus, sans questionner directement l'innovation, certaines études se sont intéressées à l'impact des transformations et des changements organisationnels, caractéristiques présentes en contexte innovant. Entre autres, une étude menée en Belgique par Vandenberghe, De Keyser, Vlerick et D'hoore (2004) confirme que les changements organisationnels sont corrélés à une augmentation des symptômes de stress chez les travailleurs, puisqu'ils résultent en une moins grande satisfaction au travail, plus de stress négatif, moins de stress positif, une qualité de vie plus faible et des plaintes médicales plus fréquentes.

Dans le cadre de cette thèse, l'intérêt est de questionner le rapport qu'entretiennent des travailleurs avec l'innovation dans l'optique de dégager des pistes pouvant favoriser la santé psychologique au travail. En regard de la problématique énoncée et des connaissances actuelles dans le domaine, questionner ce rapport s'avère pertinent non seulement puisque très peu de données empiriques portent sur ce thème, mais aussi pour trois raisons fondamentales ; tout d'abord puisque l'innovation fait maintenant partie intégrante de la culture d'un très grand nombre d'entreprises du secteur public et privé du Québec, deuxièmement puisque l'innovation ne peut être dissociée du capital humain d'une entreprise, et finalement, parce que la compréhension du rapport subjectif qu'entretient un travailleur avec un élément de l'organisation du travail (tel que

l'innovation) permet ensuite de proposer des pistes de prévention pour le bien-être des travailleurs (ce qui est nécessaire vu la prévalence actuellement très élevée des problèmes de santé psychologique dans les entreprises québécoises). De surcroît, la problématique de cette thèse permet de mettre en lumière l'importance de s'attarder aux différences pouvant être présentes dans les perceptions des travailleurs d'une même organisation, notamment en regard de leur âge. Dans le contexte du vieillissement de la population active du Québec, cette thèse s'attarde ainsi à dégager la perception spécifique des travailleurs vieillissants quant à l'innovation au travail, afin notamment de la comparer à la perception de l'ensemble des travailleurs rencontrés sur la question. Cela dans l'optique de développer des pistes de promotion et de prévention qui considèrent adéquatement les besoins d'un ensemble d'acteurs différents.

Chapitre 2- Le contexte d'innovation étudié

La problématique de cette thèse a souligné l'importance de mieux comprendre l'impact de l'innovation sur la santé des travailleurs qui supportent son implantation et évoluent avec la transformation de leurs pratiques professionnelles au quotidien. Mieux comprendre l'innovation constitue un projet très vaste. Ainsi, pour des considérations de faisabilité, qui seront abordées ultérieurement, l'innovation étudiée dans le cadre de la recherche menée se doit d'abord d'être circonscrite. Les notions liées à la méthodologie de l'étude seront abordées dans un chapitre subséquent. Le présent chapitre vise plutôt à présenter le contexte d'innovation étudié, et ce en trois grandes parties ; la première traite d'abord de l'innovation ciblée dans le cadre de l'étude présentée dans cette thèse, menée dans le secteur de la santé et des services sociaux. La deuxième partie s'intéresse à l'état des connaissances quant aux innovations dans ce secteur d'activité. Enfin, la dernière aborde la santé psychologique des travailleurs. En plus de situer l'innovation étudiée, ce chapitre permet, entre autres, de souligner la pertinence de réaliser une recherche portant sur le lien entre la santé psychologique des travailleurs et l'innovation dans le secteur de la santé et des services sociaux.

2. L'innovation étudiée

2.1. Mise en contexte

Sans dresser le portrait exhaustif de l'ensemble des transformations du secteur de la santé et des services sociaux au Québec, il est tout de même possible de cerner différents courants ayant marqué l'évolution de cet important secteur d'activité. Tout d'abord, la réforme Castonguay et l'adoption de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux en 1971 a amené l'état à s'approprier le contrôle et la gestion des services de santé et des services sociaux, remplaçant les communautés religieuses par une distribution du pouvoir entre gestionnaires et professionnels de tous genres (Larivière, 2013). La décennie qui suit s'est caractérisée par la mise en place d'institutions ayant des mandats variés, dont les Comités de santé et sécurité (CSS), les Centres hospitaliers, les Cliniques d'aide à l'enfance et les Centres locaux de services communautaires (CLSC).

La mise sur pied de ces établissements visait à favoriser un accès égalitaire aux services à la population. Or, différents enjeux apparaissent rapidement avec cette réforme, dont « l'accroissement de la centralisation de la prise de décision, une croissance de la demande pour les soins curatifs, des enjeux interprofessionnels, et augmentation de la dominance dans le travail de la santé de la profession médicale » (Larivière, 2007, p.25). À la fin des années 1980, la Commission Rochon a été chargée de trouver des pistes afin de réduire les dépenses du système de santé. Elle a produit un rapport appuyant la mise sur pied de mesures et de propositions conduisant à une transformation technocratique du système, où les techniques de gestion ont été empruntées au secteur privé. Au début des années 1990, la Réforme Côté donne de nouvelles orientations au réseau de la santé et des services sociaux alors reconfiguré pour être orienté vers le citoyen, menant à une décentralisation des services et un virage vers la communauté (Grenier, Bourque & St-Amour, 2014). Le système de santé a alors dû s'ajuster rapidement aux nouveaux besoins de la population et le citoyen a été placé au centre des préoccupations et perçu comme le principal consommateur des services. En 2000, la Commission d'étude Clair portant sur la question du financement du système, a mis l'accent sur la gestion par résultats, la reddition de compte, l'efficacité et l'imputabilité. À sa suite, le Projet de loi 25 a été adopté en 2003. Il s'agit de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui a morcelé le réseau en fonction de territoires distincts en créant les Agences de santé et de services sociaux (ASSS) et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Par ailleurs, depuis les années 2000, le recours au secteur privé devient de plus en plus fréquent. Dans son sillage, la considération accrue pour l'amélioration des processus a fait apparaître des techniques de gestion empruntées au modèle japonais.

Entre autres, l'instauration d'un plan national de réorganisation selon la philosophie de gestion du Lean Management⁸ (Tardif, 2016). Finalement, en 2014, le ministre de la santé Gaétan Barrette annonce une réforme qui, rapidement, modifie la structure de

⁸ Mode de gestion qui vise une amélioration continue des performances en priorisant les actes à valeur ajoutée qui incluent toutes les activités nécessaires pour produire le résultat désiré par le patient (Tardif, 2016).

l'appareil de santé par l'abolition des ASSS et la centralisation de l'administration au sein de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Ce bref aperçu historique de l'évolution du secteur de la santé et des services sociaux du Québec permet de constater que plusieurs transformations profondes l'ont marqué à travers les années (Dallaire & Normand, 2005; Tissioui, Scouarnec & Joffre, 2016).

2.1.1. L'innovation dans le secteur de la santé et des services sociaux

Une innovation en santé, en plus de répondre aux critères des innovations technologiques et non technologiques adoptés dans cette thèse, possède trois attributs spécifiques; elle améliore le rapport d'efficience entre les résultats pour la clientèle desservie et les coûts pour le système, elle est implantée et adoptée par les acteurs du réseau (intervenants, patients, aidants naturels), et elle a pour objectif de générer un retour sur l'investissement positif pour le contribuable (Benomar, et al., 2016).

Bien que les innovations de type technologiques soient très présentes dans le paysage du secteur de la santé et des services sociaux, les innovations non technologiques y sont très importantes. Elles se caractérisent, entre autres, par des innovations sociales et politiques, telles que des méthodes contemporaines pour les professionnels afin de travailler en collaboration avec différents acteurs, des moyens novateurs pour inclure les patients dans les soins et de nouvelles façons de financer et d'organiser les services de santé (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, 2015). Certaines de ces innovations se retrouvent de manière macroscopique (à l'échelle provinciale), dans les différents paliers du système de la santé et services sociaux du Québec. Par contre, un grand nombre se retrouve plutôt sur le plan microscopique (à l'échelle régionale). En effet, plusieurs projets novateurs voient le jour chaque année, sans toutefois réussir à s'implanter à plus grande échelle, ce qui constitue l'un des problèmes fondamentaux de l'innovation dans ce secteur d'activité (Smith, 2013). Le partage à plus grande échelle des pratiques innovantes, de manière à ce que les innovations ne demeurent pas simplement des projets pilotes, constitue un enjeu important. Pour répondre à ce défi, le groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, dans son rapport final publié en 2015, a énoncé différentes recommandations au Gouvernement du Canada. Entre autres, en plus de la

création d'un Fonds d'innovation pour les soins de santé ayant pour objectif d'appuyer des initiatives à forte incidence pour accélérer la propagation et le déploiement à grande échelle d'innovations, elle invite à une collaboration plus importante des différents acteurs du système de santé. Cela implique une mobilisation des acteurs vers une transformation profonde de l'organisation du système et vers des actions concrètes en ce sens (Danan, et al., 2014). Les travailleurs de la santé, aux différents paliers organisationnels (décideurs, chercheurs, intervenants) ont ainsi été interpellés et encouragés à prendre part aux innovations afin d'en optimiser l'actualisation. Dans les prochaines années, une exposition accrue aux processus d'innovation pour les travailleurs de ce secteur d'activité est ainsi à prévoir.

2.2. Description de l'innovation étudiée

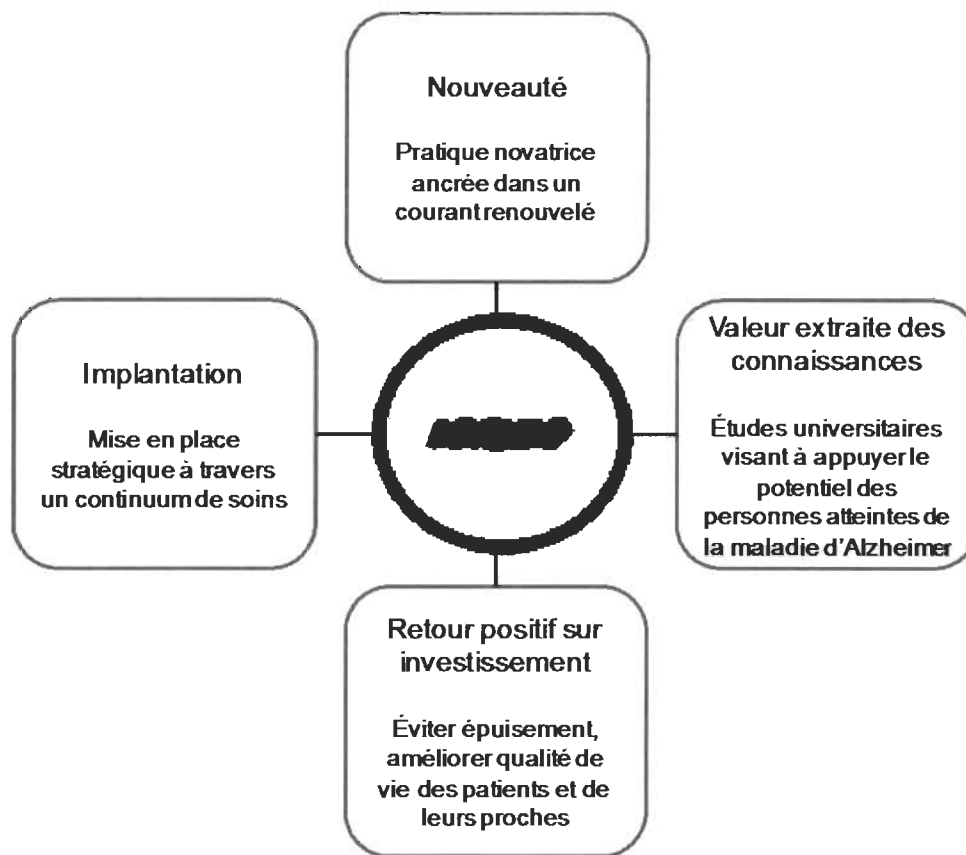
L'innovation étudiée dans le cadre de cette thèse est une innovation de type non technologique qui touche les pratiques des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux : l'Approche de rehaussement de la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur proches (ARQVAP). Il s'agit d'une nouvelle approche visant à bonifier la qualité des services offerts à la clientèle desservie pour répondre à la problématique du manque de considération de l'inconfort psychologique dans l'offre de soins. L'ARQVAP est issue d'études universitaires mettant de l'avant l'importance de miser sur le potentiel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Carbonneau, Caron & Desrosiers, 2009). Elle vise à renforcer les aspects positifs au quotidien, tant pour la personne aidée (c'est-à-dire celle atteinte de la maladie) que pour les aidants (c'est-à-dire les proches et les intervenants qui prennent soin d'elle). Entre autres, elle mise sur l'importance de vivre des moments plaisants au quotidien et propose des moyens concrets pour maximiser ceux-ci (Carbonneau, Caron & Desrosiers, 2011). Par exemple, elle propose des activités significatives adaptées misant sur le plaisir, telles une activité de loisir adaptée et simplifiée, ou encore l'utilisation d'objets significatifs. De plus, elle outille les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux à accompagner les aidants dans l'adaptation de leur activité et leur impose de modifier leur approche de soins lorsqu'ils interagissent avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou un membre de sa famille. En ce sens, l'intervenant doit adapter son soin,

respecter les limites de l'aidé ou de l'aidant, ou encore avoir recours à des objets significatifs pour que le service qu'il offre devienne un moment agréable (Therriault, et al., 2016a).

Les objectifs poursuivis par l'ARQVAP sont : d'éviter l'épuisement des intervenants, de diminuer l'anxiété de l'aidé, de favoriser les relations entre l'aidé, ses proches et les intervenants et finalement, d'améliorer la qualité de vie de l'aidé et des aidants. L'ARQVAP vise à favoriser des moments de bien-être psychologique partagés, car les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont à l'occasion des moments d'inquiétude ou d'anxiété qui affectent leur confort psychologique ainsi que celui de leurs aidants (Carbonneau, et al., 2014). Le confort psychologique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer devient alors une responsabilité partagée de tous. L'ARQVAP s'inscrit ainsi dans un paradigme de soins en marge du courant dominant actuel, ne considérant que très peu l'efficacité du soin, mais bien en misant sur l'importance de la relation thérapeutique et le bien-être psychologique du patient.

La figure 2 permet de situer les différents éléments qui permettent de positionner l'ARQVAP comme innovation non technologique en santé.

Figure 2. Éléments positionnant l'ARQVAP comme innovation au travail



Ces derniers correspondent aux différents critères considérés dans cette thèse, soit le facteur de nouveauté, la valeur extraite des connaissances, le retour positif sur l'investissement ainsi que l'implantation dans le réseau de la santé.

2.2.1. Contexte d'implantation de l'ARQVAP dans le continuum de services

Préoccupés par la qualité de vie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, quatre organismes⁹ de la région de Brome-Missisquoi¹⁰, au Québec, se sont mobilisés dans l'optique de soutenir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi que leur famille et ont pris la décision d'implanter une innovation au travail.

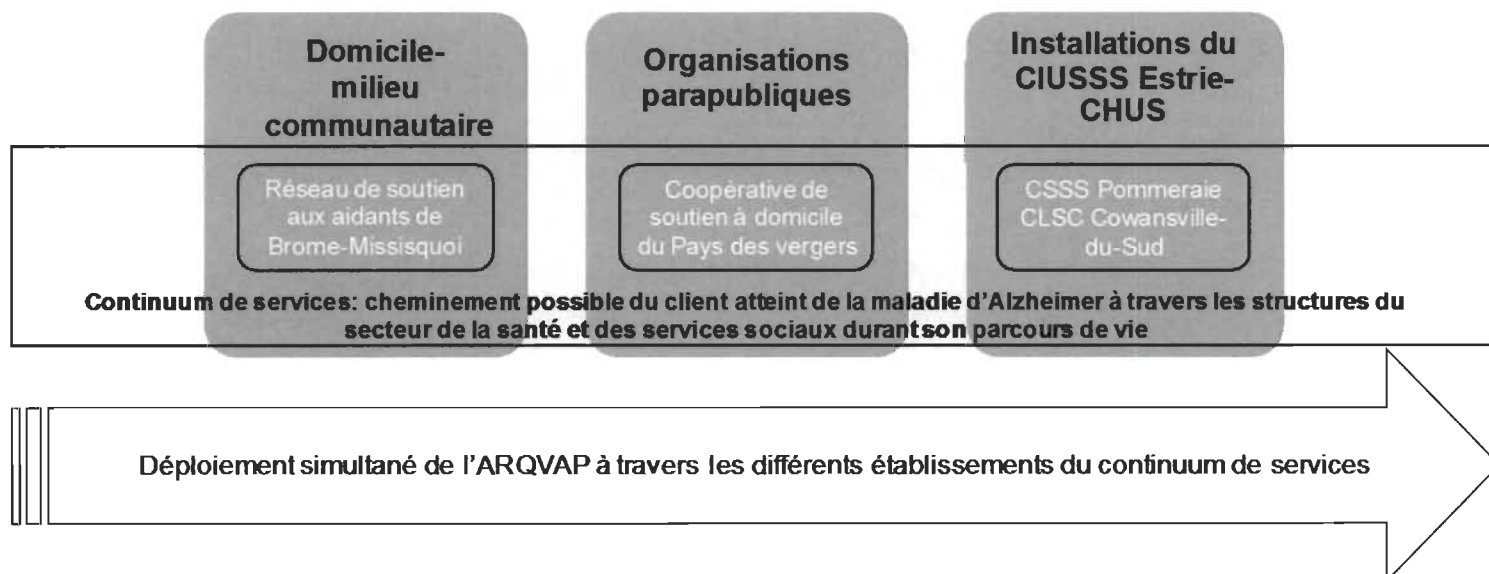
⁹ Les quatre organismes ayant pris part à cette réflexion sont : la Société d'Alzheimer, le Réseau de soutien aux aidants de Brome-Missisquoi, la Coopérative du Pays des vergers et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS (alors qu'à cette époque les services de soutien à domicile étaient divisés au CSSS de la Pommeraie et au CLSC-Cowansville-Sud)

¹⁰ La région administrative de Brome-Missisquoi se trouve en Montérégie au Québec. Elle regroupe 21 villes et municipalités, dont Cowansville, Bromont, Sutton et Lac-Brome. En 2016, la région comptait 58 097 habitants (Institut de la statistique du Québec, 2016).

Dans ce contexte, en 2015-2016, un comité de travail, composé de représentants de quatre organismes, a pris la décision d'implanter l'ARQVAP à travers l'ensemble des établissements de la région offrant des services de soutien à domicile. À ce moment, la direction du soutien à domicile propose d'inscrire l'approche dans un continuum de soins qui touche plusieurs acteurs, allant des patients, aux intervenants sociaux et du réseau de la santé, en passant par les proches aidants des patients.

L'implantation de l'ARQVAP à travers ce continuum a, entre autres, pour but d'uniformiser les pratiques des différents intervenants des quatre établissements et de permettre aux usagers de cheminer avec des outils familiers aux acteurs à travers un même continuum de services. Plus spécifiquement, l'implantation de l'ARQVAP concerne les intervenants de trois organisations du travail de la région de Brome-Missisquoi. Ces différentes organisations se regroupent en trois secteurs différents ; le domicile et le milieu communautaire, les organisations parapubliques et les installations du CIUSSS, tel qu'illustré à la figure 3. Il importe de souligner que la fusion des établissements sous la nouvelle structure administrative du CIUSSS a eu lieu en 2015. Lorsque la recherche a débuté, certains établissements du CIUSSS, soit le CSSS de la Pommeraie et le CLSC de Cowansville-du-Sud, étaient des organisations indépendantes l'une de l'autre en ce qui a trait à la gestion organisationnelle.

Figure 3. Déploiement de l'ARQVAP au sein d'un même continuum de soins



Premièrement, dans le secteur communautaire, le Réseau de soutien aux aidants de Brome-Missisquoi (RSABM) a été impliqué dans la recherche. Le RSABM est un organisme sans but lucratif (OSBL) offrant des services axés sur les besoins des proches aidants prenant soin d'un proche adulte souffrant d'une incapacité temporaire ou permanente. Le RSABM a débuté ses activités en 1996 alors que des citoyens étaient concernés par les besoins des aidants naturels et ont été appuyés par des intervenants du CLSC de la région pour mettre en place des services de répit. C'est en 1997 que des services de répit et d'accompagnement à domicile ont été développés. Enfin, en 2012, la Maison RSABM est inaugurée ce qui permet d'offrir un service de Répit-Hébergement en demi-journée, en journée complète et en séjour allant jusqu'à 14 jours. Le RSABM est géré par un Conseil d'administration (CA) bénévole dont les administrateurs sont votés par les membres. Le CA détient le pouvoir décisionnel stratégique et oriente la culture et les valeurs de l'organisation, qui sont fortement ancrées dans la recherche des meilleures pratiques afin d'agir en complémentarité avec le réseau de la santé. Le CA engage un directeur général pour la gestion quotidienne de l'organisation, qui doit agir en cohérence avec les orientations stratégiques. Outre ce directeur général, l'organisme emploie deux intervenantes psychosociales dont la tâche consiste, entre autres, à coordonner les activités de plus de 80 bénévoles.

Deuxièmement, au sein des organisations parapubliques, la Coopérative de soutien à domicile du Pays des vergers a participé à l'étude. Cette coopérative¹¹ est une entreprise d'économie sociale sans but lucratif fondée en 1997. L'entreprise dispense des services d'activités de la vie domestique associés à l'entretien domestique en général (par exemple : lessive, aspirateur, balayage, époussetage, nettoyage, accompagnement) ou l'entretien ménager lourd (par exemple : grand ménage saisonnier, entrée du bois de chauffage, menu réparation, préparation d'un déménagement, installation suite à un déménagement), des services d'activités de la vie quotidienne tels l'aide à la personne en général (par

¹¹ Les coopératives rattachées au secteur de la santé et des services sociaux sont définies, selon le Ministère du développement économique, innovation et exportation du Québec (2007), comme un regroupement de personnes ou sociétés qui ont des besoins communs et qui, en vue de les satisfaire, s'associent pour exploiter une entreprise conformément aux règles d'action coopérative. Les coopératives sont des organisations autonomes, gérées par leurs membres et indépendantes sur le plan juridique.

exemple : aide ponctuelle au lever ou au coucher, soins d'hygiène, préparation de repas, alimentation, réalisation des courses ou des emplettes, accompagnement à des rendez-vous, supervision de la prise de médicaments), ainsi que de la présence-surveillance à des personnes de tout âge du territoire géographique (MRC de Brome-Missisquoi et municipalités de Ste-Brigide d'Iberville et de l'Ange-Gardien) qui aspirent à demeurer à domicile en sécurité. Pour ce faire, elle embauche des auxiliaires familiales en soutien à domicile féminin et masculin. La coopérative est gérée par un CA qui se compose de neuf personnes, dont un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier et trois administrateurs. Leur mandat est de deux ans. Le CA détermine les orientations stratégiques de la coopérative, qui sont actuellement centrés sur quatre objectifs majeurs, soient 1) d'offrir aux membres une aide à domicile, dispensée en complémentarité avec le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2) offrir des services de qualité basés sur les données probantes, 3) offrir des services respectueux de la personne de façon empathique et 4) créer des emplois de qualité. Le CA est responsable de mandater un directeur général pour assumer la gestion interne et la représentation externe de la coopérative selon les orientations stratégiques définies. Ce dernier choisit une adjointe à la direction générale, une coordonnatrice à la comptabilité et des agents d'affectation.

Troisièmement, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a pris part à la recherche. Ce CIUSSS est le deuxième plus grand au Québec. Il regroupe plus de 17 000 employés et gestionnaires et plus de 1000 médecins. Le territoire desservi est vaste et s'étend de Lac-Mégantic à Ange-Gardien. Trois valeurs principales y sont préconisées et orientent la prestation des soins, soient 1) l'humanisme, dans l'optique de soutenir la nécessité d'accompagner toutes les personnes dans leurs réalités à travers tout le continuum de soins, 2) l'adaptabilité, pour soutenir la nécessité d'être innovant et 3) l'engagement, pour favoriser le travail en partenariat. L'organigramme du CIUSSS est très élaboré. Il compte à sa tête un conseil d'administration (comprenant des membres désignés, des membres nommés et des membres indépendants) et une présidente directrice générale.

Au moment de l'implantation de l'ARQVAP, les établissements impliqués n'étaient pas regroupés sous un CIUSSS et étaient divisés en deux organisations ; le secteur de soutien à domicile du CSSS la Pommeraie et le service de soutien à domicile du CLSC de

Cowansville-du-Sud. Tout d'abord, le secteur de soutien à domicile du CSSS La Pommeraie, qui a été intégré au CIUSSS de l'Estrie-CHUS depuis 2015, s'adresse aux personnes âgées ou à celles en perte d'autonomie qui résident sur le territoire desservi. Au Service de soutien à domicile du CSSS La Pommeraie, une dizaine de postes, équivalent temps plein, sont associés à la catégorie « intervenant social ». Ce travailleur peut œuvrer autant au sein du service en tant que tel en effectuant des services à domicile, dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du CIUSSS, ou dans une ressource intermédiaire (RI) associée à l'établissement. La majorité des travailleurs offrent des services à domicile. Leurs interventions visent à combler les besoins biopsychosociaux des usagers afin de maximiser leur bien-être et leur sécurité. Le Service de soutien à domicile du CLSC de Cowansville-du-Sud a aussi participé à la recherche. Depuis 2015, ce CLSC fait lui aussi partie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Le service de soutien à domicile vise à favoriser le maintien à domicile grâce à la prestation de services. En effet, le CLSC dispense des services de soutien à la vie domestique associés à de l'aide à la personne en général (par exemple : aide ponctuelle au lever ou au coucher, soins d'hygiène, préparation de repas, alimentation, réalisation des courses ou des emplettes, supervision de la prise de médicament). Au service de Soutien à domicile du CLSC, une quinzaine de postes, équivalent temps plein (13 travailleurs à temps plein et deux à temps partiel), sont associés à la catégorie auxiliaire de santé et de services sociaux (ASSS).

Une méthode d'implantation similaire de l'innovation a été utilisée dans chacun des établissements concernés. Avant de pouvoir utiliser l'approche dans leur travail quotidien, les intervenants des quatre milieux concernés ont reçu une formation spécifique portant sur la philosophie de l'approche, ses principes et ses différents outils (par exemple : Histoire de vie, Grille des moments plaisants, Arbre décisionnel sur les besoins des proches aidants, Cadre des aspects positifs du rôle d'aidant, Trousse de matériel de loisirs adaptés). Ils y apprennent comment l'utilisation des outils peut leur permettre de mieux cibler les sources potentielles de moments plaisants, ainsi que les interventions les plus favorables pour soutenir la qualité de vie de l'aidé et de ses aidants.

Cette formation, offerte par du personnel de recherche, est suivie en groupe et est d'une durée moyenne de 3,5 heures.

Le déploiement de l'approche prévoit aussi que des mentors, provenant des différents milieux concernés, accompagnent par la suite les intervenants dans leur milieu de travail. L'objectif du mentorat est de soutenir les travailleurs à l'intégration de l'ARQVAP dans la pratique quotidienne de leur métier. Pour ce faire, des séances, hebdomadaires pour les trois premières semaines, puis bimensuelles pour les deux mois suivants, sont prévues entre les mentors et les intervenants. Une fois ce suivi terminé, les intervenants doivent poursuivre l'utilisation de l'approche et de ses outils de manière autonome. Ils ont à leur disposition un forum de discussion en ligne, où ils peuvent partager leurs questions, leurs difficultés et leurs bons coups, dans une optique d'entraide entre pairs. De plus, ils sont encouragés à présenter l'ARQVAP à leurs collègues n'ayant pas reçu la formation, afin de favoriser un déploiement à plus grande échelle de ses principes à travers le réseau.

Au moment de ce déploiement, le comité de pilotage du projet, regroupant des acteurs de chacun des milieux concernés par l'implantation de l'innovation, a fait la demande d'une recherche plus large concernant l'impact de l'ARQVAP sur le travail et la santé des intervenants. La demande concernait spécifiquement l'étude de l'impact de l'approche sur le travail des intervenants ainsi que sur leur bien-être au travail. Une grande enquête en psychodynamique du travail a alors été proposée. Dans ce contexte, la chercheuse de la présente recherche doctorale a eu la possibilité de participer à cette enquête. L'ARQVAP a alors été identifié comme l'innovation étudiée.

2.3. Les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux

2.3.1. Portrait global de la main-d'œuvre

Le réseau québécois actuel de la santé et des services sociaux comprend plusieurs types d'établissements ; vingt-deux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), dont neuf d'entre eux sont des centres intégrés universitaires de santé et de services

sociaux (CIUSSS), et sept établissements non fusionnés à un centre (centres de recherche situés dans des centres hospitaliers universitaires (CHU) et instituts universitaires (IU)). La main-d'œuvre de ce secteur d'activité représente environ 6,9 % de la population active du Québec (Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2016). Elle compte 157 953 travailleurs dans les catégories du personnel en soins infirmiers, cardio-respiratoire, personnel paratechnique et services auxiliaires (DGPRM, 2016).

Dans le secteur d'activité de la santé et des services sociaux (toute catégorie d'emploi confondue), le nombre de travailleurs vieillissants a presque doublé au Canada en moins de dix ans, passant de 63 100 travailleurs âgés de 55 ans et plus en 2005, à 115 300 en 2014 (SC, 2015).

2.3.2. Santé psychologique au travail

De nombreuses études portant sur le secteur de la santé et des services sociaux ont démontré que les professionnels de la santé sont à risque élevé de souffrir de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de divers problèmes de santé psychologique (Cheng, Tsui & Lam, 2015 ; Jones et al., 2013 ; McVicar, 2003 ; Ruotsalainen, Serra & Verbeek, 2006). Ils sont exposés à plusieurs facteurs pouvant avoir un impact négatif sur leur santé psychologique, dont un faible soutien au travail, une charge de travail élevée, du temps restreint pour réaliser plusieurs interventions et l'exposition à des situations difficiles (par exemple, à la mort d'un patient) (Hazelhof, et al., 2016 ; Portoghese, et al., 2014). L'épuisement professionnel chez les travailleurs de la santé est un phénomène de plus en plus inquiétant (Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Par exemple, les résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier menée en 2005 au Canada indiquaient que les infirmières étaient plus susceptibles d'avoir souffert de dépression que l'ensemble des femmes et des hommes actifs de la population générale (9 % comparativement à 7 % et 4 %, respectivement).

Dans le contexte des soins de santé, les problèmes de santé psychologique au travail ont des conséquences, tant pour l'intervenant, pour l'organisation que pour les patients. Pour l'intervenant, en plus d'affecter négativement sa qualité de vie et son fonctionnement quotidien, les problèmes de santé psychologique ont le potentiel d'entraîner leur retrait du milieu de travail (Randon, Baret & Prioul, 2011) avec toutes sortes de répercussions à court (perte de revenu) et long terme (assurabilité). Pour l'organisation du travail, les problèmes de santé psychologique ont des effets directs sur l'efficacité, notamment en lien avec des coûts d'indemnisation importants et un taux d'absentéisme élevé (Corbière & Durand, 2012). Finalement, les problèmes de santé psychologique au travail risquent d'affecter la qualité des services à la clientèle. Par exemple, certains troubles mentaux transitoires, dont la dépression, affectent les fonctions cognitives telles l'attention et la mémoire, entraînant des erreurs dans le travail des intervenants (Deligkaris, et al., 2014). De plus, l'épuisement du personnel soignant peut augmenter les risques de maltraitance envers la clientèle, principalement envers les patients vieillissants (Hazelhof, et al., 2016).

Parmi les différents facteurs externes influençant la santé psychologique au travail des intervenants, l'examen de la littérature permet de souligner que l'organisation du travail et la transformation des pratiques utilisées pour réaliser les tâches sont de plus en plus pointées comme contraignantes dans ce secteur d'activité (Dejours, 2013; Ruotsalainen, et al., 2015 ; Woodhead, Northrop & Edelstein, 2016).

2.4. Apport de la thèse dans ce contexte

Tel qu'énoncé précédemment, les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux évoluent dans un secteur d'activité traversé par de fréquentes innovations et transformations. Dans ce contexte, poser un regard sur le vécu subjectif de travailleurs de ce secteur d'activité en lien avec une innovation au travail s'avère pertinent. L'analyse de l'impact de l'ARQVAP, innovation non technologique au travail, s'avère une voie de recherche intéressante afin de colliger des données empiriques sur un tel phénomène. L'apport de cette thèse est ainsi, dans un premier temps, une meilleure compréhension de l'impact de l'innovation au travail pour les travailleurs du secteur de la santé et des

services sociaux ayant vécu l'implantation de l'ARQVAP et, dans un deuxième temps, de cerner la perception de l'innovation au travail spécifiquement pour ses travailleurs vieillissants.

Chapitre 3- Cadre théorique

Dans le cas de cette thèse, il a été privilégié de mettre en discussion le travail et l'innovation au travail au centre des préoccupations. L'intérêt est de découvrir les perceptions des travailleurs en contexte d'innovation, contexte qui entraîne son lot de transformations du travail. Ce chapitre définit le cadre d'analyse relatif à la présente thèse en deux sections distinctes. La première aborde deux théories mobilisées afin de comprendre le phénomène étudié; l'ergologie et la psychodynamique du travail. La seconde identifie les objectifs visés par cette recherche en précisant les questions de recherche.

3. Appareillages théoriques permettant de saisir le rapport subjectif d'un travailleur avec son activité de travail

Comprendre le travail lui-même est un exercice maintes fois entrepris à travers les années et plusieurs disciplines s'y sont employées. Bien que le taylorisme soit basé sur la conception que le travail s'avère une activité simple et régulée, l'analyse des activités industrielles a rapidement révélée qu'il existe toujours une distance entre ce que le travail exige de faire et ce qui est fait réellement par les travailleurs; la norme ne colle jamais réellement à l'activité réelle. Cette distance est acception qui rapproche nombre de disciplines dont l'objet est le travail. Elle est l'illustration de ce que Canguilhem (1947) affirme en soulignant que le vivant cherche toujours non seulement à s'adapter à son milieu, mais également à lui imposer sa marque. Se confronter au réel de l'activité demande au travailleur de se heurter à son vécu, d'y réfléchir et s'y investir pour, au besoin, réorganiser son activité. Tel que l'explique Ughetto (2010), « cette confrontation aux résistances du réel, épreuve non seulement pratique mais psychique, est un moment pivot de la rencontre entre les personnes et leur travail » (p.9).

Pour tenir compte des difficultés psychologiques que peuvent rencontrer les travailleurs dans l'exercice de leur occupation, deux grandes écoles de pensées sont dominantes (Alderson, 2004a); le paradigme positiviste et le paradigme humaniste. Alderson (2004a)

souligne que la plupart des études investiguant la relation travail-santé mentale dans le secteur de la santé, notamment chez les infirmières, favorisent l'approche théorique stress-adaptation s'inscrivant dans le courant des théories du stress et rejoignant le paradigme positiviste. Renvoyant aux capacités du travailleur à s'adapter aux exigences de l'environnement de travail, ces études posent le travail comme donnée fixe, tandis que l'acteur (le travailleur) utilise ses ressources personnelles pour faire face aux demandes (Estryn-Behar, 1997). Or, le travail est, dans le cadre de cette thèse, compris davantage comme une donnée changeante, l'organisation étant perméable aux transformations macroscopiques de la société dans laquelle il s'inscrit. Ainsi, les théories strictement issues du paradigme du stress ont été écartées. Ont plutôt été investies les approches permettant de comprendre les mouvements de l'organisation du travail, ainsi que ceux des travailleurs qui en subissent les contraintes. En effet, « si l'approche du stress s'avère utile pour évaluer et décrire l'épuisement professionnel des travailleurs ou encore pour rechercher dans un but explicatif des corrélations entre d'éventuels stressseurs et l'épuisement, elle apparaît moins aidante pour éclairer la relation dynamique et qualitative existant entre les premiers et ce dernier » (Alderson, 2004a, p.264).

Les théories provenant du paradigme humaniste, s'intéressant particulièrement au sens que les gens et les organisations donnent à leurs actions, ont été privilégiées. Tel que mentionné précédemment, lorsqu'il est question de santé psychologique au travail, questionner le rapport subjectif au travail est considéré comme crucial, puisqu'il est au centre de la problématique de souffrance professionnelle (Favaro, 2005). Gilbert (2009) soutient, dans cette ligne de pensée, que la recherche sur la santé psychologique devrait s'attarder au fonctionnement du travailleur dans son environnement de travail et ce qui motive ses choix, guide ses décisions et teinte son réel du travail. Pour y parvenir, plusieurs modèles et appareillages méthodologiques peuvent être considérés. Dans le cadre de cette thèse, deux d'entre eux ont été mis en dialogue pour décrypter les rapports complexes qui peuvent se nouer entre innovation, activité et travailleur. Il s'agit de la psychodynamique du travail et de l'ergologie. Ils ont été sélectionnés puisqu'ils tiennent compte du contexte organisationnel élargi dans lequel se vit le travail et des dynamiques liées au rapport subjectif au travail.

3.1. Psychodynamique du travail

Au début des années 1970, Christophe Dejours s'inspire de la psychanalyse, de l'ergonomie et de la sociologie du travail, développée dans les années 1960, en proposant la psychopathologie du travail comme moyen d'appréhender les maladies mentales spécifiques au travail (Alderson, 2004b). Au cours des années 1980, Dejours, accompagné d'une équipe multidisciplinaire (ergonomes, médecins du travail, psychiatres, psychanalystes, sociologues) cherche à affiner sa compréhension concernant la capacité des travailleurs à faire face à des exigences de travail difficiles. Par la suite, la psychodynamique du travail (PDT) voit le jour, nouvelle conceptualisation du rapport entre l'organisation du travail et les travailleurs (Dejours, 1993).

La PDT se définit comme l'analyse de la souffrance psychique provenant de la confrontation des travailleurs à l'organisation du travail et des processus intersubjectifs mis en place pour y faire face (Dejours, 1993). La souffrance au travail est au centre de l'analyse en PDT, plus particulièrement les conditions qui vont mener à une aggravation pathogène, ou à la transformation de la souffrance en plaisir au travail.

La PDT cible surtout le récit vécu d'une situation de travail dans toutes ses dimensions, l'accent pouvant porter autant directement sur l'organisation du travail, que sur l'activité elle-même. La réalité du travail pouvant s'avérer contraignante pour les travailleurs, l'investigation des contraintes et de leurs incidences psychopathologiques fait émerger comment les travailleurs négocient avec la souffrance dans le rapport au travail. La théorisation en PDT émerge de l'expérience vécue du travail, du travailler (Trudel, 2000). Elle s'avère ainsi tout indiquée lorsqu'il est question d'explorer le rapport subjectif qu'entretient un travailleur avec un aspect de l'organisation de son travail.

3.1.1. L'activité de travail telle que décrite en PDT

Selon la théorisation en psychodynamique du travail, le travailleur désire s'impliquer dans son travail, car il est en quête constante de réalisation de soi. Tout individu a le désir de s'accomplir, ce qui le porte à vouloir contribuer à la construction d'une œuvre commune (Alderson, 2004a). Le besoin d'accomplissement personnel est ainsi

directement ancré dans la nécessité d'apporter une contribution singulière au travail. Comme l'explique Dejours (1998) «travailler ce n'est pas seulement produire ou fabriquer, ce n'est pas seulement transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même » (p.7).

Une fois investi dans le travail, le travailleur rencontre des épreuves qui lui permettent de se révéler à lui-même. En interpellant son intelligence pratique et en sollicitant sa créativité, le travail rend alors possibles l'accomplissement et la construction de son identité (Vézina, 2000). Le travailleur entretient un rapport subjectif avec son activité de travail, la réalisant à sa façon. Ce mouvement constitue le travail réel; ce que le travailleur fait réellement à travers son activité. Le travailleur a une « place de témoin privilégié de sa situation de travail, à partir de laquelle il peut penser son rapport au travail, en trouver le sens, mais aussi agir sur cette réalité pour la rendre la plus conforme possible à ses besoins, à ses désirs et donc opérante dans la construction de son identité au travail » (Carpentier-Roy, 1995, cité par Alderson, 2004a, p.245).

En plus d'être un lieu de production de soi, le travail est un lieu de production de relations sociales (Dejours, 2009). Ainsi, Vézina (2000), explique que le travail est une activité comprenant une triple relation : « à l'objet de l'action, aux autres personnes concernées par l'objet et à soi-même » (p. 36).

L'activité de travail, à travers ses sources de plaisir et ses sources de souffrance, renferme la possibilité de contribuer de manière significative au bien-être du travailleur, tout comme celle de nuire à sa santé psychologique.

3.1.2. Plaisir et souffrance au travail

Les sources de plaisir et de souffrance dans le travail apparaissent lors de la rencontre entre le travailleur et une situation de travail dont les enjeux et les méthodes sont, en grande partie, déterminés sans lui (Alderson, 2004). La souffrance est, selon la PDT, inévitable à tout travail. Elle doit être comprise en dehors de ses connotations conventionnelles (qui font habituellement référence à la misère, au malheur) et plutôt entendue comme une résistance du réel. Le plaisir au travail, quant à lui, fait référence à

un état de bien-être psychique qui repose, entre autres, sur la reconnaissance, la coopération, la solidarité et la confiance (Dejours, 1989). Le plaisir et la souffrance au travail ne sont pas mutuellement exclusifs, ils se côtoient (Alderson, 2004b). De même, le plaisir au travail doit être précédé d'une certaine souffrance, laquelle a été sublimée en plaisir. Par exemple, devant les défis de son travail, le travailleur met en œuvre toute son ingéniosité et mobilise son intelligence pour développer diverses solutions. Il découvre alors de nouvelles habiletés et prend confiance en ses savoir-faire, ce qui est source de plaisir (Dejours, 2013). C'est ainsi que le travailler a le pouvoir de transformer la souffrance en sentiment de plaisir. Toutefois, la souffrance pathogène apparaît quand l'organisation du travail ne permet pas le dépassement des défis et retranche tout plaisir. Ainsi, le plaisir et la souffrance sont deux éléments en relation l'un avec l'autre dans une dynamique toujours en mouvement. Plusieurs facteurs d'une situation de travail peuvent avoir une influence sur cette dynamique et lorsqu'il y a rupture, le travail devient un lieu à risque pour la santé psychologique (Alderson, et al., 2011).

Afin d'appréhender le plaisir et la souffrance au travail, ainsi que les facteurs pouvant influencer leur relation, il est essentiel de mettre en place des moyens pour pouvoir les dévoiler. Ces moyens doivent obligatoirement passer par la parole des travailleurs, qui sont les seuls à pouvoir parler du rapport subjectif qu'ils entretiennent dans leur activité.

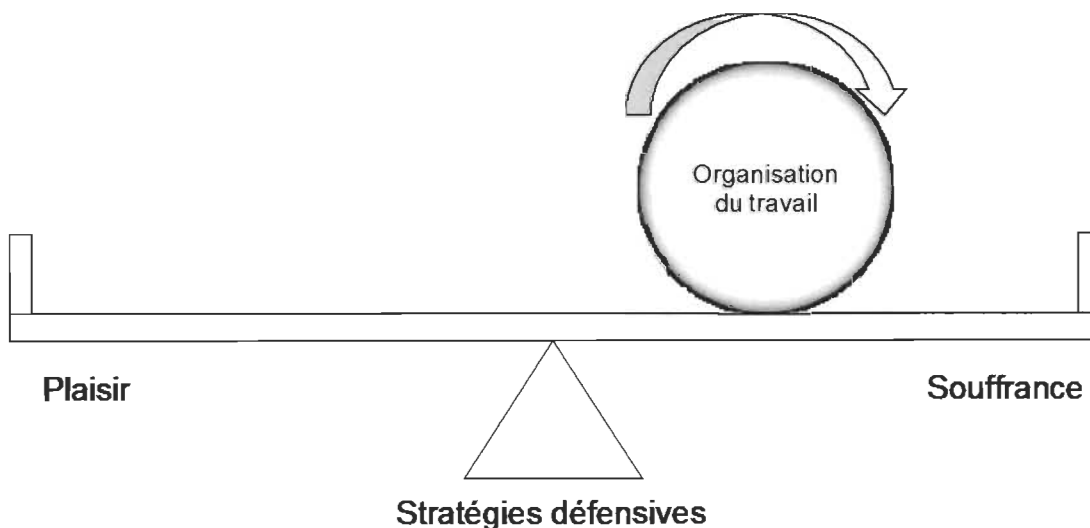
3.1.3. Stratégies défensives

Différentes stratégies défensives sont utilisées par les travailleurs lorsqu'ils ne sont plus en mesure de transformer les sources de souffrance en sources de plaisir, mais qu'ils tentent tout de même de maintenir leur engagement dans l'activité de travail (Dejours, 2000). Ces dernières permettent d'esquiver ou de rendre plus acceptables les situations de travail difficiles et à transformer, voire banaliser le réel de travail qui est souffrant (Alderson, et al., 2011). Les stratégies défensives peuvent être adoptées de manière individuelle, partagées entre plusieurs travailleurs, ou encore adoptées collectivement par un groupe de travailleurs agissant dans une même perspective. Les stratégies de défense

collectives sont celles qui se révèlent comme ayant le plus grand potentiel protecteur¹². Afin de résister psychiquement aux risques présents dans l'organisation du travail, les stratégies défensives se cristallisent, parfois à l'insu des travailleurs (Maranda, 2007).

La figure 4 illustre la dynamique entre les différents concepts clés de la psychodynamique du travail. Représentée comme une sphère en mouvement, l'organisation du travail et ses composantes (travail prescrit, exigences, contraintes, collègues) n'y sont pas stables. L'équilibre entre le plaisir au travail et la souffrance y est représenté comme une balance, soutenue par les stratégies défensives et dont le mouvement vers la souffrance est influencé par les variations de l'organisation du travail. En utilisant des stratégies, les travailleurs tentent de rétablir l'équilibre du plateau vers le plaisir, ou encore de continuer « malgré tout ». C'est lorsque les attitudes mobilisées permettent de préserver l'équilibre psychique dans des situations de travail difficiles et déstabilisantes qu'elles sont utiles aux travailleurs.

Figure 4. Schématisation de l'articulation des concepts centraux en psychodynamique du travail



¹² Dans les collectifs où les hommes sont majoritaires, ces stratégies se structurent autour du déni de la vulnérabilité, alors que l'autodérision, les techniques de rapprochement et de distanciation sont celles les plus mobilisées dans les collectifs féminisés (Saint-Arnaud, Marche-Paille & Toulouse, 2014).

En somme, la psychodynamique du travail, à travers ses postures épistémologiques et méthodologies (qui seront détaillées dans un chapitre ultérieur de cette thèse) permet de cerner l'équilibre entre le plaisir et la souffrance au travail et de détailler les stratégies défensives qui sont mises de l'avant par les travailleurs dans leur tentative de maintenir l'état de bien-être au travail.

3.2. L'ergologie

Fortement influencé par la pensée de Canguilhem¹³, Schwartz fût le premier, en 1980, à amorcer les travaux portant sur l'ergologie. Fasciné d'abord par le métier, puis par le travail dans le sens d'un effort contraint, il esquissa les bases de la démarche ergologique, qui portait à l'origine le nom d'analyse pluridisciplinaire des situations de travail. À cette époque, les industries vivaient d'importantes mutations technologiques et les recherches portant sur les organisations du travail prenaient peu en compte l'expérience des travailleurs à travers l'analyse des mutations des différents secteurs d'activité. L'ergologie a été créée dans l'optique de centrer l'analyse du travail sur l'expérience, afin qu'une place y soit accordée dans le monde du savoir.

L'ergologie est définie comme une démarche d'appréhension et d'analyse de l'activité humaine. Par son exploration de la complexité de l'activité, elle s'avère une perspective d'intérêt pour les réflexions entourant l'activité de travail. Pour Schwartz (2007), elle réaffirme la différence entre le travail prescrit et le travail réel, développée par l'ergonomie de l'activité, en approfondissant sa signification. Le champ normatif y tient une place importante; le travailleur y est représenté comme « homme normatif » tel que l'entend Canguilhem¹⁴. Il réinterprète ou change les normes prescrites au regard de ses propres normes individuelles. L'action au travail est profondément normative, alors

¹³ Georges Canguilhem (1904-1995) est un philosophe et médecin français du 20^e siècle. Ses travaux portent majoritairement sur une critique de ce qui est considéré comme « normal » et « anormal » ou « pathologique ». Il indique qu'il est essentiel de partir du vivant lui-même pour comprendre la vie et ainsi, il importe de questionner le rapport subjectif que le patient entretient avec sa santé afin de comprendre la maladie. Il explique notamment que même dans l'univers de la physiologie ce qui est considéré « normal » réside dans l'organisme qui varie et ne demeure pas stable et constant.

¹⁴ L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques (Canguilhem, 1947).

qu'une normativité de l'organisation est mise au service de l'efficacité et que les travailleurs eux, se donnent des normes pour agir dans une certaine indépendance vis-à-vis des sources de prescription.

3.2.1. L'activité de travail et ses trois pôles

La notion d'activité, qui est centrale dans l'approche ergologique, désigne la mise en action de l'humain dans son milieu (Schwartz, 2004). Cette mise en action va beaucoup plus loin qu'une simple interaction humain-machine, alors qu'elle implique une mobilisation dans un contexte donné (Lord, Therriault, & Rhéaume, 2016; Schwartz, 2004).

La perspective ergologique de l'activité de travail se caractérise par trois pôles (Schwartz, 2007); un premier est composé des prescripteurs du travail, ceux qui dictent « quoi faire », « comment le faire » et quand il est temps de « changer la manière de le faire ». Il regroupe l'ensemble des normes prescriptives du travail, appelées les normes antécédentes. Un second regroupe les savoirs de ceux qui font quotidiennement l'expérience de l'activité de travail, les travailleurs. Enfin, le troisième est celui des valeurs et des conséquences de l'action de travail. Il réfère à la collaboration entre les acteurs et leurs échanges, plus ou moins formalisés, qui sont régis par les conditions éthiques et épistémologiques en place (Bellières, 2013). Les deux premiers pôles sont ainsi en dialogue fréquent, dans le visible ou le moins visible. Les acteurs du deuxième pôle mettent en relation les prescriptions émises par les acteurs du premier pôle avec leurs propres savoirs et leurs normes personnelles.

La vision ergologique suppose et articule l'influence que le macroscopique a sur le microscopique¹⁵ et vice-versa. En effet, en ergologie, l'environnement de travail est vu

¹⁵ Les notions de macroscopique et microscopique réfèrent ici aux différents niveaux de l'échelle d'observation sociale. Par exemple, la définition de Desieux (2004) où « la première échelle est macrosociale. Elle est la plus large. C'est celle des régularités, des grandes tendances, des appartenances

comme un lieu perméable aux influences de l'environnement extérieur, aux politiques publiques ou aux normes sociétales. L'environnement de travail n'y est pas représenté comme un microcosme indépendant, au contraire; le politique (et les normes sociales qu'il produit) agit sur le travail (alors que l'organisation va se doter de ses propres normes antécédentes).

L'activité de travail elle-même et l'engagement des travailleurs dans cette activité, est aussi agir politique. En ergologie, l'activité quotidienne de travail est le résultat d'un arbitrage entre « l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres » (Schwartz & Echternacht, 2009, p. 33), où le travailleur décide, dans une certaine mesure, de se mettre en action et de mobiliser ses ressources personnelles afin de répondre aux demandes de quelqu'un d'autre (son employeur, par exemple). Cette décision est basée sur un processus réflexif, un débat plus ou moins conscient où le travailleur va et doit tenter de réinterpréter les normes qui lui sont proposées; c'est le processus de renormalisation, qui est au cœur même de l'activité de travail (Schwartz & Durrive, 2009).

Cette vision de l'activité de travail s'avère fort pertinente dans le cadre de cette recherche doctorale, alors qu'elle permet de rendre éloquent la place que prend l'innovation sur le plan macroscopique (au niveau sociétal), son influence sur l'activité de travail et sur les processus de renormalisation des travailleurs.

3.2.2. Renormalisation

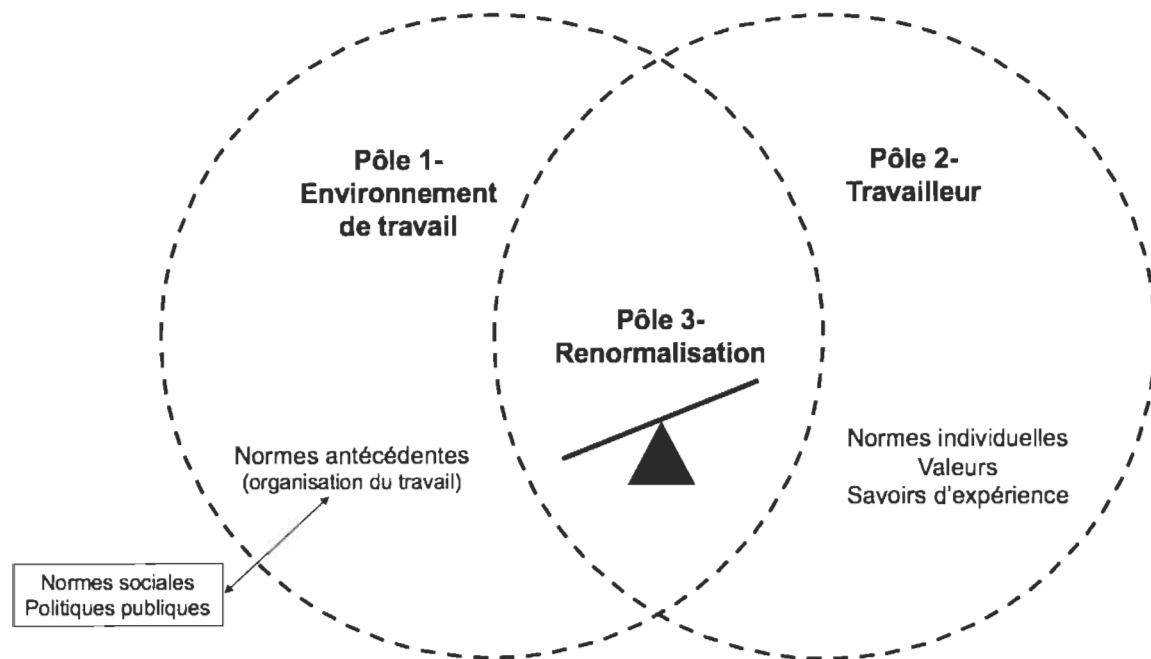
L'ergologie pose le travailleur comme un être engagé et désireux d'action et l'activité, tel que mentionné précédemment, comme une rencontre entre deux pôles. Dans cette rencontre, le travailleur tente de trouver un compromis entre ce qui lui est demandé de faire, ce qui n'a pas été prévu de lui demander (parce que la prescription ne peut tout

sociales et des valeurs. Les acteurs individuels y sont peu visibles. La deuxième échelle est plus étroite. C'est l'échelle microsociale, celle des acteurs sociaux en interaction les uns avec les autres, que ce soit à un niveau méso, celui des organisations, des entreprises et des systèmes d'action, ou à un niveau très micro comme celui du quotidien et des rites d'interaction. Les acteurs apparaissent encadrés dans un jeu social fait de symbolique, de matériel et de rapports stratégiques. La troisième focale est encore plus restreinte. C'est l'échelle micro individuelle, celle du sujet, de l'agent, de l'individu, que ce soit dans sa dimension psychosociale, cognitive ou inconsciente » (p.6).

prévoir du travail réel) et ses propres normes individuelles. Par cette recherche, le travailleur essaie de « se redonner en partie des normes pour agir » (Schwartz, 2000, p. 652), combler les prescriptions manquantes et atteindre la santé. Cette santé commence avec la tentative de redessiner partiellement l'activité de travail, par des micro-tentatives et des micro-recherches d'alternatives jugées comme étant acceptables en regard de la santé (Schwartz & Mencacci, 2008). La renormalisation est en ce sens utilisée dans le travailler non seulement pour savoir comment agir au quotidien, mais aussi pour trouver un équilibre psychologique acceptable et atteindre le bien-être dans un milieu. Une situation de travail porte en elle plusieurs possibles, alors qu'un obstacle peut se transformer en moyen d'action, selon l'issue potentiel de la renormalisation.

La figure 5 propose une schématisation des différentes composantes du travail telles que posées en ergologie. Elle illustre la rencontre des deux pôles de l'activité de travail à savoir la prescription (provenant de l'organisation du travail) et le travailleur. À cette rencontre (qui constitue le troisième pôle de l'activité) se trouve le processus de renormalisation mis en place par le travailleur. Il est possible d'y constater que les normes sociales et les politiques publiques viennent influencer les normes antécédentes des organisations, alors que ces dernières sont perméables à cette influence. Les normes individuelles du travailleur, quant à elles, viennent toujours influencer le processus de renormalisation. À la recherche de sens et de santé, le travailleur tente continuellement de se repositionner afin d'éprouver du bien-être au travail.

Figure 5. Schématisation de l'ergologie et ses composantes principales¹⁶



La renormalisation peut entraîner plusieurs résultantes, dont 1) le choix de ne rien changer, 2) celui de faire des compromis et de contourner certaines règles, ou encore 3) d'effectuer un repositionnement au niveau de ses normes personnelles en regard des normes antécédentes. La renormalisation est de nature individuelle, mais peut aussi être un processus partagé et entraîner des cristallisations collectives dans les manières d'agir ensemble.

3.3. Dialogue entre les deux approches pour obtenir une vision du rapport subjectif au travail

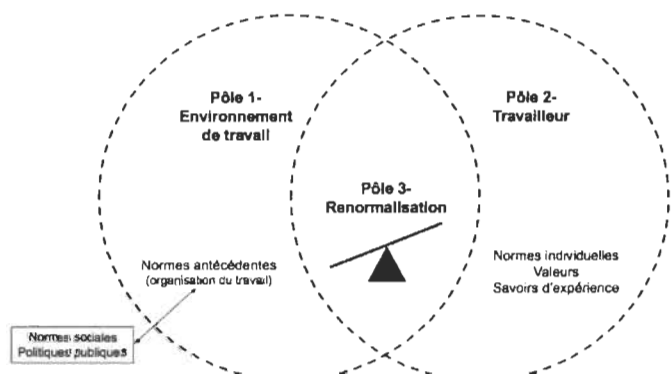
Le processus de renormalisation suppose un mouvement de la part du travailleur, mais l'ergologie ne précise pas ce qui sous-tend la décision quant à la direction que prendra le travailleur dans sa décision. Pourquoi, dans un certain contexte, le travailleur décide-t-il de ne pas prendre action, alors que dans une autre situation, il choisit plutôt de se plier

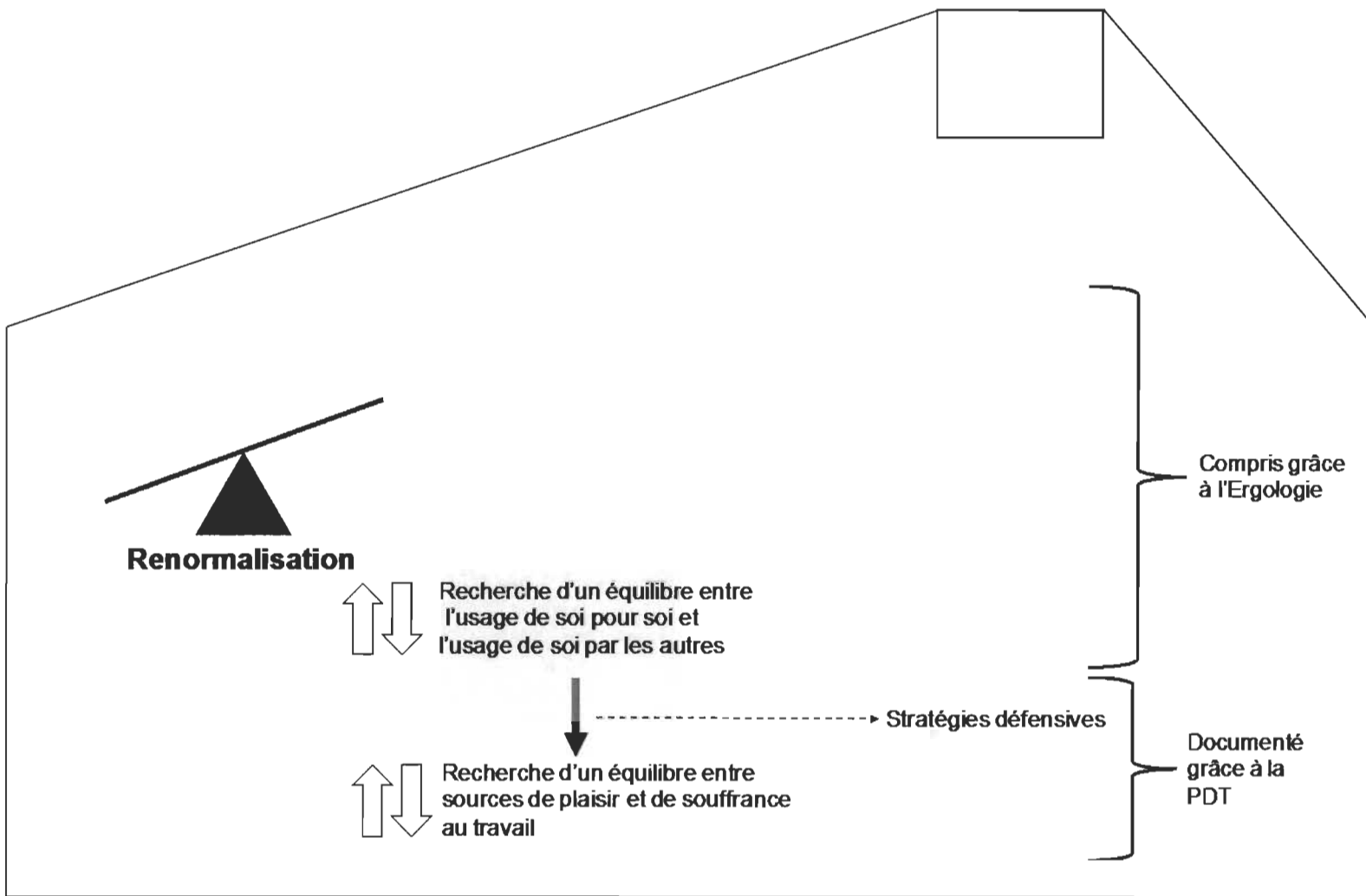
¹⁶ Schématisation inspirée de celle proposée par le Laboratoire de recherche en ergologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Therriault, et al., 2016e)

aux normes antécédentes et finalement à un autre moment, il est plutôt déterminé à faire changer les prescriptions ? La poursuite de la santé semble être le déclencheur, mais les critères de cette santé potentielle ne sont pas détaillés. De plus, l'ergologie ne propose pas de méthodologie afin de saisir les rapports vécus dans le travail. C'est pourquoi elle est ici utilisée de manière complémentaire à la psychodynamique du travail. En effet, cette dernière pose la recherche d'un équilibre entre les sources de plaisir et les sources de souffrance au travail comme étant l'un des critères fondamentaux sur lesquels pourraient reposer l'analyse du travailleur lors du processus de renormalisation. De plus, son appareillage méthodologique permet de recueillir des données portant sur le rapport subjectif au travail.

Dans le cadre de cette thèse, l'ergologie est employée comme moyen d'appréhender l'activité humaine de travail. Elle permet un positionnement conceptuel. Plus particulièrement, le processus de renormalisation tel que décrit en ergologie est ici considéré comme la pierre angulaire de la compréhension des processus internes chez les travailleurs en contexte d'innovation. L'ergologie a le potentiel de permettre l'illustration des composantes du processus de renormalisation. La psychodynamique du travail, quant à elle, est utilisée concrètement comme appareillage méthodologique afin de documenter les sources de plaisir et de souffrance des travailleurs en contexte innovant et, plus particulièrement, afin de mettre au jour les stratégies défensives déployées par ces derniers. Elle pose la recherche d'un équilibre et l'utilisation des stratégies défensives dans un mouvement vers l'atteinte de la santé psychologique au travail. En ce sens, la recherche d'un équilibre est ce qui sous-tend le processus de renormalisation, alors que les stratégies défensives sont ici comprises comme des actes visibles du processus de renormalisation. La figure 6 illustre comment les deux approches employées se complètent.

Figure 6. Utilisation des approches dans le cadre de la thèse





3.4. Objectifs de recherche

En résumé, les modèles d'organisation du travail mettent de plus en plus l'emphase sur l'innovation ce qui mène, dans tous les secteurs d'activité, à l'introduction de nouvelles technologies et de méthodes de travail réformées. Les travailleurs sont directement concernés dans l'implantation de l'innovation, alors que leur activité de travail est modifiée. Or, les travaux de recherche indiquent que les transformations au travail peuvent avoir des répercussions directes sur santé psychologique des travailleurs. Toutefois, peu de données empiriques portent sur la perception qu'ont les travailleurs de l'innovation et son impact sur le travailler.

Les travaux recensés poussent à considérer que le travail est une activité dans laquelle un travailleur s'engage pour lui-même et pour autrui. Cette activité demande au travailleur de constamment se positionner entre ce qui lui est demandé de faire et ce qu'il désire réaliser. Dans la recherche de sens, le travailleur tentera de maintenir une santé psychologique et un bien-être au travail tout en évoluant dans un milieu offrant des sources de plaisir et des sources de souffrance potentielles. Cela peut déclencher toute une série de stratégies de résistance et de stratégies défensives. Le but général de ce projet de recherche est d'élaborer un cadre de compréhension du rapport subjectif entretenu par des travailleurs en contexte d'innovation. De façon plus spécifique, ce projet de recherche comprend trois objectifs :

Objectif 1 : Mieux comprendre les liens entre la santé psychologique et l'innovation au travail dans le secteur d'activité de la santé et des services sociaux

Cet objectif consiste à cerner les différents facteurs qui influencent la santé psychologique au travail lorsqu'une innovation est introduite dans une organisation. Une enquête en psychodynamique du travail est utilisée pour situer le contexte dans lequel évoluent les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux ayant vécu une telle implantation et pour mettre en perspective les éléments liés au plaisir et à la souffrance dans le travail. De plus, les stratégies défensives utilisées dans une tentative de maintenir un bien-être au travail sont explorées. Les éléments clés de cette enquête sont décrits dans les premières parties du chapitre des résultats, pour chaque catégorie de travailleurs rencontrée.

Objectif 2 : Circonscrire les effets spécifiques l'innovation chez les travailleurs vieillissants

Bien que certaines études se soient penchées sur le lien entre vieillissement et travail, le rapport subjectif à l'innovation en regard de l'âge a peu été documenté. Il est pourtant reconnu que les politiques organisationnelles et les facteurs de risques au travail n'affectent pas les travailleurs de la même manière selon les caractéristiques individuelles de chaque travailleur. Des entretiens individuels sont utilisés afin d'utiliser l'âge comme

facteur d'analyse concernant l'effet de l'innovation sur le travailler et la santé psychologique des travailleurs de 55 ans et plus du secteur de la santé et des services sociaux rencontrés.

Objectif 3 : Identifier les éléments à considérer pour la prévention du développement de problèmes de santé psychologique et pour le maintien du bien-être en contexte de travail innovant

Cette thèse s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé psychologique et du bien-être au travail. Le résultat de l'analyse ergologique réalisée permet de mener à certains éléments à considérer en contexte innovant.

Chapitre 4 - Méthodologie

Ce chapitre porte sur la méthodologie et comprend six sections ; la première décrit le cadre général de la recherche, la seconde passe en revue les caractéristiques méthodologiques spécifiques liées à la psychodynamique du travail et présente la démarche telle qu'elle a été réalisée dans la recherche auprès des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux, la troisième traite des entretiens individuels réalisés auprès des travailleurs vieillissants, la quatrième présente les méthodes employées pour l'analyse des résultats obtenus, la cinquième aborde les critères de scientificité mobilisés dans la recherche qualitative réalisée et enfin, la dernière précise les considérations éthiques de la recherche.

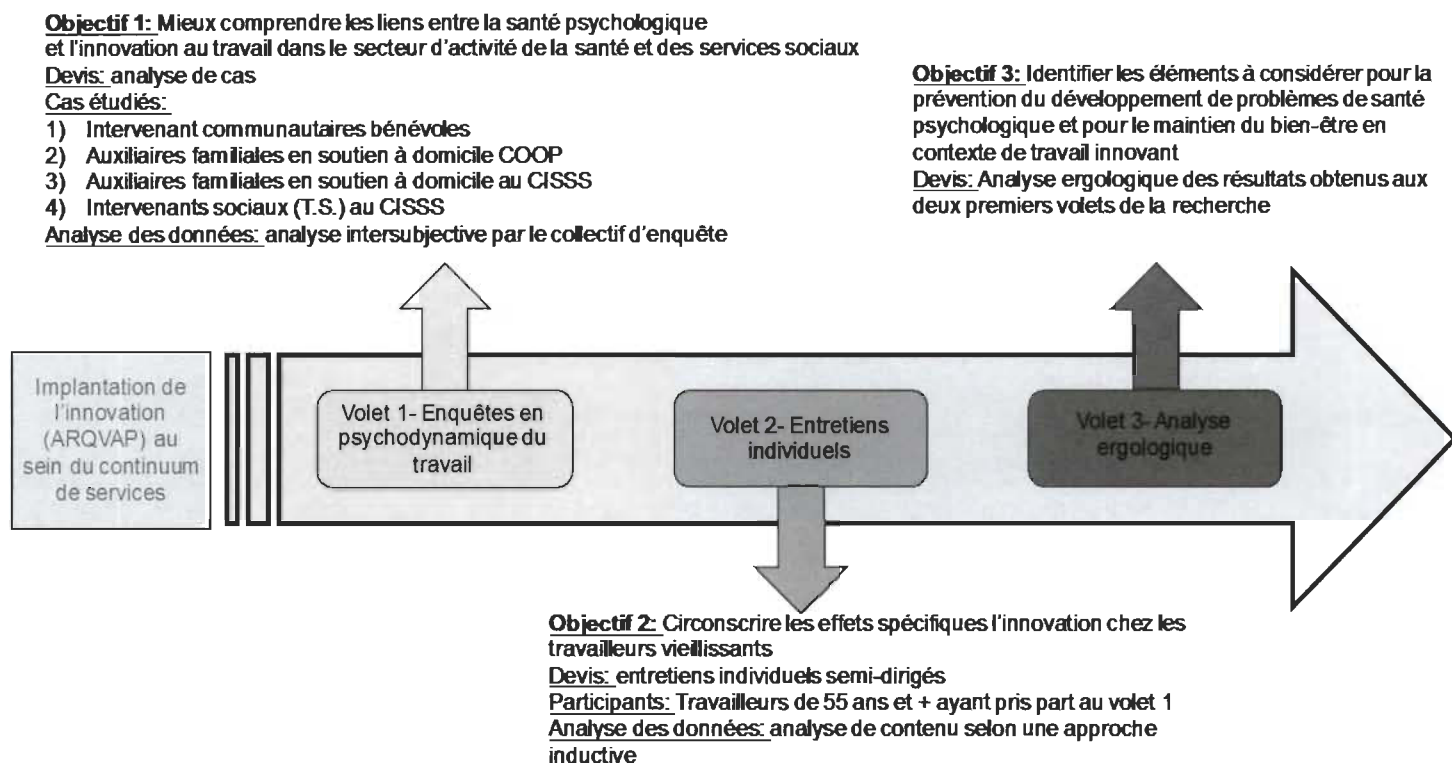
4. Cadre général de la recherche

Le cadre général de la recherche repose sur une démarche qualitative et sur une approche compréhensive, puisqu'elle vise à dégager l'essence d'un phénomène, à savoir l'innovation au travail, tel que vécu par certains individus (Savoie-Zajc, 2006). Les méthodes de cueillette des données employées, le type d'échantillonnage retenu, ainsi que les méthodes d'analyse des données sélectionnées s'inscrivent en cohérence avec ce choix méthodologique. Cette thèse met ainsi de l'avant un pluralisme méthodologique. Elle concilie en effet plusieurs approches au sein d'une même recherche en fusionnant plusieurs scénarios de collecte de données et diverses méthodes d'analyse de ces données (Lefrançois, 1995). D'ailleurs, la complémentarité des méthodes est parfois essentielle pour réussir à comprendre les phénomènes complexes et elle doit être choisie en cohérence avec les questions de recherche (Groulx, 1997). Dans le cadre de cette thèse, le choix des méthodes employées a été réalisé afin de répondre adéquatement aux questions de départ.

Plus précisément, deux méthodes différentes de collecte de données sont utilisées ; une étude de plusieurs cas utilisant des enquêtes en psychodynamique du travail et, ensuite, des entretiens individuels semi-dirigés. Pour l'analyse des données recueillies, trois

méthodes distinctes sont utilisées ; d'abord une analyse intersubjective des enquêtes en psychodynamique du travail, puis une analyse de contenu des entretiens individuels selon une approche inductive et finalement, une lecture ergologique transversale des résultats. La figure 7 présente le schéma détaillant le cadre général de la recherche.

Figure 7. Schématisation du pluralisme méthodologique mobilisé dans la thèse pour répondre aux objectifs de la recherche



La démarche de recherche qualitative est entendue ici comme « tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni par d'autres moyens de quantification » (Strauss & Corbin, 2004, p. 28). Les systèmes humains étant d'une grande complexité, une vision holistique est nécessaire pour comprendre les phénomènes qui y sont liés. Ce type de vision permet d'arriver à une description détaillée des situations étudiées, mais aussi d'acquérir une compréhension de la vision et des sentiments des acteurs rencontrés. Les méthodes qualitatives de recherche sont d'ailleurs considérées par certains auteurs comme les seules à permettre cette vision holistique (Gagnon, 2005 ; Woodside & Wilson 2003).

Le premier volet de la recherche repose sur l'étude de plusieurs cas, réalisée en collaboration avec un groupe de chercheurs. Dans ce volet, les enquêtes en psychodynamique du travail auprès de différents groupes de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux sont menées en respectant ses principes méthodologiques. Ce premier volet vise à répondre à la première question de recherche afin de saisir le vécu des travailleurs en lien avec l'implantation de l'innovation dans le travail quotidien.

Le second volet de la recherche consiste en des entretiens individuels semi-dirigés auprès de certains travailleurs rencontrés lors du premier volet de la recherche. Puisqu'il vise à répondre à la deuxième question de recherche, soit de prendre en compte le vécu des travailleurs vieillissants face à l'innovation, uniquement les travailleurs de 55 ans et plus sont concernés.

4.1. Premier volet de la recherche

Dans cette section, l'approche méthodologique par étude de cas est d'abord brièvement discutée et la pertinence de son utilisation abordée. Sont ensuite présentées les grandes caractéristiques méthodologiques de la psychodynamique du travail. Finalement, la section se termine en décrivant comment la méthodologie est appliquée concrètement aux situations de travail étudiées.

4.1.1. L'étude de cas

Lorsqu'un phénomène est étudié au sein d'une organisation complexe, il est nécessaire d'utiliser une stratégie de recherche permettant de saisir cette complexité et les particularités la composant. Une stratégie de recherche idiographique permet d'étudier un phénomène dans son contexte, tout en saisissant les expériences, croyances et pensées des acteurs en jeu (Gagnon, 2005).

Par exemple, pour comprendre l'impact de l'implantation d'une innovation, il est primordial de s'intéresser non seulement aux travailleurs qui prennent part au processus, mais aussi au contexte dans lequel l'événement est vécu. En ce sens, l'étude de cas est une méthodologie appropriée, puisqu'elle est particulièrement adaptée à la

circonscription de l'expérience d'acteurs vivant une situation et pour documenter le contexte dans laquelle elle s'inscrit (Gagnon, 2005). En effet, l'étude de cas est une stratégie idiographique permettant d'enquêter sur un phénomène sélectionné de manière non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse le contexte étudié (Roy, 2009).

Dans l'étude de cas, Roy (2009) indique que la validité de la démarche et des résultats qui en sont issus repose, entre autres, sur la méthode de cueillette des données utilisée. Cette dernière doit limiter les biais relatifs aux latitudes du chercheur quant à la démarche réalisée et aux questions posées. De plus, elle doit être utilisée de manière uniforme d'une analyse de cas à l'autre. Afin de répondre à ces critères, l'utilisation de la psychodynamique du travail a été sélectionnée comme méthode de cueillette des données pour l'ensemble des cas étudiés.

4.1.2. Caractéristiques méthodologiques en psychodynamique du travail

L'analyse d'une situation, lorsqu'elle est étudiée à l'aide de la psychodynamique du travail, repose sur une méthodologie basée sur des entretiens collectifs dans lesquels le récit de l'expérience concrète de travail est partagé. Elle donne alors accès au sens que prend ce travail pour les participants, sens exprimé par une parole libre et authentique (Dejours, 2000). La méthode employée en psychodynamique du travail connaît deux temps ; la pré-enquête et l'enquête.

Dans un premier temps, la pré-enquête comprend l'ensemble des étapes préalables à la cueillette des données. Ce faisant, un premier contact avec l'organisation du travail permet une première exploration du contexte organisationnel général pouvant influencer le travail des participants¹⁷. Par la suite, la pré-enquête permet une première rencontre avec les travailleurs qui participeront éventuellement aux entretiens collectifs. Les

¹⁷ La méthode employée ne constitue pas une analyse organisationnelle approfondie, telle que réalisée, par exemple, en ergonomie. Il s'agit plutôt de l'identification des grandes caractéristiques de l'organisation permettant de mieux comprendre les éléments venant influencer le travailler.

participants sont alors recrutés après que la recherche leur soit expliquée (ses objets, la méthode employée, les risques, les considérations éthiques). Alors, le groupe participant à la recherche, nommé « collectif d'enquête », est formé sur une base volontaire afin de favoriser l'authenticité des témoignages (Alderson, 2005). Ce collectif d'enquête est formé de travailleurs occupant un même emploi et de chercheurs participants à la recherche. En parallèle, un collectif de référence¹⁸ est constitué. Finalement, l'aménagement de l'horaire de travail des participants pour l'enquête est planifié en collaboration avec les gestionnaires afin de permettre les rencontres de l'enquête directement sur le milieu de travail.

Dans un deuxième temps, l'enquête est planifiée en quatre rencontres, cheminant des premières entrevues collectives jusqu'au dépôt d'un rapport d'enquête aux participants (Dejours, 1993).

Durant les rencontres, la prise de parole libre est favorisée par une stratégie de questionnement ouverte, focalisée sur l'exploration en groupe du vécu du travail et son analyse. L'explicitation des sources de plaisir, de souffrance et des stratégies défensives et surtout la compréhension de ces dernières à travers une parole collective constitue une démarche mobilisée tout au long des rencontres pour approfondir la compréhension d'un travail et des enjeux inhérents à ce dernier (Therriault, 2010). Après les deux premières rencontres, les chercheurs se réunissent afin d'analyser les premières données recueillies. Ces derniers visent à brosser un portrait de leur compréhension de la situation rapportée par les participants et ce, le plus fidèlement possible. Cette compréhension est ensuite retournée aux participants lors de la troisième rencontre de groupe, dite de validation. Ces derniers sont alors invités à donner leur avis sur la compréhension des chercheurs et d'apporter des précisions et corrections au besoin. Suite à la troisième rencontre, les chercheurs se réunissent à nouveau afin de raffiner leur compréhension de la situation en y incluant les données nouvellement recueillies. Ils élaborent alors un rapport d'enquête

¹⁸ Le collectif de référence est un groupe constitué de pairs chercheurs ayant une expertise en psychodynamique du travail qui ne participent pas directement à l'enquête en cours. Il offre un point de vue externe sur la situation enquêtée.

qui explicite la démarche réalisée et qui comprend la description des sources de plaisir, de souffrance, ainsi que les stratégies défensives utilisées par les travailleurs. Le rapport est alors envoyé au collectif de référence et discuté avec lui. Finalement, le rapport est présenté au collectif d'enquête en quatrième rencontre, dite rencontre de restitution. Cette dernière permet de rendre à la conscience des participants leur vécu au travail, ainsi que l'ensemble des processus et stratégies qu'ils mobilisent dans le cadre de leur activité (Dejours, 2000). Les participants sont encore une fois encouragés à s'exprimer sur le contenu du rapport et y apporter des corrections au besoin. Construction commune entre chercheurs et participants, le rapport d'enquête est ainsi discuté avec eux et validé par eux (Dejours, 2000). Les travailleurs ont alors un droit de regard sur le contenu du résultat de l'enquête, par exemple, ils peuvent demander de retirer, de modifier, ou encore de raffiner une interprétation.

4.1.3. Utilisation de la psychodynamique du travail dans la recherche auprès des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux

Selon l'approche méthodologique d'étude de cas, plusieurs cas ont été étudiés à l'aide de la psychodynamique du travail. Plus spécifiquement, quatre cas ont été menés auprès de quatre groupes distincts de travailleurs. Ces travailleurs étaient des intervenants du continuum de services du secteur de la santé et des services sociaux étudié.

4.1.3.1. Sélection des cas étudiés

La sélection des cas étudiés est une étape primordiale lorsque le chercheur utilise une méthodologie d'étude de cas. Les points de départ de ce choix sont les questions de recherche qui clarifient la problématique étudiée, ainsi que les acteurs susceptibles de se retrouver au cœur d'une telle problématique (Savoie-Zajc, 2006). La visée première, qui s'avère centrale lors du processus d'échantillonnage, est alors de s'assurer que les personnes choisies ont une expérience vécue du phénomène étudié (Martel, 2007).

La question à laquelle s'intéresse l'étude des cas dans la présente recherche est de savoir comment l'implantation d'une innovation non technologique est vécue par des

travailleurs œuvrant dans des contextes organisationnels différents du secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, quatre groupes de travailleurs ayant vécu l'implantation d'une même innovation au travail ont été sélectionnés. Le choix du programme étudié a été balisé par des paramètres théoriques, afin de s'assurer que ce dernier cadrerait dans la définition d'une innovation non technologique.

4.1.3.2. Pré-enquête

Quatre chercheurs ont pris part au projet de recherche (chercheurs A, B, C et D). Ils étaient regroupés en équipe de trois par cas pour l'animation des entretiens collectifs de l'enquête. Le chercheur D, doctorante auteure de la présente thèse, a participé à l'ensemble des rencontres prévues, soit un total de 12 rencontres. Le chercheur D a aussi participé à la rédaction des quatre rapports d'enquête, soit un rapport par cas. Le chercheur A, a lui aussi participé à l'ensemble des rencontres prévues.

Lors de la pré-enquête, des rencontres avec les différents partenaires de l'implantation de l'ARQVAP ont eu lieu, sous forme de rencontres de comité de suivi du projet. Elles ont permis de cibler les conditions organisationnelles liées à l'implantation de l'innovation étudiée, de mieux comprendre les spécificités des contextes de travail pour chaque milieu étudié et d'expliquer la recherche aux différents partenaires.

Les collectifs d'enquête, composés d'un groupe de chercheurs et d'un groupe de travailleurs occupant un même emploi ont été formés. Dans la perspective de répondre à la première question de recherche, et pour respecter les particularités méthodologiques de la psychodynamique du travail, les critères d'inclusion des participants à l'étude étaient les suivants : 1) être travailleur du secteur de la santé et des services sociaux et avoir été concerné, dans l'année précédant l'enquête par l'implantation de l'ARQVAP ; 2) comprendre et s'exprimer aisément en français ; 3) accepter de participer aux entretiens collectifs (4) prévus à l'horaire régulier de travail ; et 4) accepter les risques potentiels inhérents au caractère introspectif de la démarche prévue.

Dix-neuf travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux répondant aux critères d'inclusion ont pris part à la recherche.

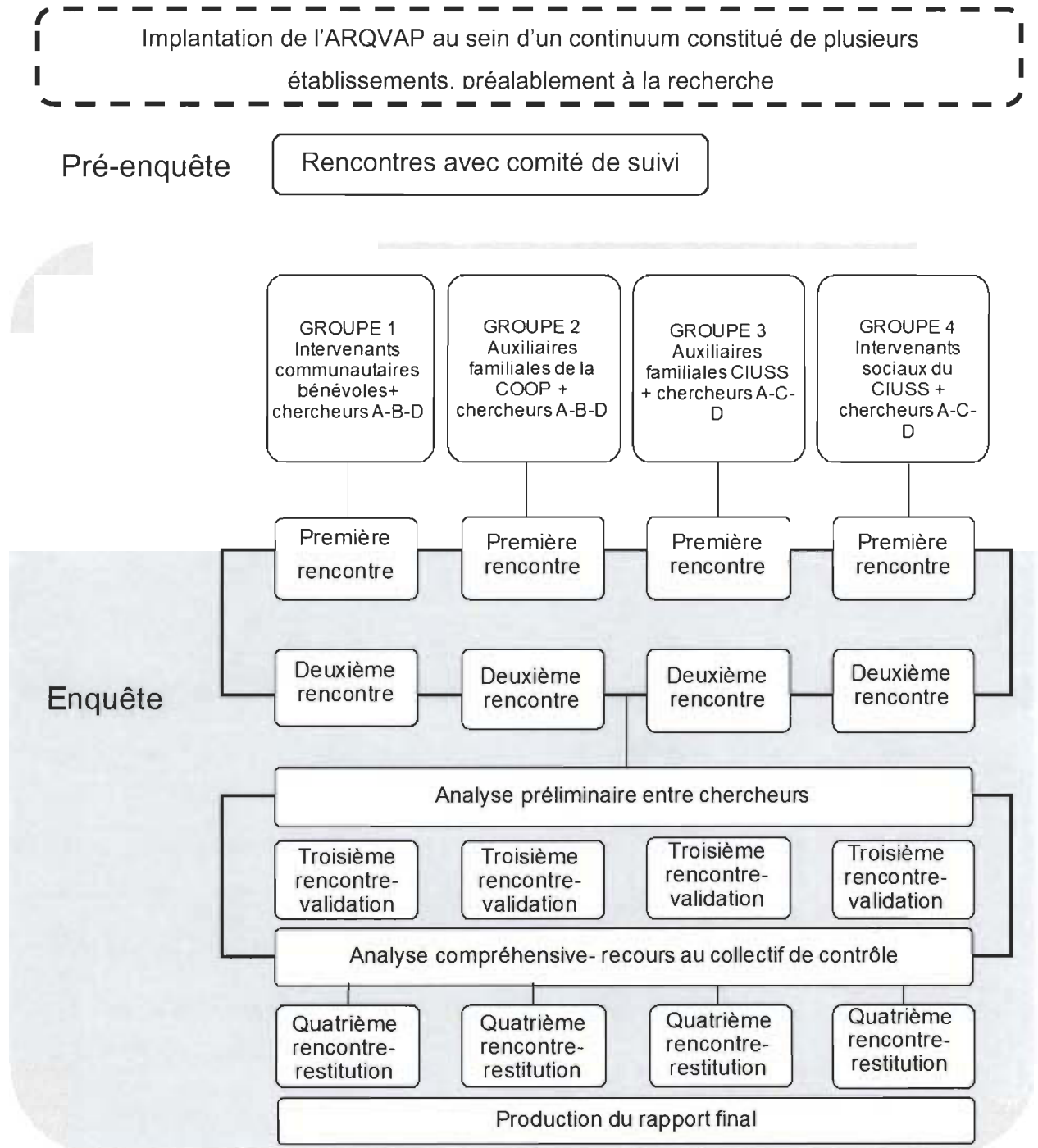
4.1.3.3. Enquête

Suite au recrutement, quatre collectifs d'enquête ont été composés : Groupe 1 – trois Intervenants communautaires bénévoles travaillant au Réseau de soutien aux aidants de Brome-Missisquoi et Chercheurs A-B-D, Groupe 2 – cinq Auxiliaires familiales en soutien à domicile œuvrant à la Coopérative de soutien à domicile du Pays des vergers (COOP) et Chercheurs A-B-D, Groupe 3 – six Auxiliaires de santé et de services sociaux travaillant au CIUSSS de l'Estrie et Chercheurs A-C-D et Groupe 4 – cinq Intervenants sociaux en soutien à domicile occupant un poste au CIUSSS de l'Estrie et Chercheurs A-C-D. Pour chacun des groupes, quatre rencontres, d'une durée de deux heures chacune, ont eu lieu. Ces dernières se tenaient dans une salle fermée sur le lieu de travail des participants. Avec l'accord des participants, un enregistrement audionumérique des rencontres a été fait.

Pour chacun des groupes, les deux premières rencontres ont permis de recueillir les éléments liés au vécu du travail et de situer l'innovation en regard de son impact sur le travailler. Par la suite, un travail de compréhension et d'analyse a été réalisé par les chercheurs, à partir des notes de recherche et des pistes sonores. Cette compréhension a ensuite été retournée aux travailleurs pour critique lors de la troisième rencontre, sous la forme d'un schéma intégrant les données clés. Suite à cette rencontre, les chercheurs se sont réunis afin de raffiner le résultat d'intercompréhension et le rédiger sous forme de rapport d'enquête. Par la suite, ce rapport a été soumis au collectif de référence. Dans le cadre des enquêtes réalisées, le chercheur de l'équipe ne prenant pas part à l'enquête a fait office de collectif de référence (par exemple, pour le Groupe 1, le chercheur C a révisé et commenté le rapport). La dernière rencontre, celle dite de validation (Dejours, 2013), a permis de soumettre à la validation des participants le rapport d'intercompréhension. La figure 8 illustre le déroulement de la recherche auprès des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux.

Les enquêtes ont été menées sur une période d'un an, soit entre le mois de novembre 2015 et le mois de novembre 2016. Plus spécifiquement, la période temporelle des rencontres pour le collectif d'enquête du Groupe 1 s'est étalée de novembre 2015 à avril 2016. Pour les Groupes 2 et 3, les rencontres se sont tenues de janvier 2016 à avril 2016. L'enquête pour le Groupe 4 a, quant à elle, été menée de septembre 2016 à novembre 2016.

Figure 8. Déroulement des enquêtes réalisées auprès des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux



Un guide d'entrevue, flexible, comprenant des thèmes inspirés du cadre de référence,

rappelait aux chercheurs les thèmes à discuter avec les participants. Les thèmes, abordés dans la perspective de la compréhension de l'expérience de travail des participants, étaient les suivantes ; la nature et les spécificités de la tâche, les impacts de l'innovation sur l'activité de travail ; les sources de plaisir au travail, les sources de souffrance au travail ; les stratégies défensives mobilisées, les effets de l'innovation sur la dynamique plaisir/souffrance au travail (Guide d'entretien disponible à l'Annexe 1).

Des va-et-vient entre les différents thèmes suivaient les commentaires des participants. C'est grâce à ceux-ci, aux questions ouvertes, aux reflets de divers types et aux relances qu'émergeaient les dimensions subjectives du rapport au travail. Pour chaque thème, différentes modalités étaient ainsi employées. Par exemple, des questions ouvertes telles ; En quoi consiste votre travail ? Comment réalisez-vous vos tâches ? Comment est-ce que l'ARQVAP est venu influencer votre quotidien de travail ? Quels éléments du travail sont plaisants ? Quels éléments sont insatisfaisants ? Comment faites-vous face aux éléments insatisfaisants ? Que mettez-vous en place pour continuer de travailler malgré les difficultés rencontrées ? Quels ont été les impacts de l'ARQVAP sur votre travail ? Comment est-ce que l'implantation et l'utilisation de l'ARQVAP ont eu un impact sur les éléments difficiles de votre travail ?

Des relances pouvaient aussi être faites suite à une question pour obtenir davantage de précision, ou encore favoriser la prise de parole du plus grand nombre de participants possible, comme ; Que pouvez-vous dire de plus ? Quoi encore ? Et puis ? Est-ce que quelqu'un a un élément à ajouter ? Malgré ces relances, le respect d'une parole libre, non contrainte, ni forcée demeurait une priorité.

Finalement, des reflets, de type simple ou complexe¹⁹, pouvaient être réalisés dans l'optique de valider la compréhension du chercheur quant aux propos des participants, ou encore pour faire avancer la discussion, par exemple ; Si j'ai bien compris, vous

¹⁹ Un reflet simple permet de reformuler en d'autres mots ce que le participant vient d'exprimer pour, entre autres, approfondir la discussion sur cet élément. Un reflet complexe ajoute du sens, ou met l'accent sur une partie du propos du participant. C'est ainsi une hypothèse sur le contenu implicite de la pensée du participant, plutôt que sur le contenu explicite de son propos (Miller & Rollnick, 2013).

expliquez que ... ? Lorsque vous affirmez cela, en fait, vous voulez dire ... ? Ce que je comprends de votre propos est que ... ? Un reflet permet ainsi au chercheur d'émettre « in situ » une hypothèse sur ce qu'a pu être la pensée originale du participant. Il lui est alors possible, entre autres, de clarifier des hypothèses et d'obtenir des précisions de la part du participant (Miller & Rollnick, 2013).

Durant les entretiens collectifs, une prise de notes résumées a été réalisée par l'équipe de chercheurs dans le but d'identifier les thèmes émergents, de noter des notions à clarifier, ou encore de cibler des pistes pour les reflets.

4.1.4. Analyse des résultats du premier volet de la recherche

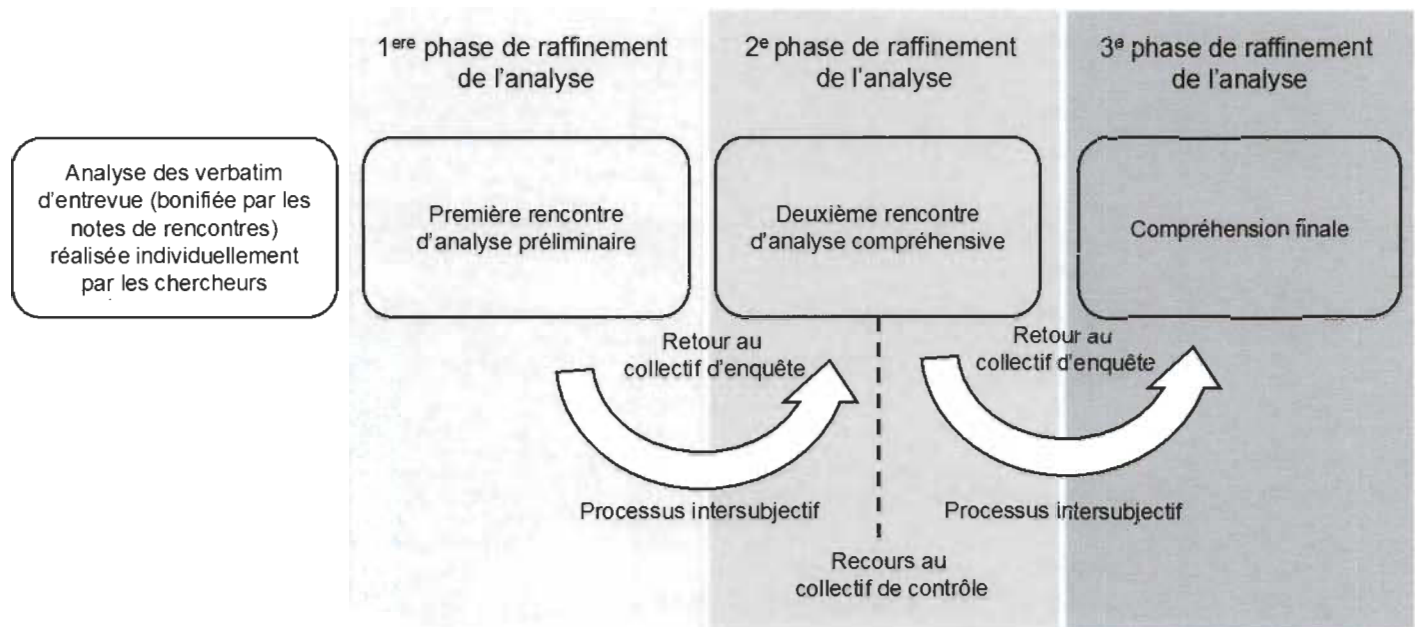
L'analyse des résultats des enquêtes en psychodynamique du travail a été réalisée selon les prémisses propres à cette approche qui repose sur une analyse intersubjective, par le collectif d'enquête, du contenu des rencontres.

Plus spécifiquement, le traitement des données a été effectué à partir des enregistrements audionumériques des rencontres de groupe. Pour ce faire, après avoir transcrit les verbatim des rencontres, le texte a été lu et relu plusieurs fois. Ces lectures ont permis de repérer les éléments significatifs se dégageant des entretiens. Lors des lectures, ces éléments ont été écrits dans les marges du texte, puis bonifiés à l'aide des notes de rencontre, offrant ainsi une vue d'ensemble des principaux thèmes se dégageant. Ces éléments ont par la suite été organisés en grande classe de thèmes, se référant aux catégories théoriques de la psychodynamique du travail.

Conformément aux prémisses méthodologiques de la psychodynamique du travail, l'analyse s'est ainsi faite à partir de l'expression du vécu subjectif des travailleurs, et raffinée en trois temps et ce, pour chacun des groupes d'enquête, tel qu'illustré à la figure 9. Tout d'abord, une première mise en commun des thèmes et éléments significatifs relevés individuellement par chacun des chercheurs du collectif d'enquête était réalisée après chacune des deux rencontres de groupe. À ce moment, une compréhension commune du vécu des travailleurs était élaborée lors d'une rencontre d'analyse préliminaire entre chercheurs, puis retournée aux participants. Dans un deuxième temps,

suite à l'analyse des verbatim de la troisième rencontre de groupe, les chercheurs se sont rencontrés lors de rencontre d'analyse compréhensive pour bonifier et clarifier leur conception de la situation qu'ils ont explicitée sous forme d'un rapport d'enquête. Dans un troisième temps, ce rapport d'enquête, après avoir été soumis au collectif d'enquête, a été présenté aux participants lors d'une quatrième rencontre de groupe. Ce rapport, discuté avec les participants, a permis l'obtention d'une compréhension finale du vécu subjectif des travailleurs.

Figure 9. Phases de raffinement de l'analyse du premier volet de la recherche



Au total, puisque chaque rencontre comptait deux heures et que 16 rencontres ont été menées (quatre rencontres pour quatre groupes), 32 heures de matériel enregistré ont été analysées.

4.1.5. Considérations éthiques et de rigueur scientifique pour le premier volet de la recherche

4.1.5.1. Dimensions éthiques

Un certificat d'éthique a été obtenu auprès de l'institution universitaire encadrant l'enquête, ainsi qu'auprès du CIUSSS dans lequel a eu lieu la recherche. Ces derniers couvraient les deux volets de l'enquête et prévoyait, entre autres, l'enregistrement des rencontres collectives des enquêtes en psychodynamique du travail. La participation de chaque personne rencontrée a été encadrée via la signature du consentement écrit. Le formulaire de consentement a été présenté et expliqué aux participants et ces derniers avaient accès à la copie papier du document afin de la lire et la signer s'ils étaient en accord avec son contenu. Lors de la première rencontre de groupe, un moment était alloué pour reprendre les éléments du formulaire de consentement (une copie du formulaire de consentement est disponible à l'annexe III) et clarifier certains aspects au besoin.

Tel qu'entendu, toutes les données colligées ont été traitées de manière confidentielle, en portant une attention particulière à l'identification des participants pour que cette dernière ne soit pas possible, et ce, tant dans le rapport d'enquête que dans la thèse. Les données papier ont été conservées sous clef et dans un local de recherche de l'institution universitaire ayant décerné le certificat d'éthique. Les données audionumériques ont été transférées dans un dossier informatique protégé par un mot de passe, se trouvant sur un ordinateur lui aussi protégé par un mot de passe. Deux ans après la fin de la recherche, tous les documents seront détruits.

Avant d'initier l'enquête, les différents enjeux ont été abordés avec les participants. Entre autres, les risques abordés impliquaient le fait de ressentir de la gêne ou un inconfort durant les rencontres puisque le vécu personnel était abordé. Afin de minimiser ce risque, l'animation des entrevues de groupe a été conçue et réalisée de façon à mettre les participants le plus à l'aise possible, en rappelant notamment le droit à la différence et le fait qu'ils n'étaient en aucun cas tenus de répondre aux questions. Ainsi, les travailleurs qui ont participé aux entretiens collectifs étaient tous volontaires et avaient été rigoureusement informés des risques potentiels.

4.1.5.2. Dimensions de scientificité

La méthode utilisée, soit celle de la psychodynamique du travail, ainsi que l'analyse des données employée, suppose une posture interprétative du chercheur. Selon Gohier (2004), en recherche interprétative, il est davantage question de critères de rigueur que de paramètres de validité scientifique, dont; « 1) la véracité qui permet de vérifier la confiance en l'exactitude des résultats dans une étude particulière, 2) l'applicabilité, qui permet la projection des résultats d'une étude particulière à d'autres études ou à d'autres contextes, 3) la consistance qui permet de s'assurer que les résultats d'une étude sont les mêmes si celle-ci est reprise avec les mêmes répondants dans un même contexte, et enfin 4) la neutralité qui réduit l'impact des biais, des motivations, des intérêts ou des points de vue des chercheurs sur les résultats » (Lord, Therriault & Rhéaume, 2016, p.3).

Bien que l'ensemble des critères de scientificité soient importants en recherche qualitative, le critère de neutralité semble faire office de pierre angulaire dans le processus de rigueur scientifique (Lord, Therriault & Rhéaume, 2016). Une attention particulière a ainsi été portée à ce critère dans la méthodologie de recherche employée et ce, de trois façons.

Tout d'abord, une posture critique et réflexive a été maintenue tout au long de la recherche. En effet, une réflexion portant sur la mobilisation des critères de rigueur lors d'une recherche en psychodynamique du travail (Lord, Therriault & Rhéaume, 2016) rapporte que le chercheur est servi par son implication critique à travers la démarche puisque la proximité de l'objet de recherche, nécessaire lorsque le chercheur doit s'immerger dans un milieu pour mieux le comprendre, implique une proximité avec les acteurs et les dynamiques en place dans l'environnement étudié. Dans une telle recherche, les résultats sont imprégnés du vécu subjectif des acteurs qui y participe. En explicitant la démarche, les défis rencontrés et les pièges possibles, la posture critique permet aux chercheurs de prendre le nécessaire recul dans leur démarche et de l'ajuster, au besoin (Lord, Therriault & Rhéaume, 2016).

De plus, la référence au collectif de contrôle, faisant figure d'audit, renforce la fiabilité de l'analyse et la neutralité de cette dernière. Ainsi, le critère de confirmation externe incarné par l'utilisation d'un collectif de contrôle crée un contexte favorable pour le chercheur en psychodynamique du travail en lui permettant d'explicitier les risques potentiels du processus interprétatif et de corriger son approche au besoin (Alderson, 2004 ; Lord, Therriault & Rhéaume, 2016).

Enfin, la quatrième rencontre, telle que prévue dans les dispositifs méthodologiques en psychodynamique du travail, sert d'espace de restitution de la compréhension des chercheurs envers les participants de la recherche. Ce type de vérification améliore la crédibilité des résultats (Lincoln & Guba, 1985).

4.2. Deuxième volet de la recherche

Dans cette section, la méthode par entretien individuel est d'abord brièvement discutée en y précisant la raison de son utilisation. Par la suite, la méthodologie employée dans la recherche est détaillée.

4.2.1. L'entretien individuel en recherche qualitative

L'entretien individuel est largement utilisé en recherche qualitative (Baribeau & Royer, 2012). Se situant dans une interaction entre le chercheur et un participant, l'entretien individuel peut être utilisé comme une méthode de collecte de données (Boutin, 2006) en vue de faire émerger une compréhension d'un phénomène complexe (Savoie-Zajc, 2009). Dans le cadre de cette thèse, l'entretien individuel est utilisé dans l'optique de répondre à la deuxième question de recherche. Ainsi, il vise à distinguer la perception des travailleurs vieillissants face à l'innovation au travail, de celle obtenue lors des entretiens de groupe en psychodynamique du travail. Le choix de l'entretien individuel dans ce contexte s'avère à propos en vue de circonscrire la pensée des travailleurs de 55 ans et plus quant à leur vision de l'innovation. L'entretien individuel permet effectivement d'accéder au cadre personnel de référence d'un individu (pensées, impressions, émotions) par rapport aux situations complexes qu'il vit (Baribeau & Royer, 2012).

L'entretien individuel diffère du simple dialogue entre individus par son caractère intentionnel et par ses particularités. Entre autres, il peut être de trois types ; dirigé, semi-dirigé, ou libre. Le type est sélectionné selon les visées de l'entretien, l'objet à l'étude et les hypothèses à vérifier (Imbert, 2010). L'entretien individuel de type semi-dirigé est le plus employé et documenté dans la littérature portant sur les recherches qualitatives (Baribeau & Royer, 2012). Pour ce type, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions ouvertes, qui le guide dans sa rencontre avec le participant. Bien que les questions orientent la discussion, cette dernière demeure flexible. L'ordre dans lequel les questions seront abordées demeure ainsi variable selon le rythme de la conversation et les réponses du participant. Plus de place est alors offerte au participant afin de favoriser une parole libre et ouverte (Imbert, 2010). Si la conversation diverge des thèmes à aborder, le chercheur tente de recentrer la discussion sur les thèmes ciblés.

4.2.2. Entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès des travailleurs vieillissants du secteur de la santé et des services sociaux

Des entretiens semi-dirigés ont été utilisés dans la méthodologie de la recherche dans le but de circonscrire les particularités de la vision des travailleurs de 55 ans et plus concernant l'innovation et son implantation. Les enquêtes en psychodynamique menées ne permettaient pas, à elles seules, de saisir la pensée des travailleurs vieillissants sur cette question. Bien que les rencontres de groupe réalisées dans le cadre des enquêtes en psychodynamique du travail laissent place à l'expression de chacun, une représentation collective du vécu au travail demeure la finalité de l'exercice. Puisque les groupes d'enquête étaient constitués de travailleurs de tout âge, les particularités liées à l'âge n'ont pu être mises en lumière par cette méthode. Il s'avérait ainsi pertinent de rencontrer les travailleurs de 55 ans et plus dans le cadre de rencontres individuelles axées sur la question à l'étude.

4.2.3. Sélection et recrutement des participants

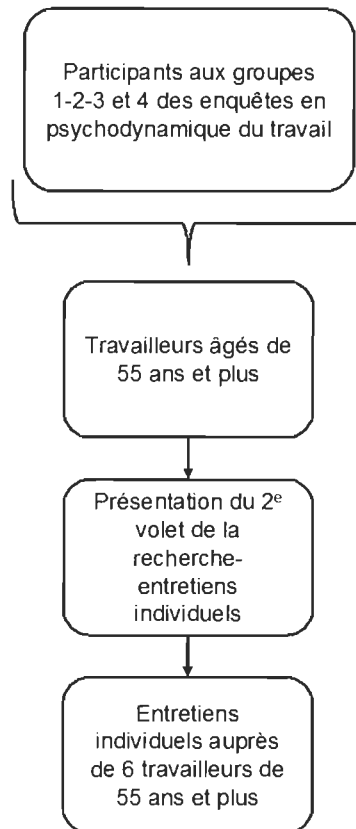
Pour les besoins de l'étude, les participants ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence théorique par rapport au phénomène étudié (i.e. les particularités de la vision

des travailleurs plus âgés sur l'implantation de l'innovation). De plus, l'objectif étant de circonscrire les particularités des perceptions de cette population par rapport à celles d'un groupe de travailleurs de tout âge, il importait de s'assurer de la possibilité de comparaison. La stabilité de certaines variables devenait primordiale pour que ces dernières n'influencent pas la juxtaposition des résultats obtenus. De même, des critères ont été établis ; les travailleurs devaient avoir vécu le même phénomène, et les conditions d'implantation de ce phénomène devaient être similaires. Dans cette optique, le recrutement des travailleurs vieillissants s'est fait au sein des mêmes établissements ayant implanté l'ARQVAP que celles étudiées dans le premier volet de la recherche.

De plus, il a fallu, et cela est significatif dans les choix effectués, être sensible à la faisabilité pratique de la collecte des données. Compte tenu des opportunités restreintes pour rencontrer les travailleurs, due, entre autres, à leur horaire extrêmement chargé, les participants ont été recrutés au sein même des groupes ayant pris part au premier volet de la recherche. Plus spécifiquement, les étapes de recrutement (par exemple : présentation et explications de la recherche) ont été effectuées à la fin de la dernière rencontre de groupe de l'enquête en psychodynamique du travail. Des facteurs ont motivé ce choix en regard de la faisabilité ; les travailleurs étaient déjà disponibles et présents pour recevoir les informations transmises, et ils avaient déjà démontré un intérêt à prendre part à un processus de recherche. La figure 10 illustre les étapes de recrutement des participants au deuxième volet de la recherche.

Puisque plusieurs variables étaient contrôlées d'emblée par le processus de sélection de l'échantillon, le seul critère d'inclusion était celui d'être âgé de 55 ans et plus. Sur un total de 10 travailleurs répondant aux critères d'inclusion, six ont accepté de prendre part au deuxième volet de la recherche.

Figure 10. Étapes de recrutement des participants pour le 2^e volet de la recherche-entretiens individuels



4.2.4. Planification et déroulement des entretiens semi-dirigés

L'ensemble des entretiens ont été réalisés par la chercheuse D, auteure de la présente thèse. Cette dernière a tout d'abord reçu le nom des personnes intéressées à prendre part au deuxième volet de la recherche, ainsi que leurs coordonnées, puis les a contactés par téléphone. À ce moment, le lieu, ainsi que la date de rencontre qui convenaient le mieux au participant étaient ciblés. Le choix revenait entièrement au participant, tout d'abord pour faciliter l'intégration du moment d'entretien à son horaire, puis pour établir un lien de confiance basé sur le respect de ses préférences. L'entretien individuel est un moment privilégié de partage, parfois axé sur des thèmes sensibles pour le participant. Dans ce contexte, le lien de confiance, basé, entre autres, sur le respect du temps et de l'endroit dans lequel le participant va se livrer, favorise la création d'un tel lien et du même coup, la parole libre du participant (Imbert, 2010). Différents endroits ont été choisis par les

participants ; trois d'entre eux ont été rencontrés à leur domicile, tandis que les trois autres ont été rencontrés dans un café près de leur domicile respectif. Lorsque la rencontre a eu lieu dans un café, les paramètres étaient contrôlés afin de favoriser la confidentialité des propos (par exemple : choix d'un coin retiré du café, ton de voix plus bas, etc.).

Les entretiens ont été réalisés sur une période temporelle de deux mois ; de mai 2016 à juillet 2016. Réalisés en personne, ces derniers ont eu une durée de deux heures chacun. L'ensemble des entretiens a été enregistré sur support audionumérique avec l'accord des participants. La structure de la rencontre comprenait trois temps distincts ; dans un premier temps, un retour était fait sur le formulaire de consentement signé au préalable par le participant. Ce moment permet un rappel des objectifs de l'entretien, un retour sur le déroulement prévu (durée et mode de discussion privilégié), ainsi que la création d'un espace pour accueillir les questions.

Dans un deuxième temps, un guide d'entretien a été utilisé afin de mener la discussion de manière semi-dirigée (le guide d'entretien est disponible à l'annexe II). Ce dernier a été composé au regard de la définition de l'innovation telle que considérée dans cette thèse, ainsi que de la deuxième question de recherche. Il a été validé par un autre chercheur du groupe, puis ajusté. Il contenait les questions suivantes, posées selon le rythme de l'entretien et dans un ordre logique découlant de la discussion : Quelles réactions avez-vous eues suite à l'introduction de l'ARQVAP au travail ? Quel est, selon vous, le lien entre ces réactions et votre âge ? Par exemple, auriez-vous eu les mêmes réactions étant plus jeune, si oui pourquoi, sinon pourquoi ? En avançant dans votre carrière, trouvez-vous qu'il soit plus facile, ou plus difficile de faire face aux transformations dans votre travail (ex : changements mis en place) et pourquoi ? Quels moyens avez-vous développés dans l'optique de tenter de maintenir une bonne santé au travail, pour contrer les difficultés et les éléments souffrants du travail ? Est-ce que ces moyens ont changé avec l'avancée en âge ?

Pour chacune des questions, des relances étaient prévues, de type : 1^{ère} relance : oui, et puis ?, 2^e relance : quoi encore ?, 3^e relance : que pouvez-vous encore dire sur.. ?. Durant

l'entretien, une prise de notes sommaire a été réalisée dans le but de retenir les éléments centraux qui, selon le chercheur, pouvaient constituer des pistes pour la troisième phase de l'entretien.

Finalement, une période de restitution constituait la troisième phase de l'entretien. Une fois que l'ensemble des questions avait été abordé, la chercheuse demandait au participant de prendre un temps de pause d'environ 15 minutes. Durant ce temps, elle rassemblait les notes prises lors de l'entretien et rédigeait un sommaire de sa compréhension concernant les pensées du participant quant à l'implantation de l'innovation en regard de son âge. Ce temps permettait aussi au participant de prendre un court temps de recul et réfléchir à ses réponses afin d'être disponible pour la période de restitution. La compréhension de la chercheuse était, par la suite, présentée au participant pour dans un premier temps, obtenir son avis sur la justesse de cette dernière et dans un deuxième temps, ajouter des précisions au besoin afin de raffiner la compréhension initiale. La durée de chacun des entretiens a varié entre deux heures et deux heures trente minutes.

4.2.5. Analyse des résultats du deuxième volet de la recherche

Les données issues des entretiens individuels ont été analysées selon une approche inductive, à l'aide de la méthode d'analyse de contenu inspirée de Thomas (2006), qui comprend quatre grandes étapes ; préparation des données brutes, lecture approfondie, identification des premières catégories, réduction des catégories.

La définition de l'analyse inductive tel que défini par Blais et Martineau (2006) est adoptée dans cette thèse. Il s'agit d'« un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, [...] et qui s'appuient sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes » (p.3).

L'analyse était guidée par la deuxième question de recherche, qui comprend la compréhension de l'impact de l'innovation chez des travailleurs âgés de 55 ans et plus.

Les quatre étapes, telles que décrites par Blais et Martineau, ont été réalisées de la manière suivante : 1) préparation des données : les verbatim des enregistrements des entretiens individuels ont été transcrits mot-à-mot dans un format commun. Chaque entretien était transcrit dans un document distinct, en Arial, 12 points, double interligne ; 2) lecture approfondie : les textes, prêts pour l'analyse, ont été imprimés et lus à plusieurs reprises afin de se familiariser en profondeur avec le contenu. Les notes de recherche prises lors des rencontres ont été ajoutées en marge des documents, aux endroits pertinents, afin de permettre une vue d'ensemble des données recueillies ; 3) identification des premières catégories : les segments de texte porteurs de sens ont été identifiés comme étant des unités de sens. Des catégories ont été créées pour chaque unité porteuse d'un nouveau sens et une étiquette (mot ou courte phrase) décrivant cette catégorie a été créée. Ces catégories ont été colligées à la main dans une grille d'analyse, au gré de plusieurs lectures du texte ; et 4) réduction des catégories : à l'intérieur de chaque catégorie, des sous-catégories ont été identifiées et des extraits de verbatim ont été relevés afin d'obtenir des extraits de texte illustrant adéquatement les catégories retenues. Enfin, certaines catégories, avec une signification similaire, ont été fusionnées. Finalement, les catégories ont été mises en perspective les unes par rapport aux autres, afin de cerner les liens entre elles (réseau de concepts).

4.2.6. Considérations éthiques et de rigueur scientifique pour le deuxième volet de la recherche

4.2.6.1. Dimensions éthiques

Tout comme pour le premier volet de la recherche, le certificat éthique obtenu auprès de l'institution universitaire et le CIUSS encadrant la recherche couvraient l'enregistrement des entretiens individuels, la conservation des données de recherche sous clé et dans un dossier informatique protégé par mot de passe, la destruction des documents deux ans après la recherche et l'attention portée à la confidentialité des participants (une copie du consentement éthique est disponible à l'annexe IV). Le formulaire de consentement a été présenté et expliqué aux participants à la fin de la quatrième rencontre de groupe des

enquêtes en psychodynamique du travail et les participants ont eu accès à la copie papier du document afin de la lire et la signer s'ils étaient en accord avec son contenu. En début d'entretien, un moment était alloué pour reprendre les éléments du formulaire de consentement et clarifier certains aspects au besoin afin de favoriser une participation libre et éclairée. Entre autres, les risques d'un malaise à traiter des éléments de la vie privée et du phénomène de vieillissement étaient abordés et la possibilité de ne pas répondre à une question, ou encore de cesser l'entretien étaient réitérés.

Puisque l'entretien individuel semi-dirigé est une conversation entre le chercheur et le participant, certaines considérations éthiques entourant cet échange ont aussi été prises en compte. Imbert (2010) explique que l'établissement d'une relation de confiance avec le participant lors d'un tel entretien est intimement lié à l'empathie dont fera preuve le chercheur lors de ce moment de partage. C'est cette empathie qui doit être mise de l'avant avec prudence par le chercheur, afin de respecter la « juste distance » et le sens critique. Ainsi, au moment de la recherche, une attention particulière a été portée tant au ton de la conversation menée, qu'aux réponses offertes au participant et qu'au mode de communication non verbale. Ainsi, un équilibre entre une approche respectueuse et une distance professionnelle a été recherché.

4.2.6.2. Dimensions de scientificité

Afin de favoriser la validité de l'analyse des résultats selon une approche inductive, la posture mise de l'avant par Blais et Martineau (2006), reprise de Thomas (2006), a été adoptée dans cette thèse :

« Bien que l'analyse soit influencée par les objectifs de recherche au départ, les résultats proviennent directement de l'analyse des données brutes et non pas à partir de réponses souhaitées par le chercheur. Ainsi, les objectifs de recherche, tels qu'ils sont formulés, fournissent un point de vue, une perspective au chercheur pour conduire l'analyse de ses données, mais ils ne constituent pas une série « d'attentes » à produire, c'est-à-dire des résultats spécifiques à obtenir « à tout prix » » (p. 5).

De plus, afin d'optimiser la rigueur de l'analyse des résultats obtenus dans les rencontres individuelles, deux méthodes ont été employées (Blais & Martineau, 2006) ; 1) validation de l'analyse par les participants : tel que mentionné précédemment, une première compréhension globale de la situation était présentée à chaque participant à la fin de l'entretien réalisé avec lui. Lors de ce moment de restitution, le participant avait la possibilité de corriger d'éventuelles erreurs dans la perception du chercheur; et 2) vérification de la clarté des catégories : après le premier codage des données brutes par le chercheur, un second chercheur (chercheur A), qui connaissait les objectifs de recherche, sans connaître les unités de sens rattachés aux catégories, a analysé un échantillon du texte brut préalablement codé. Il devait alors assigner les sections de cette portion de texte aux catégories qui ont été développées. Cela a permis de clarifier les catégories initiales et valider le codage effectué.

5. Chapitre 5- Résultats : corps de la thèse par article

Le corps de la thèse par articles est composé de trois parties distinctes : la première partie est consacrée aux résultats des quatre cas étudiés (un article par cas) pour le premier volet de la recherche. Cette partie regroupe ainsi quatre articles originaux, chacun portant sur les résultats des enquêtes en psychodynamique du travail, menées auprès de différents groupes de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux. La deuxième partie est liée au deuxième volet de la recherche et est constituée d'un article portant plus spécifiquement sur la perception qu'ont les travailleurs vieillissants de l'innovation. La troisième et dernière section présente une lecture transversale via l'analyse ergologique des résultats obtenus suite aux enquêtes en psychodynamique du travail et aux entretiens individuels. L'analyse ergologique permet de mettre en perspective les relations entre les différents pôles du travail et de comprendre comment l'innovation s'imbrique dans ces derniers et agit sur le sens du travail. Les influences de l'innovation pour l'ensemble des travailleurs rencontrés sont ensuite comparées avec à celles spécifiques aux travailleurs vieillissants.

5.1. Premier article

Cet article a été soumis à la Revue canadienne de santé mentale communautaire en octobre 2017.

L'impact d'une nouvelle approche pour intervenir auprès de clients atteints de démence sur le rapport subjectif au travail d'intervenants communautaires bénévoles

LORD, Marie-Michèle.¹, Therriault, Pierre-Yves²., Aubin, Ginette³., Desrosiers, Lyne⁴, Carbonneau, Hélène⁵

¹Candidate au doctorat en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières

^{2,3,4}Professeur régulier, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

⁵Professeur régulier au département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé : Dispenser des soins auprès de personnes atteintes de démence peut constituer un risque pour les intervenants impliqués. Entre autres, les comportements difficiles des patients, le manque de ressources et les transformations du travail peuvent avoir un impact négatif sur la santé et le bien-être de ces travailleurs. Dans l'optique de porter un regard sur l'impact d'une innovation singulière au travail, incarnée par une nouvelle approche pour intervenir auprès de cette clientèle (ARQVAP), une étude a été menée auprès de divers intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. Cet article présente les résultats d'une enquête en psychodynamique du travail, réalisée dans le cadre de cette recherche avec des intervenants communautaires bénévoles. Il débute par une description de l'innovation étudiée, pour ensuite développer sur l'impact de cette dernière sur le travail et le rapport subjectif que les bénévoles entretiennent avec leur activité. Les résultats supposent une influence de l'ARQVAP sur les sources de plaisir et de malaises au travail pour les participantes. Enfin, l'article propose une réflexion sur l'innovation,

son impact sur le capital humain d'une organisation et ouvre sur l'importance de considérer les effets de celle-ci pour les travailleurs y étant exposés.

Problématique

La qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer interpelle nombre d'acteurs : aidants, intervenants, gestionnaires. Offrir des services de santé et des services sociaux à ces personnes constitue un défi important, tant sur le plan organisationnel que pour les acteurs impliqués dans cette offre de services. Entre autres, le bien-être au travail des intervenants constitue un enjeu de taille (Chamberlain et al., 2017). Il est admis que le fait de travailler auprès de personnes présentant une démence constitue une activité à risque pour la santé mentale (Pitaud, 2007). Les sources d'épuisement chez les intervenants sont variées, mais sont souvent reliées aux comportements réactifs liés à la démence des patients, définis comme des comportements (mots, gestes, actions) qui se manifestent dans les situations d'agression (Boström et al., 2012). Dans le contexte des soins de santé, les problèmes de santé mentale au travail ont des conséquences directes tant pour l'intervenant, pour l'organisation que pour le patient et ses proches. Pour l'intervenant, en plus de porter préjudice à sa qualité de vie, au fonctionnement social et familial et à l'apport financier, les problèmes de santé mentale entraînent plus souvent qu'autrement l'exclusion volontaire ou involontaire du milieu (Kahn & Langlieb, 2003). Pour l'organisation du travail, les problèmes de santé mentale ont des effets directs sur l'efficacité, notamment en termes de coûts d'indemnisation et d'absentéisme (Henderson, Glozier & Elliott, 2005). Dans le cas du travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les problèmes de santé mentale au travail risquent d'affecter la qualité des services en raison d'un épuisement de l'intervenant (Bourbonnais, et al., 2006; Brisson Larocque & Bourbonnais, 2001), des réactions comportementales néfastes voire même de violence (Quadéri, 2004) et des mauvaises pratiques (Pitaud, 2007).

Parmi les différents facteurs externes influençant le bien-être des intervenants, la recension des écrits permet de souligner que l'organisation du travail et la transformation des pratiques utilisées pour réaliser les tâches sont pointées comme étant contraignantes pour les travailleurs (Dejours, 2013). Dans le réseau, les intervenants sont placés dans des

contextes où les tâches exigées s'accroissent alors que les ressources humaines et financières pour les réaliser diminuent (St-Arnaud et al., 2009). L'augmentation de la compétitivité, la rationalisation des effectifs, l'application confuse de modes d'organisation divers, les transformations des techniques, les fusions d'établissements et les enjeux sociaux et politiques constituent des éléments qui ont profondément transformé le monde du travail et continuent de le faire (Dewa, et al., 2009 ; Therriault, 2010). L'innovation au travail est un facteur de plus en plus présent dans les sociétés modernes (Bernier, 2014). Bien que son impact sur le travail et les organisations ait été documenté (Borins, 2013 ; Danan, et al., 2014 ; Djellal & Gallouj, 2006), son influence sur le bien-être des travailleurs a, pour sa part, été très peu explorée.

Dans l'optique de mieux comprendre comment l'innovation s'inscrit dans le travail des intervenants de secteur de la santé et des services sociaux et quel est son impact sur le bien-être des travailleurs, une étude a été menée en 2016. Le présent article vise à présenter les résultats obtenus pour un groupe d'acteurs rencontrés, soit les intervenants communautaires bénévoles (ICB).

L'intervenant communautaire bénévole (ICB)

Dans leur étude portant sur l'évolution du bénévolat au Québec, Thibault, Fortier, et Leclerc (2011) indiquent que la face du bénévolat a changé dans les dernières années. Outre un désir d'investissement qui demeure le même, les motivations à s'engager s'individualisent et les causes et les organismes servis doivent toucher le « je » et les valeurs personnelles. De plus, les bénévoles exigent maintenant d'avoir une idée clairement définie de leurs tâches, d'avoir accès aux ressources humaines d'une organisation et accès aux moyens et aux instruments nécessaires pour réussir leur action. Le travailleur bénévole rejoint d'ailleurs le travailleur rémunéré sur les points centraux de son évolution, en ce sens où il transpose maintenant le cadre du travail qu'il a connu dans son histoire singulière aux attentes qu'il a envers son action bénévole (Thibault, et al., 2011).

Selon le réseau ou l'organisme dans lequel il évolue, l'intervenant communautaire nécessite une diplomation dans le domaine d'intervention, ou encore une expérience pertinente qui permet de remplir le rôle attribué (Dumais et al., 2010). En raison de ce dernier point, l'organisation communautaire est composée d'une grande proportion d'intervenants communautaires bénévoles (ICB). La dénomination d'ICB réfère à un bénévolat formel, encadré par des conditions qui favorisent la consolidation de l'action communautaire bénévole. L'ICB remplit un mandat précis, reconnu par l'organisation et a accès à de la formation spécifique pour y parvenir. Bien que ces caractéristiques soient variables d'un milieu à l'autre, une forte proportion des intervenants communautaires associés aux réseaux de santé québécois y a accès (Doré, 1985).

Le travail des intervenants communautaires bénévoles rencontrés

L'organisme communautaire où la recherche a eu lieu s'est donné pour mission de prévenir et de soulager l'épuisement des proches aidants de personnes atteints de la maladie d'Alzheimer²⁰. Il remplit son mandat en offrant du répit, des outils de communication, de l'écoute, de la compassion et du support. Entre autres, il dispense plusieurs services tels : le répit-hébergement, le répit à domicile, une Halte-répit avec prise en charge des aidés ainsi que des services de repas, sur place ou pour apporter au domicile. Il dispose d'une installation qui est implantée dans une région rurale du Québec et qui possède quatre chambres pour accueillir temporairement des aidants et/ou des aidés de la région. Pour coordonner et offrir ces différents services l'organisme fait appel à plusieurs ICB, femmes et hommes, et il reconnaît que ces derniers représentent une ressource humaine indispensable. C'est pourquoi il leur offre un programme de formation et d'encadrement afin de les préparer et de les outiller à mieux faire face à la réalité auprès de la clientèle.

La tâche principale des ICB est de supporter les personnes à s'acquitter des obligations de la vie de tous les jours. Cette dernière peut être réalisée directement à l'installation de l'organisme, ou dans l'univers privé des aidants naturels. Ce faisant, le rôle de l'ICB est

²⁰ Dans le présent article, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est nommée l'aidé.

considéré comme utilitaire pour les aidants mais aussi complémentaire à celui des intervenants de l'organisme. Dans le contexte de la recherche, les intervenants bénévoles ont été assimilés à des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux. Bien que leur travail ne soit pas rémunéré, ce qui a été pris en compte dans l'analyse des résultats, le fait que leurs tâches sont contraintes (organisée par l'extérieur) et qu'ils évoluent sous des prescriptions limitatives sont des critères qui ont été considérés dans ce choix.

Les ICB rencontrés peuvent s'impliquer dans 10 secteurs différents, soit au répit-hébergement, à la halte-répit, au répit à domicile, au secrétariat, à l'entretien et à l'aménagement paysager, au conseil d'administration, ainsi que dans les événements et les levées de fonds ponctuelles. Chaque ICB est attiré à l'un de ces secteurs en fonction de ses intérêts et des besoins de l'organisme. Les assignations sont déterminées suite à un entretien avec un membre du personnel de l'organisme. Dans l'installation de l'organisme, les tâches sont effectuées avec d'autres ICB et des employés dans des environnements physiques considérés par ceux-ci comme agréables et confortables et dont les contraintes physiques sont déterminées et contrôlées par l'organisation du travail. Dans ce contexte, le rôle de l'ICB en est plutôt un d'assistance et de co-animation dans le but, entre autres, d'agir tel un hôte. À domicile, l'ICB exécute ses tâches seul lorsqu'il choisit cette catégorie de prestation. Ce faisant, il n'a pas le contrôle sur les contraintes physiques et doit faire avec ce qui est disponible dans l'univers privé de l'aidé. Dans ce contexte, pour réaliser ses tâches, il est appelé à utiliser des technologies déterminées par les aidants et faire des compromis en lien avec des techniques spécifiques prescrites par l'organisation du travail. Il existe des grands principes de réalisation des tâches, mais l'ICB utilise plus souvent qu'autrement son jugement pour faire face aux risques inhérents à toute situation d'activité. Face aux différents risques à la santé et la sécurité au travail et aux décisions quant aux transformations du travail, les ICB sont plutôt inscrits dans un mode passif qu'actif : leurs possibilités de participer aux décisions de l'organisation sont limitées.

Dans le concret du travail, la proximité avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer constitue une partie importante de la réalité. Les tâches à accomplir peuvent

évoluer selon le choix d'affectation. Elles peuvent varier entre celles relatives à des soins à l'aidé (par exemple : aide aux soins d'hygiène, à l'alimentation, à l'accompagnement à des rendez-vous, à la surveillance) que d'autres relatives à des services à l'aidant (par exemple : écoute, gardiennage, surveillance). La nature des tâches suppose un fort engagement avec autrui. Les qualités recherchées par l'organisation lors du recrutement des ICB sont la flexibilité, le respect, l'intégrité, la générosité, le jugement et la capacité d'adaptation.

Contexte de l'étude

Préoccupés par la qualité de vie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer et de leurs proches, quatre organismes d'une région du Québec se sont mobilisés pour développer un continuum de services centré sur l'Approche de rehaussement de la qualité de vie des aidants et de leur proche atteint de troubles de mémoire (ARQVAP). L'ARQVAP se base sur les données probantes indiquant que l'emphase mise sur les capacités résiduelles dans une perspective de psychologie positive est une approche efficace auprès de la clientèle atteinte de démence (Carbonneau, et al., 2014 ; Krumm & Tarquino, 2011; Seligman, 2013). Elle va à contre-courant du paradigme fonctionnaliste en ne se centrant non pas sur la réduction des incapacités, mais en ciblant plutôt le potentiel des personnes et les aspects positifs du rôle d'aidant (Carbonneau, Caron & Desrosiers, 2010). Elle implique que les intervenants optimisent les moments plaisants vécus avec leurs patients lorsqu'ils dispensent leurs soins (Carbonneau, Caron & Desrosiers, 2011). Cette approche de soutien a été mise de l'avant comme base à l'intervention d'un continuum de services. L'approche propose diverses activités ainsi que des outils pour mieux cibler les besoins des aidants ainsi que ceux de leur proche atteint de troubles de mémoire. Les résultats d'une étude pilote menée en 2014 afin d'apprécier l'impact de cette nouvelle approche sur le travail des intervenants ont montré que le programme proposé constitue une innovation du travail qui transforme les pratiques des intervenants. Plus spécifiquement, les résultats ont révélé que l'ARQVAP influence positivement la satisfaction et le sens que les intervenants accordent à leur tâche (Carbonneau, et al., 2014).

Le projet de recherche présenté s'inscrit dans une démarche plus large que l'étude pilote, menée auprès d'un plus grand nombre de travailleurs afin de comprendre l'impact de l'ARQVAP sur le travail des intervenants. Il visait aussi à pousser plus loin l'analyse de l'impact de l'ARQVAP, innovation singulière introduite dans un continuum de services, pour le bien-être des intervenants impliqués en première ligne auprès d'aidés et leur(s) aidant(s).

Méthodologie

L'étude réalisée a été basée sur le cadre de la psychodynamique du travail, qui a pour objet d'étudier le rapport entre le travail et la santé psychologique des travailleurs. Le cadre de référence en psychodynamique du travail pose qu'il existe un lien étroit entre l'organisation du travail et ce qu'elle génère comme sources de plaisir, de souffrance et possibilité d'équilibre psychique (Maranda, 1995 ; Therriault, Lefebvre, & Samuelson, 2015). Afin de répondre aux questions de recherche, une enquête en psychodynamique du travail, s'appuyant sur une démarche de recherche qualitative basée sur des entrevues de groupe, a été menée auprès de trois ICB travaillant au sein du même organisme communautaire. L'ensemble des ICB rencontrées étaient des femmes, deux œuvrant dans le secteur de répit-hébergement et la dernière dans celui du répit à domicile.

Conformément à la méthodologie privilégiée en psychodynamique du travail, quatre rencontres de groupe, d'une durée moyenne de trois heures chacune, ont été menées et ce, sur une période temporelle de trois mois. Suivant un cadre d'entrevue très souple, où le vécu des travailleurs et leur rapport subjectif au travail ont été explorés, les spécificités du travail d'ICB ont été documentées. Dans ces rencontres, les ICB étaient invités à prendre parole de manière spontanée. Les deux premières rencontres ont permis d'explorer les rapports de nature subjective et intersubjective que les travailleurs entretiennent avec leur travail (Dejours, 2000). Suite aux deux premières rencontres, un travail de compréhension a été réalisé par les chercheurs à partir des notes de recherche et des pistes d'enregistrement audionumériques. Cette première compréhension a été consignée au sein d'une schématisation portant sur les sources de plaisir et de souffrances vécues au travail. Ce schéma a été retourné aux travailleurs pour validation lors d'une

troisième rencontre. La dernière rencontre, celle dite de restitution, a permis de soumettre à la validation des participantes un rapport d'intercompréhension. Dans ce rapport, un regard était porté non seulement sur une compréhension du travail lui-même, mais aussi sur l'impact de l'ARQVAP sur le travail et sur le bien-être des participantes. Une particularité inhérente au rôle des ICB a été considérée dans l'analyse, soit le caractère bénévole de l'activité de travail documentée.

Résultats

Impacts de l'ARQVAP sur le travail des ICB

L'ARQVAP se veut complémentaire à l'approche relationnelle de soins et vise à favoriser des moments de bien-être psychologique partagés, car les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont à l'occasion des moments d'inquiétude ou d'anxiété qui affectent leur confort psychologique ainsi que celui de leurs aidants. Ses objectifs spécifiques sont : d'éviter l'épuisement de(s) aidant(s), de diminuer l'anxiété de l'aidé, de favoriser les relations entre l'aidé, le(s) aidant(s) et les intervenants, et enfin d'améliorer la qualité de vie de l'aidé et de(s) aidant(s).

Avant de pouvoir utiliser l'ARQVAP, les ICB ont reçu une formation spécifique portant sur la philosophie de l'approche, ses principes et ses divers outils. Cette formation était d'une durée d'une journée. Par la suite, des séances de mentorat étaient réalisées une fois par deux semaines afin de discuter de l'utilisation des outils de l'ARQVAP au quotidien. Les outils ont permis aux ICB de mieux cibler les sources potentielles de moments plaisants ainsi que les interventions les plus propices pour soutenir la qualité de vie de l'aidé et de leurs aidant(s). Les intervenants ont dû utiliser les outils auprès des aidés et des aidants dans l'exécution de leur travail quotidien. Cette utilisation était ponctuelle, « au moment jugé opportun » par les participantes. De plus, elles utilisaient l'approche pour outiller les aidants à cibler des moments propices pour vivre des bons moments avec leur proche atteint de la maladie.

Concrètement, l'approche était surtout internalisée comme un message provenant de l'organisme indiquant qu'il est important de prendre du temps pour connaître la personne

aidée, pour cibler des activités qui sont significatives pour elle (et non uniquement des activités qui sont les mêmes pour tous), pour adapter une activité aux désirs de la personne aidée et pour discuter avec les aidants. Bien que cette posture ne soit pas nouvelle dans l'organisme, l'ARQVAP vient mettre des mots sur l'approche à adopter avec la clientèle et donne de nouveaux outils pour intervenir concrètement dans cette ligne de pensée.

L'ARQVAP soutient les sources de plaisir au travail

La psychodynamique du travail définit le plaisir au travail comme une dimension individuelle qui comprend, entre autres, la confiance, la reconnaissance, la coopération, la solidarité, la convivialité. L'enquête réalisée avec les participantes a permis l'identification de trois grandes sources de plaisir associées au rôle d'ICB. L'impact de l'ARQVAP est principalement visible dans le soutien des sources de plaisir en créant des opportunités pour y avoir accès.

L'établissement d'une relation

Une première source de plaisir importante pour les participantes provient du défi de la relation qu'ils réussissent à établir auprès de l'aidé, particulièrement lorsque cette relation n'est pas gagnée d'avance, par exemple si l'aidé est à une phase plus avancée de sa maladie. Le plaisir s'installe progressivement au cours de l'établissement de cette relation en dépit de la résistance de l'aidé, et une grande fierté apparaît lorsque le rapport s'établit entre les parties de manière satisfaisante pour l'ICB. L'ARQVAP, à laquelle ils adhèrent volontiers, devient alors une source de plaisir puisqu'elle vient soutenir l'établissement et le maintien de la relation tout en permettant de valider et de justifier leur présence auprès de l'aidé ; elle donne un sens à leur intervention. Dans ce contexte, l'ARQVAP devient un moyen pour communiquer et se rapprocher de l'aidé, et donne des mots aux participantes pour décrire et partager avec l'aidant au sujet ce que l'aidé fait lorsqu'il bénéficie des services de l'organisme.

Rétribution symbolique

Les participantes expliquent que bien qu'elles n'aient pas accès à une rétribution formelle sous forme de salaire pour le travail réalisé, une seconde source de plaisir se concrétise à travers une rétribution symbolique. Cette dernière se manifeste au travers des gestes provenant de l'aidé. Cette rétribution, ou reconnaissance de leur action, se traduit par des petits gestes, des expressions parfois furtives telles obtenir un sourire, remarquer que les yeux de l'aidé brillent, recevoir un encouragement. Ces signes de reconnaissance sont des récompenses de grande valeur pour les ICB, comme l'explique une participante : « Comme bénévole, je ne peux pas recevoir de l'argent, mais je demande un sourire, du respect et des bisous de temps en temps », alors qu'une autre ajoute : « Quand la personne [l'aidé] me fait un sourire, que ses yeux et ses gestes parlent et qu'il a l'air bien, c'est ma paye ». L'ARQVAP, de par ses fondements, vient légitimer le besoin que les ICB ont de pouvoir relier leur travail aux émotions positives ressenties par les aidés. En favorisant des espaces où les moments plaisants sont potentialisés, les ICB ont d'avantage d'opportunités pour actualiser la rétribution symbolique qui les nourrit : « Avec l'ARQVAP, on me demande de prendre du temps pour vivre des beaux moments avec elle [la personne aidée], et moi c'est ce que je veux faire dans ma journée, c'est ce qui me motive à entrer le matin ».

Faire partie de l'équipe

Une troisième source de plaisir correspond au sentiment d'utilité vécu, c'est-à-dire être reconnu par l'aidant ainsi que par les membres du personnel de l'organisme qui travaillent en collaboration avec les ICB. Ceux-ci sont fiers d'œuvrer au sein de l'organisme et ils vivent un fort sentiment d'appartenance à celui-ci. Ils se perçoivent comme faisant partie d'une grande équipe. Ils croient être considérés essentiels et comme des membres à part entière, et non comme subordonnés aux intervenants rémunérés : « Je suis fière d'être impliquée ici. Je me dis que quand les personnes viennent ici, elles sont bien. L'endroit est beau, rustique et chaleureux. La nourriture est bonne et on est à l'écoute du patient. Aussi, on le suit longtemps, dans l'évolution de sa maladie. Ça rejoint mes valeurs ». Puisque l'ARQVAP a été implantée au sein d'un continuum de service,

son utilisation exacerbe le sentiment d'appartenance au réseau de la santé. Une participante le souligne : « J'utilise la même approche que les intervenants qui sont à domicile ou ceux qui sont dans les résidences et les hôpitaux. Je peux parler avec eux et échanger en utilisant les mêmes mots ». Le partage d'un vocabulaire commun est d'ailleurs un facteur d'importance pour la cohésion d'une équipe et le sentiment d'appartenance dans une organisation (Carpentier-Roy & Vézina, 2000).

L'ARQVAP soutient les sources de plaisir au travail...mais ne permet pas d'atténuer les sources de souffrance

La psychodynamique du travail (Dejours, 2013) définit la souffrance au travail comme un espace de lutte entre le bien-être et la maladie. Chez les ICB, une nuance est apportée par les participantes, qui désirent davantage parler de malaise que de souffrance. En effet, le rôle de bénévole vient ici teinter la perception subjective que les participantes entretiennent avec leur travail. Ces dernières expliquent que si souffrance il y avait, il leur serait possible de quitter facilement l'organisation. L'enquête réalisée avec les participantes a permis l'identification des principales sources de malaise liées au rôle d'ICB. L'ARQVAP ne permet pas d'éliminer les sources de souffrance mises à jour, ni de les atténuer.

Peurs inhérentes au métier

Les peurs inhérentes au métier se déploient en trois volets. Une première source de malaise réfère à la crainte exprimée en rapport avec le risque de vivre des situations d'abus, d'utilisation et de manipulation par les aidants, surtout dans le cadre d'un service à domicile. Ce secteur est jugé comme étant particulièrement à risque par les participantes, qui se trouvent alors en-dehors de la protection des employés et de l'installation de l'organisme : « Moi ce que je trouve le plus difficile c'est de sentir que la personne [l'aidant] profite de moi. Qu'il se sert de moi mais que je pourrais en fait aider quelqu'un d'autre qui en aurait plus besoin », « Il peut nous arriver n'importe quoi. Je suis toute seule chez la personne. L'aidant peut bien arriver un soir et dire que j'ai volé

60\$ dans le tiroir, mais en fait c'est la personne [l'aidé] qui ne se rappelle plus où elle l'a mis son 60\$».

La peur de perdre leur utilité auprès de l'aidé et de l'aidant est une seconde source de malaise. N'avoir plus qu'à offrir sa présence à un aidé qui a progressivement perdu ses capacités cognitives et relationnelles fait vivre un grand malaise puisque cela remet en question le rôle utilitaire des participantes. La maladie qui progresse fait que les aidés s'éloignent progressivement, n'ont plus besoin des services de l'organisme en raison de leurs trop grandes incapacités et doivent être orientés vers d'autres ressources du continuum (un centre hospitalier de soins de longue durée, par exemple). L'ARQVAP ne permet pas d'atténuer cette crainte puisqu'elle ne change pas fondamentalement le rôle de l'ICB, qui est de supporter l'aidant. Cette situation les confronte directement à leurs compétences et à leur propre existence. Si les aidés ne sont plus disponibles, l'ICB n'a plus sa raison d'être : « C'est sûr que ça fait quelque chose de voir que la personne [l'aidé] est moins capable de faire les choses et de participer. On voudrait faire plein de choses avec eux, comme l'approche [l'ARQVAP] le suggère », « On se rend compte qu'ils [les aidés] ne peuvent plus en faire autant et des fois plus du tout. On se dit que c'est normal, que c'est la maladie, qu'on va arriver à nous adapter avec le temps et grâce à l'approche [l'ARQVAP]. Mais ça ne peut pas ne pas nous atteindre. La réalité c'est que ça nous arrive de penser qu'on ne sera bientôt plus demandée pour intervenir auprès de la personne ». Cette source de malaise peut être accompagnée par le deuil de la fin d'une relation qui est difficile à accepter. La rupture de la relation avec l'aidé est souvent le résultat d'une fin abrupte, par exemple en raison d'un décès, ou lorsque l'aidé est admis en résidence avec services.

Finalement, une dernière crainte est celle de la peur d'être agressé, tant physiquement que verbalement. Tant en installation qu'à domicile, les comportements de l'aidé peuvent être très variables et s'y adapter n'est pas toujours chose facile : « Un jour, un monsieur m'a crié après et j'ai eu peur. Il était agressif et ce n'était pas la première fois. Là je n'ai pas insisté, je me suis éloignée. Après quelque temps je suis revenue vers lui. Je devais essayer de trouver un moyen pour qu'il accepte de faire des activités avec moi. C'était ma responsabilité de trouver un sujet ou une activité agréable pour lui. Malgré ma crainte,

j'ai réussi et tout était correct ». La nature du travail demande une proximité avec l'utilisateur des services et l'ARQVAP réitère l'importance de s'adapter et tenter de comprendre l'aidé au-delà des comportements difficiles dans l'optique d'établir une bonne relation avec lui.

L'échec de la relation

Lorsque la relation avec l'aidé ne fonctionne pas, c'est un sentiment d'échec qui est ressenti par les participantes. L'ICB qui s'abandonne dans une relation dans le but d'aider, espère vivement que cette relation fonctionne. Cela se traduit par une persévérance, malgré certaines situations difficiles : « Quand une situation arrive, par exemple que l'aidé ne participe pas à mon activité, je me dis que hier j'étais capable [de tisser un lien avec lui], là je ne suis pas capable. Je me dis que demain je vais être capable, sinon c'est un deuil ». L'ARQVAP n'atténue pas ce sentiment, voire l'accentue. En effet, l'approche valorise la capacité de créer un lien avec l'aidé et ses aidants. Quand l'ICB n'arrive pas à tisser ce lien, malgré l'utilisation des outils proposés par l'ARQVAP, c'est le sentiment d'avoir investi beaucoup sans succès qui envahi, tel que l'explique une participante : « Même si au départ on se doute que la relation va être difficile, on se dit ; je vais arriver à les faire changer avec le temps, ils vont apprendre à m'aimer, à me respecter, je vais les avoir. J'essaie d'utiliser les trucs qu'on m'a donné [avec l'ARQVAP]. Je mets beaucoup d'énergie. Quand ça ne fonctionne pas, ça fait mal, très mal ».

Les stratégies utilisées par les ICB pour continuer malgré la souffrance

Selon la psychodynamique du travail, les stratégies défensives sont des dispositifs mis en place par les personnes pour contenir l'angoisse et la souffrance. Les défenses sont des attitudes ou des comportements utiles à la santé mentale en aidant à résister aux agressions de l'organisation du travail ou à conjurer la peur face à certains risques du travail (Alderson, 2004). La particularité des stratégies défensives liées au travail des ICB, telles qu'elles ont été décrites dans les rencontres menées, réside dans le fait

qu'elles ne sont pas liées à des contraintes organisationnelles, en raison du caractère bénévole du travail.

Une exposition limitée aux risques

L'exposition au risque est plus grande lorsque l'ICB doit se rendre à domicile, hors de la protection de l'installation de l'organisme. Dans ce cas précis, l'exposition au risque est tempérée dès le début de la relation, puisqu'il est possible de refuser de se rendre à domicile après avoir assisté à une première rencontre avec l'aidant en présence d'un représentant de l'organisme. Une participante l'explique ainsi : « Il faut choisir son intervention. Moi, si je sens que ça ne va pas fonctionner avec la personne [l'aidant], je ne prends pas de chance et je dis non dès le début ». L'exposition aux risques peut aussi être modulée en cours de relation. Il est possible, en tout temps, de mettre ses limites et de refuser de poser certaines actions s'il est jugé que cela dépasse le mandat initial. Les participantes décident alors de ne pas se mettre à risque inutilement : « Moi, je ne vais pas faire par exprès de me mettre dans le trouble. Par exemple, je ne ferais jamais monter l'aidé dans ma voiture pour aller quelque part parce que je peux me faire poursuivre s'il arrive quelque chose. Même si l'aidant me le demande, je ne prendrais pas la chance et je dirais non. C'est épouvantable ce qui peut t'arriver sinon ».

De plus, dans l'optique de gérer l'exposition aux risques, des comportements de prudence sont employés. Les participantes expliquent que devant le comportement agressif de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, la juste insistance est une stratégie employée pour éviter une escalade. L'ICB demeure prudente, voire se détache pendant quelque temps ou quelques jours de la relation avec l'aidé. Ce temps de battement permet une diminution de la tension, tant pour les participantes qui craignent que des gestes d'agressivité soient portés à leur égard, que pour l'aidé qui paraît surchargé par les interventions posées : « On apprend à agir avec prudence avec l'aidé, dans nos gestes, dans notre attitude et on analyse sa réaction ». Par contre, un bémol est posé par les participantes, qui avouent que les risques sont souvent acceptés, voire éludés pour pouvoir poursuivre le travail. L'idéologie défensive s'installe alors : « On se lève le matin et on s'en va travailler et toutes ces choses-là [les risques] on n'y pense pas. On y pense, mais

on les oublie. On part et on fait confiance à la vie », « Maintenant en plus, nous avons les outils [de l'ARQVAP] qui vont nous permettre de vivre moins de situations où la personne est agressive envers nous ».

L'acceptation inconditionnelle, près de l'aveuglement ?

Les participantes, dans leurs relations à l'autre, s'investissent généralement de manière importante. Comme elles l'expliquent « le travail, c'est de s'abandonner dans une relation, c'est d'être là pour aider ». Dans ce contexte, malgré l'utilisation de stratégies afin de gérer l'exposition au risque, la grande majorité du temps les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas vues comme porteurs de ces risques, mais plutôt comme porteurs d'une reconnaissance possible, d'une utilité. L'image de l'aidé est alors magnifiée et il y a acceptation inconditionnelle de ses limites, voire de son comportement agressant : « Lorsqu'on est avec la personne [l'aidé], on regarde son âme, on ne regarde pas sa maladie », « Si la personne [l'aidé] est violente ou désagréable je me dis que ce n'est pas de sa faute, c'est sa maladie. J'arrive toujours à avoir du plaisir avec elle, je ne pose pas bien bien de questions. J'accepte qu'elle soit comme ça », « Quand une personne nous énerve, je me dis que sa femme [l'aidant], elle, elle l'endure toute la journée. Alors même s'il est violent ou désagréable, moi je dois seulement être auprès de lui pendant quatre heures. Je suis là pour ça. Après, sa femme va être tellement reconnaissante, et c'est ce qui me nourrit ».

L'espérance d'un toujours possible

L'espoir que dans toute situation, même les plus difficiles, l'ICB pourra tisser un lien avec l'aidé et lui apporter quelque chose qu'il n'aurait pas eu sans elle vient nourrir le sentiment d'utilité. Les participantes acceptent alors que leur rôle se réduise à une présence, mais elles rationalisent le fait que cette présence est significative : « À la fin, on ne peut plus faire beaucoup de choses. Il me reste à lui [l'aidé] tenir la main et j'espère trouver mon utilité dans ça. J'accepte d'être juste une présence ». L'ICB mise alors sur la possibilité de vivre quelques moments significatifs dans la fin de la relation avec l'aidé. Supporter son rôle jusqu'au bout, dans l'expectative d'un simple moment significatif est

ce qui permet aux participantes de maintenir leur implication malgré une détérioration de l'état de l'aidé.

Discussion - L'innovation et ses effets sur le rapport subjectif au travail

Le travail comme ICB au sein de l'organisme communautaire étudié est marqué, et cela ressort fortement des rencontres du discours des participantes, par une identité qui est construite sur la présence utilitaire à autrui. Apporter un appui, une présence, être utile pour l'aidé et les aidants sont les moteurs de l'investissement dans la relation d'aide. Ce résultat est congruent avec les travaux portant sur l'activité de bénévolat et ce qui soutient le désir d'action des personnes s'y engageant. En pratiquant le bénévolat, les bénévoles désirent en retour effectuer une tâche utilitaire qui contribuera à leur épanouissement personnel par la gratification de participer au mieux-être de leur communauté (Ferrand-Bechmann & Ferrand-Cooper, 2013). Ce résultat est aussi en cohérence avec les particularités des métiers du prendre soin, imprégnés par l'idéal du modèle vocationnel et par celui de l'idéal maternel (don, amour, responsabilité sans limite) (Benelli & Modak, 2010). Cette volonté d'utilité et de reconnaissance motive les participantes rencontrées à continuer dans des situations parfois difficiles, voir à ne pas renoncer à des relations complexes, malgré le fait qu'il serait facile, dû à leur statut de bénévole, de quitter et de se retirer. Un tel résultat laisse croire que cette possibilité réelle de quitter l'organisme est altérée par des valeurs fortes reliant les participantes à leur activité, sans qu'elles en soient nécessairement conscientes.

L'innovation étudiée cadre avec cette volonté d'être utile à l'organisation. L'ARVAP augmente même jusque dans une certaine mesure l'utilité que l'ICB croit avoir aux yeux des aidants, alors qu'il y a toujours quelque chose de possible à faire avec l'aidé et que l'ICB devient la personne qui peut soutenir ce possible. En ce sens, l'ARQVAP s'avère une innovation ayant un impact positif sur le bien-être au travail, en renforçant une source de plaisir fondamentale pour les participantes.

D'un autre côté, l'ARQVAP ne semble pas protéger les ICB rencontrées contre les malaises du travail quotidien, et il est même possible de croire que cette innovation

puisse exacerber certains aspects difficiles de la relation avec l'aidé et ses aidants. Dans l'expectative d'être en mesure de vivre des moments agréables à travers la relation, l'ICB investit l'ARQVAP et des attentes sont créées ; des attentes que les participantes ont envers elles-mêmes (être en mesure de vivre des moments agréables avec l'aidé) et des attentes chez les proches des aidés qu'elles soutiennent. Demander de s'investir davantage émotivement dans une relation, en mettant l'emphase sur l'importance de tisser des liens agréables avec son objet, semble être le danger l'approche. Danger résidant non pas dans le simple fait de prescrire l'expérience de moments significatifs et agréables, mais bien dans la possibilité d'échouer à remplir cette prescription. Qu'arrive-t-il quand le travailleur s'investit dans une relation avec l'aidé et que cette relation échoue malgré l'utilisation d'outils lui laissant croire que cette relation s'en trouvera solidifiée ? Est-ce doublement plus difficile d'échouer si cet échec ne peut plus être rationalisé par l'état du patient ou le manque de ressources ?

Finalement, en venant nourrir l'espoir du toujours possible, l'approche influence les stratégies défensives employées par les participantes. Un autre danger apparaît alors, celui de délaisser les stratégies de gestion des limites au profit d'un optimisme gonflé par une approche positiviste. Le danger s'avère préoccupant pour l'ICB, dans la perspective où certaines études ont identifié l'intimité de la relation comme un facteur de risque pour la santé des bénévoles. Par exemple, dans son article, Arveiller (2007) indique que le bénévole est exposé à différents risques à sa santé, dont celui de proximité parfois difficile à gérer : « un bénévole doit savoir qu'il engage sa personne, qu'il est relativement peu protégé et donc, qu'il a besoin de se donner des limites en accord avec ce qu'il est et ce qu'il peut supporter » (p. 65). Pour expliquer les actions des bénévoles, Arveiller (2007) utilise l'étymologie du verbe accompagner qui signifie « être en compagnie de » et affirme que dans son rapport à autrui, le bénévole partage un objet qui renvoie à une relative intimité, à une association. L'ARQVAP vient confirmer la prescription de cette relation d'intimité, vécue à travers des moments plaisants dans la relation. Bien que les participantes rencontrées soient conscientes de cette proximité et semblent déjà utiliser faiblement certaines stratégies basées sur le respect des limites,

l'aveuglement liée à l'acceptation et l'espérance d'un toujours possible sont des stratégies pouvant mettre en échec la première.

Bien que ces résultats soient spécifiques aux intervenants rencontrés, ils permettent d'amorcer une réflexion sur l'impact des innovations sur le capital humain d'une organisation. La dimension humaine de l'innovation représente un enjeu de taille dans les organisations (Defélix, Mazzilli & Gosselin, 2015). En effet, l'innovation est indissociable des acteurs qui y prennent part et Tremblay (2014) souligne qu'il est important, lorsque cette dernière est questionnée, d'adopter une vision constructiviste, c'est-à-dire de tenir compte de la façon dont différents acteurs abordent le processus d'innovation. Bien que certaines études aient documenté cette perception (Appelbaum, 2004 ; González, Miles-Touya & Pazó, 2016 ; Isabella, 1990), une analyse des écrits scientifiques a permis de constater que peu se sont intéressés à la perception spécifique des travailleurs dans ce rapport. En effet, l'enjeu de la dimension humaine de l'innovation est plutôt régulièrement analysé sous l'angle des défis d'implantation et d'appropriation par les travailleurs, plutôt que sous l'angle de son impact dans le rapport subjectif qu'entretient un travailleur avec son activité. Somme toute, les résultats de la présente recherche permettent de constater que l'utilisation de l'innovation qu'est l'ARQVAP ne transforme pas le travail de manière significative selon les participantes, mais joue d'influence sur les sources de plaisir et de souffrance au travail, ainsi que sur les stratégies défensives utilisées et donc influence le travailler.

Qui plus est, l'innovation étudiée tend à les laisser croire à une certaine invincibilité, signe d'une possible idéologie de toute-puissance. Cette perception peut amener les ICB à prendre des risques, ce qui est encouragé par l'innovation étudiée, qui privilégie l'investissement d'une relation dans un toujours possible. Ce type d'influence ne doit pas être pris à la légère par les organisations. Dans l'organisation du travail se jouent des dynamiques où les personnes sont à la fois déterminées et contraintes par des éléments structurels, sans nécessairement en être conscientes (Dejours, 2013). L'idéologie liée à la toute-puissance a déjà été documentée dans le secteur de la santé chez les médecins (Maranda, 2006), mais semble pouvoir se retrouver chez d'autres intervenants exposés à la culture innovante, dont les bénévoles.

L'innovation étudiée a d'abord été mise sur pied dans l'optique d'optimiser les services octroyés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et non pour améliorer le bien-être au travail de ceux l'employant. Tout de même, elle a eu un impact sur le sens au travail et le sens du travail des ICB rencontrées. Le premier, le sens au travail, réfère au sens que prend l'activité en elle-même dans les tâches quotidiennes. Elle est analogue à l'identité de métier, ce qui fait qu'un travailleur s'identifie à son emploi, à son titre professionnel, ou au bien et au service qu'il rend. L'ARQVAP vient appuyer le sens lié au service rendu, alors que les outils à utiliser correspondent aux valeurs auxquelles les participantes s'identifient. Le second, le sens du travail, est en lien avec l'environnement de travail, avec les conditions dans lesquelles le travail est accompli en relation avec les autres (Morin, 2010). Le sens au travail n'est pas un objet statique, il peut se transformer au fil de l'évolution personnelle du travailleur et dans le cas de l'étude présentée, sa mouvance est teintée par la façon dont l'ARQVAP renforce le message de bienveillance et de proximité avec l'aidé transmis par l'organisation qui l'endosse.

Limites de la recherche

Cet article ne permet pas, en raison du petit échantillon et de la spécificité de l'innovation étudiée, de dresser un portrait exhaustif de la perception de l'ensemble des ICB concernant l'ARQVAP, moins encore de l'innovation en général. Les résultats discutés dans cet article sont plutôt un premier pas pour encourager les organisations de travail à s'intéresser aux perceptions et aux impacts de l'innovation sur les travailleurs. De plus, le milieu communautaire étudié n'est pas assimilable à tous types de milieux bénévoles. Toutefois, le milieu ciblé était en adéquation avec les objectifs de la recherche s'intéressant à la culture d'innovation, puisque ce dernier adhère à une culture innovante.

Conclusion

Le bien-être des travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux demeure un sujet d'intérêt à ce jour (Cheng, Tsui, & Lam, 2015 ; Jones et al., 2013). Lorsqu'analysée en fonction de la psychodynamique du travail, la santé au travail repose sur l'hypothèse

d'un lien étroit entre l'organisation du travail et ce qu'elle génère comme plaisir-souffrance et équilibre psychique. La normalité ou la santé devient alors « une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire » (Dejours, 2000, p. 3). Dans une situation de travail, l'organisation du travail est ce qui structure les rapports sociaux vécus à travers des relations hiérarchiques (verticales) et entre les collègues (horizontales) (Carpentier-Roy, & Vézina, 2000). Elle porte les facteurs pouvant jouer un rôle sur l'équilibre dynamique entre les sources de plaisir et de souffrance au travail.

Cet article permet de souligner qu'une innovation de pratique, source de transformations dans une organisation, bien qu'elle n'ait pas été réfléchie initialement en ce sens, peut avoir un impact sur le sens au travail et l'équilibre psychique des travailleurs. Tel que l'indique Defélix, Mazzilli et Gosselin (2015) : « Façonner et mettre en œuvre une politique de GRH [Gestion des ressources humaines] pour l'innovation passe par la remise en cause de certaines pratiques « évidentes » et surtout par la confrontation des dimensions-clefs au contexte et à son évolution » (p.70). L'une de ces dimensions clefs pourrait concerner la perception des travailleurs, qu'ils œuvrent à titre de salariés ou de bénévoles au sein d'une organisation. Spécifiquement dans le secteur de la santé et des services sociaux, la présence d'intervenants bénévoles constitue un atout des plus importants pour les structures d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Ruault, de Peufeilhoux, & Parayre, 2009) et leur bien-être devrait être une priorité.

Références

Appelbaum E. (2004). Les incidences des nouvelles formes d'organisation du travail sur les travailleurs, Dans Murray G. et al., *L'organisation de la production et du travail : vers un nouveau modèle?*, Québec : P.U.L.

Arveiller, J.-P. (2007). *Guide du bénévole social*, Paris : Éditions Érès.

Borins S. (2013). L'innovation au sein des entreprises et du gouvernement : se tourner vers l'avenir, *Télescope: Revue d'analyse comparée en administration publique*, 19(2), 57-70.

Boström A. M., Squires J. E., Mitchell A., Sales A. E., & Estabrooks C. A. (2012). Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care, *Journal of clinical nursing*, 21(10), 1453-1465.

Bourbonnais R., Brisson C., Vinet A., Vézina M., & Lower A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital, *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5),326-334.

Benelli N., & Modak M. (2010). Analyser un objet invisible : le travail de care, *Revue française de sociologie*, 51(1), 39-60.

Bernier M. (2014). L'innovation dans les entreprises du Québec et du Canada, *Sciences, technologie et innovations en bref*, 26, 1-4.

Brisson C., Larocque B., & Bourbonnais R. (2001). Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens, *Revue Canadienne de Santé Publique*, 92(6), 460-467.

Carbonneau H., Caron C., & Desrosiers J. (2011) Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia, *Archives in gerontology and geriatrics*, 53(1), 31-39.

Carbonneau H., Caron C., & Desrosiers J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia, *Dementia*, 9(3), 327-353.

Carbonneau H., Fortier J., Therriault P-Y., Éthier S., Couturier Y., & Aubin G. (2014). Continuum de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie dans le contexte de la démence. 2e congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer, 5-7 novembre, Québec, Québec.

Carpentier-Roy MC., & Vézina M (2000). *Le travail et ses malentendus – Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec : PUL

Chamberlain S. A., Gruneir A., Hoben M., Squires J. E., Cummings G. G., & Estabrooks C. A. (2017). Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada, *International Journal of Nursing Studies*, 71, 60-69.

Cheng S. T., Tsui P. K., & Lam J. H. (2015). Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention, *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 177.

Danan J. L., Boulangé M., Coudane H., & Kanny G. (2014). De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé, *HEGEL*, 4(3), 279-286.

Defélix C., Mazzilli I. & Gosselin A. (2015). Articuler les politiques de GRH et les stratégies d'innovation : des modèles à l'épreuve des faits, *Revue de gestion des ressources humaines*, 2, 60-72.

Dejours C (2000). Travail et usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris : Bayard.

Dejours, C. (2013). Travail vivant 2 : Travail et émancipation. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Dewa C.S., Dermer F.W., Chau N., Lowrey S., Mawson S., & Bell J. (2009). Examination of factors associated with the mental health status of principles, *WORK*, 33, 439-448.

Djellal F. & Gallouj F. (2006). La relation emploi - innovation dans les services, *Travail et emploi*, 108, 44-56.

Doré G. (1985). L'organisation communautaire : définition et paradigme, *Service social*, 34(2-3), 210-230.

Dumais H., Lagacé N., Leduc J., Desmarceaux J., Julien M., Bourque D., & Panet-Raymond J. (2010). Cadre de référence communautaire, *CSSS Pierre-Boucher*, Montréal.

Ferrand-Bechmann, D., & Ferrand-Cooper, C. (2013). *Le bénévolat : au bénévole inconnu !* Paris : Dalloz - Juris éditions.

González X., Miles-Touya D. & Pazó, C. (2016). R&D, worker training and innovation : firm-level evidence, *Industry and Innovation*, 23(8), 694-712.

Henderson M., Glozier N., & Elliott K.H. (2005). Long term sickness absence: is caused by common conditions and needs managing, *British medical journal*, 330, 802-803.

Isabella L.A. (1990). Evolving interpretations as a change unfolds: How managers construe key organizational events, *Academy of Management journal*, 33(1), 7-41.

Jones M. C., Wells M., Gao C., Cassidy B., & Davie J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals, *Psycho-Oncology*, 22(1), 46-53.

Kahn J.P., & Langlieb A.M. (2003). *Mental health and productivity in the workplace: A handbook for organizations and clinicians*. San Francisco : Jossey-Bass.

Krumm C.-M. & Tarquinio C. (2011). *Traité de psychologie positive, fondements théoriques et implications pratiques*. Bruxelles : De Boeck.

Maranda, M. F. (2006). *La détresse des médecins: un appel au changement: rapport d'enquête de psychodynamique du travail*. Presses Université Laval.

Maranda M. F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail, *Santé mentale au Québec*, 20(2), 219-242.

Morin E. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens, *Gestion*, 35(3), 34-40.

Pitaud P. (2007). *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants*. Toulouse : Érès-Pratiques du champ social.

Quadéri A. (2004). Violence traumatique en gériatrie, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(42), 165-171.

Ruault G., De Peuffeilhoux A., & Parayre C. (2009). *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. Saint-Denis : ANESM

Seligman M. (2013). *S'épanouir : pour un nouvel art du bonheur et du bien-être*. Paris : Belfond.

St-Arnaud L., Fournier G., Saint-Jean M., Rhéaume J., Moore M., & Damasse J. (2009). Processus de retour au travail chez les employés du secteur privé s'étant absentes pour des raisons de santé mentale, *Regards sur le travail*, 5(2), 2-12.

Therriault P-Y. (2010). *Changements organisationnel et technologique, santé mentale et travail*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes.

Thibault A., Fortier J., & Leclerc D. (2011). *Bénévolats nouveaux, approches nouvelles*. Montréal : RABQ.

Tremblay D. G. (2014). *L'innovation technologique, organisationnelle et sociale*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.

5.2. Deuxième article

Cet article a été publié dans la revue Cahiers du travail social, Numéro 88, en décembre 2017.

Entre représentations personnelles et rapport au métier : la régulation de l'action des auxiliaires en soutien à domicile

LORD, Marie-Michèle¹, THERRIAULT, Pierre-Yves², AUBIN, Ginette³, DESROSIERS, Lyne⁴, CARBONNEAU, Hélène⁵

¹Candidate au doctorat en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières

^{2,3,4}Professeur régulier, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

⁵Professeur régulier, Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières

Le travailleur social, celui qui inscrit sa pratique dans les métiers de l'intervention sociale, œuvre au sein de divers établissements publics ou privés (dont le milieu hospitalier, les centres d'hébergement, les coopératives de soins et le domicile). La dénomination « travailleur social » regroupe divers types d'intervenant, dont les travailleurs sociaux, les auxiliaires familiales et les assistants en service social. Leurs clients sont des personnes en situation de vulnérabilité pour lesquels des plans d'intervention seront mis sur pied. Dans leurs rapports avec les clients, ces intervenants doivent se positionner, donner leurs avis, établir un protocole d'action et poser des actes.

Ces travailleurs, à travers l'accompagnement, vont peu à peu construire une représentation particulière de leurs clients. Le jugement, porté dans le social sur l'autre et sur l'action, peut être influencé par des biais d'ordre cognitifs et sociaux-affectifs. Ce jugement est lié à la relation que l'individu entretient avec le monde, avec l'action et avec

lui-même²¹. La société, quant à elle, fournit via idéologies et stéréotypes, des discours de standardisation qui sont prêts à être utilisés et auxquels l'individu s'identifie ou non²². Dans le cas d'un travail, l'identité de métier, les valeurs mises de l'avant par le champ de pratique professionnelle et celles auxquelles adhèrent l'organisation constituent aussi des facteurs d'influence.²³

De par sa dénomination, le travail social suppose des interventions sur/avec/dans le social, dans un rapport constant entre individus. Caractéristique du travail lui-même, puisque le travail est lieu de production de soi et de production de rapports sociaux²⁴, le travail social a cela de particulier qu'il prescrit et encadre la relation avec l'autre et en fait le propre de l'identité du métier²⁵. Cette prescription est sous-tendue par plusieurs principes, dont quelques-uns sont abordés ici. Tout d'abord, des idéaux qui conduisent vers les métiers de l'aide, dont la sollicitude et la bienveillance. L'offre d'une sollicitude, habituellement réservée aux proches, dirigée en vue de soutenir le client²⁶. Cette attention portée à la personne vulnérable dans la reconnaissance du droit de toute personne en situation précaire de recevoir assistance et protection. Et cette posture de bienveillance dans ce rapport à l'autre qui se trouve dans le besoin, où le respect de la dignité humaine prime et où le bonheur d'autrui est visé.

Plus spécifiquement dans le secteur de la santé, s'ajoutent l'idéologie du maintien à domicile et la culture du sur-mesure. Le travailleur doit réaliser des interventions en cohérence avec les choix de son client, en acceptant la vulnérabilité comme élément

²¹ DÉPRET É, FILISETTI L, « Juger et estimer la valeur d'autrui : des biais de jugement aux compétences sociales », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 2001, 30(3), 1-19.

²² LHUILIER D, « Christophe Dejours. Résistance et défense », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009, 1, 225-234.

²³ CLENET J, « Représentations de l'alternance : le cas des jeunes ruraux en formation alternée », *Education permanente*, 1993, 115, 129-140.

²⁴ DEJOURS C, *Travail et usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris, Bayard, 2000.

²⁵ ION J, « Travailleurs sociaux, intervenants sociaux : quelle identité de métier? », *Informations sociales*, 2009, 2, 136-142.

²⁶ BESSIN S, *Travail social de proximité : le care en question : Regard sur les pratiques des Techniciennes en Intervention Sociale et Familiale*, Tour, Institut du travail social, 2009.

indissociable de l'humanité²⁷. Il doit aussi intervenir dans l'optique de favoriser le maintien du client dans son milieu de vie²⁸.

Finalement, il y a la responsabilité sociale à plus grande portée, où le travailleur social s'emploie à promouvoir le changement social par la promotion de la justice. En plus de ces principes, le contexte de travail va, lui aussi, venir influencer le travailleur et sa pratique, tel que le décrivent les propos de Vilbrod²⁹ :

« Le travailleur social a souvent à faire aux bords du social, à ses marges. À lui d'apprendre à supporter la différence, à accueillir l'altérité. Il est aussi un interprète. Il lui revient souvent de mettre des mots sur la souffrance, sur le sentiment de non-être. [...] Comment parler de la souffrance, quels mots mettre sur l'indicible, comment nommer telle ou telle inadaptation ? Le travailleur social n'est pas qu'un porte-parole. Agissant avec des mots, il crée du réel - aucun mot n'est neutre ».

L'existence de conflits de valeur de nature professionnelle et personnelle dans la pratique du travail social a été documentée dans les écrits. Par exemple, une étude menée par Mattison³⁰ identifie la manière dont les conflits éthiques sont abordés dans le champ du travail social. Ce chercheur indique que certains travailleurs agissent dans le respect des règles institutionnelles ou des valeurs professionnelles pour prendre des décisions, alors que d'autres utilisent leur propre jugement discrétionnaire. Ce dernier est alors basé, entre autres, sur leurs valeurs personnelles du travailleur. Dans leur étude portant sur les conflits de valeur dans le travail social, Valutis et Rubin³¹ rapportent d'ailleurs que les

²⁷ DJAOUI E, Approches de la «culture du domicile», *Gérontologie et société*, 2011, 136(1), 77-90.

²⁸ ENNUYER B, *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod, 2014.

²⁹ VILBROD A, L'identité incertaine des travailleurs sociaux. Communication présentée à la journée d'étude Jeunesses(s) : tous acteurs de la Fédération des centres sociaux et socio-culturels de Bretagne et le LABERS-UBS, Lorient, France, 2015.

³⁰ MATTISON M, « Ethical decision making: The person in the process », *Social Work*, 2000, 45(3), 201-212.

³¹ VALUTIS S, RUBIN D, « Value Conflicts in Social Work: Categories and Correlates », *Journal of Social Work Values & Ethics*, 2012, 13(1), 11-24.

conflits entre les valeurs professionnelles et les valeurs personnelles sont ceux étant les plus fréquemment rencontrés chez ces professionnels.

Dans la pratique de leur métier, les travailleurs sociaux peuvent rencontrer plusieurs facteurs d'influence, de l'ordre du métier ou d'ordre personnel. Dans ce contexte, il est intéressant de questionner l'impact qu'ont leurs représentations personnelles sur les interventions. Plutôt que de questionner directement le rapport subjectif entretenu par les travailleurs avec leurs clients, rapport qui peut être infiniment variable d'un individu à l'autre, il sera plutôt question ici d'interroger le rapport subjectif qu'entretiennent les travailleurs sociaux avec leur activité de travail elle-même et ce qu'elle contient comme objets. Par le fait même seront abordés les rapports aux clients, mais seront surtout mises au jour les stratégies utilisées pour continuer de faire le travail malgré les sources de souffrance rencontrées dans la pratique de leur métier. Dévoiler ces stratégies, qui sont des dispositifs mis en place par les travailleurs pour contenir l'angoisse et la souffrance³², revient à comprendre ce qui module les actions et permet d'exposer *le pourquoi* de certains gestes posés. Seront alors abordées les questions suivantes : quelles sont les sources de plaisir et de souffrances vécues par les travailleurs du social dans le cadre de leur travail ? Quelles sont les stratégies mises en place pour faire face à la souffrance perçue et comment ces stratégies affectent-elles les décisions et les interventions ? Quels sont les points d'influence de ces stratégies ? Une étude menée auprès d'auxiliaires familiales ouvrant au sein d'une coopérative de soins à domicile (COOP) sera présentée afin d'apporter un éclairage à ces questions.

Déroulement de la recherche

Une enquête, de type qualitative, basée sur des entrevues de groupe, a été menée en 2016 auprès de cinq auxiliaires familiales qui travaillent au sein d'une même coopérative de

³² ALDERSON M, « La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques », *Santé mentale au Québec*, 2004, 29(1), 243-260.

services. L'ensemble des participants étaient des femmes. Les rencontres de groupes se sont déroulées en quatre moments, sur une période temporelle de trois mois. Deux premières rencontres, d'une durée de trois heures chacune, visaient à saisir les particularités du travail des participantes, ainsi qu'à recueillir les éléments liés au vécu au travail. Dans ces rencontres, la parole spontanée et libre était encouragée par l'utilisation de questions ouvertes. Le cadre utilisé a été développé dans l'optique de saisir les rapports de nature subjective que les travailleurs entretiennent avec leur travail³³.

Suite aux deux premières rencontres et à un travail de compréhension et d'analyse réalisé par les chercheurs, un court rapport a été présenté au groupe dans le cadre d'une troisième rencontre pour validation. Ce rapport portait sur les sources de plaisir et de souffrance vécues au travail, ainsi que sur les stratégies défensives utilisées pour faire face à ce qui fait souffrir. La dernière rencontre, celle dite de restitution, a permis de soumettre à la validation des participantes un rapport d'intercompréhension.

Résultats

Le métier d'auxiliaire familiale en soutien à domicile à la COOP

Le rôle de l'auxiliaire familiale en soutien à domicile est principalement utilitaire pour le client ou sa famille. Sa tâche principale est de supporter le client à s'acquitter des obligations de la vie de tous les jours. Cette tâche est réalisée dans l'univers privé du client, donc dans des environnements physiques présentant des contraintes sur lesquels les travailleurs ont très peu de contrôle. Pour réaliser leurs tâches, lorsque faire se peut, elles utilisent des technologies déterminées par les membres de la famille et des techniques spécifiques prescrites par l'organisation du travail (par exemple : déplacement sécuritaire des bénéficiaires, réanimation cardiorespiratoire, premiers soins). Pour chaque intervention donnée, l'auxiliaire familiale doit appliquer des règles et procédures prônées

³³ DEJOURS C, *Travail vivant 2 : Travail et émancipation*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2013.

par l'employeur. Un code de déontologie qui définit les relations à entretenir avec les utilisateurs des services a été défini par l'organisation du travail afin de maintenir un rôle professionnel. Les qualités reconnues par les participantes pour effectuer leur métier sont les suivantes : autonomie, générosité, jugement, débrouillardise, polyvalence, capacité d'adaptation.

Généralement, l'auxiliaire familiale en soutien à domicile exécute ses tâches seule auprès de son client et sa famille. Sauf pour une rencontre annuelle à laquelle ils sont invités, il n'existe pas de réunions régulières des travailleurs pour partager des informations sur le travail. De même, plusieurs transformations du travail ont été apportées dans les derniers mois sans que les travailleurs en soient informés. Cette situation est monnaie courante, alors que les auxiliaires doivent régulièrement faire face à des changements dans leur pratique (par exemple : changement de l'état de santé des clients, implantation de nouveaux programmes pour intervenir auprès des clientèles, transformations technologiques, économiques et sociales). D'ailleurs, au moment de l'enquête, une innovation venait d'être implantée dans le milieu de travail. Il s'agit d'une nouvelle approche pour intervenir auprès de la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle est basée sur les concepts de bienveillance et de confort psychologique et vise à renforcer les aspects positifs que les clients peuvent vivre au quotidien³⁴. Au moment de l'implantation de cette approche, les auxiliaires ont été formées (une demi-journée de formation et plusieurs rencontres de mentorat par la suite) afin d'utiliser des moyens concrets pour maximiser les moments agréables dans le quotidien de leurs clients présentant des atteintes cognitives. Elles ont appris à utiliser des activités significatives adaptées à intégrer lors de la réalisation de leurs interventions habituelles. De plus, elles ont été encouragées à prendre davantage de temps pour réaliser des interventions au rythme des clients, plutôt que d'axer leurs soins sur l'efficacité.

³⁴ CARBONNEAU H, CARON C, DESROSIERS J, « Développement d'un programme d'éducation au loisir adapté comme moyen de soutien aux aidants d'un proche atteint de démence », *Revue canadienne du vieillissement*, 2009, 28(2), 121-134.

De l'utilité à l'autonomie : le plaisir dans le travail des auxiliaires

L'enquête réalisée avec les participantes a permis l'identification de trois grandes sources de plaisir liées à leur travail d'auxiliaire familiale en soutien à domicile.

La première source de plaisir, fondamentale au métier et essentielle pour les participantes, est celle associée au fait de « rendre autrui heureux ». Cela s'applique particulièrement dans leur travail au quotidien et il s'agit du fondement même de la compréhension de leur rôle. Le fait de rendre autrui heureux agit en soi telle une rétribution symbolique, une nourriture pour l'âme. Le fait de poser des gestes tangibles, le fait d'agir, ou de faire pour l'autre qui est incapable, a pour conséquence d'alimenter un fort sentiment d'utilité, comme l'explique cette participante : *« c'est très valorisant et ça fait chaud au cœur d'être capable d'aider quelqu'un et d'aller chercher une émotion positive ou un sourire chez lui. C'est ce qui me motive. C'est le privilège de faire ce que je fais »*.

La seconde grande source de plaisir correspond au fait que le travail constitue en soi une source constante de nouveauté : *« nous ne faisons jamais la même chose, les tâches sont variées, jamais répétitives et nous devons souvent être créatives »* soulignent les participantes avec conviction. Le fait de pouvoir mobiliser les qualités qu'elles reconnaissent comme étant essentielles, soient les qualités de polyvalence, de débrouillardise et d'autonomie, les valorisent de façon importante. C'est pourquoi elles sont enclines à utiliser leur jugement personnel dans l'analyse des situations. Ce jugement, lié au *« comment agir auprès du client qui présente un déficit cognitif lorsque très peu de balises sont données au départ pour intervenir »*, met selon elles en évidence leur expérience et leur autonomie décisionnelle, nécessaires à l'exercice du métier.

Le nouveau programme pour intervenir auprès de la clientèle atteinte de démence est perçu aussi comme une source de plaisir. Les outils de l'approche et ses principes sont en concordance avec les valeurs personnelles et professionnelles des participantes : *« le programme est cohérent avec notre travail. Notre travail, c'est d'apporter du bonheur et le bonheur c'est large. Avec la nouvelle approche, notre employeur valide que c'est*

correct de prendre du temps pour passer un bon moment avec notre client ». Pour eux, l'approche permet d'actualiser davantage leur autonomie, soutenant aussi une grande liberté d'action auprès de l'aidé. Elles n'hésitent pas à modifier l'approche selon leur jugement : *« le programme me semble flexible. Nous n'avons pas besoin d'utiliser les outils exactement comme prévu, je peux adapter l'approche selon ce dont j'ai besoin, selon ce que je pense qui est bon pour mon client ».* L'approche n'est ainsi pas utilisée de manière rigide. L'utilisation des outils est modulée selon l'analyse réalisée par l'auxiliaire quant au besoin de son client.

Quand le travail du social fait souffrir

L'enquête réalisée avec les participantes a permis l'identification de trois principales sources de souffrance liées à leur travail d'auxiliaire familiale en soutien à domicile au sein de la COOP.

Une première correspond à la peur de l'inattendu. Cette peur est associée aux comportements imprévisibles du client atteint de démence et à l'agression toujours possible. En raison du manque de soutien provenant de leurs gestionnaires, les auxiliaires familiales en soutien à domicile rencontrées se sentent seules pour faire face aux événements et situations qui peuvent survenir lorsqu'elles sont au domicile. Autant l'autonomie est fortement valorisée, autant cette dernière peut être source de souffrance devant des situations considérées comme dépassant la capacité d'agir et mettant la sécurité en péril. Les participantes vivent régulièrement avec le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur et dans l'univers dans lequel elles agissent et évoluent. Conséquemment, elles ont l'impression qu'elles doivent toujours se débrouiller seules, même si parfois une aide serait salutaire, comme en témoigne cette participante : *« les comportements difficiles (du client) me touchent et siphonnent mon énergie. Des fois, je ne sais pas comment agir et je suis toute seule la majorité du temps, je suis toute seule devant des gros problèmes de comportement, ou devant un client avec lequel je ne sais pas quoi faire et comment le faire ».*

Le manque de communication a été identifié à de nombreuses reprises et constitue une seconde grande source de souffrance. Ces difficultés de communication sont présentes à plusieurs niveaux et cette situation renforce la tendance à agir de son propre chef devant des situations plus complexes, plutôt que d'avoir recours à une régulation provenant de l'organisation. De même, un important manque de continuité est rapporté quant au partage des informations pertinentes entre les différents intervenants en ce qui concerne le client. Cette situation implique le partage d'informations provenant du milieu de vie, des autres organismes impliqués auprès du client ainsi que des collègues de l'entreprise qui partagent une même assignation. Ce problème de communication fait vivre de l'impuissance quant aux possibilités d'amélioration de la pratique étant donné le manque d'informations disponibles et en circulation, tel que l'explique cette participante : *« il y a un grand manque d'informations sur le client avant d'aller intervenir chez lui. C'est l'inconnu total. Il y a un manque de collaboration lorsque le dossier nous est transféré, les informations sur l'état du client ne sont pas transmises par le requérant. C'est inquiétant parce que les clients peuvent avoir des besoins de plus en plus complexes et on ne sait rien, comment s'améliorer dans notre pratique et préparer nos interventions si on ne sait rien à l'avance ? »*. Finalement, aucune reconnaissance du travail accompli n'est offerte de la part des supérieurs. La communication est aussi quasi absente entre les travailleurs. Les occasions de partager leurs expériences, leurs bons coups et l'appréciation mutuelle sont extrêmement rares dans le cadre de l'organisation du travail actuel. Une participante explique : *« nous n'avons aucun lieu pour nous rencontrer, pour parler des clients, pour échanger des trucs. C'est très frustrant. On se voit seulement une fois par année pour une réunion avec toute l'équipe pour un rappel des règlements, pas pour partager nos bons coups »*. La nouvelle approche offre toutefois des mécanismes de communication entre les acteurs. En lien avec le métier, elle permet aux auxiliaires familiales en soutien à domicile œuvrant au sein de la COOP de partager un langage commun et d'échanger sur l'activité de travail. D'aborder ensemble les défis du travail et d'identifier ensemble les moyens à mettre en place pour les relever. Par contre, il est possible de questionner la pérennité de ce climat de partage et de communication, en ce sens où les rencontres formelles de mentorat prévues dans le programme sont terminées et puisque l'organisation du travail ne favorise pas de tels échanges.

Enfin, le travail auprès de l'aidé laisse des traces et comporte son lot de situations qui suscitent un état d'envahissement. Ce sentiment constitue pour les participantes une troisième grande source de souffrance. Les problèmes de mémoire et de comportement du client, l'attachement perdu, les pertes et les deuils vécus suite aux départs et aux décès affectent profondément les auxiliaires familiales en soutien à domicile au-delà du travail : *« c'est très difficile quand la personne décède, car tu as créé des liens forts avec elle. En plus, souvent, quand la personne est placée en résidence, nous n'avons plus de nouvelles et le lien est coupé sec. C'est encore plus difficile de faire notre deuil »*. Il arrive alors que les participantes transgressent leur rôle de travailleur du social et deviennent plus intimement liées à la famille du client afin de recevoir des informations qui ne lui parviendraient pas autrement. À ce moment, l'envahissement de la vie privée est encore plus grand : *« il m'est déjà arrivé des situations où mes clients ont soudainement été transférés dans un centre d'hébergement. J'ai demandé des nouvelles à la famille parce qu'au travail il est impossible d'en avoir. Je suis allée les voir dans leur centre la fin de semaine, quand je ne travaillais pas. On ne peut pas se détacher d'une personne comme ça, en criant ciseaux »*. L'envahissement se vit aussi en raison des demandes des membres de la famille du client, qui augmentent les exigences du travail. Ces demandes limitent l'autonomie dans la réalisation des tâches et poussent l'auxiliaire familiale en soutien à domicile aux limites de ses compétences. Elle devient alors un exécutant plutôt qu'un intervenant, tentant de répondre aux demandes des membres de la famille plutôt que d'axer l'intervention sur le client.

Les stratégies pour continuer à travailler malgré la souffrance

- *Un triple idéal*

Dans le cadre des services prodigués, le client est idéalisé par les auxiliaires familiales rencontrées sous la forme d'un être cher dont il faut prendre soin : *« parfois, je me dis qu'on ne devrait pas s'attacher, mais c'est impossible, ils sont trop attachants. Je suis très attaché aux personnes auprès de qui je travaille. Ce sont comme mes parents ou mes grands-parents et je me dis que je dois les traiter comme je voudrais que ma mère soit traitée »*. Puisque l'image accolée au client est celle d'un être aimé, les soins qui lui sont

offerts doivent eux aussi atteindre un idéal. Il est désiré que la personne qui vit une situation difficile et un déclin des capacités ait droit au confort et puisse envisager un avenir où ses besoins de bases seront comblés et où elle aura l'opportunité de réaliser des activités significatives. Dans cette optique, la manière dont les services sont prodigués apparait cruciale. L'auxiliaire familiale en soutien à domicile doit être en mesure de faire beaucoup plus que du gardiennage ou de la simple surveillance. Les participantes indiquent que ce qui importe, c'est de rendre le client heureux en prenant soin de lui dans la mesure où le temps de surveillance est meublé par des activités agréables. Une marge de manœuvre dans les interventions réalisées doit être possible pour pouvoir atteindre cet objectif. L'idéal d'une organisation encadrante et offrant du support, qui valorise l'intervention centrée sur le client, est ainsi constamment entretenu, malgré le fait que l'organisation du travail ne soit pas toujours en cohérence avec cette représentation. Certaines participantes, lorsqu'elles constatent que les gestes à poser auprès des clients ne sont pas en cohérence avec cet idéal, ont tendance à dépasser les prescriptions et faire ce qu'elles jugent adéquat de faire, par exemple : *« je sais que je ne devrais pas faire ça, mais parfois je sors avec la personne (le client) pour une petite sortie agréable, par exemple aller prendre une crème glacée. Je sais que c'est risqué, que mon employeur ne me demande pas de faire ça et que je n'ai pas d'assurance pour couvrir si quelque chose arrive, mais elle a bien le droit à ça, c'est les seuls petits plaisirs qui lui restent »*. Transgresser les règles de l'organisation est ainsi fait dans l'optique d'agir en cohérence avec ses valeurs professionnelles et personnelles. La nouvelle approche implantée, qui vise à vivre des moments agréables avec le client, s'inscrit dans la perspective d'un idéal de métier et semble ainsi venir renforcer la stratégie défensive de l'idéalisation, en ce sens qu'elle demande, de par ses outils et sa philosophie, d'offrir des soins axés sur un futur positif et actif pour le client.

- *Banaliser les situations difficiles et s'oublier pour atteindre l'idéal visé*

Pour tenir l'idéal de soins magnifiés dans le contexte souvent ardu du contact avec le client souffrant de démence, les auxiliaires familiales en soutien à domicile rencontrées doivent s'oublier et banaliser les situations difficiles. Cela implique que lorsque le client adopte un comportement agressif, ou déplacé, les participantes disent utiliser diverses

stratégies pour dédramatiser la situation, par exemple : *« la personne peut te dire des insultes, comme te dire que tu es une niaiseuse, même te frapper, mais on se dit que ce n'est pas de sa faute, que c'est à cause de sa maladie »*. De plus, pour continuer à donner des soins à domicile jugés de qualité, l'abnégation est nécessaire. Les participantes disent faire passer les besoins des clients avant leurs propres besoins et accepter un horaire de travail irrégulier pour combler les besoins de la clientèle : *« On s'oublie facilement. Quand tu fais ce genre de travail, tu n'es pas là pour toi, tu es là pour les autres »*.

- *Le retrait basé sur l'analyse des « besoins réels » du client*

Malgré l'abnégation et la banalisation des situations difficiles, les participantes se disent en mesure de gérer leurs limites et prendre la décision de se retirer de la relation entretenue avec le client au besoin. Elles ont le pouvoir de dire non à une demande ou une intervention et de refuser de retourner chez un client : *« parfois, je mets mes limites jusqu'à ce que je me détache et finalement, je me décolle complètement de la relation avec le client. Je fais le choix de ne plus aller chez cette personne et ce choix est respecté par mon employeur »*. Sur quels critères les participantes se basent-elles pour prendre la décision de se retirer ? Cela n'est pas unanime pour toutes les participantes, mais plusieurs d'entre elles basent cette décision sur la perception qu'un client ne mérite pas les services offerts. Par exemple, une participante explique : *« nos services de répit sont là pour aider le client qui est dans le besoin et pour soulager la famille. Si je vois que le client est assez autonome pour refaire les choses derrière moi une fois que je suis passée, par exemple refaire son ménage parce qu'il n'est pas content de comment je l'ai fait, je peux décider de ne plus lui donner des services, ou de tourner les coins ronds la prochaine fois »*. Dans le même ordre d'idée, une autre ajoute : *« si je vois que la famille s'amuse pendant que je suis là à surveiller le client, alors qu'ils auraient très bien pu le faire, je vais mettre mes limites. Par exemple, un jour je surveillais un client et je rangeais la vaisselle dans le lave-vaisselle alors que toute la famille était là à se baigner, ce n'était pas acceptable. Peut-être qu'ils avaient besoin de moi, mais je ne sentais pas que c'était le cas »*. D'autres, ayant peut-être davantage internalisé les injonctions de leur profession de relation d'aide, vont offrir leurs services en toute circonstance et mettre leurs limites dans les cas extrêmes d'agression répétées, au moment où leur sécurité est

en jeu. Cette hétérogénéité est expliquée par les participantes par le fait qu'elles ne disposent pas de lieu commun pour discuter des clients, comme l'explique cette participante : *« il m'est arrivé de décider de ne plus aller chez un client, car il ne semblait pas avoir besoin de nos services, il avait l'air de pouvoir se débrouiller seul. Mais une de mes collègues est retournée chez le même client plus tard et a continué de donner le service parce qu'elle a vu quelque chose que moi je n'avais pas constaté. Le client était plus mal en point que je croyais. Mais on ne se parle pas de nos cas, on ne partage pas nos histoires ».*

Les points d'influence du jugement dans le travail des auxiliaires familiales

Les auxiliaires familiales rencontrées ont illustré leur travail comme étant un élément fondamental de leur personnalité, de qui elles sont. Elles ont choisi cet emploi, tout en considérant que ce dernier les a aussi choisies ; c'est une vocation. De ce fait, les valeurs professionnelles sont profondément ancrées en elles et elles sont prêtes à faire bien des sacrifices, voire à se mettre à risque, pour faire leur travail comme elles pensent qu'il doit être fait et pour respecter le besoin de leurs clients avant tout. Ainsi, un point d'influence fort dans leur jugement professionnel provient majoritairement des valeurs qu'elles attribuent à leur métier, valeurs idéalisées et utilisées comme stratégies défensives devant des situations souffrantes, voire inacceptables.

L'enquête a permis de constater l'absence d'un collectif de travail dans ce métier très solitaire. La gestion individualisée, le peu de rencontres formelles et l'absence d'espaces et de moments de rencontre informels rendent difficile l'établissement de moments de partage entre travailleurs. Dans ce contexte, les outils de régulation ne peuvent être partagés, l'expertise particulière des uns ne peut être transmise aux autres et les règles de métier ne sont pas remises collectivement en débat, puisque les auxiliaires ne se retrouvent presque jamais ensemble. De plus, les stratégies défensives ne peuvent être partagées par l'ensemble des participantes. Certaines investissent ainsi complètement l'idéalisation du métier, tandis que d'autres ont plutôt tendance à porter des jugements personnels sur la validité des besoins de leurs clients. Ces jugements semblent alors reposer sur une grille de valeurs personnelles, où l'auxiliaire doit sentir que son apport et

son aide sont indispensables pour son client et sans lesquels ce dernier ne pourrait plus fonctionner. Et sur quoi repose cette analyse ? Pour les auxiliaires concernées par ce jugement dans l'établissement de leurs limites, l'analyse repose sur deux critères : tout d'abord, le client doit être en perte d'autonomie et ne plus être en mesure de faire ce que l'intervenante fait maintenant à sa place. Puis, les membres de la famille doivent bénéficier du geste professionnel posé par l'intervenante, sans lequel ils ne pourraient fonctionner aussi bien. Cette analyse relève d'une part d'une certaine objectivation de la situation, tandis que de l'autre, les émotions teintent le jugement : « *je dois sentir que je sers à quelque chose. Si je sens que je suis de trop, ou que mon travail n'est pas apprécié, même apprécié juste un peu, je ne vois pas la pertinence de continuer* ». Dans ce cas, une rétribution symbolique, vécue à travers non seulement la reconnaissance verbalisée, mais aussi à travers les émotions ressenties dans la relation d'aide, est le point d'ancrage pour décider de poursuivre l'intervention, de s'investir dans les actes posés, ou non. En dehors du dispositif d'accompagnement prescrit par l'organisation, les travailleurs apprécient l'intervention à réaliser en regard de ce qu'elle va apporter au client et selon si elle est jugée essentielle ou non.

Discussion

Les résultats obtenus dans l'enquête présentée ajoutent aux connaissances déjà accessibles en ce qui a trait au jugement professionnel dans les métiers de l'intervention sociale. En effet, plusieurs travaux ont déjà indiqué que les travailleurs sociaux investissent fortement les normes déontologiques de leur métier, ce qui tend à guider leurs actions auprès des personnes qu'ils soutiennent^{35,36}. De plus, il est reconnu que les normativités éthiques³⁷ et professionnelles sont aussi souvent prises en compte dans

³⁵ BISMAN C, « Social Work Values : The Moral Core of the Profession », *British Journal of Social Work*, 2004, 34(1), 109-123.

³⁶ BANKS S, « Critical Commentary : Social Work Ethics », *British Journal of Social Work*, 2008, 38(6), 1238-1249.

³⁷ DOYLE O, SHARI E. M, MIRZA F, « Ethical Decision-Making in Social Work : Exploring Personal and Professional Values », *Journal of Social Work Values and Ethics*, 2009, 6(1), 1-36.

l'action de ces travailleurs³⁸ et dans leur tentative de maintenir leur santé au travail³⁹. Ces éléments transparaissent dans l'analyse des résultats de l'étude présentée, qui traite elle aussi de la tendance des auxiliaires familiales à utiliser fortement les normes et valeurs de leur métier afin de guider leurs actions et se protéger contre ce qui fait souffrir dans le travail.

L'analyse des résultats apporte un éclairage peu rencontré au sein de la littérature en ce qui a trait à l'axe émotionnel-personnel dans la prise de décision des travailleurs de l'intervention sociale. En effet, dans l'optique de bien faire leur métier, au sens où elles l'entendent, les auxiliaires familiales sont prêtes à transgresser certaines règles de l'organisation pour sentir qu'elles ont rendu le client heureux, puisque cela les rend elles aussi heureuses. De plus, les auxiliaires familiales rencontrées utilisent parfois un jugement axé sur le ressenti lorsqu'elles tentent de protéger leur santé au travail. La stratégie défensive utilisée vient alors rejoindre la recherche d'une valorisation dans le travail réalisé, valorisation éprouvée à travers l'émotion. Cette constatation concorde, entre autres, avec les travaux de Richard⁴⁰ qui ont montré que les travailleurs de l'intervention sociale, même s'ils restent attachés à la déontologie professionnelle pour guider leurs activités professionnelles, cherchent à dépasser celle-ci comme unique référentiel pour juger de ce qu'il faut faire pour bien faire leur métier et pour se protéger dans l'exercice de ce dernier.

De plus, l'analyse des résultats rejoint les cadres théoriques qui indiquent qu'une prescription du travail ne peut jamais être totale lorsqu'il s'agit d'un travail qui implique des interactions humaines. C'est d'ailleurs le cas des travaux en ergologie, où cet écart est appelé des *trous de normes*. Ces trous de normes sont des espaces qui traduisent que le travail prescrit ne peut prédire tout du réel du travail. Les prescriptions ne peuvent tout

³⁸ BOUQUET B, « Le travail social à l'épreuve : face aux défis, dynamiques et reconquête de sens », *Empan*, 2007, 68, 35-42.

³⁹ BEN-ZUR H, MICHAEL K, « Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses », *Social Work in Health Care*, 2007, 45(4), 63-82.

⁴⁰ RICHARD S, « L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique », *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 2013, 19(2), 111-139.

prévoir des interactions humaines complexes et ne peuvent donner des lignes directrices claires sur le *comment faire* en toute situation⁴¹. Les auxiliaires familiales rencontrées sont effectivement souvent devant des situations pour lesquelles elles doivent mobiliser leur intelligence et leur créativité afin de réaliser l'intervention dans un contexte complexe. Leur organisation ne leur donne pas de règles claires et ne permet pas des lieux pour partager des trucs de métier.

Pour faire face à des trous de normes et à ce manque de prescription, les travailleurs doivent se donner à eux même des règles pour agir, c'est ce qui, encore une fois en ergologie, est appelé la renormalisation. Tandis qu'une partie de cette renormalisation chez les auxiliaires familiales prend en compte les prescriptions du métier, une autre semble tenir compte de valeurs personnelles. Tout d'abord, les règles issues des prescriptions du métier reposent sur des normes éthiques empruntées au métier. Cela amène les auxiliaires à magnifier le client même si ce dernier a des conduites pouvant mettre à risque leur santé. Ces règles sont produites par une société qui valorise une approche centrée sur le client et une approche antiparternaliste du soin⁴². Un exemple est la nouvelle approche qui a été implantée au moment de l'enquête et qui a été tout à fait bien acceptée par les participantes. L'implantation de ce programme avait pour cible la prise en compte de l'importance du plaisir dans la relation de soin avec une personne présentant une démence de type Alzheimer. Une telle démarche s'inscrit dans une norme sociale ; la bientraitance, mise de l'avant afin de contrer le phénomène de maltraitance qui est de plus en plus médiatisé⁴³. Cette bientraitance est alors prescrite par l'organisation et encadrée par des normes de pratique comprises dans un cadre d'intervention innovant. Le travailleur social se voit ainsi imposer une posture éthique qui doit transparaître dans ses interventions. Ces interventions, en plus d'être dépourvues

⁴¹ SCHWARTZ Y, DURRIVE L, *Manifeste pour un ergo-engagement. L'activité en Dialogues. Entretien sur l'activité humaine*, Toulouse, Editions Octarès, 2009.

⁴² LOIGNON C, BOUDREAULT-FOURNIER A, « Du paternalisme à l'encadrement bienveillant Nouveau modèle de soins », *Canadian Family Physician*, 2012, 58(11), 618-619.

⁴³ BERG N, Moreau A, Giet D, « La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société », *Rev. Med. Brux*, 26, 2005, 344-348.

de tout acte pouvant entraîner une suspicion de maltraitance, doivent être marquées par des gestes concrets de bienveillance. Or, une telle prescription a été très bien accueillie de la part des travailleurs rencontrés, qui ont l'habitude de ce genre de posture. Elle cadre avec l'idée que les auxiliaires se font de leur travail. Toutefois, même lorsque cette posture est formalisée dans une approche, cela ne semble pas garantir formellement sa mobilisation. En effet, les auxiliaires rencontrées prennent aussi en compte, dans leur négociation des trous de normes, des règles personnelles qui reposent sur l'évaluation subjective des besoins réels du client et de la rétribution qui vient avec le fait de combler ce besoin. L'issue de la renormalisation sera ainsi différente d'un travailleur à l'autre, ce qui est normal puisque chaque individu a son propre registre de valeurs. En l'absence d'un collectif de travail, l'impossibilité de se doter de règles communes peut venir creuser cet écart de perception entre les travailleurs et venir teinter de manière importante l'hétérogénéité des soins prodigués au sein d'une même organisation. Cela porte à réflexion dans un contexte social où les collectifs de travail tendent de plus en plus à disparaître au sein des organisations⁴⁴.

Conclusion

L'étude présentée a permis de mettre au jour les sources de plaisir et de souffrance vécues par les auxiliaires familiales œuvrant au sein de la COOP visée par la recherche. Ces sources s'inscrivent principalement et sans surprise dans les postures classiques de don de soi et d'aide à la personne dans le besoin. Les stratégies défensives, quant à elles, reposent sur un triple idéal ; le client sublimé, les soins magnifiés et l'idéal d'une organisation du travail encadrante qui valorise l'intervention centrée sur le client. Elles ont un impact sur le jugement des travailleurs et leurs actions posées auprès de leurs clients. La nouvelle approche proposée, qui demande de prendre du temps pour vivre des moments plaisants avec le client en plus de réaliser les interventions habituelles, est dès lors perçue très positivement alors qu'il permet aux auxiliaires de se conforter sur la

⁴⁴ MOLINIER P, « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail » *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010, 2, 99-110.

pertinence des stratégies défensives utilisées. D'un côté, ces stratégies amènent les auxiliaires à s'oublier, à banaliser des situations potentiellement à risque pour leur santé. De l'autre, elles sont utilisées pour installer une marge de manœuvre entre ce qui est prescrit par l'organisation et ce qui est jugé bon de faire et laisse la place à une appréciation personnelle des situations.

Comment offrir des mesures de contrôle concernant l'impact des perceptions individuelles sur l'évaluation du client et les soins qui lui sont offerts ? La mise sur pied d'espaces de collaboration, ici absents, est peut-être une piste à considérer, compte tenu que ces espaces sont des lieux d'apprentissage du vivre ensemble, « de l'entente » et de négociation des règles partagées qui peuvent orienter la pratique.

5.3. Troisième article

Cet article a été publié dans la revue IOSR Journal Of Humanities And Social Science dans le Volume 22, Numéro 5, en mai 2017.

The work of health auxiliaries in social services and the implementation of a new approach to intervene with clients with dementia

Marie-Michèle Lord¹, Pierre-Yves Therriault², Lyne Desrosiers³, Ginette Aubin⁴

¹(Ph.D. candidate in biomedical science, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada)

^{2,3,4}(Professor, Department of Occupational Therapy, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada)

Abstract: *The aging of the population leads to an increase in the needs for seniors who want to stay at home. In the home support business line, programs are deployed, new methods for dealing with clients are implemented, and technologies are increasingly being used to improve services offered. Although several studies focus on the factors that may have an impact on the work and health of healthcare and social service providers, few focus on home support aides. Even fewer studies talk about the impact of innovation on the work and health of these workers. The purpose of this article is to present the results of a study carried out among healthcare and social services workers in a region of Quebec, in Canada. The analysis of the results allows us to draw a picture of the sources of satisfaction and suffering associated with the practice of this profession, as well as the strategies used by the participants to cope with the suffering. Moreover, the analysis of the results leads to a reflection on innovation in this sector of activity.*

Keywords – *Health auxiliaries. Innovation. Health at work. Home support.*

INTRODUCTION

Home support for the aging population

Place where a person resides, place of belonging and object of strong emotional investment, the domicile is a constituent of the identity [1]. People develop memories in their homes, build intimacy and must be able to feel safe there [2]. This vision of the domicile, which goes well beyond the simple place of refuge, is dominant in social practices [3]. It has led to the development of a culture of home care, where it is considered preferable to allow the oldest person to stay at home and in their community rather than inciting them to resort to an accommodation institution [4]

Staying at home is not easy as of a certain age. Many types of problems can limit the daily activities of the elderly. Thus, long-term care or continuing care must be provided to enable dependent persons to continue living at home while receiving assistance [5]. In Canada, home care is defined by Health Canada as a range of services that enable clients with disabilities to live in their own homes, often with the effect of preventing, delaying or replacing acute care or long-term care.

These services are increasingly being sought, partly because of the aging of the population that is occurring in Canada and in several industrialized countries. This situation is likely to continue in the coming years, as the improvement in life expectancy is constantly leading to a steady increase in the proportion of people aged 65 and over in the population. While in 1991, 30% of seniors aged 85 and over had a need for personal assistance, this percentage was 59.7% in 2009 [6].

Services offered at home to an aging population are varied and range from treatment and health care services to personal support services. Services in support of daily and domestic activities are among the most popular [7]. For example, in 2003, 10% of Canadians aged 75 and older needed personal care assistance, while 25% needed help with household chores [8]. The majority of the services provided at home are, moreover, filled by support workers, such as personal support workers and personal care workers [6].

Transformations in the Home Care Sector

In Canada, home care programs have evolved dramatically over the past 40 years. Prior to 1970, these programs focused on acute patient care at home and were mainly organized by local community organizations. In the late 1980s, home care programs were systematized and were gradually taken up by the state, but support services were provided only to certain populations, including the frail elderly. In the early 1990s, all provinces in Canada offered home care services to a wider range of clients.

Then, in the late 1990s, the growing need for health care and social services to support the needs of the aging population resulted in a significant increase in public health expenses in Canada [9]. In an effort to rationalize costs, the front line of public sector healthcare facilities were strongly affected by a reorganization that favoured the decentralization of health care. Federal transfers to provinces and territories have resulted in the development of extended health care services, including ambulatory care and home care, as well as other long-term care such as continuing institutional care [10]. This reorganization resulted in a shift of responsibility from the state to other social actors, including the family, the community sector and the private sector. These organizational changes in care have resulted in changing roles for tens of thousands of relatives of elderly people with dementia who suddenly found themselves in a caregiving position.

To facilitate the maintenance of seniors at home and to reduce the new burden of caregivers, the programming of activities aimed at optimizing functional and psychosocial autonomy has undergone various developments [11]. During the 2000s, measures were developed and implemented by different organizations to optimize the services offered to this population. The latter were characterized mainly by the implementation of new programs and the increasing use of assistive technology, for security and surveillance functions [12].

More specifically, home care services for elderly people with cognitive problems have developed significantly in the last few years. Moving from a dominant functionalist paradigm, where the primacy is given to the reduction of disabilities, several studies now

advocate the consideration of positive psychology as a basis for intervention among elderly people with dementia. Strengthening the potential of individuals becomes central to the process. This is a true paradigm shift [13], which is part of a positive psychology perspective, by increasing the potential of individuals [14] and the positive aspects of the caregiver role [15].

Health of workers in the home support sector

Difficult working conditions experienced by home care workers have been extensively studied over the years to determine the health risks associated with their jobs. Workers in this sector are at risk of developing health problems related to the practice of their profession, particularly in regard to their psychological health. In 2015, 43.9% of the costs incurred in salary insurance for these workers were associated with mental health problems [11]. A review of the literature identified five major risk factors for the health of these workers. These factors are: (1) high physical demands [16; 17], (2) client assaults that put their mental and physical health at risk [18], (3) ethical suffering linked to a gap between the prescribed organization and the actual organization of tasks [19], (4) low social support and poor decision-making latitude [20], and (5) strong emotional demands and low recognition at work [21].

Organizational transformations in the health sector, as noted by efficiency practices and the use of modern technologies, have been documented in a few studies carried out mainly with nurses (see, for example [22]; [23]; [24]). Although these studies reveal that the reorganization of the health network has resulted in a higher level of psychological distress among the workers, few studies document the impact of such reorganization on the work and health of workers. When discussing changes and innovations in the workplace, the scientific literature focuses on management practices, administrative strategies, the quality of services rendered, and the satisfaction of the clientele being served. The impacts on the physical and mental health of staff undergoing organizational changes are much less known and explored [22]. This is what Simpson, Siguwaw and Enz [25] call the positive bias associated with innovation. It refers to the lack of an objective view of the effects of innovation in the scientific literature, where innovation in the

workplace is generally presumed desirable, without really questioning its results on work activity and its positive or negative effects on the workers' health.

Objectives of the research

As outlined in the introduction, the population is aging and many seniors require assistance in carrying out their daily and domestic activities. Home care services help to support the aging person and his or her loved ones for safe home support. These services have changed greatly over the years and innovation is very present in this sector of activity. Organizational transformations have an impact on work activity and may even have an impact on the workers' health [26]. Yet little evidence exists about the impact of innovation on the work and health of workers in the home care sector. In this context, this article aims to present the results of a study aimed at exploring the impact of an innovation on the subjective relationship maintained by home support workers with their work activity. This paper focuses on the sources of satisfaction and suffering experienced by health and social service workers working in a health unit in a Quebec sociosanitary region, as well as the strategies put in place by the latter to counter suffering at work.

METHODOLOGY

Research Design and conceptual framework

The study presented is of a qualitative nature, based on group interviews. The methodology is part of the comprehensive interpretation of qualitative research and is based on the principles of anchored theorization [27], especially from the point of view of data processing. The aim is to examine work through the workers' voices, without aiming at completeness [28].

The conceptual framework used is work psychodynamics. The latter assumes that in the organization of work, between prescribed work and actual work, dynamics are played where people are both determined and constrained by structural elements while being free and active. The analysis of these dynamics, deployed consciously or not by the workers, gives an understanding of the subjective experience of the latter in relation to their work

activities. Briefly, the basic postulates of work psychodynamics indicate that work is a place of self-production for the worker who decides to engage in it [29]. It allows, in the experience of surmountable sufferings with the aid of ingenuity and creativity, to live satisfaction in carrying out work activity. When challenges can't be overcome, because they are too important, or the worker does not have the opportunity to use his abilities, then potentially harmful suffering occurs [30]. To cope with this, the worker, either individually or with his co-workers, will develop strategies that will enable him to continue working despite the suffering elements of everyday life. Although they are protective, some defensive strategies can be harmful in the long run, since they don't really allow workers to escape from suffering, but rather make it more acceptable for a while [31]. The discovery of suffering, but most of all the awareness of defensive strategies and their adjustment as necessary, is part of a move towards improving psychological health in the workplace.

Data collection

Participants were recruited from a health care facility that provides home care to an aging population and that has recently implemented a new approach for workers working with seniors with dementia. Several types of workers participated in the research: volunteers in support of people with Alzheimer's disease and their families; social workers at home support; home support workers performing in a private service cooperative, health auxiliaries in social services working in a public health service.

In accordance with the preferred method in work psychodynamics, groups have been formed to bring together workers of the same function in a same organization structure. According to this perspective, the study aims to create an environment facilitating the emergence of the most authentic discussions possible on the part of the workers based on concrete experiences of work. Therefore, the investigation group is made of workers holding the same function and belonging to the same hierarchy [30]. For researchers, the worker, perceived as the bearer and producer of meaning, remains the best person to express and understand how they experience their relationship to work, sources of satisfaction and sources of difficulty [32].

The results of the group of health auxiliaries in social services are those presented in this article. The study was conducted in 2016, in four separate meetings. Each meeting, of three hours each, favoured free speech of workers on their work activity by using open questions. More specifically, the first two meetings were aimed at exploring the sources of satisfaction and suffering in the work of health auxiliaries in social services as experienced by the participants, as well as the means put in place to counter the difficult elements in work. After a first analysis of the results by the researchers, the understanding of the situation was explained to the group in the third meeting. Participants were encouraged to further develop their work, to clarify the impact of innovation on their work activity and their subjective relationship with it. Finally, the objective of the fourth meeting was the presentation of a report on the intercomprehension of the work situation, to realize a final step of the refinement of the understanding. A total of six auxiliaries participated in the study. All participants were women.

Innovation studied

At the time of the study, a new program to intervene with clients with dementia had just been implemented in the studied workplace. This program is called *Approche de rehaussement de la qualité de vie des aidants et de leurs proches atteints de démence*⁴⁵ (ARQVAP). It is based on new types of care for this kind of health problem, which aim the emotional needs and seek to provide pleasant moments for the aging person rather than only addressing physiological needs [14].

As part of the implementation of this approach, auxiliaries received half-day training on the principles of ARQVAP. Concretely, the approach involves continuing to carry out the same tasks as before, but rather than emphasizing the efficiency of care, workers must emphasize having an enjoyable experience with the client through care. To do this, the

⁴⁵ Which can be translated by: Approach to Enhancing the Quality of Life of Caregivers and their Loved one with a Memory Disorder.

auxiliaries can use different tools placed at their disposal, such as charts that identify significant activities for clients, leisure objects and teaching cards for caregivers. Unlike the other stakeholder's groups interviewed in the study, health auxiliaries in social services did not have access to mentoring to track the use of ARQVAP with clients in the field.

RESULTS

The results section is divided into five parts. The first describes the work of the health auxiliaries in social services as detailed by the participants. The next two focuses on sources of satisfaction and suffering in the workplace. The defensive strategies employed by the auxiliaries are then detailed in the fourth part and finally, the impact of innovation as perceived by the participants is presented.

The work of the health auxiliaries in social services

The home support service, which is aimed at seniors or those with a loss of autonomy, has been set up to help them stay at home. According to the participants, between 70% and 80% of the clientele are elderly people with dementia problem. In the home support service, about fifteen positions are associated with the "health auxiliaries in social services" category. Although the auxiliary group meets for one hour on the premises of the home support service on a weekly basis, they perform individually their various tasks mostly alone in their client's homes.

The facility provides life-support services associated with assistance to the general person, such as occasional sunrise or bedtime assistance, hygiene care, meal preparation and supervision during medication. Following the transformation of law environment⁴⁶, it appears that the task of auxiliaries has evolved towards the application of nursing non-

⁴⁶ The Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the field of health is a bill that contains provisions that will allow non-professionals, in certain circumstances or in certain well-identified environments, to carry out certain activities to better meet the needs of the population.

invasive type delegated activities. These activities may include changing a dry dressing, doing rectal cleansing, cleaning a stoma. According to the participants, between 90% and 95% activities carried out by the auxiliary refer to hygiene care.

In general, the tasks to be performed vary according to the assignment schedule. This schedule, called "road" by the participants, is prepared by the coordination of the home support program. The road is available, physically or virtually, one week in advance. The time reserved for a service is about 50 minutes per assignation. A typical day includes five or six assignations, sometimes seven. Time for travel from one place to another is also planned. An auxiliary can visit the same user several times a week. The qualities recognized by the participants to seriously carry out the profession of auxiliary in health and social services are the following: autonomy, generosity, judgment, resourcefulness, versatility, capacity of adaptation.

Sources of satisfaction in the work

The primary source of satisfaction, which is essential for the participants, is the one associated with establishing the helping relationship. More specifically, to build a supportive relationship that is respectful of the client's needs, his desires, but also his limits and which is focused on well-being. For the participants, it is the very basis of their understanding or apprehension of their work. Respecting the client and humanizing the care and services provided is fundamental and it is a satisfaction for them to be able to do so in their work, since the working environment in which they operate allows them to do so. As a participant explains: "At home, we act with respect. We have a lot of respect for the clients, we have a lot of humanity. We listen to them, and we go at their own pace, without rushing, without violence. That's what we love about our work, helping our client."⁴⁷

⁴⁷ In the article, the sentences in parentheses are taken from the verbatim obtained during the group interviews with the participants. Since the meetings were held in French, it is a free translation of the workers' statements, which is as faithful as possible.

To be able to keep up with their clients, auxiliaries must be able to use their judgment and adapt their interventions. The organization of work offers them this possibility and they have power in their work. This notion of power is also fundamental in the work of the participants and corresponds to the second source of satisfaction at work: power on the act posed. The auxiliaries can thus act in accordance with their own values; what they do corresponds to who they are. This power on the act is intimately linked to a real autonomy felt at work. The health auxiliaries in social services have the real power to modulate their intervention.

The third source of satisfaction is recognition. First, the recognition of clients and their loved ones on the quality of care and tasks performed at home: "The recognition of customers is very important. They are happy to see us, they say thank you. Sometimes it's only a smile that means thank you, I appreciate your work, and it's very rewarding ". Second, recognition from the employer, the team leader and from other professionals is essential. This recognition is reflected in the confidence towards the auxiliary's judgment and in the credibility of their interventions. The auxiliary's judgment is respected and the latter has access to discussions with other professionals as needed: "our intelligence is recognized", "Here we feel that we are believed, we are taken seriously", "We are not alone in front of the client's difficulties, we have a team. That's what I like about home support, it's very easy access to the team, to resources. We are taken seriously".

Sources of suffering in the work

The first source of suffering named by the participants, and the most important one, is the encroachment of work on privacy. Several auxiliaries indicated that during their career they had to make a lot of sacrifices, for example because of the work schedule (evenings, weekends, work on public holidays). Regrets are now expressed: "I often say that what I do is the most beautiful job in the world, but at the same time I say that if I had to do it again, I would not do it again", " The most hurtful is how many family vacations I sacrificed. My children reproach me for my absence when they were young. Now they are too old to want to build a close relationship with me. I have the repercussions of that today and I regret it".

Also, working in helping relationship involves a lot of situations that forces one to witness the suffering of the other, which leaves traces. A feeling of sadness, but also of helplessness when confronted with the limitations of the intervention and the resources available, constitutes a second source of suffering for the participants. Although they are aware of the limitations of their actions and the importance of maintaining this limit, residues from hard cases remain difficult to bear, as reported here: "Sometimes the home is unhealthy and we see a lot of misery. It's difficult emotionally. For example, I often see people who can't eat, are poor and hungry. It's hard. ". Another participant added: " Sometimes, we think of our clients after work, especially if we are facing a person who has many needs but the services that we can offer them are limited. ".

Then, as part of their work, auxiliaries enter the privacy of their clients. A discomfort can then be felt. The latter is not related to the intimacy of the body, but rather to the intimacy of the place. This third suffering is present when the participants feel that they are entering the personal space of the client. For example, when they must go into a client's house by themselves after ringing repeatedly, when they must find clothes in the drawers or find hygiene products in the cupboards. In this sense, a paradox is raised; the auxiliaries expressed their discomfort at the fact of entering the intimacy of the physical space of the clients, while they feel no embarrassment to share the physical intimacy of these people.

Boredom, linked to the routine nature of work, is another source of suffering identified by the participants. Carrying out the same road for a long period of time involves meeting the same clients for a long time and hearing the same stories repeatedly: "For some clients, when I enter their house, I can say in advance what they will tell me, almost word for word. They don't remember what they told me last time because of their dementia. I understand that it is not their fault, that these people can't invent new stories, but that can become heavy. "

Loneliness is also a source of suffering, especially since auxiliaries work very little with their colleagues. Despite a weekly team meeting, opportunities to share experiences, good moves, and mutual appreciation are extremely rare in the current organization of work:

"Basically, we are a group of individuals "," Meetings are not a place for exchanges. We're running, we're dizzy. Sometimes there are plenty of new clients to discuss, there's hardly any time left to talk. " Attempts to set up peer-to-peer mechanisms are not very effective, as one participant said: "The employer planned a moment at the end of the meetings to highlight the good work of another one of our colleagues. For example, an auxiliary can say that one of her colleagues did well in the week. But it is done in speed at the end of the meeting, everyone is already up and we say it shouting".

Finally, auxiliaries are aware that their role is poorly understood and little socially recognized. Although they can be proud of their work and are conscious of bringing something essential to society, this lack of recognition and the judgment of others may be suffering, as one participant explained: " Our job is not a highly socially valued job. I often hear others say; it's disgusting, you always have your hands in the pooh and your job is to wash the buttocks...I realize that people don't know and they don't understand that what we do is much more than that "

Defensive strategy used to deal with suffering.

Health auxiliaries in social services use defensive strategies, which are devices put in place by workers to contain anxiety and suffering.

A first strategy shared by the participants is "Putting their limits". The latter is defined according to two operating modes. The first is to tell the supervisor that it is impossible to continue working with a client. Auxiliaries use this strategy when faced with situations of danger, insalubrity or inappropriate behaviour of a client. The norms regarding the contexts where this strategy can become operationalized appeared more or less explicit. For each situation, it is up to the superior to determine if the limit has been crossed and to determine if the employee can be relieved of his task. Nevertheless, most of the time, this defensive strategy unfolds without constraint, with the assent of the organization, and the recourse to it does not in fact appear to be disputed. This strategy offers them a bonus recognition of the accuracy of their judgment which they say is never questioned. The auxiliary will, in most cases, be allowed to cease his activities with the client without any

doubting of his statements and without any blame or sanction: "There is a situation where I was afraid, so I shortened my care and I talked with my manager. He believed me. We are supported".

The second mode of operation of this strategy is not to put limits on commitment to a client, but rather to limit the extent of tasks performed with him. Auxiliaries must use this strategy when they are confronted with clients who ask them to perform tasks that are not covered by the service plan. For example, a shower may be asked rather than bed-bathing. Although some participants manage to set their limits, for others this strategy becomes ineffective when they witness the suffering of clients. To tolerate painful emotions when they find themselves exposed to situations of misery, these auxiliaries will use a strategy identified as "Helping in secret". This involves performing an "out-of-bounds" task in an area that goes beyond the service plan but with minimal risk to health and safety.

To cope with such suffering as helplessness in situations of extreme poverty, or the boredom caused by the repetition of the same gestures, the same exchanges with a client, certain auxiliaries claim to have to "Become heartless". This strategy consists in cutting off psychologically painful affects and in some way inhibiting humanity, as this participant explains: "We disconnects from emotions, we no longer feel anything. That allows us to continue to do our work", as well as the comments made by this one: "I tell myself that I am becoming heartless. I can't let myself be invaded by emotions all the time, it would not be functional. It's the experience that makes me put a barrier more easily".

As mentioned earlier, a paradox associated with the concept of intimacy is present in the perception that auxiliaries have of their work. Indeed, the latter involves assisting people in very intimate activities such as hygiene care of the genitals. But it is not these tasks that make the auxiliaries uncomfortable. It is rather the fact of being at the client's house, in his personal belongings. This suggests mechanisms of displacement, from the intimacy of the client's body to the intimacy of his environment.

The impact of innovation for health auxiliaries in social services

For the participants, the implementation of ARQVAP had no impact on the work. Indeed, they consider that although the foundations of the approach are consistent with the vision they have of their work, it does not bring novelty to the interventions. Moreover, they add that the arrival of ARQVAP did not bring any change in their tasks, as they mention: "We do not need the approach to live pleasant moments with our customers, it's already part of our approach, our tricks of the job. We did it before, we do it now. " Thus, the majority of participants indicated that they did not use ARQVAP in their practice.

Some auxiliaries indicate that although the concepts underlying the approach are very integrated with their work, the proposed tools can't be used in the organizational context. Indeed, working at home is not conducive to the use of tools proposed in ARQVAP, due to a lack of time and since frequent travel poses a barrier. Auxiliaries prefer to use what is already present in their clients' homes to establish the relationship (for example photo album, music).

Finally, the participants emphasized that all of them have several years of experience at work and believe that the approach could be favourable to the novices, to equip them to work in accordance with the values of the profession: " Training on the approach could be useful for young people who are starting out. We have been trying to transmit these principles for a long time when we train the new and young people who arrive. "

DISCUSSION

The work of health auxiliaries in social services involves a lot of suffering, mainly related to the overflow of the profession on the privacy and the realization of tasks with a very vulnerable clientele. This relationship implies to witness situations of precariousness for which it is not always possible to act. These results are not surprising since the literature regularly reports the distress of these professionals linked to the constant experience of pain and fragility of their clients (see, for example, [33]; [34]). Similarly, the lack of social recognition of this job is not a new fact either. Still predominantly female,

auxiliary jobs pose the problem of the naturalization of so-called feminine qualities, whose experience continues to be invisible [35].

What is quite new, first, from the analysis of the results obtained, is that the sources of satisfaction expressed by the participants are usually more a source of suffering in several studies of health care providers. In particular, the ability to act in accordance with their personal and professional values, and the recognition received by clients and the organization of work. It is thus possible to note that certain labor organizations offer conditions for the exercise of the profession that create favorable conditions for its realization. Among other things, recognition at work is fundamental to health at work [31] and passes through two types of judgment on the work done: utility essentially uttered by others on the vertical line (eg hierarchical superiors, subordinates, helpers) and the judgment of beauty, placed on the horizontal line by the peers of the same function. These forms of recognition constitute a fundamental condition for the development of self-esteem, which is essential to the construction of identity [29] and the auxiliaries encountered seem to have access to both types in the exercise of their work, although obtaining the judgment of beauty is more difficult given the aspect of loneliness in the work. Although the team meeting is one of the places to ask beauty judgment, the timing is often expeditious. This is often the case when it comes to peer recognition in organizations. An earlier study suggested that measures to support the work collectivity proved to be an avenue to promote the psychic health of family workers [36]. In the case studied, the means taken by the organization to do so are not sufficient.

Another aspect highlighted in the study that was carried out is the paradox associated with intimacy. The defensive strategy, which consists in giving an intimate character to objects and places rather than the bodies on which the care is provided, has, to our knowledge, been little discussed in the literature. Usually, the strategies used to deal with the disgust of the care are of the order of the idealization of the cared for, as being "a beautiful patient" [37]. A symbolic reconfiguration that reorders the world according to what counts to maintain a helping relationship normally linger on magnifying the diseased body or reifying the body to be healed. For the participants, the reconfiguration

rather takes place through a humanization of the objects, which is perhaps psychically less expensive to do.

The relationship with innovation

Implementing innovation in the health and social services sector is not easy. Indeed, studies show that little innovation passes the stage of experimentation and that innovative projects tend to be abandoned rapidly or to be used locally [38]. The analysis of the results of this study goes in this same direction, to the extent that even if the program is considered already part of the work, a tendency of the auxiliaries is not to integrate the material and tools available in ARQVAP in their practices. The reasons for this decision are partly due to a lack of coherence between the practical requirements of the use of the tools and the context of care delivery, which is usually a factor of importance already documented in various studies [39].

Moreover, it seems that the program implemented in the workplace, which is considered an innovation by the organization, is not considered as such by the participants. This perception appears to negatively tint their desire to adhere to the proposed approach. It would have been possible to expect that an innovation that fits with workers' practices would be welcomed by the latter. Yet, in this case, innovation is considered trivial as it dictates to the auxiliaries to act as they already do. Deemed perhaps good for novice workers, this is an unnecessary prescription for them. It is possible to question what underlies this perception. Does this perception come from the fact that some so-called innovative programs do not bring real added value and are rather implanted to look good? Considering the idealization of innovation in modern society and the imperative given to companies to adhere to the innovative culture, this would hardly be surprising. Or is this perception more linked to how innovation has been presented, proposed and taught to auxiliaries? It is pertinent here to recall that only half-day training was used as an integration measure, while for other groups of workers, regular mentoring sessions provided a link between the approach and practice on the ground. If this is the case, proposing an innovation that is coherent with the work does not seem sufficient for the

workers to adhere to it. It may be appropriate to emphasize the added value that the proposed innovation brings to work and to ensure its applicability in the work context.

CONCLUSION

This study has shed light on the little documented and often poorly understood work of family support workers. Although this study was carried out with a small number of auxiliaries, it was found that, despite certain inherent sufferings of this job, auxiliaries can derive great satisfaction from the performance of their duties, especially when they work in a context that promotes trust and offers recognition. It will be interesting to compare these results with those obtained by family auxiliaries working in a care cooperative to better understand the impact of organizational factors on this work. In terms of innovation, given that the participants felt that ARQVAP had no impact on their tasks, it was not possible to make connections between innovation and changes in the work. On the other hand, the analysis of the results led to a new track, towards the start of reflection on the idea of innovation itself and its marketing in company. Among other things, it would be interesting to see how innovation is integrated into business. Is it always prescribed and imposed by the organization of work, or is there in some cases real support for workers? Such a posture would be favorable to the health of workers.

REFERENCES

- [1] E Djaoui, Approches de la culture du domicile, *Gérontologie et société*, 1, 2011, 77-90.
- [2] A Ferrari, Habitat et espace psychique chez le sujet âgé, *Le Journal des psychologues*, 7, 2007, 47-50.
- [3] B Ennuyer, *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation* (Paris : Dunod, 2006)
- [4] E Bourdi, C. Breton and S. Plançon, Vieillir et rester à domicile, *Soins gérontologie*, 20, 1991, 36-39.
- [5] R Wilkins and J. Chen, Seniors' needs for health-related personal assistance, *Health Reports*, 10(1), 1998, 39-50.

- [6] Canadian Institute for health information, Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging.
- [7] K Chevreul, L. Com-Ruelle, F. Midy, and V. Paris, *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile* (Paris: IRDES, 20075).
- [8] Statistiques Canada (2006). Le recensement 2006: portrait de la population canadienne selon l'âge et le sexe (97-551-XWF).
- [9] A Constant, S. Petersen, C. D. Mallory and J. Major, Research synthesis on cost drivers in the health sector and proposed policy options. Rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé sur les facteurs de coût et l'efficacité du système de santé. 2011, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- [10] I. Gagnon, H. David, E. Cloutier, F. Ouellet, E. Ledoux, M. Bourdouxhe and C. Teiger, Organisation du travail et développement de stratégies protectrices: cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 4, 2003, 131-148.
- [11] MSSS (2015). Gestion de la présence au travail. Assurance salaire 2014.
- [12] B Bouchard, Recherche sur les technologies d'assistance pour le maintien domicile des personnes atteintes d'Alzheimer. *Journée de la recherche du FRQNT*, Sherbrooke, Qc, 2013.
- [13] C. Carruthers and C.D. Hood, Building a life of meaning through therapeutic recreation: The leisure and well-being model, part I, *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 2007, 276-297.
- [14] H Carbonneau, L. Fontaine, and M.A. Lussier, Approche loisir pour la clientèle avec déficits cognitifs graves: Quand la mémoire fuit, accompagner dans la tendresse (Sherbrooke: Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2004).
- [15] H Carbonneau, C.D. Caron and J. Desrosiers, Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia, *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), 2010, 31-39.
- [16] S Bédard, Lésions professionnelles en CHSLD, *Objectif Prévention*, 26(2), 2013, 30-31.
- [17] M Bigaouette, Prévenir les lésions professionnelles et améliorer la qualité du milieu de vie, *Objectif Prévention*, 34(2), 2011, 10-12.

- [18] M.S. Lachs, T. Rosen, J.A. Teresi, J.P. Eimicke, M. Ramirez, P. Silver and K. Pillemer, Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents, *Journal of general internal medicine*, 28(5), 2013, 660-667.
- [19] F Aubry and Y. Couturier, Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique, *Travailler*, 31(1), 2014, 169-192.
- [20] R Bourbonnais, N. Gauthier, M. Vézina, C. Viens, P. Durand, C. Brisson, M. Alderson, P. Bégin, and J.P. Ouellet, Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant réduire les problèmes de santé mentale liés au travail, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(2), 2005, 1-35.
- [21] F Aubry, L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec, *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 2012, 11-32.
- [22] R Bourbonnais, *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec: rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, CQRS* (Québec : Presse Université Laval, 2000).
- [23] G Cummings, L. Hayduk and C. Estabrooks, Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership, *Nursing research*, 54(1), 2005, 2-12.
- [24] A McVicar, Workplace stress in nursing: a literature review, *Journal of advanced nursing*, 44(6), 2003, 633-642.
- [25] P.M. Simpson, J.A. Siguaw and C.A. Enz, Innovation orientation outcomes: The good and the bad, *Journal of Business Research*, 59(10), 2006, 1133-1141.
- [26] P.Y. Therriault, J. Rhéaume and U. Streit, Identité de métier en péril chez des machinistes suite à des transformations organisationnelles et technologiques, *Le Travail Humain*, 67, 2004, 333-357.
- [27] B.G. Glaser and A.L. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research* (Chicago : Aldine Pub. Co, 1967)
- [28] A Honneth, *La lutte pour la reconnaissance* (Paris: CERF, 2000)
- [29] C Dejours, *Travail et usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail* (Paris : Bayard, 2000)
- [30] C Dejours, *Travail vivant 2 : Travail et émancipation* (Paris : Petite bibliothèque Payot, 2013)

[31] M Alderson, M. Saint-Jean, J. Rhéaume and I. Ruelland, Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement de se soins de longue durée soumis des changements organisationnels significatifs, *Aporia*, 3(4), 2011, 30-46.

[32] P Canouï, La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques, *InfoKara*, 18(2), 2003, 101-104.

[33] S Fanello, B. Ripault, V. Heuze, Y. Roquelaure, S. Verrier, B.A. Kandouci and D. Penneau-Fontbonne, Souffrance psychique liée au travail: étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 64(2), 2003, 70-76.

[34] G Mark and A. Smith, Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses, *British journal of health psychology*, 17(3), 2012, 505-521.

[35] G Cresson and N. Gadrey, Entre famille et métier: le travail du care, *Nouvelles questions féministes*, 23(3), 2004, 26-41.

[36] E Cloutier, H. David, L. Ledoux, M. Bourdouxhe, C. Teiger, I. Gagnon and F. Ouelette, Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile, *IRSST- rapport R-429*, 2005, 1-266.

[37] V Sadock, L'enjolivement de la réalité, une défense féminine? Étude auprès des auxiliaires puéricultrices. *Travailler*, 2, 2003, 93-106.

[38] J.L. Danan, M. Boulangé, H. Coudane and G. Kanny, De la nécessité d'innover l'émergence de pratiques innovantes en santé, *HEGEL*, 4(3), 2014, 279-286.

[39] J Smith, *Innovation technologique dans les soins de santé*. Rapport du comité permanent de la santé, 20

5.4. Quatrième article

Cet article a été publié dans la revue *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 28, Numéro 2, en octobre 2017.

Innovation et travail : quels enjeux pour les intervenants sociaux du secteur de la santé et des services sociaux ?

LORD¹, Marie-Michèle, THERRIAULT², Pierre-Yves, DESROSIERS³, Lyne, AUBIN⁴, Ginette, CARBONNEAU⁵, Hélène.

¹Candidate au doctorat en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières

^{2,3,4}Professeur régulier, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

⁵Professeur régulier, Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Le secteur de la santé et des services sociaux est traversé par une dynamique d'innovation forte. Cet article propose une réflexion sur les nouveaux enjeux qui émergent en contexte d'innovation pour les intervenants sociaux de ce secteur. Pour ce faire, les résultats d'une étude qualitative portant sur le vécu au travail d'intervenants sociaux d'un service de soutien à domicile suite à l'implantation d'une innovation sont présentés. Il sera alors possible de constater que l'innovation a un impact sur les travailleurs, entre autres en modifiant leurs sources de plaisir et de souffrances au travail.

The health and social services sector is undergoing a strong innovation dynamic. This article proposes a reflection on the new issues that emerge in this context for social workers in this sector. For this purpose, the results of a study on the work experience of social workers in a home support service following the implementation of an innovation are presented. This shows that innovation has a profound impact on workers, both in terms of their sources of pleasure and suffering experienced at work.

Introduction

En 2016, l'innovation est, plus que jamais, un objectif à atteindre pour les différents acteurs de la société canadienne puisqu'elle est devenue avec les années une « valeur fondamentale » (Gouvernement du Canada, 2016). Les innovations laissent des marques dans les organisations, transforment le rapport à la santé et au bien-être et soulèvent plusieurs questions, ainsi que de nouveaux enjeux (Ministère de la santé et des services sociaux, 2016).

Les questions entourant l'innovation sont régulièrement traitées sous l'angle des enjeux éthiques liés à l'utilisation des nouvelles technologies. Cet article propose de les analyser sous l'angle de l'impact de l'innovation sur le travail. En effet, l'innovation pourrait ne pas s'avérer sans effet sur la santé des travailleurs qui doivent composer avec de nouvelles façons de faire (Therriault, 2010). Ces derniers peuvent, en contexte de changements, être sujets à une plus grande souffrance au travail (Gagnon et *al.*, 2003 ; Kahn et Langlieb, 2003) puisque les transformations du travail entraînent parfois des impasses psychiques chez les travailleurs qui ne se sentent pas en mesure de répondre aux demandes de l'organisation (Therriault, 2010). Pour Canouï (2003), cette souffrance interpelle la réflexion et amène à se questionner sur les enjeux qu'entraînent les transformations du travail sur la santé des travailleurs.

Cet article vise à cerner les enjeux entraînés par l'innovation pour des intervenants sociaux du secteur de la santé et des services sociaux. Tout d'abord, une brève exploration du concept d'innovation et de son application dans ce secteur est proposée. Par la suite, les résultats d'une enquête auprès d'intervenants sociaux sont présentés et discutés afin de dégager les enjeux liés à l'innovation.

L'innovation

Le mot innovation provient du mot latin « *innovatio* » qui réfère au « changement » et au « renouvellement ». Pour comprendre le phénomène, il convient tout d'abord de penser l'innovation dans son sens très large, soit « un processus par lequel la valeur économique et sociale est extraite du savoir par la production, le développement et l'utilisation d'idées pour concevoir des produits, procédés et services améliorés » (Conférence Board du Canada, 2017).

Une idée ne se traduit en innovation qu'au moment où elle se matérialise en produit, ou encore en service mis en place au sein d'infrastructures, ou de nouveaux marchés émergents (Duval et Speidel, 2014).

Selon Bernier (2014), les innovations sont divisées en deux groupes : technologiques et non technologiques. Le premier groupe rassemble l'introduction sur le marché d'un bien ou d'un service nouveau ou significativement amélioré. Le second regroupe les nouvelles méthodes intégrées aux pratiques opérationnelles, les concepts jamais utilisés auparavant, ou les approches inédites. Les innovations non technologiques sont d'ailleurs les plus souvent implantées dans les entreprises et les organisations du Québec (Bernier, 2014).

Compte tenu de la place importante qu'elle prend dans la société, plusieurs réflexions portant sur l'innovation sont déjà engagées. Diverses sciences étudient l'innovation sous ses aspects positifs, notamment en mettant en exergue l'amélioration de la qualité de vie grâce à l'émergence de nouvelles technologies (Benomar et *al.*, 2016 ; Grenier, 2015 ; Ikeda et Marshall, 2016). D'autres écrits, ceux-ci plus rares, posent un regard de plus en plus critique sur le phénomène de l'innovation. Notamment, dans leur article portant sur l'innovation techno pédagogique dans le domaine de l'enseignement supérieur, Roland et Uyttebrouck (2015) déplorent que l'innovation soit perçue d'emblée comme un gage d'amélioration et que chaque nouvelle technologie semble entraîner l'oubli collectif des connaissances acquises avec la précédente. De leur côté, Simpson, Siguaw et Enz (2006) constatent un biais dans la littérature scientifique portant sur l'innovation, qu'ils nomment biais d'effet positif. Ce dernier tient au manque de vision objective des effets de l'innovation dans la littérature. Au contraire, l'innovation est généralement présumée souhaitable, sans se questionner réellement sur ses résultantes. Ils déplorent également que dans le domaine économique notamment, peu d'études portent sur les effets, positifs ou négatifs, de l'innovation sur le capital humain d'une entreprise. Une grande majorité des écrits de ce domaine s'intéressent plutôt aux meilleurs moyens de favoriser et d'implanter l'innovation en entreprise.

Innovation dans le secteur de la santé et des services sociaux

Les innovations sont très présentes depuis plusieurs années dans les secteurs de la santé et des services sociaux (Tissioui, Scouarnec et Joffre, 2016). Nombre d'entre elles sont d'ordre technologique, dont la cybersanté, la télémédecine, la télérobotique, et l'utilisation de la nanotechnologie (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, 2015). Des innovations non technologiques sont elles aussi mises en place dans le système de santé du Canada. Entre autres, ces innovations s'inscrivent dans la prestation des soins de santé, dans la formation des professionnels de la santé, de même que dans la gestion des ressources humaines (Comité permanent de la santé du Canada, 2013). Marques de l'innovation, « le secteur de la santé est un domaine caractérisé par des dynamiques de transformations complexes. [...] Ces mutations interviennent à la fois au niveau de la gouvernance, au niveau organisationnel et au cœur des métiers individuels » (Tissioui, Scouarnec et Joffre, 2016, p.22).

Selon l'idée de porter un regard objectif sur les impacts de l'innovation au travail et puisque cette dernière est présente de manière importante dans le secteur de la santé et des services sociaux, il s'avère pertinent de s'intéresser à la perception et au vécu des travailleurs de ce domaine.

Objectif

Cet article vise à objectiver les impacts, qu'ils soient positifs, négatifs, ou encore neutres, de l'innovation sur le vécu au travail. Plus spécifiquement, il présente certains résultats d'une recherche qualitative menée auprès d'intervenants sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec réalisée pour mieux comprendre dans quelle mesure une innovation peut transformer leur travail, quels sont les impacts d'une innovation sur les travailleurs qui exercent ce métier et est-ce que le travail social est traversé par de nouveaux enjeux en contexte d'innovation et si oui, de nature sont-ils.

Contexte étudié

L'étude a été menée auprès des intervenants sociaux d'un service de soutien à domicile d'une région du Québec. Elle visait l'analyse des impacts de l'implantation d'une Approche de Rehaussement de la Qualité de Vie des Aidés et leurs Proches (ARQVAP) auprès d'une

clientèle présentant un problème d'Alzheimer (Carbonneau, Caron et Desrosiers, 2011). Cette approche met de l'avant le concept de bientraitance, émergent depuis les années 2000 en gériatrie et maintenant au cœur des préoccupations de plusieurs professionnels du domaine social et de la santé (Délidot et Garrau, 2014 ; Péoc'h, 2011). Elle souligne l'importance de miser sur le potentiel des aidants et de renforcer les aspects positifs au quotidien (Carbonneau, Caron et Desrosiers, 2009). Enfin, elle propose des moyens concrets pour maximiser les moments plaisants dans le quotidien des personnes présentant des atteintes cognitives par le recours à des activités significatives adaptées. Dans ce contexte, l'activité devient prétexte à la portée de tous les intervenants pour créer un moment agréable avec l'aidé lorsqu'ils réalisent leurs interventions.

L'implantation de l'ARQVAP dans le secteur étudié constitue une innovation de type non technologique. Le programme a pour objectif initial de mieux répondre aux besoins de la clientèle desservie par la mise en place d'une nouvelle méthode intégrée aux pratiques des travailleurs, soit celle d'utiliser les outils et les concepts de l'approche auprès du client.

Méthodologie

Afin de répondre aux questions de recherche, une enquête, s'appuyant sur une démarche de recherche qualitative basée sur des entrevues de groupe, a été menée auprès de cinq intervenants sociaux qui travaillent au sein de la même organisation concernée par l'innovation.

Quatre rencontres de groupe, d'une durée de trois heures chacune, ont été menées et ce, sur une période temporelle de trois mois. Les deux premières rencontres ont permis de saisir les particularités du travail d'intervenant social en soutien à domicile, ainsi que de recueillir les éléments liés au vécu au travail suite à l'implantation de l'innovation. Ces rencontres s'appuyaient sur un cadre d'entrevue souple où la place est laissée à la parole spontanée et qui a été développé pour tenter de saisir les rapports de nature subjective et intersubjective que les travailleurs entretiennent avec leur travail (Dejours, 2000). Il pose que les travailleurs demeurent les mieux placés pour exprimer et comprendre comment se vit leur rapport au travail (Vézina, 2000). Dans les rencontres, la prise de parole libre est favorisée par une

stratégie de questionnement ouverte, focalisée sur l'exploration en groupe du vécu du travail et son analyse.

Suite aux deux premières rencontres, un travail de compréhension et d'analyse réalisé par les chercheurs à partir des notes de recherche et des pistes d'enregistrement audio numériques des rencontres a été effectué. Des hypothèses sur les sources de plaisir et de souffrances vécues au travail, ainsi que sur les impacts de l'innovation, ont été émises et retournées aux travailleurs pour validation lors de la troisième rencontre. Cette dernière a contribué à la construction d'une compréhension commune de la situation vécue par les travailleurs et des stratégies mises en place pour contrer les sources de souffrance. La dernière rencontre, celle dite de restitution, a permis de soumettre à la validation des participants un rapport d'intercompréhension.

Résultats

Le travail d'intervenant social en soutien à domicile

Le service de soutien à domicile, qui s'adresse aux personnes âgées ou à celles en perte d'autonomie, a été implanté pour aider les clients à demeurer le plus longtemps possible à domicile. Au service de soutien à domicile, une dizaine de postes, équivalent temps plein, sont associés à la catégorie « intervenant social ».

L'intervenant social du service étudié possède soit un diplôme d'études collégiales (DEC), un baccalauréat en service social (BSc) ou encore, une maîtrise en service social (MSc). Entre autres tâches, ils ont à : s'assurer que le milieu répond au bien-être biopsychosocial du client, soutenir ce dernier dans ses pertes d'autonomie, soutenir les proches, préparer les demandes de régime de protection, sensibiliser les autres professionnels à la réalité de la clientèle et faire de l'accompagnement clinique.

La charge de travail de l'intervenant social varie en fonction de la complexité de la situation vécue par le client. Selon le mode de gestion en usage au sein de l'organisation, il est attendu que la proportion du temps de travail quotidien réalisé au domicile des clients soit d'environ

35 %. Par contre, dans la réalité, les participants soulignent qu'en raison de la lourdeur administrative de leurs tâches, ils sont plutôt 20 % du temps total de travail avec les clients.

Les participants soulignent qu'il n'existe pas d'encadrement professionnel pour leur groupe. En fait, il arrive rarement qu'ils aient du temps pour discuter en équipe.

Au moment de l'implantation de l'innovation, l'ARQVAP, des modifications temporaires ont été apportées à l'horaire des travailleurs. Ces derniers devaient participer à une formation d'une demi-journée en groupe portant sur la nouvelle approche, puis prendre part à des séances de mentorat insérées dans leur horaire de travail. Ces séances, hebdomadaires pour les trois premières semaines, puis bimensuels pour les deux mois suivants, avaient comme objectifs de permettre une familiarisation avec les différents outils de l'approche et de discuter de leur mise en application sur le terrain. Les outils de l'approche sont multiples, dont une grille pour identifier des moments plaisants potentiels avec l'aidé, un arbre décisionnel sur les besoins des proches-aidants, des fiches éducatives à remettre à la famille de l'aidé et une boîte comprenant des objets à utiliser lors des rencontres à domicile (par exemple : CD de chansons traditionnelles, jeu de cartes).

L'approche transforme le travail des participants en ce sens où une fois l'étape d'implantation terminée, les participants doivent mobiliser les principes et les outils de l'ARQVAP lors de leurs interventions quotidiennes auprès du client, en plus de réaliser l'ensemble des tâches qu'ils effectuaient auparavant.

Sources de plaisir au travail

Trois sources de plaisir lié au travail d'intervenant social ont été dégagées. La première source de plaisir, fondamentale au métier et essentielle pour les participants, consiste à se sentir apprécié. Entre autres, l'intervenant social ressent du plaisir au travail lorsqu'il sent qu'il est aimé de ses collègues, les autres intervenants du service de soutien à domicile.

La seconde source de plaisir est l'autonomie dans le travail. Tout d'abord, les intervenants apprécient la latitude décisionnelle dont ils disposent pour choisir le lieu et le moment où seront réalisées les interventions. Cette autonomie est aussi associée au fait de

pouvoir actualiser leurs connaissances et habiletés pour aider autrui. Cela s'applique particulièrement dans leur travail lorsque les intervenants sont en mesure de mener des interventions en cohérence avec leurs valeurs professionnelles et selon leur vision de la profession. En ce sens, l'introduction de l'ARQVAP rejoint cette perspective. Elle modifie la vision qu'a l'intervenant de son travail, alors qu'il s'aperçoit qu'il a l'autonomie pour réaliser des interventions qui sont en cohérence avec ses valeurs.

« L'approche (ARQVAP) nous donne le droit d'être proches et d'aider le client. Je me sens comme une intervenante sociale. Je sens que j'ai maintenant le droit de faire de vraies interventions biopsychosociales. Ça me redonne la flamme de l'intervention. »

La troisième source de plaisir réfère au sentiment d'appartenance à un groupe. Les rencontres d'équipe ayant eu lieu dans le cadre de l'ARQVAP ont permis aux participants de découvrir que même lorsqu'ils se sentent seuls ou isolés, il est possible de construire avec les autres dans une perspective d'amélioration des conditions d'exécution de leur travail.

« J'ai pris goût au mentorat. Maintenant, j'ai davantage le réflexe d'aller voir une collègue pour obtenir du support. Je n'aurais pas fait ça avant. Je n'aurais pas osé, parce que je me serais sentie coupable de prendre du temps pour parler en équipe. »

Sources de souffrance ressenties par les travailleurs

La première source de souffrance qui émerge des rencontres réfère au mode de gestion adopté par l'institution. Ce mode est axé sur le contrôle et la productivité. Les cibles à atteindre, la compétition entre les services offerts par les différentes catégories de professionnels, ainsi que l'entrée de statistiques sont quelques exemples de l'incarnation de modes de contrôle du travail des intervenants. Outre le fait d'être conscient des attentes élevées de la gestion, les participants indiquent que la souffrance provient du fait d'être incapable de répondre à ces attentes et de réaliser des interventions quotidiennes tout en sachant que les cibles fixées ne seront pas atteintes. En ce sens, l'ajout de l'utilisation des outils de l'ARQVAP au travail déjà réalisé est questionné. En effet, les participants se demandent s'ils auront le temps de mobiliser les outils dans leurs interventions quotidiennes, ou si le manque de temps aura un

impact négatif sur cette utilisation. Cette crainte est d'autant plus souffrante que les intervenants croient à l'ARQVAP et aimeraient être en mesure de l'utiliser au quotidien.

« Je m'identifie aux fondements de l'approche puisqu'elle nous demande de prendre plus de temps pour créer le lien avec notre client, mais est-ce réaliste ? J'espère que oui, mais avec la lourdeur des cas et le nombre de clients à voir, je ne suis pas certain. »

La deuxième source de souffrance majeure au travail est l'isolement. Le sentiment d'être seul, de ne pas avoir d'espace pour parler du métier et pour partager avec les collègues sont des facteurs pointés comme étant très éprouvants. Les intervenants indiquent ne pas avoir ni temps donné pour des rencontres, ni groupe d'appartenance lié au métier. En ce sens, l'absence de supervision clinique constitue un exemple concret identifié par les participants. De même, sans espace physique de rencontre, il leur est impossible de créer des liens significatifs entre eux.

« Il y a deux ans, les contacts entre nous ont cessé. Nous n'avons pas de rencontres cliniques, même si on l'a demandé et même si les autres départements en ont, nous on en a pas. Nous ne prenons même pas de temps pour dîner en équipe. C'est peut-être le reflet de notre difficulté d'équipe ? »

L'ARQVAP a par contre permis de créer un espace temporaire de rencontre entre collègues, lors de son implantation, ce qui est venu amoindrir le sentiment d'isolement des intervenants sociaux.

« Les rencontres de mentorat dans le programme ont été très pertinentes. Je me suis rapprochée de mes collègues. Je me suis rendu compte que c'est important de se voir, qu'on parle ensemble, qu'on soit ensemble. »

Faire face à la souffrance

Bien qu'ils témoignent d'une souffrance liée à l'isolement, le retrait pouvait être intentionnellement choisi par les intervenants comme stratégie pour s'extraire des demandes et pour s'échapper temporairement du regard des gestionnaires.

« Il arrive souvent que je ne me rende pas au bureau pour faire mes suivis. Je les fais de ma voiture, ou de chez moi pour ne pas être dérangée, pour avancer plus vite et faire les choses à ma manière. »

En lien avec ce sentiment d'isolement, le mentorat associé à l'ARQVAP a été une sorte de révélateur sur le besoin de se regrouper et le plaisir d'échanger sur les pratiques.

« Enfin, quelque chose qui met du sens dans mon travail. ... Pour moi, isolée, retirée ... C'est venu ouvrir quelque chose de plus collectif. »

Le discours des intervenants sociaux sur leur travail s'est ainsi radicalement transformé entre le début et la fin de l'enquête.

« Une fois qu'on va être unies, on va partager un peu plus de nos pratiques et de nos connaissances personnelles, peut-être qu'on va être plus capable de revendiquer nos droits. »

Leur désir de former un collectif de travail, soit une communauté d'appartenance où les membres travaillent ensemble dans le respect de règles communes (Dejours, 2013), s'actualise à travers de nouvelles initiatives et des actions de visibilité.

« On s'est rendu compte que les autres professionnels mettent de l'avant leurs travaux dans l'espace de travail, exemple des pochettes dans le corridor pour montrer des dépliants qui parlent du rôle d'un professionnel. Mais nous, on ne le fait pas. On pourrait utiliser le babillard pour se rendre visible, pour faire de l'enseignement auprès de nos collègues. »

Discussion

Transformation du travail suite à l'innovation

En lien avec le métier, l'innovation étudiée a transformé de manière positive le travail des intervenants, non seulement au niveau de la façon dont les tâches quotidiennes doivent être

réalisées, mais aussi au niveau du sens que ces dernières prennent. Elle a en effet permis aux intervenants sociaux de consolider leur identité en réalisant des interventions qui faisaient sens pour eux, des interventions davantage centrées sur les besoins et le bien-être des clients. Une première conclusion émerge alors ; même si elle demande d'aménager différemment les tâches, l'innovation qui s'inscrit en cohérence avec les valeurs de ceux qui l'appliquent au quotidien devient favorable pour ces derniers. Ils tendent alors à investir les transformations et se les approprier.

Puis, l'innovation étudiée a favorisé la création des moments formels de rencontre entre collègues pour parler du travail, ainsi que des moments de rencontre informels. La gestion favorisant la compétition et le peu de rencontres rendait auparavant difficile l'établissement de moments de partage entre travailleurs. L'innovation a plutôt favorisé l'émergence d'un goût à prendre part à un collectif de travail, ce qui a été salutaire pour les travailleurs. Un deuxième constat apparaît ainsi : en contexte d'innovation, des espaces d'échanges formels et informels, entre collègues, doivent être possibles et aménagés. Les conditions de l'implantation des changements émanant de l'innovation peuvent alors être discutées, évaluées et tempérées par le collectif de travail. Ces espaces de collaboration et de communication sont d'ailleurs d'importance pour la santé des travailleurs puisqu'ils deviennent des lieux de régulation, de production de règles d'action ajustées au nouveau contexte de travail et aux représentations des acteurs sur l'innovation (L'Allain, Caroly et Drais, 2015).

Dans ce contexte, il devient plus facile pour l'intervenant de respecter une éthique de la responsabilité, qui exige de la prudence dans l'investissement envers le travail (Bourgeault, 2003). Cette prudence permet de peser le pour et le contre, les avantages et les inconvénients pour évaluer les visées d'une action, l'action elle-même et les moyens employés pour la mener. Une action doit pouvoir être discutée collectivement pour permettre aux intervenants de réfléchir sur ce qui est acceptable ou non et élaborer de manière créative des compromis entre la qualité du service rendu aux clients et l'efficacité demandée et toujours attendue par leurs supérieurs. La métacommunication de groupe pourrait d'ailleurs permettre de sortir d'impasses éventuelles lorsque des transformations du travail en entraînent (Anzieu, 1981).

Nouveaux enjeux vécus en contexte d'innovation

Bien que l'innovation ait été accueillie de manière favorable par les participants, il est possible de réfléchir aux enjeux que cette dernière pourrait entraîner dans la pratique des intervenants sociaux rencontrés.

Tout d'abord, elle demande l'utilisation de nombreux nouveaux outils papier (par exemple : listes à compléter, fiches à imprimer). Le paradoxe de devoir concilier une intervention de qualité avec des exigences organisationnelles élevées et un manque de temps chronique pourrait se voir renforcé par la demande d'ajouter des outils à une pratique déjà encombrée par plusieurs tâches administratives. Ce risque est d'autant plus fort que les intervenants sociaux puisent une de leur source de plaisir dans l'accomplissement d'un travail qu'ils jugent à la hauteur de leurs exigences personnelles et professionnelles. Selon Veltz (2000), la performance au travail ne dépend plus uniquement de la productivité des travailleurs, mais aussi de l'intensité de l'énergie qu'ils consacrent à accomplir leur tâche constamment transformée par l'extérieur. L'intervenant doit alors faire face à des contradictions : maintenir un rendement élevé tout en comblant la qualité demandée, s'investir et s'identifier à son métier tout en acceptant que celui-ci évolue et en s'impliquant activement dans les transformations de son travail. Ces contradictions font d'ailleurs écho aux stratégies défensives mobilisées par les intervenants sociaux. Par exemple, ceux-ci utilisent le retrait lorsqu'ils n'arrivent plus à s'investir intensément au travail, tandis qu'il demeure très important pour eux de travailler en équipe. Le risque omniprésent est ici l'impasse dans lequel ils peuvent se retrouver (Therriault, 2010). L'innovation, sans être la source première de cette impasse, peut par contre renforcer les paradoxes en place.

Enfin, un autre enjeu repose sur le poids normatif de l'innovation. Cette dernière a pour objectif louable de répondre à un besoin de la population par l'amélioration des pratiques courantes. Par contre, il peut arriver que cette action bienveillante puisse aussi faire porter le fardeau de l'actualisation d'un concept directement aux travailleurs. Par exemple, dans le cas étudié, l'innovation proposée s'inscrit dans une nouvelle norme sociale : la bientraitance.

La bientraitance vise le « bien commun » et « se positionne en compromis entre une éthique de la justice et une éthique du care en voulant faire des acteurs professionnels de l'action sociale des personnes douées de compétences morales » (Tardif, 2011, p. 4). La bientraitance est alors prescrite par l'organisation et encadrée par des normes de pratique comprises dans un

cadre d'intervention innovant. D'ailleurs, Harrison (2002), qui s'est intéressé à l'implantation de l'innovation au travail, indique que l'innovation se présente toujours « sous une forme programmée et codifiée, correspondant à un contenu normatif qui répond à des objectifs précis et ne laisse rien au hasard » (p.87). Par cette normalisation, l'intervenant social se voit ainsi imposer une posture éthique devant transparaître dans ses interventions qui, en plus d'être dépourvues de tout acte pouvant entraîner une suspicion de maltraitance, doivent être marquées par des gestes concrets de bienveillance. Par contre, sans repères éthiques clairs, cette norme bienveillante pourrait devenir un poids pour l'intervenant social. Celui-là même qui rapporte que les sources principales de souffrance au travail correspondent au manque de temps et aux contraintes liées aux décisions organisationnelles. Dans un tel contexte, l'intervenant social devant choisir entre réaliser une intervention de bienveillance qui utilise son temps d'intervention et une efficacité dans ses actions sur le terrain fera face à un dilemme.

Conclusion

Cet article visait à objectiver les impacts de l'innovation sur le vécu au travail d'intervenants sociaux du secteur de la santé et services sociaux. Les résultats de l'étude présentée permettent de constater que l'implantation d'une innovation n'est pas sans effet pour les travailleurs qui la vivent. En effet, la situation de travail étudiée était marquée, en contexte d'innovation, par un accueil positif des transformations proposées, par de nouveaux enjeux venant traverser la profession et par un collectif de travail en voie de construction. Tout d'abord, en ce qui a trait au vécu au travail, l'innovation a permis de bonifier les sources de plaisir au travail, par exemple en permettant à l'intervenant de répondre aux besoins de son client en cohérence avec ses valeurs professionnelles et en renforçant l'espoir d'un avenir meilleur. Les stratégies défensives se sont aussi avérées bonifiées par l'émergence d'un collectif de travail, et ce, grâce aux dispositifs prévus par l'innovation proposée. Par contre, l'innovation porte aussi en elle une source de souffrance potentielle, principalement si elle ajoute un fardeau pour l'intervenant pour qui les contraintes de temps sont un enjeu important et si ces derniers ne peuvent utiliser l'approche telle que désiré.

De même, peu de nouveaux enjeux pour la profession ont été relevés directement par les participants. Le caractère nouveau de l'innovation étudiée ne leur permettait peut-être pas de poser un regard macroscopique sur les transformations plus profondes du travail au moment de l'enquête. Par contre, certains enjeux ont tout de même été discutés dans cet article et portent à réflexion.

Une chose est certaine, l'innovation ne peut être dissociée des travailleurs qui y prennent part. De plus, l'innovation ne peut être réduite à une équation simpliste qui implique que nouveauté est gage d'amélioration. Cette réflexion met plutôt en lumière qu'il est essentiel de demeurer critique face à l'innovation et ses répercussions sur l'activité de travail. Entre autres, une organisation de travail désirant innover se doit de demeurer attentive aux enjeux que cette innovation soulève pour ses travailleurs.

Références

Anzieu, D. (1981). La résistance paradoxale : le cas du taureau ratiocineur. Dans D. Anzieu (dir.) *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.

Benomar, N., Castonguay, J., Jobin, M. H., et Lespérance, F. (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec*. (Rapport 2016RP09). Montréal : CIRANO.

Bernier, M. (2014). L'innovation dans les entreprises du Québec et du Canada. *Sciences, technologie et innovations en bref*, 26, 1-4.

Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92-105.

Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 18(2), 101-104.

Carbonneau, H., Caron, C.D., et Desrosiers, J. (2009). Développement d'un programme d'éducation au loisir adapté comme moyen de soutien à l'implication d'aidants d'un proche atteint de démence. *Canadian Journal on Aging*, 28(02), 121-134.

Carbonneau, H., Caron C.D., et Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), 31-39.

Comité permanent de la santé du Canada. (2013). *Innovation technologique dans les soins de santé*. Ottawa.

Conference Board du Canada. [2017]. *Innovation Defined*. Récupéré le 5 janvier 2017 : <http://www.conferenceboard.ca/cbi/innovation.aspx>

Déliot, C., et Garrau, M. (2014). Les Ambivalences de la bientraitance. Rapport de recherches sur l'émergence, la signification et les effets de la notion de bientraitance dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. Récupéré de : <https://www.agirpourlecare.com/wp-content/uploads/2015/01/D%C3%A9liot-et-Garrau-Les-Ambivalences-de-la-bientraitance-Rapport-final.pdf>.

Dejours, C. (2000). Préface. Dans M.C. Carpentier-Roy et M. Vézina (dir.), *Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Duval, M., et Speidel, K.P. (2014). *Open innovation : développez une culture ouverte et collaborative pour mieux innover*. Paris : Dundod.

Gagnon, I., David, H., Cloutier, E., Ouelette, F., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., et Teiger, C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 4(107), 131-148.

Gouvernement du Canada. [2016]. Innovations, Sciences et développement économique du Canada. *Faire du Canada un chef de file : Un programme inclusif d'innovation*. Récupéré le 10 décembre 2016 : <http://nouvelles.gc.ca/web>

Grenier, C. (2015). Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 1(15), 66-84.

Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015). *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada*. Ottawa.

Harrisson, D. (2002). Le processus d'implantation de l'innovation du travail. *Interactions*, 6(2), 85-104.

Ikeda, K., et Marshall, A. (2016). How successful organizations drive innovation. *Strategy & Leadership*, 44(3), 9-19.

Kahn, J.P., et Langlieb, A.M. (2003). *Mental health and productivity in the workplace: A handbook for organizations and clinicians*. San Francisco: Jossey-Bass.

L'Allain, C., Caroly, S., et Draï, E. (2015, septembre). *Les espaces de débat sur le travail : des ressources pour la prévention des risques dans un contexte d'innovations et d'incertitudes*. Actes du 50ème congrès international de la Société d'Ergonomie de Langue Française. Paris : Articulation performance et santé dans l'évolution des systèmes de production.

Ministère de la santé et des services sociaux. [2016]. L'éthique en santé et en services sociaux. Récupéré le 13 mars 2016 : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/lethique-en-bref/lethique-en-sante-et-services-sociaux.html>

Péoc'h, N. (2011). Bienveillance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers*, 2(105), 4-13.

Roland, N., et Uyttebrouck, E. (2015, juin). *Critique de l'innovation technopédagogique dans l'enseignement supérieur : le cas des MOOCs*. Actes du 8ème Colloque Questions de Pédagogies. Brest : ResearchGate.

Simpson, P. M., Siguaw, J. A., et Enz, C. A. (2006). Innovation orientation outcomes: The good and the bad. *Journal of Business Research*, 59(10), 1133-1141.

Tardif, J. (2011, juillet). *La qualification des usagers du travail social, au regard du dispositif de signalement de l'enfance en danger : entre misérabilisme des classes dangereuses et sollicitude des personnes vulnérables*. Actes du 4ème Congrès international de l'AIFRIS. Genève : Haute école de travail social.

Therriault, P.Y. (2010). *Changements organisationnel et technologique, santé mentale et travail*. Sarrebruck : Éditions universitaires européennes.

Tissioui, M., Scouarnec, A., et Joffre, C. (2016). L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(100), 21-40.

Veltz, P. (2000). *Le nouveau monde industriel*. Paris : Gallimard.

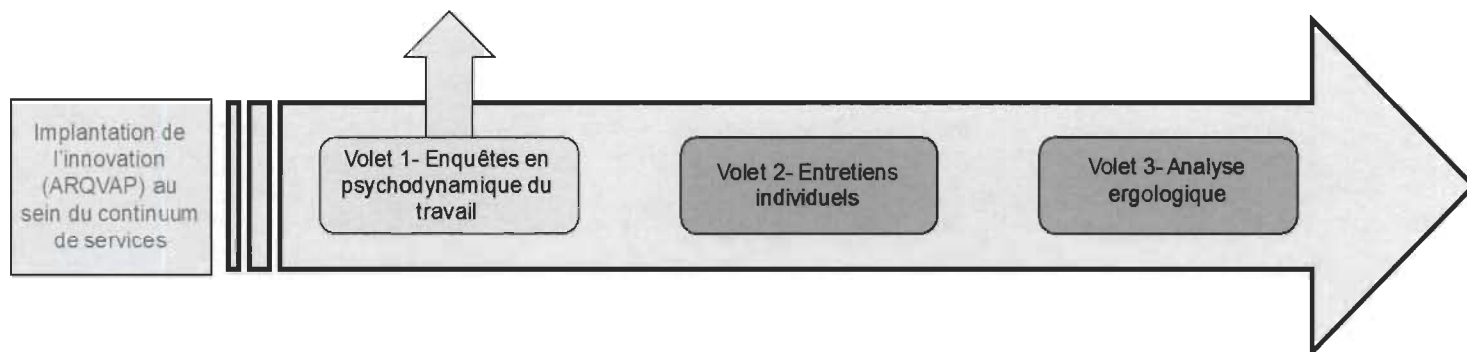
Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.C. Carpentier-Roy et M. Vézina, (dir.) *Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

5.5. Bilan des analyses de cas en psychodynamique du travail

Au total, quatre études de cas ont été menées, et ce, afin d'atteindre le premier objectif de la recherche, soit de mieux comprendre l'impact de l'innovation au travail sur le travailler. La figure 11 permet de visualiser la progression de la recherche à cette étape de la lecture.

Figure 11. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le premier objectif de la recherche

Objectif 1: Mieux comprendre les liens entre la santé psychologique et l'innovation au travail dans le secteur d'activité de la santé et des services sociaux
Devis: analyse de cas
Analyse des données: analyse intersubjective par le collectif d'enquête
Résultats: l'innovation n'est pas neutre. Elle a un impact, non seulement sur le travail prescrit, mais aussi sur le travailler et sur la manière de le négocier.



Chacune des études de cas a permis de cerner le travail tel que perçu par un groupe d'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux ayant vécu l'implantation d'une innovation récemment. L'analyse des résultats permet de constater des variations dans l'influence de l'ARQVAP sur le travail et sur le rapport subjectif des participants à ce dernier. Toutefois, le point central et commun qui transcende l'ensemble des groupes réfère au fait que l'innovation n'est pas un phénomène neutre.

D'abord, l'innovation modifie le travail prescrit et introduit des injonctions institutionnelles⁴⁸ nouvelles. Ensuite, elle a un impact direct sur le travailler, impact variable d'un cas à l'autre.

⁴⁸ Une injonction réfère à un ordre. L'injonction institutionnelle est plus spécifiquement une commande de l'organisation qui ne peut être négociée. Elle se manifeste à travers le travail prescrit, où le travailleur se doit de réaliser la tâche demandée en conformité avec les directives et procédures, et la marche à suivre demandée (Lantheaume & Simonian, 2012).

Dans certains cas, l'innovation étudiée influence le rapport au travail, en cela qu'elle consolide certains plaisirs vécus à travers la réalisation de l'activité de travail et conforte les intervenants sur la pertinence d'utiliser certaines stratégies défensives dans l'exercice de leur métier. Ces stratégies, parfois adaptatives, parfois psychologiquement coûteuses, peuvent mettre l'intervenant en péril à son insu. Dans d'autres cas, l'innovation étudiée est plutôt banalisée, alors qu'elle est considérée comme très proche du métier.

Tel qu'anticipé, les enquêtes en psychodynamique du travail, de par leur nature, n'ont pas permis de cerner l'effet spécifique de l'innovation étudiée selon l'âge, pour une population spécifique de travailleurs vieillissants. La section qui suit présente les résultats du deuxième volet de la recherche, ciblant spécifiquement ce groupe de travailleurs.

5.6. Cinquième article

Cet article a été accepté par la revue *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire* et va paraître dans le Volume 24, Numéro 1, au printemps 2018.

Vieillir au travail en contexte d'innovation : au-delà de la stigmatisation pour des pistes d'intégration

LORD¹, Marie-Michèle et Pierre-Yves THERRIAULT²

¹Candidate au doctorat en sciences biomédicales, Université du Québec à Trois-Rivières

²Professeur régulier, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé :

Le phénomène du vieillissement de la population active continue de prendre de l'importance. Les croyances à l'encontre des travailleurs âgés (par exemple leur difficulté à s'adapter aux nouvelles méthodes de travail) sont encore profondément ancrées socialement. Les préjugés envers cette population donnent lieu à diverses situations de marginalisation et d'exclusion, dont des difficultés à trouver un emploi à partir d'un certain âge et un manque d'accès à la formation continue. Or, peu de données probantes portent sur la perception réelle qu'ont les travailleurs âgés concernant l'innovation au travail et leur capacité d'adaptation à cette dernière. Une étude, basée sur une méthodologie qualitative et visant à dresser le portrait du rapport subjectif entretenu entre des travailleurs vieillissants et une innovation au travail, sera présentée dans cet article. L'analyse des résultats permet d'aborder des leviers d'action pouvant être considérés par une organisation soucieuse de prendre en compte le vieillissement de sa main-d'œuvre en contexte innovant.

Mots clés : Vieillissement, Travail, Innovation, Santé, Inclusion.

Abstract

Aging at work in the context of innovation: beyond the stigma for integration

The phenomenon of an aging workforce continues to grow in importance. Beliefs about older workers (for example, their difficulty adapting to new ways of working) are still deeply rooted in society. Prejudice against this population gives rise to various situations of marginalization and exclusion, including difficulties in finding employment from a certain age and lack of access to continuing education. However, there is little evidence of how older workers perceive workplace innovation and their ability to adapt to changes in work. A study, based on a qualitative methodology, will be presented in this paper to capture the subjective relationship between aging workers and innovation at work. Its results make it possible to address the levers that can be considered by an organization concerned to take into account the aging of its workforce in an innovative context.

Key words : Aging, Work, Innovation, Health, Inclusion.

Introduction

Le vieillissement de la population active entraîne divers enjeux et questionnements, notamment en ce qui a trait à l'intégration et le maintien des travailleurs âgés sur le marché du travail (Jolivet, 2003). Entre autres, les données de la littérature scientifique indiquent que les travailleurs âgés sont victimes de diverses situations d'exclusions ayant un impact d'une part sur leur désir de poursuivre leur carrière (Aouici, Carillon et Mette, 2008) et de l'autre sur leur santé psychologique (Marioni, 2007). Certains fondements des situations d'exclusion en milieu de travail reposent sur des perceptions négatives au sein des organisations quant à la capacité des travailleurs avançant en âge à faire face aux transformations du travail et à l'innovation (Harris et collab., 2017 ; Jolivet, 2003). Pourtant, peu de données explicitent la perception qu'ont les travailleurs vieillissants de l'innovation au travail. Dans ce contexte, cet article interroge le regard des travailleurs vieillissants sur les innovations dans les organisations. En mettant en exergue les perceptions de ces travailleurs en regard de l'innovation et les leviers possibles pour les organisations, il souligne l'importance d'associer

les travailleurs aux changements organisationnels pour soutenir leur engagement dans le travail. Il se compose de trois parties : la première présente plus en détail la problématique portant sur les innovations et le vieillissement au travail. La deuxième partie de l'article est consacrée aux résultats d'une étude portant sur le point de vue de travailleurs vieillissants du secteur de la santé et des services sociaux concernant une innovation au travail. Finalement, la troisième partie discute des résultats de cette étude en regard de certaines pistes émergentes pour les organisations de travail innovantes désirant prendre en compte le point de vue des travailleurs vieillissants et favoriser leur intégration et leur rétention.

Problématique

La population active de plusieurs pays industrialisés est vieillissante. Notamment ce phénomène est attribuable au vieillissement de la population, aux départs à la retraite qui se font de plus en plus tardivement, ainsi qu'aux programmes gouvernementaux mis en place dans les dernières années pour retenir l'expertise des travailleurs expérimentés, favoriser l'emploi des travailleurs vieillissants et stabiliser les régimes de retraite (Gouvernement du Canada, 2010). La proportion de travailleurs de 55 ans est ainsi en croissance dans les organisations et risque de continuer de s'accroître dans les prochaines années. Au Canada, selon l'Enquête nationale auprès des ménages canadiens, les travailleurs âgés de 55 ans et plus représentaient 18,7 % de l'emploi total en 2011, comparativement à 15,5 % en 2006. De plus, l'Enquête sur la population active menée en 2015 (Statistique Canada, 2015) révèle que le nombre de travailleurs de 55 ans et plus a augmenté entre 2000 et 2015, passant de 20,5% à 31,2%, tous secteurs d'activité confondus. Ce phénomène n'est pas propre au Canada. En Europe par exemple, la part des 55-64 ans au sein de la population active devrait passer de 15 à 20% d'ici à 2035 (Aiyar, Ebeke et Shao, 2016).

L'un des enjeux de l'allongement de la durée de vie active, souligné entre autres dans les travaux de Jolivet, Molinié et Volkoff (2014), est la possibilité pour les travailleurs vieillissants de maintenir la réalisation de leur activité de travail, et ce, sans coût psychique ou physique supplémentaire. L'organisation du travail joue un rôle dans l'expression des effets du

vieillesse chez un travailleur (David, et collab., 2012) puisque le vieillissement au travail est un processus se déroulant en partie sous l'influence de l'environnement (Kreutz, Vallet et Dornier, 2012). Le déclin des capacités associé au vieillissement a le potentiel d'être exacerbé par le travail, en raison des pénibilités auxquelles les travailleurs peuvent être exposés. À l'inverse, des conditions de travail bien adaptées peuvent avoir un effet protecteur vis-à-vis d'une dégradation de la santé (Teiger, 1995). Bien que le vieillissement « normal » s'accompagne de changements tant sur les plans physiques que cognitifs, ces derniers ne sont pas gages de difficultés au travail. Ce sont plutôt des exigences trop élevées qui peuvent être à l'origine de problèmes chez les travailleurs avançant en âge (Teiger, 1995).

Un deuxième enjeu renvoie aux représentations sociales liées à l'avancée en âge. De nombreuses recherches ont mis en évidence la prégnance des stéréotypes sociaux véhiculés à propos du travailleur âgé. Par exemple, les croyances selon lesquelles la diminution des capacités cognitives et physiques qui accompagnent le vieillissement signifie d'emblée une réduction des performances au travail, un manque de flexibilité et une difficulté à s'adapter à la technologie sont encore largement répandues (Harris et collab., 2017). De plus, le stéréotype selon lequel les travailleurs vieillissants sont d'emblée réticents face aux nouvelles méthodes de travail demeure récurrent (Behaghel, Caroli et Roger, 2010). Ces préjugés ont donné lieu à diverses situations d'exclusion à travers les années ; possibilités d'avancement limitées, stratégies pour pousser les travailleurs vers la retraite, et accès restreint aux formations, en sont des exemples (Volkoff, Molinié et Jolivet, 2000). Les données de Statistique Canada indiquent d'ailleurs que les travailleurs âgés sont sensiblement moins susceptibles d'avoir accès à une formation liée à l'emploi que leurs collègues plus jeunes. De juillet 2007 à juin 2008, 32 % des travailleurs âgés de 55 à 64 ans tous secteurs d'emploi confondus ont reçu de la formation continue comparativement à 45 % des 25 à 54 ans (Wanberg et collab., 2016). Ce déficit de formation s'explique, selon Burnay (2008) de différentes façons. Tout d'abord, les employeurs proposent moins souvent la formation aux travailleurs âgés, les excluant sous prétexte d'un départ imminent à la retraite. Ensuite la demande de formation n'est pas assez demandée par les travailleurs plus âgés, qui s'auto-excluent par manque de motivation, peur de l'échec, ou proximité de la retraite.

Les travailleurs plus âgés font aussi face à une difficulté à accéder au marché du travail. En effet, il est plus difficile pour une personne de plus de 50 ans de se trouver un emploi par rapport à ses homologues plus jeunes (Lagacé, 2010). Lagacé (2010) attribue les croyances négatives portant sur les travailleurs vieillissants à trois discours largement diffusés : le discours dominant selon lequel le vieillissement de la population est une catastrophe, le discours économique qui valorise la valeur strictement productive de l'être humain et, le discours médiatique selon lequel l'aîné représente un fardeau que la société doit supporter.

D'un autre côté, Burnay (2008) n'attribue pas ces facteurs d'exclusion uniquement aux stéréotypes sociaux, alors que « les logiques de discrimination reposeraient moins sur la prégnance d'une imagerie mentale négative à l'égard de cette population que sur l'importance de logiques managériales et productives » (p.8). En ce sens, la discrimination dont font objet les travailleurs vieillissants serait davantage liée aux impératifs productifs des organisations, qui seraient dissimulés par un recours aux stéréotypes sociaux (Burnay, 2008).

La prise en compte de ces enjeux suppose, comme l'indique Jolivet, Molinié et Volkoff (2014) « que le débat social et scientifique réinterroge les choix d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines, les conditions de travail, le champ d'action des collectifs et la transformation des savoirs professionnels en leur sein, les modes d'évaluation des performances » (p.20).

L'innovation au travail

Le terme innovation suscite beaucoup de confusion au sein de la littérature, dans les entreprises et dans les instances gouvernementales qui la valorisent. Plus particulièrement en santé, aucun consensus n'existe actuellement autour du vocable « pratiques innovantes en santé » (Danan et collab., 2014). Dans le cadre de cet article, l'innovation fait référence au caractère de nouveauté, de ce qui est transformé et créé (Jackson, 2016). L'innovation constitue un processus par lequel une valeur économique ou sociale est extraite des connaissances par la formulation, la diffusion et la transformation d'idées, afin de produire des produits, des services, des stratégies, des capacités ou des procédés nouveaux ou améliorés (Conference Board du Canada, 2017). Pour l'organisation du travail, l'innovation aura

nécessairement un effet, de par la transformation et le changement qu'elle impose (Danan et collab., 2014).

L'innovation au travail est très présente dans le paysage des pays industrialisés et y est considérée comme vitale par les organisations afin de survivre dans un marché ouvert et compétitif. Au Canada, 63,5 % des entreprises indiquaient avoir introduit au moins une innovation entre les années 2010 et 2012 (Bernier, 2014). Le lien entre l'arrivée de nouvelles technologies et l'amélioration de la qualité de vie des travailleurs est maintenant bien établi (Benomar et collab., 2016 ; Grenier, 2015 ; Ikeda et Marshall, 2016). Toutefois, très peu de données portent sur la perception qu'ont les travailleurs de l'innovation au travail, laissant place aux croyances et stéréotypes (Wanberg, et collab., 2016). Entre autres, cet aspect est peu interrogé puisque l'innovation est généralement présumée souhaitable (Bessière et Pouget, 2012). En effet, lorsqu'il est question d'innovation au travail, un certain biais d'effet positif semble présent dans les écrits scientifiques (Simpson, Siguaw et Enz, 2006). Ainsi, une grande majorité des écrits portant sur l'innovation s'intéresse aux meilleurs moyens de favoriser les transformations du travail et d'implanter l'innovation, plutôt que de questionner son impact sur les travailleurs (Simpson, Siguaw et Enz, 2006).

Pourtant, un grand nombre de recherches ont démontré des liens entre les problèmes de santé mentale au travail et les dimensions de l'organisation du travail (Maranda et Fournier, 2009). Par exemple, certains travaux se sont intéressés, dans les dernières années, au lien entre la transformation des pratiques utilisées pour réaliser une tâche et la santé des travailleurs (voir par exemple Alderson et collab., 2011 ; Aubry, 2012 Ughetto, 2014). Ces derniers ont permis de constater que la transformation des pratiques entraîne des conditions de plus en plus pointées comme contraignantes pour les travailleurs (Dejours, 2013). En effet, les modifications des tâches de travail peuvent avoir des effets directs sur la santé des travailleurs, les exposant à des niveaux importants de tension et à des situations de plus en plus contraignantes (Therriault, 2010). Dans le but de prévenir les risques associés au travail, s'intéresser à l'organisation du travail et interroger la perception des travailleurs s'avère un passage obligé (Damasse et Doyon, 2000).

Dans ce contexte, une recherche qualitative a été menée, dont les objectifs étaient les suivants : 1) dresser le portrait du rapport subjectif entretenu entre des travailleurs vieillissants et l'implantation d'une innovation au travail et 2) cerner les particularités liées à l'âge dans ce rapport. Pour ce faire, un milieu de travail ainsi qu'une innovation spécifique ont été ciblés.

Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, une méthodologie qualitative a été privilégiée. Elle est basée sur des entretiens individuels menés avec deux catégories de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux ayant vécu l'implantation d'une méthode innovante dans la dernière année ; des auxiliaires familiales ouvrant au sein d'une coopérative de services et des intervenants communautaires en soutien aux personnes atteintes de démences et leurs aidants.

Pour être admissible à la recherche, les critères d'inclusion étaient d'être âgé d'au moins 55 ans et avoir vécu l'implantation d'une innovation. Les entretiens, réalisés en face à face, ont été d'une durée moyenne de deux heures chacun. Les rencontres s'élaboraient autour de trois temps différents ; tout d'abord, un rappel des objectifs de la rencontre. Par la suite, une discussion suivant un guide d'entretien semi-dirigé contenant des questions portant sur le vécu subjectif du travailleur en lien avec l'innovation au travail. Pour ce faire, une définition de l'innovation était présentée aux participants, soit « une nouvelle façon de faire le travail, une nouvelle approche, ou un nouvel outil de travail qui a été implanté le milieu et qui a dû être intégré dans les pratiques professionnelles ». Au cours de l'entretien, des questions ont d'abord porté plus spécifiquement sur l'innovation implantée, puis ont été élargies vers le concept d'innovation en général. Les participants étaient encouragés à préciser le lien entre leurs réponses et le phénomène du vieillissement. Enfin, une période de restitution, où la compréhension du chercheur était présentée au participant, constituait la dernière phase de l'entretien. Cette phase de restitution s'avère pertinente en recherche pour, dans un premier temps, obtenir l'avis du participant sur la justesse de la conception du chercheur, et dans un deuxième temps, ajouter des précisions au besoin afin de raffiner la compréhension initiale (Blais et Martineau, 2006).

Les données issues des entretiens individuels ont été analysées selon une approche inductive. Cette dernière a été priorisée puisqu'elle permet de dresser un portrait de la compréhension de la signification de sens par l'acteur interrogé (Blais et Martineau, 2006). La méthode employée comprend quatre grandes étapes ; la préparation des données brutes (retranscription de verbatim), la lecture approfondie des données, l'identification des premières catégories et, enfin, la réduction des catégories (Blais et Martineau, 2006). Une attention particulière a été portée, dans ce processus, aux éléments propres à l'âge. De plus, une validation externe des catégories émergentes a été réalisée en ayant recours à un chercheur n'ayant pas pris part aux entretiens, qui a lu les verbatim et a validé la catégorisation.

Contexte de la recherche

L'étude a été menée auprès de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux d'une région du Québec au Canada. Il s'agit d'un secteur d'activité d'intérêt pour la recherche, considérant que le nombre de travailleurs vieillissants y a presque doublé en moins de dix ans, passant de 63 100 travailleurs âgés de 55 ans et plus en 2005, à 115 300 en 2014 (Statistique Canada, 2015). De plus, au Québec, ce secteur d'activité a connu de nombreuses mutations liées, notamment, à des considérations financières, à des changements de paradigme et aux besoins croissants de la clientèle desservie.

Au moment de l'étude, une innovation non technologique venait d'être déployée au sein de l'organisation. Il s'agit d'un nouveau programme nommé l'Approche de Rehaussement de la Qualité de Vie des Aidés et leurs Proches (ARQVAP) (Carbonneau, Caron et Desrosiers, 2011). Le programme a été implanté simultanément dans plusieurs centres de services œuvrant auprès d'une clientèle présentant la maladie d'Alzheimer, dont une coopérative de soins à domicile, un centre de santé et un regroupement de soutien aux aidants. Le programme et ses outils a été mis sur pied dans le cadre de recherches scientifiques (Carbonneau, et collab., 2009 ; Carbonneau et collab., 2014) menées dans l'optique de mieux répondre aux besoins psychologiques de la clientèle présentant la maladie d'Alzheimer. Il vise à actualiser, de manière novatrice, les concepts de bienveillance et de confort psychologique au sein d'une approche systématisée traversant l'ensemble du continuum de soin dispensé à cette clientèle.

Ce programme vise à favoriser des moments de bien-être psychologique partagés entre les intervenants et leurs patients. Concrètement, les intervenants concernés devaient, au moment de l'implantation de l'innovation, suivre une formation d'une demi-journée qui incluait une présentation des principes de l'approche, ainsi qu'une familiarisation avec de nouveaux outils. Ces outils, créés spécifiquement dans le cadre du programme implanté, consistent essentiellement en des grilles et des fiches éducatives permettant de cibler des activités significatives pour le client et d'outiller les proches-aidants qu'ils rencontrent. Suite à cette formation, les travailleurs devaient prendre part à des séances de mentorat afin de partager leurs expériences liées à l'utilisation de l'ARQVAP dans leur pratique. Au quotidien, le programme constitue une innovation alors qu'elle modifie non seulement la manière de dispenser les services, mais aussi les outils utilisés pour le faire.

Résultats

Les résultats sont présentés en quatre sections distinctes. Tout d'abord, l'échantillon est décrit. Puis, la perception des travailleurs vieillissants quant à l'innovation au travail est détaillée. Ensuite, l'expertise au travail est discutée comme facteur d'analyse. Finalement, un paradoxe vécu par les travailleurs en contexte innovant est exposé.

Échantillon

Au total, six travailleurs ont été rencontrés. L'ensemble des participants étaient des femmes, dont l'âge variait entre 55 et 76 ans (âge moyen de 64 ans). Elles avaient, pour l'ensemble, vécu l'implantation de l'innovation dans la même année où les entretiens ont été réalisés. Deux des participantes étaient en emploi depuis plus de 10 ans. Les quatre autres ont été embauchées tardivement dans les emplois qu'elles réalisaient au moment de l'étude, principalement comme seconde partie de vie professionnelle. Le tableau I présente les caractéristiques des participantes.

Tableau I. Description des participantes

Participante	Genre	Âge	Emploi	Ancienneté
A	Féminin	65 ans	Auxiliaire familiale	3 ans
B	Féminin	76 ans	Intervenante communautaire	7 ans
C	Féminin	69 ans	Intervenante communautaire	1 an
D	Féminin	55 ans	Auxiliaire familiale	5 ans
E	Féminin	60 ans	Auxiliaire familiale	12 ans
F	Féminin	58 ans	Auxiliaire familiale	13 ans

L'ensemble des participantes avaient eu une expérience antérieure avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, soit puisqu'un proche en avait été atteint, soit en travaillant à titre de bénévole dans des établissements de santé auprès de cette clientèle.

Impacts de l'innovation étudiée sur le travail

Pour les participantes, le programme ARQVAP constitue une innovation, puisqu'il apporte de nouveaux outils de travail et surtout, qu'il constitue un moyen tangible pour améliorer les soins prodigués aux patients. Il se distingue de la formation continue en ce sens où à leurs yeux, il bonifie le travail plutôt que de le consolider. Concrètement, ce nouveau programme vient légitimer l'importance de prendre du temps avec chaque patient afin de cibler des pistes menant à son confort psychologique, plutôt que d'effectuer les tâches de manière rapide. Les participantes situent d'ailleurs le programme dans l'évolution du système de santé des dernières années, en le positionnant en marge du courant dominant actuel axé sur la performance et l'efficacité dans les soins. Les plus expérimentées indiquent que l'approche soutient la pratique centrée sur le client, qui a été mise en place il y a de cela plusieurs années, mais qui était encore à ce jour difficile d'actualiser dans leur pratique. Les propos de cette participante illustrent cet aspect :

« Ça fait dix ans environ qu'on nous dit que le patient est important, d'être concentré sur lui et qu'on ne doit pas juste faire des soins physiques. Mais, ma routine de travail favorise plus l'efficacité et les besoins de mon milieu de travail, que de réellement prendre le temps de permettre au patient de s'épanouir. Je sens que le programme au contraire va peut-être faire changer ça. C'est nouveau. »

Perceptions face à l'innovation au travail

La dualité de l'innovation : entre catalyseur de plaisir au travail et générateur de remise en question

Chez les participantes, l'innovation était tout d'abord perçue comme une opportunité de faire émerger des sources de plaisir au travail, et ce, sur deux plans distincts ; la possibilité d'apprendre grâce aux nouvelles méthodes de travail et la reconnaissance associée à leur implication dans le processus d'innovation.

Nourrir la possibilité d'apprendre au travail

D'un côté, les participantes soulignent que les possibilités d'apprentissage dans le quotidien et au travail s'étiolent avec le temps qui passe. Elles confirment être de moins en moins sollicitées par l'employeur lorsqu'il est question de formation continue, ou de mises à niveau. Par contre, l'innovation au travail contribue à bonifier ces possibilités. Ainsi, elle devient un synonyme fort d'apprentissage, comme en témoignent ces participantes :

« Ce n'est pas à mon âge que je vais retourner sur les bancs d'école, je n'ai pas envie nécessairement de me replonger dans les livres. Et à la maison, je n'ai pas d'opportunités pour m'intéresser à des nouvelles choses. Mais j'aime encore apprendre. Au travail j'ai la chance de pouvoir apprendre encore des nouvelles choses quand il y a de nouveaux projets ».

« Je ne participe plus beaucoup aux formations. J'imagine qu'ils [les gestionnaires] pensent que je sais déjà les choses qui sont abordées en formation. Mais l'ARQVAP m'a permis d'apprendre de nouvelles façons d'agir avec mon client, des nouveaux trucs, ça c'est très stimulant ».

L'innovation est porteuse de nouvelles connaissances, de moyens pour « mieux faire son travail » et de méthodes contemporaines essentielles à l'évolution des savoir-faire pour le métier. Les participantes indiquent que la connaissance n'a pas de limite, surtout pas de limite liée à l'âge, tel que l'illustre l'un d'entre elles :

« Je réagis bien quand on nous apprend des nouvelles façons de faire nos tâches parce que ça me donne plus de moyens pour agir auprès de mon client, j'aime ça. C'est comme en cuisine, mon livre de recettes devient de plus en plus épais, j'achète de plus en plus de nouveaux équipements et avec l'âge, je peux donc faire de meilleures recettes. »

En ce sens, l'innovation est habituellement accueillie favorablement par les participantes, qui y voient un moyen d'améliorer leurs connaissances et stimuler leur intellect.

Se sentir impliqué dans l'innovation ; une source de reconnaissance

Lorsqu'une innovation est implantée, quand de nouvelles façons de faire le travail sont présentées et que les participantes se sentent impliquées dans le processus d'implantation, cela est vécu comme une marque de reconnaissance au travail. Les participantes expliquent que ce sentiment d'inclusion peut naître de diverses situations. Par exemple par une invitation à participer à l'élaboration ou à la réflexion portant sur de nouvelles approches, ou encore par des consignes claires d'utiliser de nouveaux équipements dans leurs tâches quotidiennes. Ce sentiment d'inclusion s'inscrit alors profondément dans le plaisir au travail, alimenté par un sentiment de valorisation, tel que l'explique une participante :

« Quand on voit que l'employeur nous implique dans des changements, c'est valorisant. On sent que nous sommes pris au sérieux [...], qu'on n'est surtout pas pris pour acquis et que notre employeur croit qu'on vaut encore la peine d'investir en nous parce que notre expertise vaut quelque chose, plutôt que de croire que nous ne sommes que de vieilles choses bonnes à rien ».

Cette mobilisation de l'expertise à travers l'utilisation d'approches innovantes est très appréciée. D'ailleurs, les participantes expliquent que la possibilité de prendre part aux innovations leur permet, non seulement de constater que l'employeur croit encore au fait qu'ils

peuvent contribuer au travail, mais elle est aussi un révélateur pour eux de leur valeur sur le marché de l'emploi et de ce qu'elles peuvent encore y apporter. D'un autre côté, l'innovation ne se traduit pas uniquement en plaisir au travail, alors qu'elle peut générer une remise en question chez les travailleurs craignant ne pas être en mesure de s'impliquer dans les transformations demandées.

La crainte d'un échec

La crainte d'un échec à rallier les demandes de l'organisation à la suite de l'implantation de l'innovation aux capacités à faire face à ces demandes, est partagée de manière significative par les participantes. En effet, bien qu'elles considèrent encore avoir un esprit vif, de manière générale elles se disent conscientes des changements qui s'effectuent et qui sont attribuables à leur avancée en âge. Diminution de la vitesse de l'intégration de nouvelles connaissances, réduction de la capacité à soutenir une intensité de travail élevée, diminution de la tolérance au stress, ainsi qu'une plus grande difficulté à faire plusieurs tâches en parallèle sont des constats qui les frappent quotidiennement. C'est le cas de cette participante :

« Je me sens encore jeune, mon âme est encore vive, mais c'est ma carcasse qui ne suit plus. Je sais que je suis moins vite qu'avant pour certaines choses, je me stress aussi pour des choses qui avant ne m'auraient pas rendue anxieuse, je le vois ».

Par contre, cette dernière ajoute qu'habituellement, dans le quotidien du travail et grâce au développement de trucs, ces changements n'ont pas d'impact significatif sur les tâches :

« Je suis capable de m'ajuster assez bien [aux changements de capacités liés au vieillissement]. Je développe des trucs qui me permettent de compenser mes difficultés ».

Par contre, devant l'innovation, la diminution des capacités devient momentanément saillante. Une crainte s'installe alors quant à la possibilité de faire face aux demandes de l'organisation, comme l'expliquent ces deux participantes :

« Je sais que je dois m'adapter à la nouveauté et je veux le faire, mais je me demande si je vais être capable d'aller aussi vite que les autres. En vieillissant, c'est pire, on se met de la

pression en se disant qu'on veut que notre corps suive, qu'on n'est pas moins bon que les autres, mais parfois ça ne fonctionne tout simplement pas comme lorsque nous étions jeunes, et alors ça nous revient en plein visage [...]. Nos trucs qu'on est habituellement capable de développer dans notre travail deviennent soudainement moins efficaces, ou on est moins capable d'en développer à cause de la vitesse à laquelle on doit intégrer une nouvelle méthode de travail »

« Quand on sent que ça ne fonctionne pas comme on le voudrait, et que c'est notre corps qui ne suit plus, ça fait peur pour l'avenir. On se demande combien de temps on va pouvoir suivre le rythme des transformations de notre travail »

Devoir prendre plus de temps pour intégrer de nouvelles façons de faire est considéré comme un échec et la peur de la défaite est directement liée à un stress : celui de ne pas être en mesure de performer. Pour certaines d'entre elles, cette crainte peut ainsi, ultimement, diminuer l'intérêt à prendre part aux changements demandés par l'employeur. En effet, les participantes indiquent qu'une stratégie considérée devant des demandes qui sont en inadéquation avec leurs capacités est le respect des limites :

« J'essaie de suivre, je fais mon possible. Depuis quelque temps, quand je ne peux pas suivre, que je sens que les apprentissages vont trop vite pour moi, je ralentis. Ça prendra plus de temps, au moins je me dis que je participe »

Cette stratégie s'accompagne toutefois d'un risque, celui de montrer ses faiblesses au péril de ne plus être considérée aussi vitale pour l'organisation. De plus, elle n'est pas gage d'ouverture de la part de l'organisation et pour certaines participantes, elle s'est avérée infructueuse lorsqu'utilisée :

« Il y a de cela quelques années, il m'est arrivé de demander de ne pas apprendre un nouveau logiciel qui venait d'être implanté pour rédiger nos notes. J'avais peur de faire trop d'erreurs et je n'arrivais pas à gérer toutes les fonctionnalités du programme. Ma demande a été rejetée et j'ai dû subir à quelques reprises des remontrances parce que j'avais fait des erreurs, comme je craignais »

Lorsqu'il est question de l'ARQVAP, cette crainte est vécue de manière plutôt faible par les participantes puisque l'introduction du programme a été réalisée, selon elles, à un rythme adéquat. En effet, la peur de l'échec est prégnante lorsque les exigences liées aux transformations sont considérées comme élevées ; par exemple, l'introduction rapide d'un changement, des requêtes jugées comme radicales quant aux nouvelles manières de faire le travail ou encore l'imposition d'un rythme plus rapide pour la réalisation des interventions auprès des patients.

Une évolution au fil du temps

De manière équivoque, les participantes expliquent que leur manière de percevoir l'innovation a évolué dans le temps ; elle n'est pas la même que lorsqu'elles étaient plus jeunes. Elles expliquent cela en lien avec des particularités qui, selon elles, sont propres au processus du vieillissement, alors qu'il est maintenant essentiel pour elles d'agir en lien avec les valeurs qui se sont stabilisées à travers les années et que la reconnaissance des pairs est maintenant cruciale au travail, davantage que lorsqu'elles étaient plus jeunes.

L'essentiel d'agir en cohérence avec ses valeurs

Être à la recherche de sens au travail n'est pas nouveau pour les participantes. Par contre, l'importance accordée au fait d'agir en cohérence avec les valeurs semble accrue avec l'avancée en âge. Il est devenu beaucoup moins aisé, selon elles, de fermer les yeux sur une situation qui ne fait pas sens, comparativement à lorsqu'elles étaient plus jeunes. Certaines l'expliquent par le fait que leurs valeurs se sont de plus en plus stabilisées et ancrées avec le temps :

« Je me transforme au fil du temps. Je sais de plus en plus les valeurs qui sont fondamentales pour moi en tant que personne, alors cela se reflète aussi en tant que travailleur ».

D'autres expliquent plutôt qu'elles se respectent davantage :

« Explique-moi quelque chose et si cela a du sens, je vais te suivre là-dedans. Sinon, c'est plus facile maintenant pour moi de décider de mettre mes limites et de dire non ».

Elles sont ainsi plus enclines que lorsqu'elles étaient plus jeunes à refuser de prendre un chemin qui manque de sens. En cohérence avec ce sentiment, l'un des critères fondamentaux pour qu'une innovation soit perçue favorablement est que cette dernière soit en cohérence avec les valeurs personnelles.

Un besoin accru de reconnaissance par les pairs

Une certaine reconnaissance au travail a toujours eu de l'importance pour les participantes. Par contre, elles expliquent que celle inscrite dans les rapports qu'elles entretiennent avec leurs pairs devient fondamentale avec l'avancée en âge, tandis que celle prodiguée par des supérieurs, bien qu'encore appréciée, devient plutôt triviale. Certaines attribuent cela au fait que travailler est maintenant devenu un choix, notamment puisqu'elles ont dépassé l'âge de la retraite (établie à 65 ans au Québec). D'autres lient plutôt le besoin de reconnaissance par les pairs au fait que dans leur quotidien, il est devenu plus difficile d'obtenir ce type de reconnaissance :

« J'avais moins besoin que mes collègues disent qu'ils appréciaient mon travail quand j'étais plus jeune, parce que je pouvais aller chercher de la reconnaissance dans d'autres sphères de ma vie que le travail. Mes enfants qui disaient que j'étais une bonne mère, mon mari qui trouvait mes idées bonnes, mes amies qui me trouvaient drôle. Mais maintenant, j'ai moins accès à tout ça».

En contexte d'innovation, l'accès à cette reconnaissance devient fondamental. En effet, les participantes expliquent que la rétribution attendue lorsqu'elles s'impliquent dans le processus d'intégration d'une innovation est de partager l'expérience avec leurs pairs et se sentir reconnues par ces derniers :

« De voir que ma collègue plus jeune que moi me trouve bonne de suivre le rythme [des transformations du travail] et me dit que je suis une source d'inspiration pour elle, c'est ce qui me motive à rentrer le lendemain et continuer d'intégrer une nouvelle méthode de travail à ma routine. »

L'âge comme facteur d'analyse, mais aussi l'expertise au travail

Au cours de l'analyse des entretiens, force a été de constater que bien que l'âge ait été un facteur d'analyse d'intérêt, l'expérience de travail joue un rôle d'importance dans la perception que les travailleurs ont de l'innovation. Les participantes détenant le plus d'expérience au travail décrivent en effet certaines perceptions comme étant enracinées dans leurs histoires de travail singulières marquées par diverses expériences au fil des ans, plutôt que spécialement liées à leur avancée en âge ; un désenchantement face à la culture innovante et une expertise du changement leur permettant de faire face plus facilement aux demandes de l'organisation.

Désillusion quant au processus d'innovation

Au cours de leur carrière, les participantes expérimentées ont été témoin de multiples transformations de leur travail. Tantôt transformations profondes de leurs tâches de travail, tantôt modifications mineures des manières de faire, ces dernières n'en sont pas à leur première innovation au travail. Pour la plupart, ces modulations ont été source de motivation en début de carrière et la nouveauté était stimulante. Toutefois, leur accumulation mène à un certain désabusement devant l'innovation éphémère :

« J'ai vu beaucoup de transformations dans ma carrière. J'ai vu la technologie arriver, j'ai aussi plusieurs fois dû changer mes façons de faire. J'ai vu plusieurs choses apparaître, puis repartir. Des fois, je me demande si tout ça vaut la peine. Est-ce que ça vaut la peine de mettre mon énergie pour quelque chose qui ne va peut-être pas rester ? »

Cette perception d'un investissement de soi dans un processus passager devient usante et une certaine lassitude s'installe. D'ailleurs, l'ARQVAP, bien qu'accueillie favorablement, fait émerger certaines questions chez les participantes expérimentées, à savoir si la balance entre l'investissement personnel et la durabilité des transformations qu'elle entraîne sera favorable. Les participantes soulignent en ce sens que leur désir de s'investir dans le processus de mise en place de l'innovation est teinté de leur perception quant à la durabilité de cette dernière :

« J'ai vu des choses arriver au travail et être présentées en réunion. Avec le temps, je le voyais tout de suite si ça allait marcher. On le sait si quelque chose va rester ou non. Je n'ai plus envie de dépenser mon énergie dans ce qui ne va pas rester »

Expertise du changement.

La capacité de faire face aux changements est tributaire de l'expérience de multiples transformations vécues au fil du temps, créant ce qu'elles appellent une « expertise du changement ». En effet, les participantes expérimentées ont pu développer des trucs de métier spécifiquement liés à « comment faire quand il y a des nouveautés dans le travail », alors qu'elles n'en sont pas à leur première implantation de service. Elles disent ainsi avoir développé une flexibilité à traiter une demande et voir comment cette dernière peut cadrer dans les tâches de travail avec l'avancée en carrière :

« J'ai du vécu sur le marché du travail. Je sais comment faire pour modifier mes techniques de travail quand c'est nécessaire. Je connais tellement bien mon travail que si je dois en changer un aspect, ou intégrer quelque chose de nouveau, je suis en mesure de voir comment le faire sans que cela ait trop d'impact sur ma tâche ».

Pour mobiliser leur expertise de la sorte, les participantes indiquent qu'une marge de manœuvre doit être possible dans l'organisation du travail :

« Je peux m'ajuster, même mieux que quand j'ai commencé [à travailler], mais qu'on ne me dise pas exactement comment modifier ce que je fais. Je peux évaluer la situation et trouver un compromis par moi-même ».

Construire sur l'expérience passée est la stratégie souvent jugée comme optimale à employer pour faire face aux difficultés qui peuvent émerger avec l'avancée en âge :

« À force de faire mon travail, j'ai construit mes façons de faire, mes petits trucs à moi. Je n'ai plus à penser aux routines du travail, elles se font automatiquement. Donc quand j'arrive devant une situation nouvelle, ou quand je dois m'ajuster à mes capacités qui changent, mon livre de recettes bien rempli me sert beaucoup, je m'y réfère beaucoup ».

La condition sine qua non à utiliser son expertise pour transformer sa tâche et intégrer l'innovation demeure la même que pour les participantes moins expérimentées. C'est-à-dire que l'innovation proposée doit être en cohérence avec les valeurs personnelles et professionnelles du travailleur.

Vieillir au travail dans un contexte de nouveauté : le paradoxe

Dans une culture innovante, les travailleurs vieillissants rencontrés se retrouvent face à un paradoxe ; celui de vieillir dans une organisation valorisant la nouveauté. Deux logiques s'opposent alors, une logique de création et de développement de nouvelles habiletés à une logique de compensation de certaines difficultés et de recherche de stabilité pour le faire.

Cette mise en tension est liée à deux principales difficultés. Tout d'abord, le travail qui change régulièrement ne permet plus de se baser sur son expertise et ses trucs de métiers pour faire face au vieillissement. Une participante l'explique ainsi:

« Quand je me rends compte que mes stratégies ne fonctionnent plus, je dois m'arrêter et réfléchir à mon travail, à ma manière de le faire. Je sais que je peux trouver une façon de m'ajuster. Mais parfois ça me prend du temps pour trouver une nouvelle stratégie. C'est avec les essais et erreurs que j'y arrive. Mais quand le travail change constamment, ça devient difficile ».

Ajuster son fonctionnement par l'expérience peut s'avérer tâche ardue dans la perspective où l'attrait pour la nouveauté réécrit les façons de faire. Ensuite, il peut devenir culpabilisant pour les participantes de prendre du temps pour développer de nouvelles stratégies afin de compenser leurs difficultés. En effet, dans une organisation valorisant le bien-être du client (et non le bien-être du travailleur), l'efficacité et l'amélioration continue, peu d'espace semble disponible pour s'arrêter afin de réfléchir à de nouvelles façons de faire le métier.

Discussion

L'innovation pour les travailleurs vieillissants

Lorsque les résultats tirés des entretiens sont considérés de manière transversale, le portrait initial qui s'en dégage est celui de travailleurs qui, avançant en âge, constatent certaines pertes au niveau de leurs capacités. Ces pertes, habituellement compensées au fil du travail et ses usages, sont exacerbées en contexte d'innovation. Des craintes peuvent alors émerger, particulièrement celles liées à une difficulté à suivre le rythme, surtout lorsque l'organisation valorise l'efficience et l'innovation de services. Une augmentation du stress a déjà été documentée chez des travailleurs vivant des changements organisationnels. Entre autres, certaines études indiquent que le stress est principalement lié à une plus grande autonomie et une responsabilisation plus importante en contexte d'innovation (Boulianne, 2005 ; Gagnon et collab., 2003 ; Kahn et Langlieb, 2003). Les travailleurs vieillissants rencontrés, pour leur part, le relie plutôt à la crainte de ne pas pouvoir répondre aux demandes de l'organisation, compte tenu des effets du vieillissement chez eux.

Malgré cette crainte, les travailleurs s'investissent, jusqu'à maintenant à tout le moins, dans les initiatives innovantes proposées (voire imposées) par l'organisation. Cela est fait non avec résistance, mais avec un certain plaisir qui est alimenté par les possibles de l'innovation. Le possible d'apprendre, de se sentir utile, d'être valorisé par ses pairs et de participer à une œuvre commune. L'innovation devient alors source réelle de plaisir au travail en permettant aux travailleurs de mobiliser leur expertise, d'apprendre et de ressentir une reconnaissance lorsqu'ils sont impliqués dans une action concertée de transformation des pratiques. Pour les travailleurs vieillissants, si les transformations font sens et qu'ils s'y sentent impliqués, leur désir de mobilisation semble plus fort. Ce résultat n'est d'ailleurs pas spécifique aux travailleurs vieillissants. En effet, Appelbaum (2004) dans une étude visant à connaître l'effet des innovations organisationnelles sur le bien-être des employés, a souligné que l'engagement envers l'organisation et la satisfaction des travailleurs en contexte d'innovation est intimement lié à l'augmentation de leur participation au sein de l'entreprise.

Faire face à l'innovation : une posture évolutive, des leviers à potentialiser

Somme toute, les perceptions quant à l'innovation au travail ne sont pas stables et les résultats obtenus permettent d'illustrer comment les perceptions des travailleurs rencontrés ont évoluées avec le temps. Cette évolution s'inscrit sur deux plans, l'un en lien avec l'âge et l'autre avec l'expérience. Cette évolution s'accompagne de l'utilisation de stratégies pour continuer à faire face à la nouveauté malgré l'avancée en âge, ainsi que de leviers pouvant être pris en compte par les organisations innovantes. Ils se détaillent en quatre catégories : le respect des limites et des croyances, la potentialisation des échanges entre pairs, l'explicitation de la durabilité prévue de l'innovation et l'accès à une marge de manœuvre.

Respect des limites et des croyances :

Au moment de l'implantation de l'innovation, les travailleurs vieillissants doivent pouvoir relier les raisons des transformations à leurs valeurs. Une innovation doit être en cohérence avec la vision qu'ils ont de leur travailler, de la manière dont ils investissent subjectivement leur activité de travail. Une étape de validation de la compréhension des travailleurs quant aux motifs de l'implantation de l'innovation ainsi qu'aux bénéfices perçus de cette dernière pourrait s'avérer favorable. Danan et ses collaborateurs (2014) soulignent qu'il est nécessaire que des pratiques nouvelles s'inscrivent résolument dans une co-production avec les professionnels de santé, en précisant l'intérêt clinique jugé utile par les travailleurs et en interrogeant les professionnels de la santé sur leurs propres pratiques. L'importance d'ancrer les raisons d'une innovation à la signification que prend le travail pour les travailleurs vieillissants est d'autant plus importante qu'ils s'avèrent plus enclins à rompre leur engagement avec une organisation qui n'est plus en cohérence avec leurs valeurs avec l'avancée en âge.

Échange entre pairs

Bien que la reconnaissance ait déjà été documentée comme un facteur d'importance pour le bien-être des employés en contexte d'innovation (Boulianne, 2005), l'accès à la reconnaissance de la part des pairs distingue le groupe des travailleurs vieillissants. Cet appui sur les collègues comme pierre angulaire de la reconnaissance au travail renvoi à l'idée de collectifs de travail salvateurs pour la santé au travail, sujet largement traité dans la littérature

auprès de diverses catégories de travailleurs. Par exemple, dans leur étude portant sur les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle, Pavageau, Nascimento et Falzon (2007) ont identifié le manque d'entraide comme étant un élément central pouvant expliquer une difficulté d'adaptation au changement, et ce, quel que soit l'âge. Ils insistent ainsi sur l'importance des échanges entre pairs en contexte de transformations du travail. En ce qui concerne les travailleurs vieillissants, David, Volkoff, Cloutier et Derriennic (2001) soulignent que ces salariés accordent à l'enjeu du partage entre pairs une attention particulière, ayant appris par expérience à quel point les composantes collectives de l'activité sont précieuses. La reconnaissance, essentielle au travail, s'avère ainsi fondamentale en contexte d'innovation et celle offerte par les pairs devrait être priorisée. Plusieurs mécanismes peuvent favoriser ce type de reconnaissance, dont l'aménagement d'espaces formels de rétribution (par exemple, un moment dédié lors d'une réunion d'équipe) (Brun et Dugas, 2002), la possibilité pour les travailleurs d'échanger dans des contextes informels, ainsi que la valorisation des pratiques de convivialité entre employés (Gernet et Dejours, 2009). Les résultats de la présente étude suggèrent que ces lieux et moments, aménagés dans les organisations de travail traversées par l'innovation, doivent miser sur la valorisation de l'implication des travailleurs vieillissants dans les processus innovants, plutôt que de se désengager de la responsabilité face à l'auto-exclusion des travailleurs âgés.

Durabilité du processus explicité

Face à des changements fréquents, traces de l'innovation, la temporalité des transformations du travail s'avère un élément d'importance dans la perception des travailleurs vieillissants. Afin d'éviter la désillusion liée à l'usure par l'exposition trop fréquente aux innovations éphémères, l'explicitation des facteurs favorisant la durabilité d'une innovation semble d'importance. Dans le secteur de la santé, une attention de plus en plus importante est portée sur la pérennité des innovations implantées. En effet, la durabilité des innovations et leur implantation à large échelle dans ce secteur sont actuellement problématiques (Smith, 2013). L'arrivée d'indicateurs de plus en plus précis et d'un souci pour la stabilité de l'innovation sont des facteurs positifs pour les travailleurs de ce secteur d'activité.

Marge de manœuvre

En cohérence avec les résultats obtenus, l'utilisation de stratégies compensatoires provenant de l'expérience du travailleur vieillissant pour faire face à des défis rencontrés au travail a été documentée dans les travaux de Gollac et Volkoff (2000). Ces auteurs expliquent que leur utilisation n'est possible que si l'organisation du travail est elle-même suffisamment flexible pour laisser une marge de manœuvre au travailleur dans l'exécution de son travail. Dans le même sens, les travaux de Molinié, Gaudart et Pueyo (2012) traitent des stratégies mobilisées par les travailleurs d'expérience comme d'une profonde modification qualitative de l'action, appuyée sur cette expérience en vue de faire face aux aléas du travail.

Dans plusieurs pays, notamment l'Allemagne, l'Australie et la Suède, des actions concrètes mises en place afin de favoriser la participation des travailleurs seniors au marché du travail font leurs preuves (Demers, et collab., 2011). Ces stratégies visent à faciliter le maintien en emploi des travailleurs âgés en favorisant des méthodes de travail flexibles et adaptées. En contexte d'innovation, une modulation évolutive des pratiques d'intégration de nouvelles méthodes de travail y est une avenue prometteuse. Cette modulation passe par deux moments ; un premier où le rythme d'intégration d'une innovation respecte celui des travailleurs plus âgés, un second où les travailleurs vieillissants sont de plus en plus incités à prendre part aux actions d'actualisation de l'innovation au même rythme que leurs collègues. En plus d'une avenue intéressante pour réduire les craintes liées à la vitesse d'assimilation des nouvelles méthodes de travail décrite par les participantes de l'étude présentée, l'inclusion de l'ensemble des travailleurs, sans considération liée à l'âge, favoriserait au fil du temps des expériences de succès pouvant solidifier la confiance des travailleurs vieillissants face à leurs capacités.

Transférabilité des stratégies et des leviers documentés

Les stratégies utilisées par les travailleurs pour pallier à la double transformation, celle de leur travail et celle de leur corps, sont de l'ordre du possible au moment de l'enquête pour la majorité des participantes. Toutefois, elles peuvent s'avérer des stratégies difficiles à maintenir dans le temps et ne sont pas facilement transférables à tous types d'organisations. En effet, Molinié, Gaudart et Pueyo (2012) soulignent la fragilité de ce type de stratégies et combien elles ne sont ni naturelles, ni définitivement acquises. Dans un premier temps, construire sur l'expérience en utilisant la marge de manœuvre mise à disposition peut s'avérer

complexe. Les études portant sur les organisations indiquent que plusieurs d'entre elles sont basées sur des logiques de rentabilité, que les conditions de travail s'y durcissent et que le travail s'intensifie, nécessitant une adaptation constante des travailleurs de tous âges, sans toutefois fournir la marge de manœuvre pour le faire (voir par exemple : Coutrot, 2016 ; Lippel, Johnstone et Baril-Gingras, 2017 ; Vézina, 2008). Non seulement la marge de manœuvre est pauvre dans plusieurs organisations, mais la manière dont le travail est maintenant réalisé (contrats temporaires, polyvalence, réorientation des objectifs) limite en elle-même l'apprentissage dans le travail et la construction de l'expérience.

Dans un deuxième temps, s'appuyer majoritairement sur la reconnaissance des pairs comme source de plaisir et de motivation pour l'implication dans le processus d'innovation met le travailleur à risque de se buter à l'étiollement des collectifs de travail. En effet, les mécanismes de reconnaissance entre pairs sont, encore aujourd'hui, peu investis, voire progressivement éliminés dans les organisations de travail (Grenet et Dejours, 2009). Les lieux d'échange informels disparaissent, laissant place à un mode de gestion individualiste et compétitif. Dejours (2015) souligne que la fracturation du travail collectif est une réalité prégnante dans les entreprises et qu'elle exacerbe l'apparition de plusieurs pathologies, dont celles d'épuisement et de dépression. De plus, la reconnaissance entre pairs nécessite une certaine collectivisation des méthodes et des expériences de travail. En effet, pour recevoir un assentiment de la part d'un collègue, ce dernier doit avoir eu accès au travail. Or, un tel partage demande de la confiance. Dévoiler des façons de faire particulières implique des risques ; les informations dévoilées peuvent être utilisées contre celui qui se dévoile (Davezies, 1993). Le paradoxe vécu en contexte innovant, celui de faire face aux impératifs de renouvellement et de nouveauté tout en vivant une perte de capacités, exacerbe encore plus cette faille. Il devient alors difficile de socialiser autour d'un projet novateur si les stratégies dévoilées, dont celles de respecter les limites liées au vieillissement, entrent en conflit avec les injonctions de l'organisation. Il devient risqué d'exposer ses difficultés, puisque cette exposition révèle les traces de l'avancée en âge, traces qui ne semblent pas en concordance avec une organisation innovante. Il peut ainsi s'avérer difficile de se retirer d'un processus innovant puisque cette stratégie traduit une certaine obsolescence alors que l'organisation valorise la modernité. Ces résultats sont assimilables à ceux de Lyons, Eddy et Schweitzer

(2012). Ces travaux révèlent que les travailleurs vieillissants, concernés par le fait de demeurer utiles dans des organisations en constant changement valorisant la nouveauté, hésitent à parler de leurs craintes par peur de dévoiler leurs difficultés et de ne plus cadrer avec la culture de l'entreprise.

Limites de l'étude

Trois limites principales méritent d'être discutées. Premièrement, cette recherche a impliqué un groupe spécifique de travailleurs faisant partie d'un même secteur d'activité. Ce faisant, les interprétations découlant de cette étude ne peuvent être généralisables directement à d'autres contextes de travail. Deuxièmement, en raison du petit échantillon, de la spécificité de l'innovation étudiée et de la grande variabilité de l'expression du phénomène de vieillissement d'un individu à l'autre, il ne serait pas prudent d'élargir le portrait de la perception des travailleurs vieillissants obtenue à la catégorie très large des travailleurs de plus de 55 ans. Enfin, le genre uniquement féminin des participants de l'étude doit être souligné. Il est possible de croire que cette donnée ait pu teinter les résultats compte tenu de leur nature subjective. Un tel échantillon n'est toutefois pas étonnant compte tenu du secteur étudié et du phénomène actuel de vieillissement de la population. En effet, les métiers étudiés sont encore aujourd'hui fortement féminins. De plus, la proportion dans plusieurs pays industrialisés de femme âgée de 65 ans et plus est plus importante que les hommes (Bringue, 2014).

Conclusion

Phénomène pourtant prégnant, le vieillissement de la population active ne constitue actuellement pas une préoccupation forte chez les employeurs. Très peu de milieux de travail s'engagent réellement dans une action cohérente pour le gérer, tant sur le plan des ressources humaines, que sur celui de la prévention en santé (Szinovacz, 2011). Au contraire, le vieillissement au travail est vécu par nombre d'organisations comme un fardeau et ces dernières disposent de peu de ressources afin de faire face à l'avancée en âge de leur main-d'œuvre (Brady et collab., 2016). La force des stéréotypes concernant les travailleurs âgés, ainsi que les impératifs managériaux axés sur la productivité tendent à exclure progressivement les travailleurs vieillissants, voire à limiter leur entrée sur le marché du

travail. De plus, si le caractère pathogène de certaines dimensions de l'organisation du travail est bien documenté, l'innovation, quant à elle, demeure peu ciblée. Au contraire, plusieurs acteurs font montre d'un biais de sur confiance en ne voyant souvent que le versant positif de l'innovation, sans porter de regard sur la perception des travailleurs qui doivent y faire face (Bessière et Stéphany, 2015). Pourtant, l'étude présentée a permis de constater que les travailleurs vieillissants ne restent pas impassibles devant l'innovation. Bien que cette dernière représente un certain défi, les participantes rencontrées ne cadrent pas avec le stéréotype de réticence face à la nouveauté. Au contraire, l'innovation peut s'inscrire dans le plaisir au travail.

Somme toute, bien qu'une diversité de leviers d'action puisse être considérée par une organisation soucieuse de prendre en compte le vieillissement de sa main-d'œuvre en contexte innovant, il n'est pas nécessairement chose facile que de les actualiser. Plusieurs barrières doivent parfois être adressées de manière systémique et il importe de reprendre l'analyse des leviers dans chaque situation particulière afin d'éviter la stigmatisation et favoriser l'inclusion.

Notices biographiques

AIYAR, Shekhar, Christian EBEKE et Xiaobo SHAO (2016). *La main-d'oeuvre de la zone euro vieillit, ce qui ralentit la croissance*, Fond Monétaire International, réf. du 17 août 2016, Repéré à : <https://www.imf.org/external/french/np/blog/2016/081716f.htm>

ALDERSON, Marie, Micheline SAINT-JEAN, Jacques RHÉAUME et Isabelle RUELLAND (2011). « Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée soumis à des changements organisationnels significatifs », *Aporia*, Vol. 3, No 4, p. 30-46.

AOUICI, Sabrina, Séverine CARILLON et Corinne METTE (2008). « Choisir l'âge de sa retraite : un arbitrage lié aux contextes économiques et professionnels », *Retraite et société*, Vol. 2, No 54, p. 190-209.

APPELBAUM, Eileen (2004). « Les incidences des nouvelles formes d'organisation du travail sur les travailleurs », dans Gregor Murray, et collab. (dirs.), *L'organisation de la production et du travail : vers un nouveau modèle?*, Québec, P.U.L, 261p.

AUBRY, François (2012). « Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec », *Temporalités : Revue de sciences sociales et humaines*, Vol. 16, p. 1-37.

BEHAGHEL, Luc, Ève CAROLI, Muriel ROGER (2010), « Départ des travailleurs âgés, formation continue et changements technologiques et organisationnels », *Travail et emploi*, Vol. 121, p. 7-20.

BENOMAR, Nadia, Joanne CASTONGUAY, Marie-Hélène JOBIN et François LESPÉRANCE (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec*, [rapport de recherche], Montréal, CIRANO, 76 p.

BERNIER, Marianne. (2014). *L'innovation dans les entreprises du Québec et du Canada*, [rapport de recherche], Institut de la statistique du Québec : sciences, technologie et innovations en bref, Québec, 4 p.

BESSIÈRE, Véronique et Éric STÉPHANY (2015). *Le financement de l'innovation. Nouvelles perspectives théoriques et pratiques*, Bruxelles, De Boeck Université, 190 p.

BESSIÈRE, Véronique et Jérôme POUGET (2012). « Excès de confiance et création d'entreprise : une synthèse des approches cognitives », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 15, No 4, p. 1-19.

BLAIS, Mireille et Stéphane MARTINEAU (2006). « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », *Recherches qualitatives*, Vol. 26, No 2, p.1-18.

CARDINAL, Linda (1995). « Making a difference: The theory and practice of francophone women's groups 1969-1982 », dans Joy PARR (dir.), *A diversity of women: Ontario 1945-1980*, Toronto, University of Toronto Press, p. 281-316.

Brady Grant, Jennifer R. Rineer, David M. Cadiz et Donald M. Truxillo (2016). « Maintaining Work Ability to Support and Retain Older Workers », dans Alexander-Stamatios ANTONIOU , Ronald J. BURKE, Sir Cary L. COOPER (dirs.), *The Aging Workforce Handbook:*

Individual, Organizational and Societal Challenges, Portland, Emerald Group Publishing, 576 p.

BORINS, Sandford (2013). « L'innovation au sein des entreprises et du gouvernement : se tourner vers l'avenir », *Télescope: Revue d'analyse comparée en administration publique*, Vol. 19, No 2, p. 57-70.

BOULIANNE, Noel (2005). *Résumés d'études statistiques sur l'impact des innovations organisationnelles*, [rapport de recherche], Québec, Ministère du travail, 18 p.

BRINGUES, Carole. (2014). *Le vieillissement de la population au Québec : Quels enjeux et quelles perspectives pour le marché du travail montréalais ?*, [Mémoire], Toulouse, 91 p.

BRUN, Jean-Pierre et Nanon DUGAS (2002). *La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens*, [Rapport de recherche], Québec, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, 24 p.

BURNAY Nathalie (2008). « Les paradoxes de l'âge au travail », *Les politiques sociales*, Vol. 3, p. 4-13.

CARBONNEAU, Hélène, Chantal D. CARON et Johanne DESROSIERS (2009). « Développement d'un programme d'éducation au loisir adapté comme moyen de soutien à l'implication d'aidants d'un proche atteint de démence », *Canadian Journal on Aging*, Vol. 28, No 2, p. 121-134.

CARBONNEAU, Hélène, Chantal D. CARON et Johanne DESROSIERS (2011). « Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia », *Archives of gerontology and geriatrics*, Vol. 53, No 1, p. 31-39.

CARBONNEAU, Hélène, Pierre-Yves THERRIAULT, Sophie ÉTHIER, Yves COUTURIER et Ginette AUBIN (2014). Continuum de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie dans le contexte de la démence, [Acte de colloque], Québec, 2e congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer.

Conference Board du Canada (2017). Innovation Defined. Gouvernement du Canada, réf. du 5 janvier 2017; <http://www.conferenceboard.ca/cbi/innovation.aspx>

DEMERS, Gilles, Yvon BOUDREAU, Maryse FERNET, Lynn JEANNIOT, Monique TREMBLAY, Clément GODBOUT, Frédéric LESEMANN, Michel QUIMPERET et Claude QUINTIN (2011), *Le vieillissement de la main-d'œuvre et l'avenir de la retraite : des enjeux pour tous, un effort de chacun*, [Rapport de recherche], Québec, Demers, et al. sur la participation au marché du travail des travailleuses et travailleurs expérimentés de 55 ans et plus, 136 p.

COUTROT, Thomas (2016). « Salariés sous pression », *Revue Projet*, Vol. 6, p. 17-23.

DANAN, Jane-Laure, Michel BOULANGÉ, Henry COUDANE et Gisèle KANNY (2014). « De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé », *HEGEL*, Vol. 4, No 3, p. 279-286.

DAMASSE, Jean et Brigitte DOYON (2000). *Travailler en vieillissant, vieillir en travaillant : une recension des écrits sur le vieillissement prématuré des travailleurs*, [Rapport de recherche], Québec, RIPOST, 48 p.

DAVEZIES, Philippe (1993). «Éléments de psychodynamique du travail», *Éducation permanente*, Vol. 116, No 3, p. 33-46.

DAVID, Hélène, Serge VOLKOFF, Esther CLOUTIER et Francis DERRIENNIC (2001). « Vieillesse, organisation du travail et santé », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, Vol. 3, No 1, p. 1-41.

DEJOURS, Christophe (2015). *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Paris, Bayard, 240 p.

DEJOURS, Christophe (2013). « Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien à la tâche et à l'organisation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Vol. 2, p. 11-18.

GAGNON, Isabelle, Hélène DAVID, Esther CLOUTIER, François OUELETTE, Élise LEDOUX, Madeline BOURDOUXHE et Catherine TEIGER (2003), « Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile », *Gérontologie et société*, Vol. 4, No 107, p. 131-148.

GERNET, Isabelle et Christophe DEJOURS (2009). « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, Vol. 2, p. 27-36.

GOLLAC, Michel et Serge VOLKOFF (2000). *Les conditions de travail*, Paris, Editions La Découverte, 122 p.

GROUPE D'EXPERTS EN RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT (2010). *Innovation Canada : Le pouvoir d'agir*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 158p.

GRENIER, Corinne (2015). « Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé. *Revue Interdisciplinaire Management* », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, Vol. 1, No 15, p. 66-84.

HARRIS, Kelly, Sarah KRYGSMAN, Jessica WASCHENKO et Debbie LALIBERTE RUDMAN (2017). « Ageism and the Older Worker: A Scoping Review », *The Gerontologist*.

HARRISSON, Denis (2002). « Le processus d'implantation de l'innovation du travail », *Interactions*, Vol. 6, No 2, p. 85-104.

IKEDA, Kazuaki et Anthony MARSHALL (2016). « How successful organizations drive innovation », *Strategy & Leadership*, Vol. 44, No 3, p. 9-19.

JACKSON, Suzanne F. (2016). « Comment trouver les innovations qu'il nous faut, et les mettre en œuvre? », *Global Health Promotion*, Vol. 23, No 3, p. 83-85.

JOLIVET, Annie, Anne-Françoise MOLINIÉ, et Serge VOLKOFF (2014). *Le Travail avant la retraite. Emploi, travail et savoirs professionnels des seniors*, France, Liaisons sociales, 225 p.

JOLIVET, Annie. (2003). « Âge et relation d'emploi : les mécanismes d'une sélection défavorable aux travailleurs plus âgés », *Revue d'économie politique*, Vol. 113, No 1, p. 15-35.

KAHN, Jeffrey P. et Alan M. LANGLIEB (2003). *Mental health and productivity in the workplace: A handbook for organizations and clinicians*, San Francisco, Jossey-Bass, 656 p.

KREUTZ, Gérard, Pascal VALLET et Graziella DORNIER (2012). « Vieillesse, santé et travail », *Travail et sécurité*, Vol. 636, p. 1-4.

LAGACÉ, Martine (2010). *L'âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*, Québec, Presses de l'Université Laval, 298 p.

LIPPEL, Katherine, Richard JOHNSTONE, Geneviève BARIL-GINGRAS (2017). « Régulation, changement et environnement du travail », *Relations Industrielles*, Vol. 72, No 1, p. 17-33.

LYONS, Sean T., Eddy S. NG et Linda SCHWEITZER (2012). *Generational career shift: Millennials and the changing nature of careers in Canada: Managing the new workforce: International perspectives in the millennial generation*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, Inc, 85 p.

MARANDA, Marie-France et Geneviève FOURNIER (2009). *Organisation pathogène du travail et maintien durable en emploi : une question antinomique ?*, Québec, Les presses de l'Université Laval, 228 p.

MOLINIÉ, Anne-Françoise, Corinne GAUDART et Valérie PUEYO (2012). *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, Toulouse, Octarès, 395 p.

PAVAGEAU, Pierre, Adelaide NASCIMENTO et Pierre FALZON (2007). « Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, Vol. 9, No 2, p. 1-22.

SIMPSON, Penny M., Judy A. SIGUAW et Cathy A. ENZ (2006). « Innovation orientation outcomes: The good and the bad », *Journal of Business Research*, Vol. 59, No 10, p. 1133-1141.

SMITH, Joy (2013). *Innovation technologique dans les soins de santé*, [Rapport de recherche], Canada, Comité permanent de la santé, 120 p.

Statistique Canada (2015). Tableau 282-0002 - Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le secteur d'activité, le sexe et le groupe d'âge détaillé.

SZINOVACZ, Maximiliane. E. (2011). « Introduction: The aging workforce: Challenges for societies, employers, and older workers », *Journal of Aging & Social Policy*, Vol. 23, No 2, p. 95-100.

Teiger Catherine (1995). « Penser les relations âge/travail au cours du temps », dans Serge VOLKOFF, Jean-Claude MARQUIÉ et Dominique PAUMÈS (dirs.), *Le travail au fil de l'âge*, Toulouse, Octares, 512 p.

THERRIAULT, Pierre-Yves (2010). *Changements organisationnel et technologique, santé mentale et travail*, Sarrebruck, Éditions universitaires européennes.

Ughetto Pascal (2014). « Transformation des conditions de travail et constitution d'une problématique de la santé au travail », dans François ABALLÉA et Arnaud MIAS (dirs.), *Organisation, gestion productive et santé au travail*, Toulouse, Octarès, 364 p.

VOLKOFF, Serge, Anne-Françoise MOLINIÉ et Annie JOLIVET (2000), *Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail*, Centre d'études de l'emploi, 126 p.

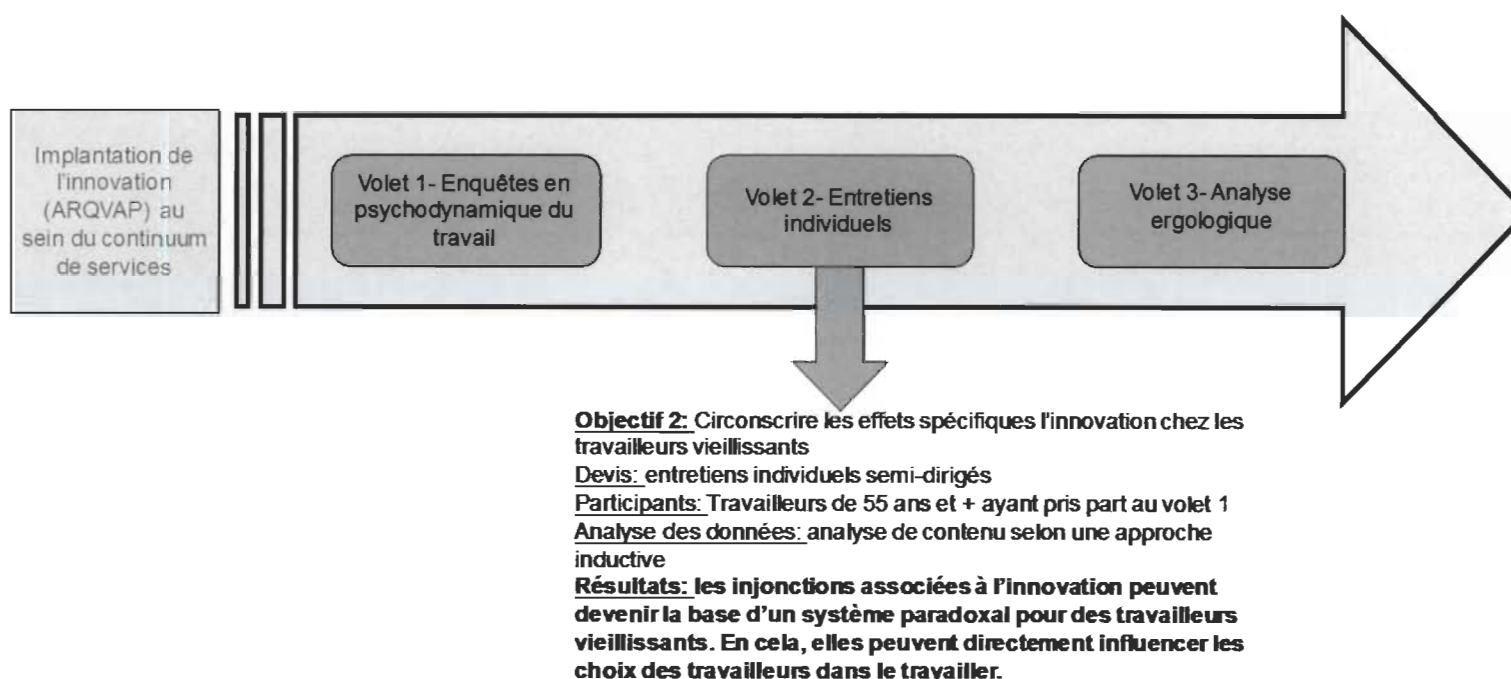
VÉZINA, Michel (2008). « La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique », *Santé publique*, Vol. 20, No HS, p. 121-128.

WANBERG, Connie. R., Ruth KANFER, Darla J. HAMANN et Zhen ZHANG (2016). « Age and reemployment success after job loss: An integrative model and meta-analysis », *Psychological Bulletin*, Vol. 142, No 4, p. 400–426.

5.7. Bilan des entretiens individuels auprès des travailleurs vieillissants

Au total, six travailleurs de 55 ans et plus ont été rencontrés, et ce, afin d'atteindre le deuxième objectif de la recherche, soit de circonscrire les effets spécifiques de l'innovation chez les travailleurs vieillissants ayant pris part au premier volet de la recherche. La figure 12 permet de visualiser la progression de la recherche à cette étape de la lecture.

Figure 12. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le deuxième objectif de la recherche



Chacun des entretiens a permis d'explorer la perception de l'ARQVAP chez les intervenants, ainsi que d'aborder le rapport à l'innovation en regard du processus de vieillissement. L'analyse des résultats permet de constater que les travailleurs vieillissants rencontrés ne restent pas impassibles devant l'innovation alors que cette dernière vient influencer le travailler. D'un côté, bien que l'innovation étudiée constitue un certain défi, elle peut s'inscrire dans le plaisir au travail, de par les possibles qu'elle laisse envisager. De l'autre, elle

fait émerger des remises en question sur la possibilité de poursuivre l'activité de travail modifiée.

De plus, les injonctions institutionnelles de l'innovation peuvent mettre les travailleurs vieillissants face à un système paradoxal⁴⁹, celui de vieillir dans une organisation ne valorisant que la nouveauté. Ainsi, les injonctions institutionnelles liées à l'innovation transforment ou, du moins, infléchissent l'activité professionnelle alors que ses prescriptions et la culture qui y sont associées placent les travailleurs devant des choix contradictoires. Les tensions qu'elles génèrent contraignent les intervenants à tenter de stabiliser autant que faire se peut le travail, sans toutefois être en mesure d'investir des stratégies adaptatives qui concordent avec l'avancée en âge.

Somme toute, les perceptions quant à l'innovation au travail ont, pour les participantes rencontrées, évoluées avec le temps. Cette évolution est liée à l'âge d'une part et de l'autre, à l'expérience.

⁴⁹ L'injonction paradoxale, selon Anzieu (2012), se manifeste lorsque l'individu fait face à « deux énoncés antagonistes qui n'appartiennent pas au même système en ce sens qu'ils ne se situent pas au même niveau d'abstraction. Il s'ensuit que ni l'un ni l'autre ne peut être vrai ou faux. Si ces énoncés sont des injonctions, il en résulte qu'aucune des deux injonctions antagonistes ne saurait être satisfaite » (p.81). Les injonctions paradoxales mettent ainsi l'individu devant un discours pour lequel une faille peut être identifiée et le plonge dans une impasse en lui imposant des objectifs et des réalités qui ne sont pas compatibles (de Gaulejac, & Hanique, 2015).

5.8. Analyse ergologique des résultats obtenus

L'ensemble des participantes rencontrées évoluaient soit directement à travers les installations du CIUSSS de la région administrative dans laquelle a eu lieu l'implantation de l'ARQVAP, soit en marge de celui-ci en fournissant des services qui ne peuvent être pris en charge par les grandes structures. Leurs activités professionnelles étaient réalisées au sein du continuum de services offerts aux personnes atteints de la maladie d'Alzheimer, soit dans la sphère communautaire, privée ou publique. L'ensemble des participants étaient de genre féminin et s'identifiaient fortement aux valeurs des métiers du *prendre soin*.

L'innovation au travail était l'objet d'analyse de l'étude menée et la santé et le bien-être des intervenants étaient au centre des préoccupations de la recherche. La méthodologie en psychodynamique du travail a permis de documenter le rapport subjectif que les participantes rencontrées entretiennent avec leur activité de travail et son organisation. L'analyse ergologique des résultats vise maintenant à circonscrire les impacts de l'innovation étudiée sur les trois pôles de l'activité de travail ; l'organisation du travail, les travailleurs, le travailler et le processus de renormalisation. Ainsi, lorsque l'ensemble des résultats sont mis en relation et analysés selon une lecture ergologique, il est possible de dresser le portrait de ce qui est commun pour l'ensemble des travailleurs rencontrés, ainsi que de dégager une interprétation transversale de la manière dont l'innovation vient influencer le travail et le bien-être des participantes.

5.8.1. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles de l'activité de travail

5.8.1.1. Premier pôle : l'organisation du travail

L'organisation du travail, processus conduit par des règles qui se concrétisent en une structure, est influencée par les normes antécédentes et résulte dans le maintien des règles prescrites de travail et l'orientation des tâches dans une culture déterminée (Coutarel, Daniellou, & Dugué, 2003). Selon Schwartz (1995) les normes antécédentes se matérialisent sous une forme

encodée et justifiée de pouvoirs établis et elles sont constituées sous forme de procédures et codifications organisationnelles. Tel que le décrivent Alvarez et Telles (2002), les normes antérieures doivent être analysées en tant que constructions historiques et leur dimension prescrite est le résultat d'un patrimoine conceptuel, scientifique et culturel. Dans cette perspective, l'innovation s'inscrit progressivement dans les normes antérieures des organisations en modifiant certaines codifications du travail et transformant les manières de faire. Au-delà de l'habituelle bureaucratie du réseau, elle implique de prendre du temps auprès du patient, quitte à ne pas réaliser le soin prévu. L'ARQVAP émerge des normes sociales puisant racines de la bienveillance, de politiques publiques orientées sur les pratiques probantes dans le secteur de la santé et des services sociaux et des influences de la cité valorisant les approches humanistes du soin plutôt que les approches issues du modèle Toyota valorisant l'efficacité et la réduction des délais.

Pour l'ensemble des groupes étudiés, l'organisation du travail est principalement orientée autour de règles qui encadrent l'action des intervenants en regard de ce qui est à faire auprès de l'aidé (les soins à prodiguer, la manière de rendre le service), des limites des actes à poser (actes réservés, frontières déontologiques, gamme de services offerts) et de la manière d'organiser la prestation des services (critères de référencement, route, fréquence des visites). Dans quelques organisations, une certaine marge de manœuvre est possible et se matérialise lorsque le jugement de l'intervenant est pris en compte, tandis que dans d'autres, cette marge est pratiquement inexistante et l'intervenant remplit un rôle purement utilitaire. De plus, pour l'ensemble des groupes, le travail réalisé est solitaire, alors que peu d'opportunités d'échange et de collectivisation sont prévues par l'organisation.

Pour la majorité des groupes rencontrés, à l'exception des auxiliaires familiales reliées au CIUSSS, bien que le travail ne subisse pas une transformation drastique, l'impact de l'ARQVAP sur l'organisation du travail est constaté. Cette dernière demande d'aller au-delà du simple soin curatif et elle induit de nouvelles prescriptions pour les travailleurs. Ces prescriptions sont principalement regroupées autour de trois actes dictés ; miser sur le potentiel des patients atteints de la maladie d'Alzheimer plutôt que de compenser leurs difficultés, prendre le temps de vivre des moments plaisants avec le patient lorsque les soins

sont dispensés, et finalement utiliser les outils de l'approche pour s'outiller en tant qu'intervenant et pour outiller les proches. Ainsi, tantôt l'ARQVAP rend visible ce qui était déjà fait par les participantes depuis plusieurs années, tantôt elle ajoute d'outils pour appuyer les interventions réalisées. De plus, malgré ses points positifs, l'intégration de l'innovation n'est pas chose simple pour l'ensemble des participantes, alors que certaines d'entre elles constatent que les normes de l'organisation de travail ne sont paradoxalement pas totalement compatibles avec son utilisation, bien que ce soit l'organisation elle-même qui la prescrit. En effet, l'ARQVAP peut ne pas s'avérer en adéquation avec l'organisation du travail et ses impératifs, alors qu'elle alourdit le travail, ou demande aux intervenants de faire des choix qui sont contradictoires. Par exemple, respecter le besoin d'efficacité dans les soins ainsi que de prendre du temps auprès de l'aidé. De plus, l'ARQVAP crée temporairement des espaces d'échange entre travailleurs, venant modifier l'organisation habituelle des moments prévus entre pairs. Cette modification semble toutefois temporaire puisqu'elle est liée davantage à la démarche d'implantation de l'approche, plutôt qu'à sa pérennisation.

Or, les travailleurs ont, pour une grande partie des participantes, pris goût à ces moments d'échange et craignent qu'ils ne soient plus possibles dans l'organisation habituelle du travail.

5.8.1.2. Deuxième pôle : les travailleurs

Les travailleurs sont portés, au travail, par les buts qu'ils se fixent et les normes qu'ils respectent. Ces données sont changeantes dans le temps, elles ne sont pas fixes. Les valeurs auxquels les travailleurs adhèrent individuellement sont aussi à considérer dans la compréhension du travailler et celles partagées collectivement sont une donnée fondamentale (Ménégoz, 2015). En ergologie, la hiérarchisation de ces valeurs peut se modifier dans le temps, mais les valeurs demeurent quant à elles des données relativement stables. Tel que le décrit Ménégoz (2015) si le travailleur doit « déroger à ce qui est prévu, il devra alors arbitrer in situ, ce qui fait apparaître les valeurs propres de celui ou celle qui prend cette initiative, et donc un pouvoir d'agir au nom de valeurs qu'il ou elle détient. [...]. Cette action peut entrer dans le cadre d'une compétence liée à l'activité collective » (p.103).

La méthodologie de la psychodynamique du travail, employée pour les études de cas, ne permet pas de dégager les valeurs individuelles des travailleurs. Toutefois, elle permet de cerner les valeurs communes qui dirigent l'action collective des participantes. Ces valeurs, partagées par plusieurs, sont principalement d'aider autrui, de remplir un rôle utile pour les patients et leurs proches et de créer une relation de proximité, voire d'intimité avec l'aidé.

De manière unanime, l'ARQVAP est jugée en cohérence avec les valeurs du métier et par le fait même, avec les valeurs et les normes des participantes. Offrir son aide, être utile aux patients et à la société et bâtir une relation privilégiée avec l'aidé et ses aidants font partie des objectifs de l'ARQVAP ce qui est en adéquation avec les valeurs partagées par les participantes.

5.8.1.3. Troisième pôle : le travailler et la renormalisation

C'est dans le travailler, dans ce mode d'engagement de la personnalité déployée par les travailleurs pour réaliser l'activité de travail demandée, que les dynamiques de plaisir de de souffrance au travail se déploient. Dans la recherche d'un équilibre, les renormalisations sont des tentatives de faire face à la souffrance et aux variabilités. Elles fonctionnent comme des débats de normes et de valeurs. Des valeurs provenant à la fois des travailleurs eux-mêmes ainsi que de l'organisation du travail structurant le travailler.

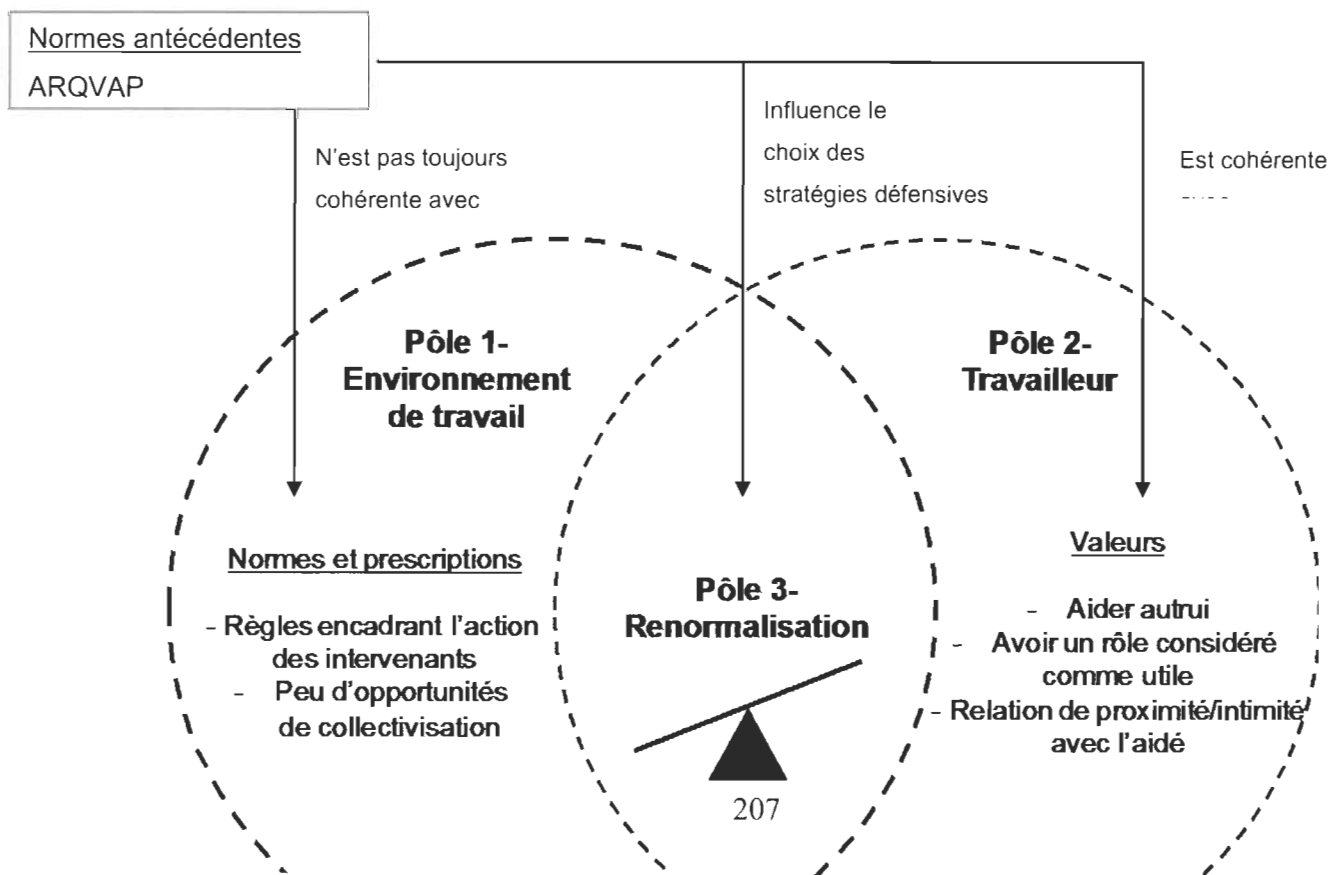
Somme toute, pour les participantes, l'impact de l'innovation étudiée n'est pas neutre et ne semble pas être uniquement cosmétique, puisqu'il agit sur les sources de plaisir vécues à travers la réalisation de l'activité. En effet, l'innovation étudiée vient appuyer certaines sources de plaisir au travail principalement en augmentant les opportunités d'accéder à ce plaisir.

Sur le plan de la renormalisation, puisque l'innovation étudiée n'a pas été pensée pour les travailleurs, mais pour les services dispensés, les prescriptions des organisations étudiées laissent place à des trous de normes. Les participantes sont soumises aux prescriptions, aux souffrances et malaises du travail, mais peuvent tout de même manœuvrer (à des degrés différents) dans la marge. Elles tentent alors de maintenir leur équilibre psychique. En négociant l'interaction entre ce qui leur est demandé de faire dans le travail quotidien,

l'intégration de l'ARQVAP et ce qu'elles croient bon de faire dans leur travail, elles utilisent des stratégies. Ces stratégies sont en partie partagées par un grand nombre de participantes. Elles sont de deux natures. Une première réfère à une stratégie adaptative, soit le fait de mettre ses limites dans l'intervention ou dans l'environnement. La seconde est davantage associée à des alternatives coûteuses psychiquement et reposent essentiellement sur la banalisation voire l'acceptation de situations pouvant mettre la sécurité en péril, jusqu'au retrait de la relation avec l'aidé. L'ARQVAP, de par sa nature et les principes qu'elle véhicule, peut venir influencer le choix des stratégies défensives déployées. Lorsque c'est le cas, l'innovation étudiée semble appuyer les stratégies mettant à risque la santé des participantes, les amenant à investir davantage la relation avec l'aidé et ses aidants et fermer les yeux devant des situations qui seraient habituellement évitées. Les outils de l'ARQVAP créent un filet de sécurité mentale pour les participantes, venant teinter l'analyse qu'elles font de leur activité. Cela, dans l'espoir de toujours pouvoir faire quelque chose et être utile malgré tout, malgré les comportements agressifs des aidés et malgré la détérioration de l'état du patient ; « il y a toujours quelque chose à faire ».

La figure 13 schématise l'influence de l'ARQVAP selon l'analyse ergologique réalisée.

Figure 13. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles du travail



5.8.2. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles de l'activité de travail en regard du vieillissement au travail

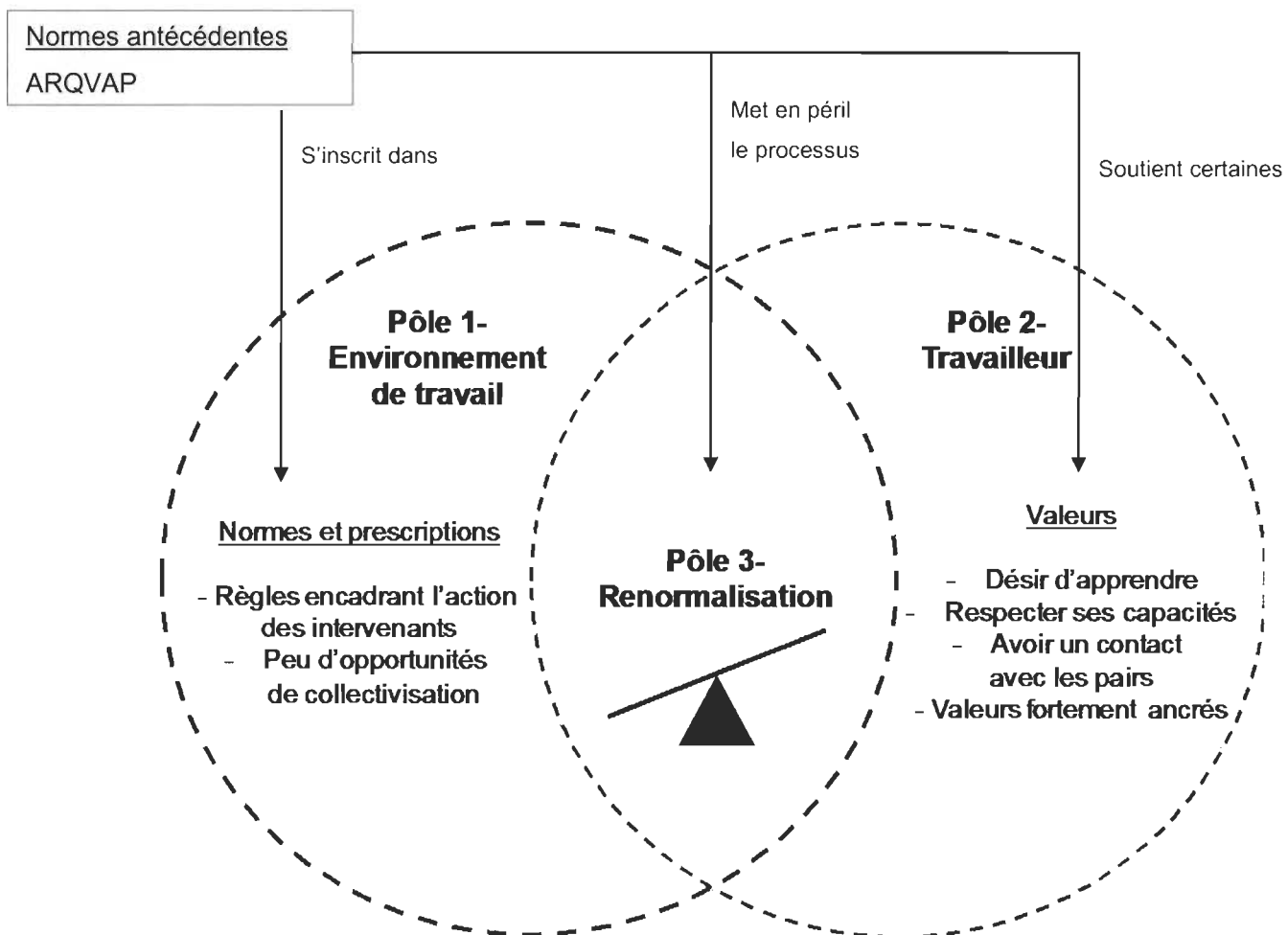
Tout d'abord, en ce qui concerne le premier pôle, soit l'organisation du travail, les impacts sont les mêmes que celles décrites pour l'ensemble des travailleurs, alors que les travailleurs de 55 ans et plus évoluent dans les mêmes organisations et ont fait partie des enquêtes de groupe.

Puis, en ce qui concerne le deuxième pôle, soit les travailleurs, il est possible de constater que les valeurs partagées par les travailleurs vieillissants rencontrés sont principalement une forte envie d'apprendre, le désir de respecter ses capacités et l'importance d'entretenir les contacts avec les pairs pour avoir accès à la reconnaissance horizontale. Qu'il s'agisse de ces valeurs partagées, ou encore de valeurs individuelles qui ne sont pas détaillées ici, ce qui résonne dans l'ensemble des rencontres est un ancrage fort des valeurs chez les participantes. Ces dernières soulignant que l'importance d'agir en cohérence avec les valeurs devient de plus en plus appuyée avec l'avancée en âge.

Finalement, en ce qui concerne le troisième pôle, soit le travailler et la renormalisation, le constat est clair ; l'innovation étudiée n'est pas sans effet pour l'équilibre psychique. De la même manière que pour les travailleurs de tous âges, l'innovation vient renforcer certaines sources de plaisir au travail. Mais elle a un impact différent pour les travailleurs vieillissants en ce sens où elle fait émerger des possibles qui n'auraient pu être sans elle, telle la possibilité d'apprendre. Que plus est, le contexte du vieillissement et de son empreinte sur les capacités des travailleurs teinte les résultats d'une manière différente pour ce groupe. En effet, alors que les enquêtes ont permis de constater que l'ARQVAP peut venir influencer le choix des

stratégies défensives utilisées par l'ensemble des travailleurs, pour les participantes de plus de 55 ans, l'impact est plus inquiétant. En fragilisant les stratégies défensives employées, qui pour les travailleurs de 55 ans et plus sont principalement des stratégies adaptatives regroupant le respect des limites, le fait d'agir en cohérence avec ses valeurs et de prendre le temps d'adapter ses façons de faire, l'innovation peut carrément mettre en péril l'ensemble du processus de renormalisation. La figure 14 présente la schématisation de l'impact de l'innovation sur l'activité de travail de ce groupe de travailleurs.

Figure 14. Influences de l'ARQVAP sur les trois pôles du travail des travailleurs vieillissants



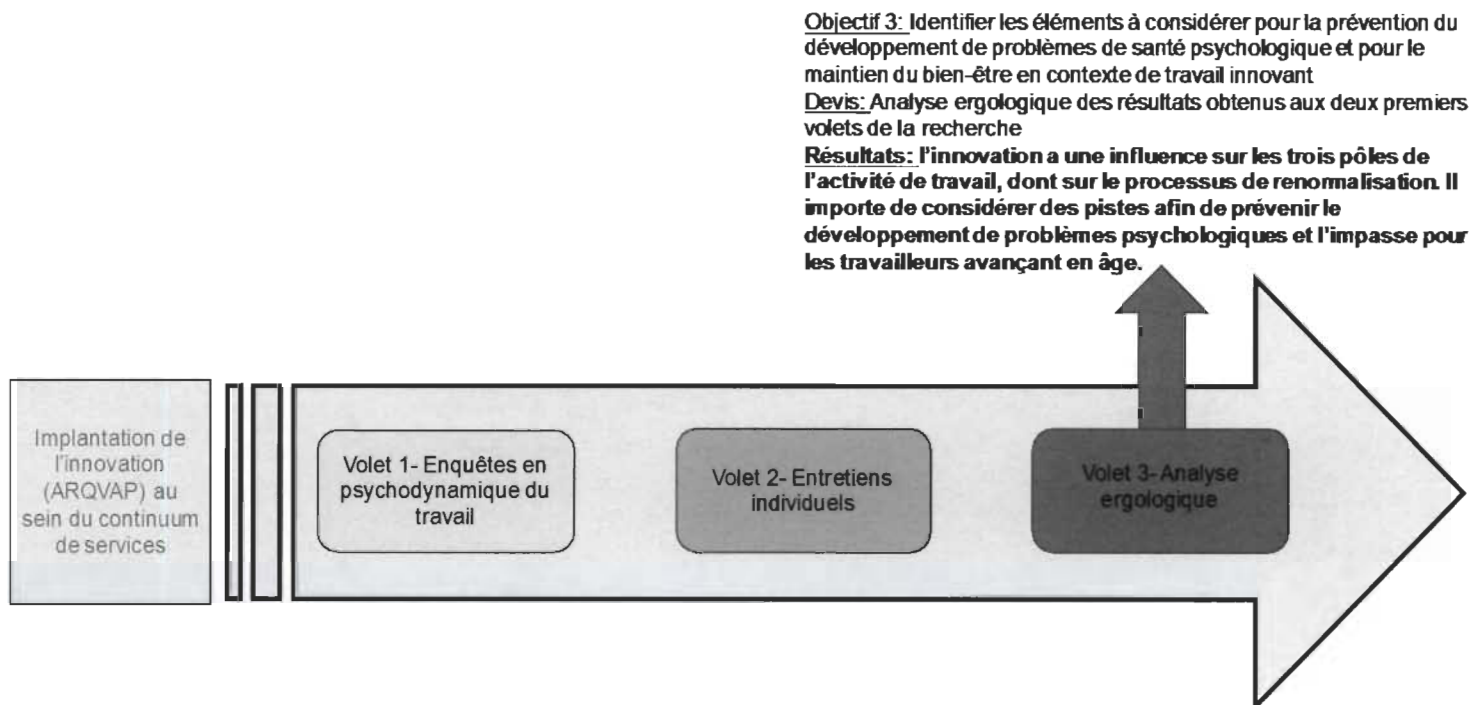
Non seulement l'innovation étudiée fragilise les stratégies défensives utilisées, elle diminue aussi les possibilités d'ajustement et réduit la marge de manœuvre par rapport à celle des

autres travailleurs. Le paradoxe rencontré par les participantes, celui de devoir compenser certaines modifications de leurs capacités alors que l'organisation du travail valorise la nouveauté, s'inscrit dans le processus de renormalisation et peut le corrompre. En contexte d'innovation, le travailleur plus âgé ne peut utiliser les stratégies adaptatives qu'il utilise habituellement pour se repositionner par rapport à son activité réelle de travail. L'impression de devoir se plier à des injonctions sans se sentir à l'aise de dévoiler ses difficultés est propre aux travailleurs de 55 ans et plus. Néanmoins, pour la grande majorité des travailleurs, l'accès aux différents paliers de gestion était plutôt bloqué non par les injonctions de l'organisation, mais par une difficulté d'accès physique. Le travail des participantes étant majoritairement de nature solitaire et hors des installations, collectiviser n'est pas chose facile, contexte innovant ou non.

5.9. Bilan de l'analyse ergologique

Alors que l'analyse des résultats des deux premiers volets de la recherche permet de poser un regard spécifique sur les diverses réalités des acteurs rencontrés, cette dernière section des résultats vise à présenter une lecture transversale dans l'optique de dégager un portrait global. La figure 15 permet de visualiser la progression de la recherche à cette étape de la lecture.

Figure 15. État actuel de l'avancement dans l'analyse des résultats en lien avec le troisième objectif de la recherche



L'analyse ergologique met en évidence que l'innovation n'est pas neutre, non seulement pour le rapport subjectif au travail, mais aussi en ce qui a trait aux décisions prises par les travailleurs lorsqu'ils négocient les normes antécédentes de l'organisation et se positionnent par rapport à elles dans la recherche d'un équilibre psychique. Cette partie de la recherche met en lumière une différence pour l'influence de l'innovation étudiée entre les travailleurs de tous

âges et les travailleurs vieillissants. Plus spécifiquement, la fragilisation des stratégies défensives utilisées par l'ensemble des travailleurs se voit exacerbée d'une certaine manière pour les travailleurs plus âgés. Ces derniers se voyant contraints de considérer une marge de manœuvre diminuée lorsqu'il est question d'ajustement au travail.

L'analyse présentée permet une meilleure compréhension de l'impact de l'innovation étudiée sur le processus de renormalisation. C'est en considérant les facteurs pouvant mettre en péril ce processus, essentiel à la santé psychologique et au bien-être au travail, que peuvent être dégagées des pistes en regard de la prévention au travail. En effet, la renormalisation est ce qui permet aux travailleurs de traiter les prescriptions du travail et négocier avec les variations pour maintenir un état de santé et de bien-être. Les facteurs pouvant mettre en péril ce processus ont été soulignés, dont une modification du travailler, l'investissement inconscient de stratégies défensives psychiquement onéreuses et les injonctions paradoxales. Les résultats de l'analyse ergologique mettent ainsi en relief l'importance de mettre en place des conditions afin d'éviter le déséquilibre entre sources de plaisir et sources de souffrance au travail. Elle permet aussi de considérer des pistes dans l'optique de prévenir l'impasse chez les travailleurs, spécifiquement lorsqu'ils avancent en âge. Ces pistes seront présentées dans la troisième section du chapitre de discussion.

Chapitre 6- Discussion

Cette discussion générale reprend d'abord les résultats et les discussions présentés dans le chapitre précédent qui constitue le corps de la thèse en les liants aux trois objectifs de cette thèse et aux données disponibles dans la littérature scientifique. Par la suite, une conclusion sur le phénomène à l'étude, les limites de même que les pistes futures de la recherche sont présentées.

6. Éléments de discussion en lien avec les objectifs de la thèse

Le phénomène au cœur de la présente thèse est l'innovation et son impact sur la santé psychologique et le bien-être au travail. Trois objectifs ont orienté la démarche de recherche. Le premier cherchait à mieux comprendre les liens possibles entre la santé de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux lors de l'introduction d'une innovation non technologique au travail. L'optique de ce premier objectif étant de comprendre ce qui peut influencer la santé des travailleurs en contexte d'innovation. Le second visait à préciser le rapport qu'ont les travailleurs vieillissants de ce secteur d'activité avec l'innovation au travail. Enfin, le troisième avait pour but de cerner des éléments pouvant être associés à la promotion du bien-être des travailleurs évoluant en contexte organisationnel innovant et à la prévention du développement de problèmes de santé psychologique dans ce même contexte.

6.1. Les effets de l'innovation sur la santé psychologique des travailleurs

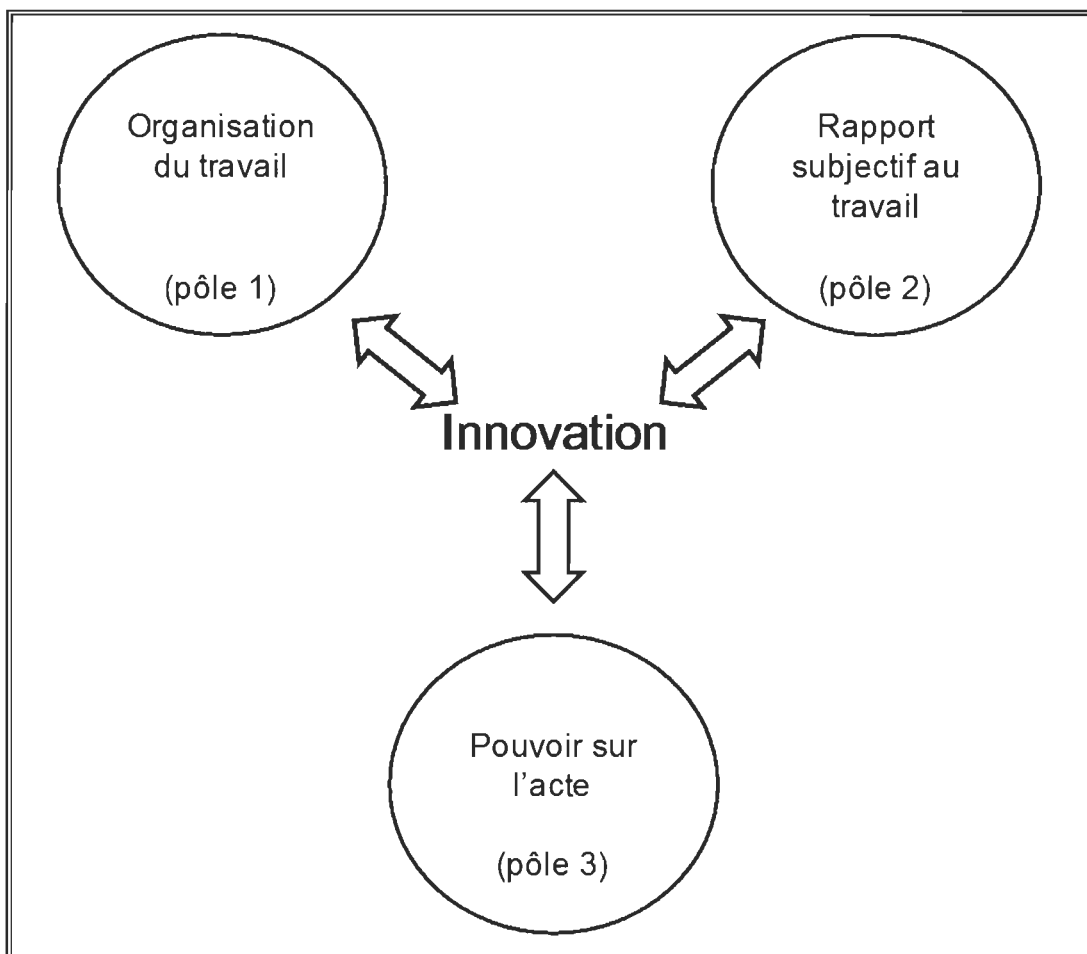
6.1.1. L'innovation : trois points d'influence sur le travail et son vécu

Les enquêtes en psychodynamique du travail, réalisées avec 19 intervenantes qui ont acceptés de participer volontairement à la recherche, visait à comprendre les liens possibles entre l'innovation étudiée (l'ARQVAP) implantée par l'organisation du travail et les problèmes,

actuels ou potentiels, de santé psychologique chez les travailleurs. Les différentes enquêtes s'appuient sur le cadre théorique et méthodologique spécifique de la psychodynamique du travail, alors que l'analyse des résultats intègre le cadre théorique de l'ergologie.

Le constat est clair, l'innovation n'est pas neutre pour le capital humain d'une entreprise. Les résultats des enquêtes indiquent que l'innovation a trois points d'influence possibles, qui touchent les trois pôles de l'activité de travail tel que conçue en ergologie. Tout d'abord, l'organisation du travail et les normes antécédentes de l'environnement de travail (pôle 1). Puis, le rapport subjectif au travail (pôle 2). Enfin, le pouvoir sur l'acte, alors que le processus de renormalisation est influencé (pôle 3). La figure 16 illustre ces points d'influence.

Figure 16. Les trois points d'influence de l'innovation étudiée



6.1.1.1. Premier point d'influence : l'organisation du travail

Le premier point d'influence s'illustre par l'inscription de l'innovation dans les normes antécédentes d'un milieu de travail. Par définition, l'invention devient innovation alors qu'elle s'actualise dans un milieu. Selon les politiques, les courants économiques et sociaux, l'inscription de l'innovation dans les milieux de travail sera plus ou moins forte. Actuellement, les normes de la cité influencent les organisations et ces dernières influencent à leur tour les courants managériaux ; la culture forte d'innovation provient du niveau microscopique (des entreprises désirant demeurer compétitives et souhaitant percer les marchés internationaux) et du niveau macroscopique (politiques de concurrence et d'excellence sur le plan international). Dans ce mouvement, d'un côté l'ensemble des normes de la cité encouragent l'innovation et sa pénétration dans les entreprises et de l'autre les entreprises sont très réceptives aux impératifs d'innovation (Marklund, Vonortas & Wessner, 2009). Spécifiquement pour le secteur de la santé et des services sociaux, les injonctions de qualité des services proviennent essentiellement des politiques gouvernementales qui poussent les organisations à renouveler les façons de faire et à intégrer les données probantes aux pratiques, calquant les services sur les avancées réalisées dans le secteur de la recherche (Lehoux, 2002). En cohérence avec cette intention, le déploiement de l'ARQVAP provient d'un souci d'amélioration des services offerts aux usagers d'un continuum de services. Son implantation est soutenue par différents mécanismes ; formation des gestionnaires, formation des employés en groupes ciblés, mise en place de boîtes d'outils dans les milieux de travail, séances de mentorat pour assurer l'utilisation quotidienne de la nouvelle approche. De par l'utilisation de nouveaux outils, l'aménagement du temps de soins et les rencontres de groupe, l'ARQVAP est venue modifier, à des degrés variables selon les groupes rencontrés, l'activité prescrite ; prendre le temps de vivre de bons moments avec le patient, utiliser les outils mis à disposition pour cibler des activités agréables, discuter et enseigner des savoir-faire aux proches, documenter les actions posées et les préciser lors des rencontres de mentorat. De par sa posture théorique, l'ARQVAP visait aussi à influencer les valeurs organisationnelles, favorisant une posture humaniste plutôt qu'interventionniste ; augmenter sur le confort psychologique du patient plutôt que réduire les inconforts, se centrer sur ce qu'il est possible de faire plutôt que sur ce qui n'est plus possible. L'influence de l'innovation sur l'organisation du travail n'est pas une donnée nouvelle. Depuis

maintenant plusieurs années, nombre d'études se sont penchées sur cette question pour conclure que l'innovation entraîne divers changements, qui ne sont pas uniformes d'une entreprise à l'autre, mais dont certaines variables demeurent assez stables. Notamment, l'innovation tend à renforcer les prescriptions du travail (Coutrot, 1995). Les entreprises innovantes se transforment maintenant en de réels « écosystèmes innovants » (Mercier-Laurent, 2011) soutenus par des stratégies constamment changeantes (FNEP, 2016) et un climat permanent d'évaluation, de critique et de transformation des processus existants (Gueguen & Torrès, 2004 ; Lounsbury & Crumley, 2007). Dans le secteur de la santé et des services sociaux, Lehoux (2002) observe que les innovations transforment non seulement la nature des soins et mais aussi, la manière de les prodiguer. Si l'ARQVAP n'en est pas venu à modifier le travail selon certaines participantes, force est de constater que les prescriptions ont changé, mais que ce changement n'a pas été visible pour l'ensemble des participantes. Peut-être est-ce le fait que l'ARQVAP et les prescriptions qu'elle modifie se rapprochent du travail réel qui était jusqu'alors déjà réalisé par les travailleurs ?

6.1.1.2. Deuxième point d'influence : le rapport subjectif au travail

Le deuxième point d'influence concerne le rapport subjectif au travail. L'innovation étudiée, ainsi que les transformations organisationnelles qu'elle implique, a un impact sur les sources de plaisir et de souffrance vécues au travail. Un tel constat avait déjà été mis en lumière dans certaines études portant sur l'effet de l'introduction de technologies dans les organisations (Laflamme (1995) ; Therriault, Rhéaume & Streit, 2004a). Entre autres, ces études démontrent que la technologie introduite dans une organisation peut venir bousculer la représentation que se fait le travailleur de son activité. Dans le secteur étudié, l'ARQVAP vient d'un côté appuyer des sources de plaisir existantes et de l'autre exacerber des sources de souffrance au travail. Les données obtenues dans le cadre des enquêtes offrent peu de nouvelles données sur les sources de plaisir et de souffrance dans le secteur de la santé et des services sociaux, alors que l'importance de rendre le client heureux, la lourdeur administrative, les paradoxes entre l'efficacité et la qualité des soins sont des données connues et largement documentées (Adams, Boscarino & Figley, 2006; Alderson, 2005; Aubry & Couturier, 2014). Toutefois, elles permettent d'appuyer l'aspect « non neutre » de l'innovation pour les travailleurs qui en font l'expérience. Cette donnée semble d'importance, dans un système valorisant actuellement

une diminution de la résistance aux changements organisationnels (Visinand, 2003). Cette résistance a été étudiée dans plusieurs travaux. Notamment, ceux de Bareil (2008) qui font état de référent dans plusieurs secteurs d'activité au Québec dont le secteur de la santé et des services sociaux. Elle y indique que la résistance au changement s'appuie sur sept aspects principaux chez l'individu; des dispositions psychiques (par exemple, un besoin de stabilité), des causes psychanalytiques (par exemple, un mécanisme de défense devant l'inconnu), une incompréhension du changement, des caractéristiques personnelles (par exemple, culturelle), un vécu antérieur négatif, la peur (de ne plus avoir ses repères, de perdre ses acquis, de l'échec), et la perte (de sécurité, de pouvoir, d'utilité). Les résultats obtenus permettent d'ajouter à cette liste l'hypothèse de la quête du maintien d'un équilibre psychique, devant un débalancement de l'équilibre entre les sources de plaisir et de souffrance au travail qui sont modifiées par l'introduction d'une innovation.

6.1.1.3. Troisième point d'influence : le pouvoir sur l'acte

Le troisième point d'influence s'inscrit au niveau du pouvoir sur l'acte de travail. Ce type de pouvoir, défini dans les travaux de Gérard Mendel⁵⁰ (1998), est celui que le travailleur a sur chacun de ses actes, et par le fait même, sur son activité de travail. C'est sa part d'initiative, de décision et de réalisation sur son activité de travail. Le pouvoir sur l'acte est non seulement influencé par la créativité du travailleur, mais aussi par la marge de manœuvre dont il dispose pour agir. L'action de renormalisation est une incarnation de ce pouvoir sur l'acte ; en analysant ce qui lui est demandé de faire (les prescriptions) et pourquoi il doit le faire (les normes et valeurs de l'organisation) au regard de ce qu'il juge bon de faire (valeurs et normes personnelles), le travailleur fera des choix vers une recherche de l'équilibre psychique. C'est dans ces choix que réside le pouvoir sur son acte. L'innovation influence ce dernier sur trois

⁵⁰ Gérard Mendel (1930-2004) est un anthropologue, psychiatre et psychanalyste du 20^e siècle. Il s'est particulièrement attardé à l'étude des dynamiques sociales, des relations de pouvoir et d'autorité et leurs impacts sur la psyché des êtres humains. Il a notamment été impliqué dans plusieurs interventions institutionnelles et est le créateur de la sociopsychanalyse. La pensée de Mendel s'articule autour du principe qu'un homme privé de pouvoir est un homme mutilé, où ce pouvoir n'est pas le pouvoir sur d'autres hommes, mais bien le pouvoir sur ses actes et sur le monde par ses actes (Ranjard, 2005).

plans : au niveau des normes antécédentes, en ce qui a trait aux stratégies défensives employées et finalement sur la collectivisation dans l'activité.

Premièrement, tel que mentionné précédemment, elle joue sur l'organisation du travail et ses normes antécédentes. Deuxièmement, elle influence le choix des stratégies défensives déployées par les travailleurs. Le déploiement des stratégies défensives en contexte de transformations du travail avait déjà fait l'objet d'étude dans les dernières années, particulièrement à ce qui a trait aux comportements d'acceptation ou de rejets des transformations technologiques (notamment Bobillier-Chaumon & Dubois, 2009; Venkatesh, 2000). Toutefois, très peu de données permettaient jusqu'alors de mettre en évidence l'effet de l'innovation sur les stratégies défensives utilisées par les travailleurs afin de continuer à faire leur activité de travail malgré la souffrance vécue. Dans le contexte étudié, l'ARQVAP tend à influencer le choix des stratégies défensives utilisées par les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux pour agir auprès des patients présentant une démence. De par l'encouragement à tisser des liens avec l'aidé, l'ARQVAP teinte le jugement des travailleurs, qui penchent davantage pour les stratégies de banalisation de la souffrance quotidienne, plutôt que pour les stratégies adaptatives de respect des limites, de prudence et de retrait. Le pouvoir des participantes sur leur acte, le pouvoir de mobiliser une stratégie défensive au regard de leur sécurité plutôt que du service au patient « à tout prix » s'en trouve modifié, voire réduit. Troisièmement, l'innovation peut avoir une influence sur la collectivisation dans l'activité. Le recours au collectif de travail peut s'avérer un facteur ayant un impact sur le pouvoir sur l'acte d'un travailleur, la délibération collective et les règles partagées venant l'influencer (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). L'implantation de l'ARQVAP a créé un engouement nouveau vers le renforcement des collectifs de travail chez certains participants, alors qu'il a aménagé des espaces temporaires de partage pour d'autres. Ce résultat n'est d'une part, pas étonnant considérant que l'innovation étudiée proposait des espaces d'échanges entre pairs jusqu'alors inexistant dans la réalisation de l'activité de travail. D'autre part, le renforcement du désir de collectivisation est étonnant lorsqu'il est juxtaposé à la littérature disponible concernant l'impact de transformations du travail sur cet aspect. En effet, les études montrent plutôt que des transformations ont habituellement un effet négatif sur la collectivisation dans le travail. Par exemple, l'étude menée par Cuvelier et Caroly (2011) montre qu'une transformation

organisationnelle a entraîné la fragilisation de la santé au travail alors que le travail collectif a été remis en cause. Alors que l'étude de DeConinck, Delahay, Cargue et Galland (2006) révèle qu'une transformation du travail mène généralement à des collectifs moins stables, plus transitoires. Il semblerait ainsi que la nature de la transformation, ce qu'elle modifie dans le travail, peut s'avérer cruciale dans le rapport des travailleurs au travail collaboratif et collectif.

Les effets de l'innovation sur la santé psychologique des travailleurs et leur bien-être au travail peuvent être ainsi être multiples, considérant que les trois points d'influence s'avèrent complexes. Bien que les résultats aient permis de cerner les points d'inflexion que l'innovation étudiée a sur le travail, l'impact de ces derniers n'a pas fait constat d'unanimité. Il est toutefois possible de statuer que, par sa triple influence, l'innovation aura sans conteste des impacts sur le travailler et par le fait même sur la santé des travailleurs. Elle vient ainsi jouer sur l'équilibre entre le plaisir et la souffrance au travail. Dejours (2000) affirme que tout facteur ayant une influence sur cet équilibre doit faire l'objet de considérations puisque l'issue de la recherche pour retrouver l'équilibre est incertain. De plus, Mendel (1998) souligne dans ses travaux l'importance de considérer l'acte pouvoir comme un facteur clé du bien-être au travail et la santé psychologique des travailleurs. Le manque de pouvoir sur l'acte de travail peut induire des réactions d'affaiblissement de la personnalité, en termes qu'il qualifie de « retraits » : retrait du bien-être et par le fait même de la motivation et de l'implication au travail, retrait du développement des capacités (jugement, autonomie) et retrait du travail comme valeur.

6.2. Vieillir au travail en contexte d'innovation

Les entretiens individuels, réalisés avec six participantes âgées de 55 ans et plus, cherchaient à isoler l'effet de l'innovation sur le rapport au travail en regard de l'âge. D'abord, les résultats indiquent que tout comme les travailleurs plus jeunes, les travailleurs vieillissants désirent vraiment s'impliquer dans l'innovation. Ceci est cohérent avec une quantité de plus en plus importante de travaux soulignant l'intérêt des travailleurs âgés pour l'apprentissage de nouvelles connaissances, de nouveaux procédés et indiquant qu'ils désirent s'ajuster devant des nouvelles procédures. Par exemple, diverses études portant sur la génération des baby-boomers, actuellement âgés entre 50 et 69 ans, ont montré qu'une bonne capacité d'adaptation est considérée par ce groupe comme étant primordiale, entre autres pour s'ajuster aux

demandes du travail (Blein, et al., 2009; Laville, Corinne & Pueyo, 2004). Pour les baby-boomers, la figure de l'aîné représenté comme un être improductif, passif, dépendant, est une figure négative à laquelle ils ne désirent pas être identifiés. Ils veulent plutôt avoir leur mot à dire sur le fonctionnement général de l'organisation de travail pour être en mesure de s'y adapter. De plus, il est important pour eux de pouvoir utiliser leurs expériences professionnelles et leurs savoirs pour participer activement à la vie de leur milieu de travail et éprouver du plaisir à travailler (Christin & Peretti, 2006). Souligner ces aspects s'avère important dans le contexte où plusieurs croyances à l'encontre des travailleurs âgés sont encore profondément ancrées dans le marché du travail, laissant place à des situations d'exclusion (Wanberg, et al., 2016).

De plus, tout comme les enquêtes en psychodynamique du travail, les entretiens individuels mettent en évidence le fait que l'innovation n'est pas neutre pour les travailleurs vieillissants, alors que les trois points d'influence discutés précédemment (sur l'organisation, sur le rapport subjectif au travail et sur le pouvoir sur l'acte) sont aussi retrouvés pour ce groupe. Ce constat n'est point surprenant considérant le fait que les participantes aux entretiens individuels proviennent des groupes d'enquêtes.

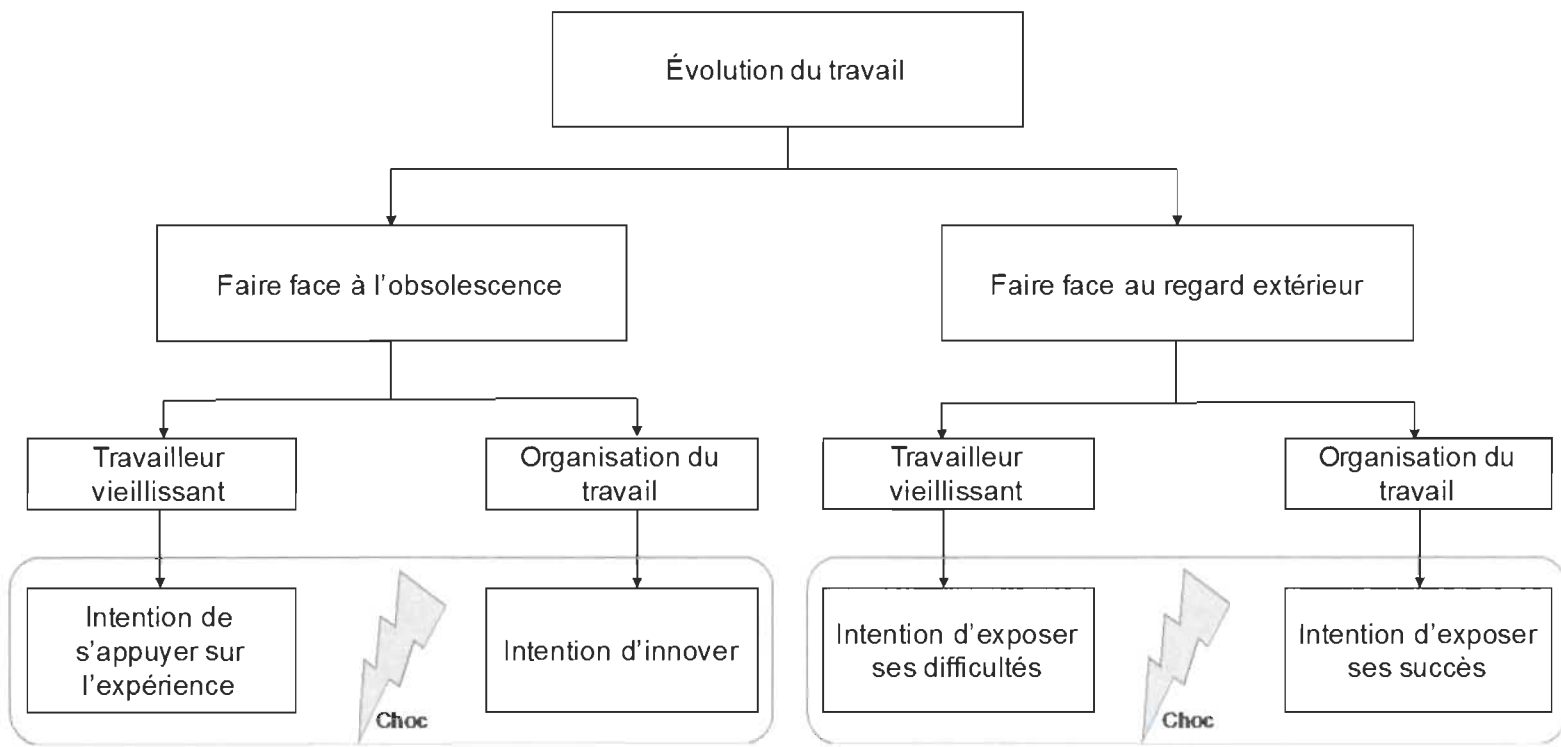
Toutefois, l'impact des points d'influence semble plus important pour le vécu subjectif des travailleurs plus âgés, alors qu'ils sont exacerbés par la culture d'innovation. En effet, en plus de soutenir certaines possibilités de plaisir au travail, les résultats mettent au jour des inflexions entraînées par l'innovation étudiée sur les sources de souffrances au travail, en raison d'un « choc des intentions ».

6.2.1. Vieillir en contexte innovant : le « choc des intentions »

Dans un contexte innovant, les intentions de l'organisation se traduisent en injonctions pour les travailleurs. En effet, les intentions des organisations, notamment celles de demeurer compétitives sur les marchés et de maintenir une image d'excellence, sont une réponse à une culture d'innovation plus large, inscrite sur le plan socio-économie et politique. Elles se traduisent par une culture organisationnelle innovante au sein des entreprises, qui produit des injonctions. Les injonctions, tel qu'exploré précédemment, mènent au paradoxe pour les

travailleurs vieillissants. Ce paradoxe est révélateur d'un choc ; ici appelé le « choc des intentions ». Ce dernier est composé de deux divergences d'intention centrales : la manière de s'ajuster face aux difficultés ou aux nouveaux défis rencontrés, et le reflet offert au monde extérieur. Il est illustré à la Figure 17.

Figure 17. Le « Choc des intentions » pour les travailleurs vieillissants évoluant en contexte innovant



6.2.1.1. Faire face à l'obsolescence

Les résultats de l'étude démontrent que les participantes ont besoin de s'appuyer sur leur expérience et leur connaissance du travail pour s'adapter face à une modification de leurs capacités. Ce résultat se retrouve d'ailleurs dans les travaux de Volkoff et Gaudart (2006), qui expliquent qu'à mesure que des déclin apparaissent, à mesure que des difficultés sont rencontrées, les travailleurs vieillissants élaborent des compromis entre les exigences de la tâche et leurs propres capacités, utilisent leur expérience et tentent de généraliser une partie de leurs stratégies antérieures, et/ou en élaborent de nouvelles, qui remplissent les mêmes

fonctions. Mais devant l'obsolescence, ou la crainte de devenir dépassée, l'organisation elle, n'adopte pas la même stratégie. Elle innove et par le fait même, modifie ses façons de faire en se basant sur la créativité. Tel que l'écrivent Castellotti, Debono et Huver (2017) les organisations innovantes sont assujetties à l'intérêt de l'originalité et dépendent de nouvelles trouvailles, balayant au passage ce qui est connu. Ces deux intentions sont clairement opposées, ce qui apparaît potentiellement plus dommageable pour le travailleur que pour l'organisation. Si l'organisation demeure compétitive sur les marchés internationaux grâce à ses initiatives innovantes, les travailleurs y vieillissant n'ont, pour leur part, plus les fondations solides du travail routinier leur permettant de bâtir une expérience favorisant l'ajustement face aux demandes. Les façons de faire le travail se voyant modifiées par la réécriture des modes opératoires et de nouvelles prescriptions, le travailleur voit disparaître progressivement ses repères lui permettant de bâtir son expérience (Volkoff & Gaudart, 2006).

6.2.1.2. Faire face au regard extérieur

En second lieu, les résultats indiquent que les travailleurs vieillissants évoluant en contexte de travail ont l'intention, malgré une réticence à le faire, de respecter leurs limites afin de continuer à travailler « malgré tout ». Pour ce faire, ils doivent dévoiler leurs nouvelles difficultés, les exposant à leurs pairs, leurs collègues, leurs supérieurs. Pour l'organisation, l'intention est toute autre ; devant les failles des services prodigués, il importe de s'ajuster et ne pas mettre au jour ses failles. L'efficacité, mais surtout l'excellence, sont les valeurs prônées dans le secteur de la santé et des services sociaux, comme dans plusieurs autres secteurs d'activité (Jobin & Lagacé, 2014). Comment, ainsi, est-ce possible pour les travailleurs vieillissants de dévoiler des difficultés, alors que celles-ci ne cadrent visiblement pas avec l'excellence prônée par l'organisation ? La réticence chez les travailleurs vieillissants à utiliser la stratégie du dévoilement n'est alors point surprenante. Comme le dit Veil (2013), « si l'on ne dit rien, l'on impose une frustration. Si l'on en dit trop, l'on suscite des interrogations inquiètes » (p.139), le paradoxe refait surface.

Si ce « choc des intentions » n'a pas mené à l'impasse pour les participantes rencontrées, certaines études n'excluent pas cette possibilité. Par exemple, l'étude de Therriault, Streit et Rhéaume (2004b) portant sur le travail de machinistes permet de constater comment des

situations paradoxales introduites par l'organisation mènent à l'impasse chez les travailleurs. Les travailleurs se retrouvent devant des « choix impossibles ». L'impasse appelle alors à des stratégies défensives essentiellement basées sur le repli et la prudence, ce qui a un impact néfaste sur la santé mentale des travailleurs et sur le collectif de travail. « Tel que l'explique Anzieu (1975), la personne placée devant une injonction paradoxale se trouve dans une position critique au niveau de sa santé mentale » (Therriault, 2004, p.77). Une autre étude, menée par Rhéaume, Saint-Jean et Therriault (2006) auprès de travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux suite à la réorganisation des services, traite aussi de l'impasse. Leurs résultats montrent que les travailleurs se retrouvant devant des changements organisationnels ne traduisant pas l'idéal de métier recherché et face à une gestion ayant des valeurs opposées aux leurs investissent des stratégies défensives de repli, de retrait et de désinvestissement. Ces stratégies mènent alors à la fragilisation des collectifs et à une souffrance importante. Finalement, dans ses travaux, Bergeron (2007) constate un paradoxe fort dans les nouvelles organisations du travail qui demande l'implication des employés (par exemple : gestion participative, organisations horizontales, organisations flexibles), menant lui aussi à l'impasse. Alors que les travailleurs doivent choisir entre se concentrer sur les demandes organisationnelles pouvant nuire à l'évolution de leur carrière et passer davantage de temps sur des tâches productives pouvant améliorer leurs performances. Cette dernière peut avoir des impacts négatifs non seulement sur leurs carrières, mais aussi sur leur santé psychologique (Bergeron, 2007). Puisque les injonctions liées à l'innovation peuvent devenir paradoxales avec l'avancée en âge, il importe de réfléchir aux conditions permettant de prévenir les situations paradoxales et, par le fait même, l'impasse. Dejours (1998) indique d'ailleurs que « les conflits de rationalité indubitables et inévitables peuvent être dépassés par des compromis. [...]. Encore convient-il de préciser que ces compromis ne sont pas le résultat de conjonctures aléatoires, mais bel et bien d'intentions, de volontés et de décisions délibérées » (p.11). En ce sens, la prévention des paradoxes en contexte innovant s'avère une piste préventive à explorer.

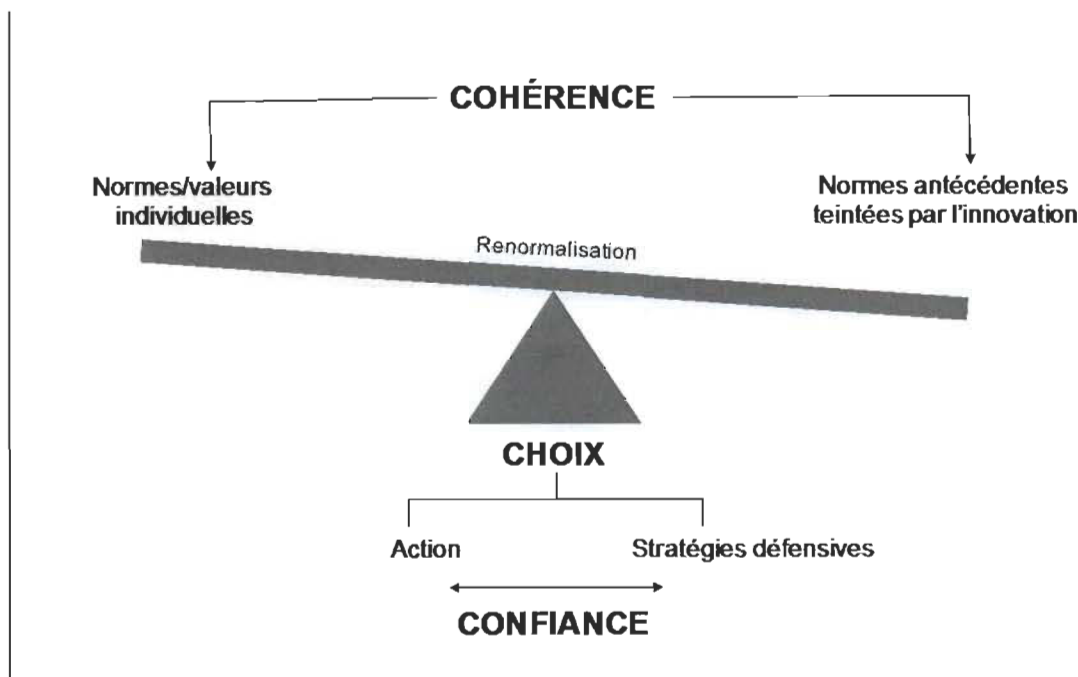
6.3. Le travailler dans un contexte d'innovation

Les résultats de la recherche menée ont permis de cibler les points d'influence de l'innovation pour les participants. Bien qu'il ne soit pas possible d'adresser des recommandations spécifiques quant au bien-être au travail pour l'ensemble des travailleurs touchés par l'innovation, il s'avère possible de dégager un triptyque qui, selon les résultats obtenus, pourrait s'avérer favorable au compromis et favoriser le bien-être des travailleurs qui évoluent dans un contexte innovant similaire à celui étudié. Ce triptyque est ici nommé « les trois C » du bien-être en contexte innovant.

6.3.1. Les « trois C » du bien-être en contexte innovant

Les trois parties du triptyque sont la cohérence, le choix et la confiance et sont directement liées aux points d'influence de l'innovation et leurs impacts potentiels sur le travailler et le processus de renormalisation tel que dégagé par l'analyse ergologique présentée précédemment. De par leur influence et l'importance du processus de renormalisation pour la santé et le bien-être des travailleurs, les considérer et les optimiser pourrait s'avérer un pas intéressant dans une optique de prévention. La figure 18 montre comment se déploie le triptyque en lien avec le processus de renormalisation.

Figure 18. Les « trois C » du bien-être en contexte d'innovation et leurs liens avec le processus de renormalisation



6.3.1.1. Cohérence

Tout d'abord, il importe de rappeler que la renormalisation est considérée comme le processus qui permet aux travailleurs d'affirmer leur individualité devant les normes auxquels ils sont soumis par l'organisation et est la matérialisation du pouvoir sur l'acte. C'est par ce processus, fondamental pour la santé et le bien-être, que les travailleurs peuvent revoir à leur manière toutes les contraintes auxquels ils sont soumis (Durrive, 2014) et mobiliser leur intelligence afin de trouver un équilibre entre les sources de plaisir et de souffrance au travail (Alderson, 2005). Dans ce contexte, comme l'explique Durrive (2014), « l'organisation du travail doit construire le cadre. C'est son rôle, sa responsabilité [...]. L'organisateur n'anticipe pas le débat des normes : mais il doit savoir que ces débats viendront, qu'il y aura- en aval de ses décisions- des êtres normatifs qui vont entrer en débat avec ces normes antécédentes » (p.6). L'innovation, qui entraîne des modifications au niveau des normes antécédentes, appelle à la renormalisation. S'il est difficile d'anticiper l'issue de la confrontation entre les normes antécédentes de l'organisation innovante et les travailleurs y évoluant, la confrontation elle-même est prévisible. C'est dans cette confrontation que s'inscrit le premier volet du bien-être au travail, la cohérence. Les résultats de la recherche menée montrent que puisque l'innovation étudiée était cohérente avec le registre de valeurs professionnelles des travailleurs, cette dernière n'a pas été perçue comme incongrue, ni dramatique, ni hostile ; elle cadrerait avec le travail. Ce point semble ainsi fondamental. D'autant plus que les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux internalisent fortement les valeurs professionnelles qu'ils partagent ; « il ne s'agit pas seulement de prendre soin, mais de bien prendre soin » (Garrau & Le Goff, 2010, p.81). Cet aspect vient renforcer l'importance de la cohérence entre leurs valeurs et celles associées aux innovations dans ce secteur d'activité. « Renormaliser, c'est trancher. On tranche toujours au nom de quelque chose, au nom de ce qui nous apparaît important, de ce qui fait valeur pour nous, en débat de ce qui paraît important aux autres, ce qui fait valeur aux yeux de ceux qui sont impliqués, de près ou de loin dans l'acte. C'est ainsi qu'une norme est adossée à une valeur : elle tient debout parce qu'il y a une valeur derrière elle » (Durrive, 2014, p.10). En ce sens, Christensen (2013) indique que le travailleur va vivre un dilemme si l'innovation s'inscrit dans un réseau de valeur différent et n'a aucun sens pour lui. Pour l'organisation du travail, porter attention aux valeurs conduites par l'innovation

introduite s'avère essentiel. Non seulement s'assurer que ces valeurs sont cohérentes avec les valeurs des travailleurs, mais aussi que cette cohérence soit explicitée. Par exemple, pour Legendre et Harrison (1998), l'introduction cavalière d'une innovation technologique dans un lieu de travail s'accompagne de perturbations importantes dans l'univers organisationnel du travail. De même, cette situation crée un climat d'insécurité inquiétant pour les travailleurs, climat pouvant être évité non seulement par la formation adéquate, mais particulièrement par l'explicitation des raisons qui sous-tendent son introduction. Si ces raisons font sens, le bien-être sera favorisé (Demerouti, et al., 2014). Comme l'explique Isaksen (2000), le sens agit comme facteur protecteur face au stress et favorise le bien-être. Ainsi, chaque innovation doit être synonyme de valeur ajoutée optimale pour l'organisation, mais aussi source de motivation et de contributions visibles et valorisées pour les travailleurs (Amidon, 2001). Malheureusement, la cohérence entre les valeurs de l'innovation et celle des travailleurs n'est pas toujours visée par l'organisation, alors que les finalités de l'innovation importent davantage que son effet sur les employés. En effet, selon Courpasson (1996), les transformations du travail seraient liées à un vaste effort managérial de normalisation qui tend davantage à convaincre les travailleurs du bien-fondé des normes, que d'améliorer leur rapport à l'organisation. Le secteur de la santé et des services sociaux semble un secteur à risque pour ce type de glissement. Tandis que dans certains secteurs, l'innovation n'est absolument pas dissociable des travailleurs qui en sont la source, dans le secteur de la santé et des services sociaux, les travailleurs du réseau sont la matière première de l'organisation, alors qu'ultimement c'est le service au client qui domine en importance et qui est indissociable de l'organisation et de l'innovation. D'ailleurs, Denis et ses collaborateurs (2001) indiquaient, dans leur rapport de recherche portant sur l'innovation dans les organisations de santé du Québec, que la gestion des innovations s'avère un défi important pour les décideurs et gestionnaires œuvrant aux différents niveaux du système de santé. Alors qu'ils désirent favoriser l'implantation d'une innovation, ces derniers tendent davantage à baser leur argumentaire sur un modèle de pratique fondé sur les données probantes et sur les avantages perçus pour la clientèle à desservir (Denis et al., 2001). Il serait plutôt souhaitable de tenir compte de l'importance à la fois de différentes représentations des « données probantes » pour les intervenants, et des intérêts et des valeurs mis en jeu par des innovations (Denis et al., 2001).

6.3.1.2. Choix

Le travailleur qui s'engage dans un processus de renormalisation fera, d'emblée, des choix. « Renormaliser ne veut pas dire forcément changer la donne, modifier quelque chose de la norme. Cela signifie qu'on a réussi en quelque sorte à piloter cette norme, comme on pilote un véhicule, grâce à un point de vue qu'on est parvenu à avoir sur elle » (Durrive, 2014, p.7). Dans cet acte de choisir, le travailleur devra non seulement sous-peser des données, mais aussi avoir l'espace disponible pour piloter, pour réfléchir, pour se positionner, et ce, sans altération des alternatives possibles. Le deuxième volet du bien-être au travail en contexte innovant semble résider dans ce choix « réel », ce choix préservé. Dans le choix de l'action à tenir face à une activité transformée ; s'y conformer, modifier sa façon de faire le travail, tempérer les règles demandées, résister. Ainsi que dans les choix faits dans le quotidien des tâches habituelles ; s'investir, développer ses propres méthodes de travail, se conformer aux prescriptions, se défendre contre la souffrance. Une organisation de travail qui offre une latitude décisionnelle dans l'interprétation des normes antécédentes concède au travailleur la possibilité de mettre à profit son ingéniosité et sa créativité pour élaborer de nouvelles règles qui favorisent son bien-être en emploi (Vézina & Saint-Arnaud, 2011). Les organisations doivent être conscientes que l'innovation peut venir altérer le choix réel des travailleurs. Tel que le démontrent les résultats, l'innovation peut agir sur le pouvoir sur l'acte (par exemple, en influençant le registre des stratégies défensives utilisées), ou encore influencer les espaces collaboratifs de remise en discussion du travail. Moisson (1994) rappelle que l'organisation du travail et son champ normatif peuvent constituer une aide pour l'action, dans le choix, dans la mesure où ils introduisent une rationalité dans la complexité des possibles. Mais si la renormalisation est trop entravée, qu'elle ne devient plus possible, alors la norme antécédente ne devient que contrainte. L'organisation soucieuse des injonctions qu'elle introduit dans le travail, désireuse de réduire les impasses auxquels sont soumis les travailleurs et désireux d'introduire une innovation au travail, semble avoir comme passage obligé l'analyse des vecteurs de force de cette innovation et son impact sur le choix réel des travailleurs face à l'activité transformée.

6.3.1.3. Confiance

Conscients que l'innovation transporte son champ normatif, transforme les normes antécédentes et alors qu'une marge de manœuvre est anticipée pour permettre au travailleur de se repositionner face à son activité quotidienne, dans ce qu'elle a de prévisible et dans ce qu'elle a de transformée, le troisième volet du bien-être prend toute son importance ; la confiance. Comme l'expliquent Vézina et St-Arnaud (2011), « au-delà de la mobilisation de la subjectivité, le travail implique aussi une nécessaire coopération, [...] qui repose sur la confiance, le respect et l'estime des autres, autant d'éléments qui se construisent dans l'action en référence à des normes ou des valeurs communes » (p.124). Dans le secteur étudié, l'innovation s'inscrit dans le culte de l'excellence et une culture du nouveau, opposée à l'obsolescence. Les résultats démontrent que cette culture peut renforcer les contacts sociaux, favorisant les échanges, mais peut aussi (et cela est particulièrement vrai pour les travailleurs vieillissants rencontrés) compromettre le climat de confiance. Soares (2003) explique que l'organisation axée sur une culture de l'excellence et le court terme renvoie rapidement à la compétition, ce qui étiole les marges de manœuvre pour le développement de la solidarité entre les membres de l'organisation. Compte tenu de son caractère risqué et couteux, l'innovation peut d'ailleurs mener au resserrement des mesures de contrôle, systématisant la vérification des performances individuelles (Coutrot, 1995). Or, l'évaluation individualisée des performances tend à détruire les collectifs de travail, par la diminution de la confiance et l'augmentation de la compétitivité (Grenet & Dejourn, 2009). Cela se traduit par exemple par des congédiements dits de « permutation », où les travailleurs vieillissants ou peu qualifiés sont remplacés par des travailleurs plus jeunes ou qui s'adaptent et se moulent plus facilement aux nouvelles exigences organisationnelles (Coutrot, 1995). La dénonciation de ce genre de techniques de management du changement n'est pas nouvelle, mais demeure complexe (Perret, 2009). Ainsi, dès 1975, des critiques virulentes reprochent déjà aux entreprises de prôner une gestion participative du changement alors que leurs pratiques planifiaient et pilotaient à l'avance ce changement (Perret, 2009). Dans un contexte semblable, comment faire confiance ? Fray et Saulquin (2005) ont voulu comprendre quelles pratiques managériales étaient en mesure d'augmenter la confiance et le sentiment de reconnaissance chez les travailleurs et se sont intéressés aux pratiques dans le secteur de la santé. Ils concluent que l'efficacité d'une organisation tient à des procédures qui reposent sur le développement de la compétence, les possibilités d'initiative, et une coordination discrète, exempte de contrôle

rigide des performances individuelles. De plus, Therriault (2002) indique qu'en contexte de transformation, particulièrement s'il est marqué par des changements technologiques importants, le modèle d'organisation du travail doit être accompagné de transformations à tous les niveaux de l'entreprise. Ces transformations doivent renforcer la reconnaissance au travail, qui favorise la contribution des travailleurs à la construction d'une œuvre commune, plutôt que de renforcer les jeux de compétition. Molinier (2010) souligne toutefois que cette reconnaissance, censée jouer un rôle crucial dans la préservation de la santé mentale, est malheureusement trop souvent vue comme une « sorte de gesticulation managériale ». Tenant davantage de l'idéologie utopique, la reconnaissance est alors réduite à de simples gestes d'encouragement chaleureux transmis ponctuellement au travailleur en pensant qu'ils peuvent faire la différence. Cette façon d'utiliser la reconnaissance de manière simpliste est attrayante, certes, car elle semble accessible, mais comporte ses limites ; « le ressentiment des salariés et la déprime de l'encadrement » (Molinier, 2010, p.106). La reconnaissance est un processus beaucoup plus complexe qui tient plutôt de la considération des travailleurs pour ce qu'ils peuvent apporter à l'œuvre commune qu'est le travail. La singularité de chaque travailleur au sein du collectif est alors avouée. Le travailleur est reconnu pour le travail qu'il réalise selon ses critères, sa façon de faire et ses valeurs, alors qu'il participe à une activité qui est significative pour lui. Pour les travailleurs vieillissants, cette reconnaissance passe davantage par le jugement des pairs sur leur engagement dans le travail transformé, sous toute réserve d'un climat de confiance pour le faire.

Conclusion

« L'innovation est devenue le terme magique capable de résoudre tous les maux, comme s'il suffisait de le prononcer pour en cueillir les fruits »⁵¹

L'innovation est perçue, du moins sur le plan politique et économique, comme vitale et positive. La culture d'innovation, inscrite sur le plan socio-économique comme une valeur fondamentale au marché et à la survie des entreprises, contamine les entreprises depuis plusieurs années. Ainsi, la culture d'innovation est dominante dans les organisations du travail et certes très présente dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Il est alors apparu important de questionner l'innovation ; est-ce qu'elle est d'emblée positive pour les organisations, tel que le laisse entendre la majorité des écrits portant sur le concept ? Est-ce qu'une innovation dépend seulement de l'idée novatrice à son origine, ou dépend-elle principalement des conditions organisationnelles et de l'histoire d'implantation entourant son introduction ? Il apparaît du moins, à la lumière des résultats de cette thèse, que l'innovation ne peut être dissociée des gens qui y prennent part, tant au niveau des décideurs, de ceux qui la vivent et l'appliquent que de ceux qui en bénéficient. De plus, l'innovation ne peut être réduite à une équation simpliste qui implique que nouveauté est gage d'amélioration. L'analyse des résultats présentée met plutôt en lumière l'importance de demeurer critique face à l'innovation et ses répercussions sur l'activité de travail, pour une société, un système, une organisation, des groupes et des individus. En effet, inscrite dans une croyance pratiquement absolue voulant

⁵¹ Fondation nationale Entreprise et Performance (2016). All you need Innove, France : La Documentation Française, 224 p.

que la posture d'innovation soit essentielle à la survie des entreprises et pour leur permettre de performer, la culture des organisations, basée sur le renouvellement des façons de faire n'est certes pas sans effet pour les travailleurs. L'innovation n'est pas neutre pour le capital humain des entreprises, le travailler et le rapport subjectif au travail. Non seulement l'innovation n'est pas neutre, elle risque d'avoir des impacts négatifs sur la santé et le bien-être des travailleurs. Effectivement, la culture innovante produit des injonctions auxquelles les travailleurs sont soumis, les incitant à s'investir dans les transformations de l'activité de travail au péril de mettre en échec les stratégies défensives qui jusqu'alors leur permettait de continuer de travailler et préserver leur équilibre psychique. Les valeurs annoncées par le changement (progrès, apprentissage, épanouissement, dépassement, qualité) rendent certes le changement attrayant, et ce, même pour les travailleurs. En effet, l'idéologie que véhiculent les techniques de gestion des entreprises innovantes semble vouloir faire consensus vers des valeurs communes et difficilement réfutables. Les valeurs comme le goût d'entreprendre, le désir de progresser, le mérite, la qualité, répondent généralement à des aspirations humaines profondes et peu contestables (De Gaulejac, 2005). Les travailleurs évoluant en contexte innovant tendent à adhérer, dans une certaine mesure variable d'un individu à l'autre, aux principes innovants, désirant s'investir dans les innovations proposées. Ils y trouvent un certain plaisir au travail, voire une reconnaissance. Toutefois, bien que l'innovation puisse avoir un impact positif sur le bien-être au travail, elle semble surtout pouvoir entraîner des dérives, poussant les travailleurs à se mettre à risque. Particulièrement pour les travailleurs avançant en âge, l'innovation semble accentuer une fracture entre la possibilité de bâtir des trucs de métier sur l'expérience de travail afin de compenser les déficits liés au vieillissement et le besoin de réécrire continuellement les façons de faire le travail et dévoiler ses difficultés en cours de route.

Dans un tel contexte, il semble important de questionner les responsabilités imparties aux organisations innovantes en regard de la prévention de problématiques de santé chez leurs travailleurs. Il apparaît que l'organisation innovante ne devrait pas se limiter à contrôler l'introduction du changement, mais plutôt potentialiser le développement des facteurs de protection pour ses travailleurs. Si les travailleurs désirent survivre en contexte d'innovation et être prudents dans la réalisation de leur activité de travail, ils doivent être capable de mettre en

application les « trois C » du bien-être en contexte innovant, soit de voir la cohérence entre les politiques innovantes mises de l'avant par l'entreprise et leurs propres valeurs, faire le choix de stratégies défensives jugées efficaces et sécuritaires et avoir confiance en l'organisation pour faire ce choix de manière libre et éclairée en dévoilant au besoin les difficultés rencontrées. Or, il importe de souligner que la responsabilité de cette capacité incombe à l'organisation du travail et non au travailleur. L'organisation doit d'abord s'assurer de la cohérence de l'innovation pour les travailleurs et y porter une attention particulière. Elle doit permettre des choix et favoriser, voire cultiver la confiance. Sinon c'est l'impasse, où le travailleur dérive vers la maladie ou l'exclusion.

Bibliographie

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-105.

Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress: une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.

Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.

Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 1, 76-86.

Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume J., & Ruelland, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement de se soins de longue durée soumis des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 2011, 30-46.

Alvarez, D., Telles, A.L. (2002). Le dialogue entre l'ergonomie et l'ergologie : Normes antécédentes, une notion qui peut élargir la prescription. Communication présentée au XXXVI^e congrès d'Aix-en-Provence : Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse, Aix-en-Provence, France.

Amidon, D. M., (2001). *Innovation et management des connaissances* (pp. 232). Paris : Editions d'Organisation.

Anzieu, D. (1975). Le transfert paradoxal - De la communication paradoxale à la réaction thérapeutique négative. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 12, 49-72.

Anzieu, D. (2012). *Créer, détruire* (pp. 288). Paris : Dunod.

Appelbaum, E. (2004). Les incidences des nouvelles formes d'organisation du travail sur les travailleurs. Dans G. Murray (Dir), *L'organisation de la production et du travail : vers un nouveau modèle?* (pp.119-155). Québec : Presses Université Laval.

Arsenault, A., & Dolan, S. (1980). Stress, sante et rendement au travail, *Monographie de l'École des relations industrielles de l'Université de Montréal*. (série n° 5).

Aubry, F. (2012). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 11-32.

Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 1(31), 169-192.

Aznar, G. (2009). Préciser le sens du mot "créativité". *Synergies Europe*, 4, 23-37.

Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement: questions, constats et implications sur l'expérience du changement. *Télescope*, 89-105.

Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.

Barnay, T., & Defebvre, É. (2017). *L'influence des conditions de travail passées sur la santé autodéclarée des retraités* (pp. 26). Paris : ERUDITE.

Beguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@ctivités*, 4(2), 107-114.

Bellières, L. (2013). Ergonomie et ergologie : les apports reciproques. *Ergologia*, 9, 133-163.

Benomar, N., Castonguay J., Jobin M. H., & Lespérance F. (2016). *Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec* (pp.76). Montréal : CIRANO.

Bergeron, D. M. (2007). The potential paradox of organizational citizenship behaviour: Good citizens at what cost?. *Academy of Management Review*, 32(4), 1078-1095.

Bernier, M. (2014). L'innovation dans les entreprises du Québec et du Canada. *Sciences, technologie et innovations en bref*, 26, 1-4.

Billiard, I. (1993). Le travail: un concept inachevé. *Éducation permanente*, 116, 19-32.

Bissonnette, L., Boisclair, D., Laliberté-Auger, F., Marchand, S., & Michaud, P. C. (2016). *Changements démographiques au Québec: vers une décroissance de l'emploi d'ici 2050?* (pp.10). Montréal : CIRANO.

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Blein, L., Lavoie, J-P., Guberman N., & Olazabal, I. (2009). Vieilliront-ils un jour ? Les baby-boomers aidants face à leur vieillissement. *Lien social et Politiques*, 62, 123-124.

Bobillier-Chaumon, M., & Dubois, M. (2009). L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation?. *Le travail humain*, 72(4), 355-382.

Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec*, Cahiers de recherche de la chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, (Rapport n° 0907). En ligne : <http://www4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf>.

Boutin, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif* (pp.188). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Brun, J. P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail* (pp. 76). Québec : Université Laval.

Canguilhem, G. (1947). Normes et milieu de l'homme au travail. *Cahiers internationaux de sociologie*, 3, En ligne.

Carbonneau, H., Caron C.D., & Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), 31-39.

Carbonneau, H., Caron, C.D., & Desrosiers, J. (2009). Développement d'un programme d'éducation au loisir adapté comme moyen de soutien à l'implication d'aidants d'un proche atteint de démence. *Canadian Journal on Aging*, 28(02), 121-134.

Carbonneau, H., Fortier, J., Therriault, P-Y., Éthier, S., Couturier, Y., & Aubin, G. (2014). *Continuum de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie dans le contexte de la démence*. Communication présentée au 2^e congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer, Québec, Québec.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995), *Santé mentale et travail : avantages et limites de la psychodynamique du travail*. Communication présentée au colloque de l'ACFAS, Montréal, Québec.

Carruthers, B.G., & Espeland, W.N. (1991). Rendre compte de la rationalité : la comptabilité en partie double et la rhétorique de la rationalité économique. *American Journal of Sociology*, 97 (1), 31-69.

Castellotti, V., Debono, M., & Huver E. (2017). *Une " tradition de l'innovation " ?* (pp. 113-129). Rapport de recherche de l'Institut des sciences du langage et de la communication, Neuchâtel, Suisse.

Cau-Bareille, D. (2016). Vieillir au travail dans le champ de l'enseignement : une analyse mobilisant le modèle ergonomique et le modèle du système des activités. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 125-142.

Cheng, S. T., Tsui, P. K., & Lam, J. H. (2015). Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(1), 177.

Chevandier, C., & Pigenet, M. (2002). L'histoire du travail à l'époque contemporaine, clichés tenaces et nouveaux regards. *Le mouvement social, 3*, 163-169.

Chou, R., & Choi, N. (2011). Prevalence and correlates of perceived workplace discrimination among older workers in the United States of America. *Ageing & Society, 31*, 1051–1070.

Chouanière, D. (2017). Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 78*(1), 4-15.

Christensen, C. M. (2013). *The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail* (pp. 225). Boston: Harvard Business Review Press.

Christin, J., & Peretti, J.-M. (2006). Perception du travail chez les cadres du secteur privé français à l'approche de la retraite. Communication présentée au XVII^e congrès de l'GRH, Reims, France.

Conference Board du Canada. (2017). *Innovation Defined*. En ligne : <http://www.conferenceboard.ca/cbi/innovation.aspx>

Conseil de la science et de la technologie du Québec (2000). *Innovation sociale et innovation technologique : l'apport de la recherche en sciences sociales et humaines*. En ligne : https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/conseil_sciences_techno/avis/2000_a01_sciences_fevrier.pdf

Corbière, M., & Durand, M. J. (2012). Agir pour prévenir et réduire l'absentéisme lié à la maladie mentale. *Médecine Sciences Amérique, 1*(4), 10-24.

Courpasson, D. (1996). Les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel. *Revue d'économie industrielle, 75*(1), 239-256.

Courpasson, D. (2000). *L'action contrainte : organisations libérales et domination* (pp. 320). Paris : Presses universitaires de France.

Coutarel, F., Daniellou, F., & Dugué, B. (2003). Interroger l'organisation du travail au regard des marges de manœuvre en conception et en fonctionnement. La rotation est-elle une solution aux TMS?. Conception et organisation du travail dans les abattoirs en France. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5(2), 1-28.

Coutrot, T. (1995). Gestion de l'emploi et organisation du travail dans les entreprises innovantes: une approche statistique des pratiques d'établissements. *Travail et emploi*, 64, 79-87.

Cros, F. (1997). L'innovation en éducation et en formation. *Revue française de pédagogie*, 118(1), 127-156.

Cros, F., Chaumon, M. É. B., & Cuvillier, B. (2016). Le développement de l'activité des salariés âgés : l'environnement sociotechnique comme ressource au métier d'agent de circulation. *Activités*, 13(2), En ligne.

Cuvelier, L., & Caroly, S. (2011). Transformation du travail, transformation du métier: quels impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective?. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 13(1), 1-20.

Dagenais-Desmarais, V., Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique. *Revue Gestion*, 35(3), 69-77.

Dallaire, C., & Normand, S. (2005). Les changements et quelques paradoxes : une réflexion sur le personnel du système de santé. Dans PG. Forest, GP. Marchildon, & TA McIntosh (Dir). *Les études de la Commission Romanow: les forces de changement dans le système de santé canadien* (pp. 201-225). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.

Danan, J. L., Boulangé, M., Coudane, H., & Kanny, G. (2014). De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé. *HEGEL*, 4(3), 279-286.

Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical issues in ergonomics science*, 6(5), 409-427.

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

De Coninck, F., Delahay, H., Cargue, G., & Galland, J. P. (2006). Les transformations du travail collectif l'impact de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans une administration. *Sociétés contemporaines*, 1, 119-139.

De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social* (pp.288). Paris : Seuil.

De Gaulejac, V., & Hanique, F. (2015). *Le Capitalisme paradoxant, un système qui rend fou* (pp. 304). Paris : Seuil.

Debrand, T., & Lengagne, P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. *Economie et statistique*, 403(1), 19-38.

Defélix C., Mazzilli I. & Gosselin A. (2015). Articuler les politiques de GRH et les stratégies d'innovation : des modèles à l'épreuve des faits. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2, 60-72.

Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien à la tâche et à l'organisation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2, 11-18.

Dejours, C. (2000). Préface. Dans M.C. Carpentier-Roy, & M. Vézina (Dir). *Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 9-18). Québec : Presses de l'Université Laval.

Dejours, C. (2009). *Travail vivant*. Paris : Payot.

Dejours, C. (2001). Subjectivité, travail et action. *La pensée*, 328, 7-19.

Dejours, C. (1998). Travailler n'est pas déroger. *Travailler*, 1(1), 5-12.

Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard Éditions.

Dejours, C., (1980) *Travail : usure mentale, Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le Centurion.

Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *Documents du médecin du travail*, 58(2), 112-117.

Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning : A systematic review. *Work & stress*, 28(2), 107-123.

Demerouti, E. (2014). Design your own job through job crafting. *European Psychologist*, 19, 237-247.

Demers, G., Boudreau, Y., Fernet, M., Jeannot, L., Tremblay, M., Godbout, C., Lesemann, F., Quimperet, M., & Quintin, C. (2011), *Le vieillissement de la main-d'œuvre et l'avenir de la retraite : des enjeux pour tous, un effort de chacun* (pp. 136). Québec.

Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R., & Trottier, L.-H. (2001). L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé. Rapport de recherche de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Desieux, D. (2004). *Les sciences sociales, Que sais-je ?* (pp.128). Paris : Presses universitaires de France.

Dionne-Proulx, J. (2003). Les relations de travail innovantes. *Revue internationale des relations de travail*, 1(2), 15-27.

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM) du ministère de la santé et des services sociaux (2016). *Banque de données sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux*. En ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/sources/r26>.

Dubouloz S. (2014). Innovation organisationnelle et pratiques de mobilisation des RH. *Revue française de gestion, 1*, 59-85.

Duchesne L., Bégin, M., Boisvert, C., Riopel, P., Deraîche, M., Fiset, L., Ouellet, P., Fortin, A., Demers, M., & Couillard, V. (2001). *Politique québécoise de la science et de l'innovation : savoir changer le monde* (pp.163). Québec : Gouvernement du Québec.

Durrive L. (2014). La démarche ergologique : pour un dialogue entre normes et renormalisations. Communication présentée lors de la Semaine internationale HETS et II^e congrès de la Société internationale d'Ergologie, Suisse.

Favaro, M. (2005). *Intervenir en santé mentale au travail: témoignage de quatre professionnels confirmés* (Thèse de doctorat, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), Montréal). Repérée à : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01431536/document>.

Flahault, F. (1997). Créer- faire avec. *Communications, 64*, 221-245.

Fletcher, J.M., Sindelar, J.L., & Yamaguchi, S. (2011). Cumulative effects of job characteristics on health. *Health Economics, 20*, 553-570.

Fondation nationale Entreprise et performance (FNEP) (2016). *All you need Innove* (pp. 224). France : La documentation Française.

Foucher R. (1993). L'organisation du travail. Dans A. Petit, L. Bélanger, C., Benabou, R. Foucher, & J.-L. Bergeron (Dir). *Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Fray, A.-M., Saulquin, J.-Y. (2005). Contribution à la mesure de la confiance et de la reconnaissance comme facteurs de succès organisationnel : une application au secteur hospitalier. *Management & Avenir*, 8(28), 142-159.

Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche: guide de réalisation* (pp.142). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Garrau, M., & Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance : introduction aux théories du care* (pp. 160). Paris : Presses universitaires de France

Gilbert, M.-H. (2009). *La santé psychologique au travail : conceptualisation, instrumentation et facteurs organisationnels de développement*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal).
Repérée à :
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6369/Gilbert_Marie-Helene_2009_these.pdf.

Godin, B. (2015). *Innovation Contested: The Idea of Innovation Over the Centuries* (pp.370). Montréal: Routledge.

Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17.

Gollac, M., Greenan, N., & Hamon-Cholet, S. (2001). Changements organisationnels, changements techniques, changements dans le travail. Communication présentée au 36^e congrès SELF: Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie, Montréal, Québec.

González, X., Miles-Touya, D. & Pazó, C. (2016). R&D, worker training and innovation: firm-level evidence. *Industry and Innovation*, 23(8), 694-712.

Gorz, A. (1988). *Métamorphoses du Travail, quête du sens critique de la raison économique* (pp.302). Paris : Galilée.

Gosselin, E., & Lauzier, M. (2011). Le présentéisme. *Revue française de gestion*, 2, 15-27.

Grenier, J., Bourque, M., & St-Amour, N. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la Santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux* (pp.148). Saint-Jérôme : Université du Québec en Outaouais.

Groulx, L. H. (1997). Querelles autour des méthodes. *Socio-anthropologie*, 2, 1-11.

Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (2015). *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada* (pp.186). Ottawa : Gouvernement du Canada. Repéré à : <http://canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-fra.pdf>.

Gueguen, G., & Torrès, O. (2004). La dynamique concurrentielle des écosystèmes d'affaires. *Revue française de gestion*, (1), 227-248.

Guérin, S. (2016). *L'habilitation psychologique et l'engagement affectif envers l'organisation, le superviseur et la tâche : examen du rôle modérateur de l'âge*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke). Repérée à : http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/9479/Guerin_Stephanie_Dps_2016.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Boston: Addison-Wesley.

Harrisson, D. (2013). Réceptivité et contraintes de l'innovation dans l'administration publique. *Télescope*, 19(2), 71-86.

Hazelhof, T., Schoonhoven, L., Van Gaal, B., Koopmans, R., & Gerritsen, D.L. (2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *International nursing review*, 63(3), 507-516.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.

Institut National de Recherche et de Sécurité (2011). Bien vieillir au travail. *International Journal of Work, Health & Organisations*, 28(2), 107-123.

Isabella, L.A. (1990). Evolving interpretations as a change unfolds: How managers construe key organizational events. *Academy of Management Journal*, 33(1), 7-41.

Isaksen, J. (2000). Constructing meaning despite the drudgery of repetitive work. *Journal of Humanistic Psychology*, 40, 84-107.

Jackson, S. F. (2016). Comment trouver les innovations qu'il nous faut, et les mettre en œuvre?. *Global Health Promotion*, 23(3), 83-85.

Jobin, M. H., & Lagacé, D. (2014). La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec: comment mesurer la maturité des établissements?. *Gestion*, 39(3), 116-127.

Jolivet, A., & Volkoff, S. (2016). Vieillir (mais) travailler?. *Vie sociale*, 3, 85-100.

Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-Oncology*, 22(1), 46-53.

Klein, J. L., Laville, J. L., & Moulaert, F. (2014). *L'innovation sociale: repères introductifs* (pp. 256). Paris : ERES.

Lada, E. (2009). Divisions du travail et précarisation de la santé dans le secteur hôtelier en France: de l'action des rapports sociaux de sexe et autres rapports de pouvoir. *Travailler*, 2, 9-26.

Laflamme, R. (1995). Changements technologiques et satisfaction au travail: une étude diachronique. *Revue québécoise de psychologie*, 16(3), 3-33.

Laforgue, D. (2009). Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines, *Sociologos*, 4, En ligne.

Lantheaume, F., & Simonian, S. (2012). La transformation de la professionnalité des enseignants: quel rôle du prescrit?. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 45(3), 17-38.

Larivière C. (2013). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public?. *Interventions*, (166), 30-40.

Larivière, C. (2007). La transformation des structures par la nouvelle gestion publique : évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation. Dans É. Baillergeau, & C. Bellot (Dir). *Les transformations de l'intervention sociale* (pp.53-69). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lasfargues, G., Molinie, A. F., & Volkoff, S. (2005). *Départs en retraite et «travaux pénibles»*. *L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé* (pp. 37). Rapport de recherche du Centre d'étude de l'emploi. Repéré à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000622.pdf>.

Laville, A., Corinne, G., & Pueyo, V. (2004). Vieillesse et travail. Dans E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Dir), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 559-590), Nancy : Hal.

Lee, L., & Nathan, M. (2010). Knowledge workers, cultural diversity and innovation. *Journal international du développement basé sur la connaissance*, 1(1-2), p. 53-78.

Lefrançois, R. (1995). Pluralisme méthodologique et stratégies multi-méthodes en gérontologie. *La Revue Canadienne du Vieillessement*, 14(1), 52-67.

Legendre, C., & Harisson, D. (1998). *Étude sur l'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité dans la fabrication de produits en métal et de produits électriques et électroniques*. Montréal : IRSST.

Lehoux, P. (2002). *Une analyse critique de la valeur des technologies et des processus innovants peut-elle nous amener à concevoir de nouveaux instruments de régulation?*. Rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry* (pp.416). Beverly Hills : Sage.

Lord, M. M., Therriault, P. Y., & Rhéaume, J. (2016). Une perspective ergologique de la mobilisation des critères de rigueur scientifique en recherche-action de type interprétative. *Recherche Qualitatives*, 20, 163-175.

Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New practice creation: An institutional perspective on innovation. *Organization studies*, 28(7), 993-1012.

Maranda, M.-F. (2007). La psychodynamique du travail en relation d'aide : stratégies défensives liées à la recherche de performance, *Carrièreologie*, 11(1-2), 275-286.

Maranda, M.-F., & Fournier, G. (2009). *Organisation pathogène du travail et maintien durable en emploi : une question antinomique ?* (pp.228). Québec : Les presses de l'Université Laval.

Marklund, G., Vonortas, N. S., & Wessner, C. W. (2009). *Innovation Imperative: National Innovation Strategies in the Global Economy* (pp. 256). États-Unis: Edward Elgar Publishing.

Martel, V. (2007). L'inédite portée de la méthodologie qualitative en sciences de l'éducation : réflexion sur les défis de l'observation et de l'analyse de la vie cognitive de jeunes apprenants. *Recherche Qualitatives*, 3, 440-460.

McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 633-642.

Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure* (pp. 570). Paris : La Découverte.

Ménégoz, L. (2015). Entre épistémologie et ergologie : en réaction au texte de Tlemcen. *Ergologia*, 13, 91-113.

- Mercier-Laurent, E. (2011). *Les écosystèmes de l'innovation* (pp. 268). Lyon : Lavoisier.
- Meyerson I. (1955). Le travail, fonction psychologique. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 52(1), 3-17.
- Miège, B., & Vinck, D. (2012). *Les masques de la convergence : enquêtes sur sciences, industries et aménagements* (pp.396). Grenoble : Archives contemporaines.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel-2e éd.: Aider la personne à engager le changement* (pp.448). Paris : InterEditions.
- Ministère de la recherche, de la science et de la technologie (2001). *Politique québécoise de la science et de l'innovation, savoir changer le monde* (pp.163). Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186007/Politique_quebecoise_sciences_innovation_2001.pdf/68fc3991-4dd4-4e4a-82f3-4e1154afb8d7
- Ministère des Finances du Québec (2016). *Budget 2016-2017 : Le Plan économique du Québec* (pp.580). Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://bit.ly/1R3cm5W>>.
- Ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation du Québec (2007). *Collection outil COOP* (pp.42). Québec : gouvernement du Québec. Repéré à : https://www.economie.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/outils_aide/gestion_cooperative/outil_coop_cooperatives.pdf
- Moison, J.-C. (1994) Hôpital, instrumentation de gestion et analyse stratégique. Dans F. Pavé (Dir), *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels* (pp. 350-356). Paris: Éditions du Seuil.
- Molinier, P. (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, 99-110.

OCDE (2016). *L'impératif d'innovation contribuer à la productivité, à la croissance et au bien-être* (pp.312). Paris : Turpin Distribution Services OCDE.

Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* (pp.52). Suisse : OMS.

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (pp 585). Suisse : OMS.

Parant, M. (2001). *Les politiques d'immigration du Canada: stratégies, enjeux et perspectives* (pp.36). Rapport de recherche du Centre d'études et de recherches internationales. Repéré à : <http://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr.ceri/files/etude80.pdf>.

Parry, E., & McCarthy, J. (2017). *Le manuel sur la diversité des âges et le travail*. Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.

Perret, V. (2009). Quand le changement devient soluble ou l'idéologie managériale du changement organisationnel. Dans D. Golsorkhi, I. Huault, & B. Leca (Dir), *Critique du management : une perspective française* (pp. 209-231). Québec: Presses de l'Université de Laval.

Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Safety and health at work*, 5(3), 152-157.

Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Management et avenir*, 49(9), 133-149.

Ranjard, P. (2005). La sociopsychanalyse de Gérard Mendel. *Gestalt*, (2), 131-146.

Rhéaume, J., Saint-Jean, M., & Therriault, P. Y. (2006). Social cassé, idéal de métier cassé : une étude en psychodynamique du travail en CLSC. Dans Institut de psychodynamique du

travail du Québec. *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 109-124). Québec : Presses de l'Université Laval.

Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 111-139.

Rifkin, J. (2012). *La troisième révolution industrielle : comment le pouvoir latéral va transformer l'énergie, l'économie et le monde* (pp.416). Paris: Actes Sud.

Robone, S., Jones, A.M., Rice, N. (2011). Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being. *European Journal of Law and Economics*, 12, 429-444.

Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Dir), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (pp. 199-225). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Ruotsalainen, M.A., Serra, J., Verbeek, C. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

Samra, J., Gilbert, M., Shain, M., & Bilsker, D. (2012). *Psychosocial risk factors*. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (pp.3). Rapport de recherche du Bilsker. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA). Repéré à : https://www.guardingmindsatwork.ca/docs/abouts/Psychosocial_Factors.pdf.

Sanders, M. J. (2016). Age-Related Changes and Environmental Modifications for Healthy Older Workers in Manufacturing: A Multiple Case Study. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 60(1), 445-445.

Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?. *Recherches qualitatives*, HS(5), 99-111.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (pp.337-365). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Schumpeter, J.A. (1939). *Les cycles économiques* (pp.174). New York: McGraw-Hill.

Schwab, K. (2016). *The Fourth Industrial Revolution* (pp.173). Suisse: Dunod.

Schwartz, Y. (2004). La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. *L'homme et la société*, 152(2), 47-77.

Schwartz, Y. (2007). Réflexion autour d'un exemple de travail ouvrier. *Recherches et études en sciences humaines*, 1, 38-49.

Schwartz, Y., & Durrive, L. (2009). *Manifeste pour un ergo-engagement. L'activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine* (pp. 286). Toulouse : Editions Octarès.

Schwartz, Y., & Echternacht, E. (2009). Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre?. *Corps*, 6(1), 31-37.

Schwartz, Y., & Mencacci, N. (2008). Trajectoire ergologique et genèse du concept d'usage de soi. *Informática na educação: teoria & prática*, 11(1), 9-13.

Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1994). Determinants of innovative behaviour: A path model of individual innovation in the workplace. *Academy of Management Journal*, 37(3), 580-607.

Simard, G. (2002). Modèles et formes d'organisation du travail: un outil classificatoire et diagnostique. *Interactions*, 2(6), 65-84.

Simpson, P.M., Siguaw, J.A., & Enz, C.A. (2006). Innovation orientation outcomes: The good and the bad. *Journal of Business Research*, 59(10), 1133-1141.

Smith, J. (2013). *Innovation technologique dans les soins de santé* (pp.120). Rapport du comité permanent de la santé. Canada : Chambre des communes du Canada. Repéré à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/parl/xc62-1/XC62-1-1-411-14-fra.pdf

Soares, A. (2003). La santé mentale au travail : s'attaquer aux sources du problème, *Effectif*, 6(4), 24-31.

Sobel, R. (2004). Travail et reconnaissance chez Hegel. *Revue du MAUSS*, 1, 196-210.

Spérandio J.C. (1984). Charge de travail et régulation des processus opératoires. *Le Travail Humain*, 35(1), 85-98.

Sroujian, C. (2003). Mental health is the number one cause of disability in Canada. *The Insurance Journal*, 7(8), 5-36.

St-Arnaud, L. & Vézina, M. (2010). Les interventions organisationnelles pour prévenir les problèmes de santé mentale en milieu de travail. *Quintessence*, 2(5), 1-2.

St-Arnaud, L., Marche-Paille, A., & Toulouse, G. (2014). Les métiers de l'urgence: des stratégies défensives au-delà du genre. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(5), 516-517.

St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É., & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie* (pp.360). Montréal : Éditions MultiMondes.

Statistique Canada (2012). Tableau 282-0002 - Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le sexe et le groupe d'âge détaillé.

Statistique Canada (2015). Tableau 282-0002 - Enquête sur la population active (EPA), estimations selon le secteur d'activité, le sexe et le groupe d'âge détaillé.

Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée* (pp. 342). Fribourg: Academic Press Fribourg.

Tardif, M. (2016) *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue : Récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec* (pp.137). Montréal : Québec. (Mémoire de maîtrise, Concordia University). Repéré à : https://spectrum.library.concordia.ca/981798/1/Tardif_MA_F2016.pdf.

Teiger, C., & Vouillot, F. (2013). Tenir au travail. *Travail, genre et sociétés*, 1, 23-30.

Therriault, P.-Y., Aubin, G., Desrosiers, L., Lord, M.-M. (2016a). J'utilise ce que l'approche met à ma disposition et je peux me dire que j'ai fait tout ce que je pouvais pour aider mon client. Communication présentée à la 45e Réunions scientifique et éducative annuelle ACG2016 – Favoriser l'innovation en recherche sur le vieillissement - Gérontologie éducative multi-clientèle, Montréal, Québec.

Therriault, P.-Y., Desrosiers, L., Aubin, G., Lord, M.-M. (2016b). *Les intervenants sociaux en soutien à domicile au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Installations de la Pommeraie - Enquête en psychodynamique du travail* (pp.20), Rapport de recherche du Groupe de recherche du LRE-UQTR, Montréal, Québec.

Therriault, P. Y., Rhéaume, J., & Streit, U. (2004). Identité de métier en péril chez des machinistes suite à des transformations organisationnelles et technologiques. *Le travail humain*, 67(4), 333-357.

Therriault, P. Y., Streit, U., & Rhéaume, J. (2004b). Situation paradoxale dans l'organisation du travail: une menace pour la santé mentale des travailleurs. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 173-200.

Therriault, P.-Y., Aubin, G., Desrosiers, L., Drolet, M.-J., Lecours, A., & Lord, M.-M. (2016c). Can ergology contribute to the evolution of the profession?. Communication présentée au Congrès de l'Association Canadienne d'Ergothérapie (ACE) : S'inspirer pour viser les plus hauts sommets, Banff Canada.

Therriault, P.Y. (2010). *Changements organisationnel et technologique, santé mentale et travail* (pp.252). Sarrebruck : Éditions universitaires européennes.

Therriault, P.-Y., Lefebvre, H., Samuelson, J. (2015). Une clinique de l'activité pour mieux supporter des accompagnateurs-citoyens dans la réalisation de leurs tâches d'accompagnement. *Cahiers du Creges*, 1, 1-23.

Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.

Tissioui, M., Scouarnec, A., & Joffre, C. (2016). L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(100), 21-40.

Tremblay D. G. (2014). *L'innovation technologique, organisationnelle et sociale* (pp.352). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Tremblay, D. G. (1995). Flexibilité techno-organisationnelle et districts industriels: un piège ou un avenir pour les régions du Québec?. Communication présentée au 62^e colloque de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences- section développement régional. Rimouski, Québec.

Tremblay, D. G. (2002). Les femmes sur le marché du travail au Québec et au Canada. *Travail, genre et sociétés*, 2, 193-211.

Trudel, L. (2000). S'engager dans une enquête en psychodynamique du travail: réflexions méthodologiques. Dans M.-C. Carpentier-Roy, & M. Vézina (Dir). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. (pp. 43-52). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.

Ughetto, P. (2010). Subjectivité et travail: pour une sociologie de l'activité. *Éducation permanente*, 184, 137-148.

Väänänen, A., Murray, M. & Kuokkanen, A. (2014). The growth and the stagnation of work stress: Publication trends and scientific representations 1960-2011. *History of the Human Sciences*, 27(4), 116-138.

Vandenberghe, C., Bentein, K., & Stinglhamber, F. (2004). Affective commitment to the organization, supervisor, and work group: antecedents and outcomes, *Journal of Vocational Behavior*, 64, 47-71.

Veil, C. (2013). *Vulnérabilités au travail : naissance et actualité de la psychopathologie du travail* (pp. 346). Toulouse : Érès.

Venkatesh, V. (2000). Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation, and emotion into the technology acceptance model. *Information systems research*, 11(4), 342-365.

Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.C. Carpentier-Roy et M. Vézina (Dir). *Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp.29-43). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

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

Vézina, M., & Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*,1(25), 119-128.

Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé : le défi de la productivité dans le respect des personnes* (pp.404). Québec: Presses de l'Université Laval.

Visinand, M. *Le rôle attendu des professionnels RH lors d'un changement organisationnel* (pp.156). Montréal : Québec. (Mémoire de maîtrise, HEC Montréal). Repéré à : http://www.irec.net/upload/File/memoires_et_theses/370.pdf.

Volkoff S., Gaudart, C. (2006). Vieillesse et travail. *Actualité et dossier de santé publique*, 57, 52-54.

Volkoff, S., Molinié, A.-F., & Jolivet, A. (2000), *Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail* (pp.126). Paris : Centre d'études de l'emploi.

Wainwright, D. & Calnan, M. (2011). The fall of work stress and the rise of wellbeing. Dans S. Vickerstaff, C. Phillipson, & R. Wilkie (Dir). *Work, Health and Wellbeing: The Challenges of Managing Health at Work* (pp. 161-186). Avon: Policy Press.

Wanberg, C. R., Kanfer, R., Hamann, D., & Zhang, Z. (2016). Age and reemployment success after job loss: An integrative model and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 142(4), 400-426.

Woodhead, E. L., Northrop, L., & Edelstein, B. (2016). Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), 84-105.

Woodside, A. G., & Wilson, E. J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(6-7), 493-508.

Yagoubi, A., Tremblay, D-G. (2017). L'innovation numérique et technologique dans le secteur vêtement-mode : les politiques publiques en soutien à la création d'un écosystème d'affaires intersectoriel. *Inn Innovations*, (2), 153-193.

Zbaracki, M. J. (1998). The rhetoric and reality of total quality management. *Administrative science quarterly*, 43(3), 602-636.

Annexe I. Guide d'entretien- premier volet de la recherche- Enquête en psychodynamique du travail

Guide d'animation des enquêtes en psychodynamique du travail

D'abord, un des chercheurs invite les participants à s'exprimer sur leur vécu au travail en lançant des questions ouvertes générales telles : Pouvez-vous nous parler de votre travail ? Comment le réalisez-vous ? Quels sont les éléments de votre travail qui vous donne satisfaction ? Quels sont les éléments de votre travail qui ne vous donne pas satisfaction ? Qu'est ce qui se passe quand vous rencontrez des difficultés ? (voir schéma d'incitations et de relances dans l'encadré suivant). Puis, un des chercheurs aborde l'innovation (approche de rehaussement de la qualité de vie) et son impact sur le travail à l'aide de questions ouvertes telles : Comment est-ce que l'approche a eu un impact sur votre travail ? Quels sont les éléments de votre travail qui vous donne satisfaction ou non qui ont été modifiés par l'introduction de l'approche ? Quels trucs avez-vous développés pour introduire l'approche dans votre travail quotidien ?

1^{ère} incitation : « Pouvez-vous nous parler de votre travail ? »

1^{ère} relance : oui et puis ?

2^e relance : quoi encore ?

3^e relance : qu'est ce qu'on peut encore dire sur ?

4^e relance : et puis ?

2^e incitation : « Comment le réalisez-vous ? »

Mêmes relances

3^e incitation : « Quels sont les éléments de votre travail qui vous donne satisfaction ? »

Mêmes relances

4^e incitation : « Quels sont les éléments de votre travail qui ne vous donne pas satisfaction ? »

Mêmes relances

Etc.

Les entretiens auront lieu dans une salle fermée de l'organisme munie d'une table centrale et de chaises. Tous les entretiens seront enregistrés par le chercheur à l'aide d'un magnétophone numérique sur lequel seront reliés des microphones de table placés bien en vue au centre du groupe.

Suite à l'entretien, les chercheurs feront une écoute flottante de chaque entretien. Durant les entretiens collectifs, une prise de notes sommaires est réalisée par les chercheurs dans le but de retenir les thèmes avancés, de noter des propos à clarifier ou de mettre en évidence des éléments émergents.

Annexe II. Guide d'entretien- deuxième volet de la recherche- Entretiens individuels auprès des travailleurs de 55 ans et plus

Guide d'animation de l'entrevue individuelle semi-structurée

D'abord, le chercheur, afin d'initier la conversation, demande au participant pourquoi est-ce qu'il a souhaité contribuer à ce volet de la recherche ? Est-ce qu'il en est à sa première transformation du travail en carrière et sinon, quelles étaient ces transformations ? Puis, il enchaîne avec les questions suivantes, selon le rythme de l'entrevue et dans un ordre logique découlant de la discussion :

- **Quelles réactions ont été entraînées par l'introduction de l'approche de rehaussement de la qualité de vie ?**
- **Quel est selon vous le lien entre ces réactions et votre âge (par exemple, auriez-vous eu les mêmes réactions étant plus jeune) ?**
- **En avançant dans votre carrière, trouvez-vous plus facile, ou plus difficile de faire face aux changements mis en place par votre organisation et pourquoi ?**
- **Quels moyens avez-vous développés dans l'optique de tenter de maintenir une bonne santé au travail, donc pour contrer les difficultés et les éléments souffrants du travail ? Est-ce que ces moyens ont changé avec l'avancée en âge ?**

Pour chacune des questions, des relances sont prévues, de type :

1^{ère} relance : oui et puis?

2^e relance : quoi encore?

3^e relance : qu'est ce qu'on peut encore dire sur?

Les entretiens auront lieu au lieu choisi par le participant. L'entretien sera enregistré par le chercheur à l'aide d'un magnétophone numérique. Durant l'entretien, une prise de

notes sommaire est réalisée dans le but de retenir les thèmes avancés, de noter des propos à clarifier ou de mettre en évidence des éléments émergents.

Annexe III. Formulaire de consentement- premier volet de la recherche- Enquête en psychodynamique du travail



Université du Québec
à Trois-Rivières

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



Titre du projet de recherche :	Quand la mémoire fuit, accompagner dans la tendresse et le plaisir : étude en psychodynamique du travail
Chercheurs responsables du projet de recherche :	Hélène Carbonneau, Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières. Pierre-Yves Therriault, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.
Co-chercheurs :	Ginette Aubin, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières. Lyne Desrosiers, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.
Membre du personnel de recherche :	Marie-Michèle Lord, étudiante au doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières.
Organisme subventionnaire :	CRÉ de la Montérégie, Société Alzheimer de Granby et région

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à réaliser une étude dont le but est de valider la pertinence d'un ensemble de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles de mémoire et de leur proche.

Les objectifs spécifiques de ce projet sont :

- 1) évaluer l'impact du projet (approche de rehaussement de la qualité de vie) pour les intervenants impliqués,
- 2) évaluer le processus d'implantation de l'approche.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 30 participants (intervenants ou bénévoles).

Déroulement du projet de recherche

La présente recherche porte sur le travail d'accompagnement dans le cadre du continuum de services ainsi que sur les relations interpersonnelles. Plus précisément, cette recherche explore les facteurs qui influencent la qualité de vie des personnes au travail.

Dans le cadre de la présente étude, vous serez invité à participer à quatre rencontres de groupe d'une durée de deux à trois heures chacune. Ces rencontres auront lieu dans un local fermé sur votre lieu de travail, mais à l'extérieur des heures de travail. Elles porteront sur votre vécu au travail.

Également, vous serez invités à consigner par écrit vos impressions à l'égard des outils et activités proposées dans le continuum (succès rencontrés, difficultés vécues, questionnement, propositions d'amélioration). Ces informations seront utilisées lors de la révision des outils suite au projet pilote. Vous pourrez le faire électroniquement ou dans un cahier qui vous sera remis lors de la formation.

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

Inconvénients associés au projet de recherche

Le seul inconvénient associé à votre participation à ce projet est le temps que vous consacrerez à ce projet.

Risques

Puisque vous aurez à partager votre opinion ou votre vécu, il est possible que vous ressentiez de la gêne ou un inconfort durant les rencontres. L'animation des entrevues de groupe sera conçue et réalisée de façon à mettre les participants le plus à l'aise possible, en rappelant notamment le droit à la différence. De plus, vous n'êtes en aucun cas obligé de répondre aux questions. Dans l'éventualité d'un inconfort, vous pourrez en faire part à l'animateur en privé ou devant le groupe. L'animateur prendra le temps de vous écouter et de voir avec vous ce qui peut vous rassurer. Il est également possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre travail ou sur votre relation avec l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche et les autres intervenants.

L'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire ou le CÉR du CSSS-IUGS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet ainsi que les membres de leur personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les renseignements contenus dans votre journal de bord ainsi que votre nom, votre sexe, votre année de naissance, le type d'intervenant, le

nombre d'années d'expérience et votre formation.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le premier chercheur responsable de ce projet de recherche.

L'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Comme il s'agit d'une rencontre de groupe, nous ne pouvons garantir la confidentialité, mais il sera précisé, en début de rencontre, que nous demandons aux participants la discrétion absolue en regard des propos émis durant la rencontre. De plus, il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants par milieu.

Les résultats de recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs en lien direct avec le projet actuel. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le premier chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique, une personne du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au

besoin, et ce, aussi longtemps que le premier chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

Compensation

Vous recevrez un montant de 100 dollars en guise de compensation pour votre participation à ce projet de recherche. Si vous vous retirez ou si vous êtes retiré du projet avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le premier chercheur responsable de ce projet de recherche, madame Hélène Carbonneau à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Décanat de la recherche et de la création de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Vous pouvez communiquer avec la présidente du comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS en contactant l'agente administrative du CÉR.

Annexe IV. Formulaire de consentement- deuxième volet de la recherche- Entretiens individuels

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

Titre du projet de recherche :

Quand la mémoire fuit, accompagner dans la tendresse et le plaisir : étude en psychodynamique du travail

Chercheurs responsables du projet

Hélène Carbonneau, Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières.

de recherche :

Pierre-Yves Therriault, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Co-chercheurs :

Ginette Aubin, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lyne Desrosiers, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières.

Membre du personnel de recherche :

Marie-Michèle Lord, étudiante au doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières.

Organisme subventionnaire :

CRÉ de la Montérégie, Société Alzheimer de Granby et région

Préambule

Vous avez initialement accepté de participer au projet de recherche, pour le volet de la psychodynamique du travail. Nous vous invitons maintenant à participer à une entrevue individuelle ayant comme objectif de mieux comprendre l'influence de l'âge dans les résultats de l'étude. Cependant, avant d'accepter de participer à cet autre volet du projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à réaliser une étude dont le but est de valider la pertinence d'un ensemble de services centré sur le rehaussement de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles de mémoire et de leur proche.

Les objectifs spécifiques de ce projet sont :

- 1) évaluer l'impact du projet (approche de rehaussement de la qualité de vie) pour intervenants impliqués; dans le cadre des entretiens individuels, il s'agit de mieux comprendre l'impact de projet spécifiquement pour les intervenants vieillissants.
- 2) évaluer le processus d'implantation de l'approche.

Pour la réalisation du volet du projet de recherche comprenant des entretiens individuels enregistrés sur support audio, nous comptons recruter un minimum de 5 participants (intervenants ou bénévoles) âgés de 55 ans et plus.

Déroulement du projet de recherche

La présente recherche porte sur le travail d'accompagnement dans le cadre du continuum de services ainsi que sur les relations interpersonnelles. Plus précisément, cette recherche explore les facteurs qui influencent la qualité de vie des personnes au travail.

Dans le cadre de la présente étude, vous avez participé à quatre rencontres de groupe. Toujours au sein de la même étude, vous aurez à participer à une rencontre individuelle d'une durée variant entre 90 à 120 minutes. Cette rencontre aura lieu dans un local fermé, dans le lieu de votre choix, mais à l'extérieur des heures de travail. Elles porteront sur votre vécu au travail, mais plus spécifiquement en lien avec votre âge.

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

Inconvénients associés au projet de recherche

Le seul inconvénient associé à votre participation à ce projet est le temps que vous consacrerez à ce projet.

Risques

Puisque vous aurez à partager votre opinion ou votre vécu, il est possible que vous ressentiez de la gêne ou un inconfort durant l'entrevue. L'entrevue sera réalisée de façon à vous mettre le plus à l'aise possible, en rappelant notamment le droit à la différence. De plus, vous n'êtes en aucun cas obligé de répondre aux questions. Dans l'éventualité d'un inconfort, vous pourrez en faire part à l'interviewer qui prendra le temps de vous écouter et de voir avec vous ce qui peut vous rassurer. Il est également possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre travail ou sur votre relation avec l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche et les autres intervenants.

L'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire ou le CÉR du CSSS-IUGS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet ainsi que les membres de leur personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le premier chercheur responsable de ce projet de recherche.

L'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les résultats de recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront

conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le premier chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique, par une personne du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le premier chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

Compensation

Vous recevrez un montant de 25 dollars en guise de compensation pour votre participation à l'entrevue individuelle.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'un ou l'autre des chercheurs responsables de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le premier chercheur responsable de ce projet de recherche, madame Hélène Carbonneau à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Décanat de la recherche et de la création de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec les Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Vous pouvez communiquer avec la présidente du comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS en contactant l'agente administrative du CÉR