

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

« CELLES QUI REVIENNENT D'UN BURN-OUT ONT COMPRIS » :
ÉTUDE SUR LES STRATÉGIES DES INTERVENANTES SOCIALES ET DES
INTERVENANTS SOCIAUX FACE AUX CONTRAINTES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE ÈS SCIENCES DE LA GESTION

PAR
ROXANNE POULIN

MARS 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je ne peux débiter ces remerciements sans témoigner du soutien constant d'Annie Camus, ma directrice de recherche, qui m'a permis de me découvrir comme étudiante, mais aussi comme chercheuse durant les deux dernières années. Je garde un heureux souvenir de toutes ces heures passées ensemble à discuter, à argumenter et surtout, à déguster notre fameux café au lait – lorsque COVID il n'y avait pas. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir offert toute cette liberté dans le travail que j'ai accompli, qu'il s'agisse du projet de mémoire directement ou des autres dossiers sur lesquels nous collaborions en parallèle.

Ce qui m'amène à Martin Chadoin, codirecteur de mon projet de recherche. Mille mercis, d'abord pour avoir accepté de te joindre à moi dans ce projet qui me tenait beaucoup à cœur, mais aussi pour m'avoir poussée à retravailler mon cadre théorique à maintes reprises, vers un cadre que j'ai appris à connaître et surtout, à aimer. Ton expertise et tes grandes connaissances en ergonomie m'auront été d'une forte utilité et je t'en suis extrêmement reconnaissante.

Je tiens également à remercier madame Marjolaine Goudreau, directrice du regroupement le RÉCIFS, sans qui je n'aurais pu obtenir la participation des répondants à mon projet. Grâce à tes nombreux contacts, j'ai pu rencontrer des gens merveilleux et en apprendre beaucoup plus sur la question du travail des intervenants sociaux au Québec.

En ce sens, je tiens à remercier chaleureusement les onze personnes qui ont participé à mon projet de recherche. Leur ouverture à discuter avec moi, et ce, même en contexte pandémique, m'aura permis de récolter des données riches et actualisées à la situation de travail actuelle des intervenants sociaux. Sans eux, je n'aurais pu réaliser ce projet si important pour moi.

Un merci tout spécial à mes amies virtuelles, mes « tomatinales » toujours fidèles au poste à 6h00 – ou presque – pour rédiger collectivement ! Sans vous, je ne serais probablement pas déjà en train de rédiger ces remerciements.

Je tiens finalement à remercier mes parents, mais surtout ma sœur, Myrienne, qui me supporte depuis tellement d'années maintenant. Merci de m'avoir encouragée, de m'avoir questionnée et surtout, de m'avoir écoutée lorsque j'en avais le besoin. Évidemment, je ne peux passer sous silence mon amoureux! Kevin, même si tu ne comprenais pas toujours ce que je faisais, tu m'as toujours soutenue dans le processus et je t'en suis grandement reconnaissante.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Contexte.....	5
1.2 La nouvelle gestion publique.....	7
1.3 Les contraintes chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	9
1.4 Les transformations du réseau et leur impact sur le collectif de travail.....	12
1.5 La gestion des contraintes chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	14
1.6 Pertinence sociale et scientifique.....	14
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS	16
2.1 La profession du travail social.....	16
2.1.1 Historique du travail social.....	16
2.1.2 Le travail d'intervention sociale.....	18
2.1.3 Transformation du travail et apparition des contraintes de travail.....	20
2.2 Enjeux sur la santé des intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	25
2.3 Les stratégies de réponse aux tensions.....	26
2.4 Questions et objectif de recherche.....	31
CHAPITRE 3 LE CADRE CONCEPTUEL.....	33
3.1 La situation de travail de la personne en activité.....	33
3.1.1 Le travail.....	34
3.1.2 L'activité de travail.....	35

3.2 La notion de stratégie.....	45
3.2.1 La notion de stratégie dans le champ de l’ergonomie.....	46
3.2.2 La définition du concept de « stratégie » retenue	47
3.2.3 Le développement des stratégies.....	48
3.2.4 Conséquences des stratégies	49
3.3 Le collectif de travail	49
3.4 Les conséquences de l’activité de travail.....	51
CHAPITRE 4 LA MÉTHODOLOGIE	53
4.1 Recherche qualitative.....	53
4.2 Étapes de la recherche.....	55
4.3 Échantillon	56
4.4 Stratégie de recrutement.....	58
4.5 Portrait des participantes et participants	59
4.6 Méthode de collecte de données	60
4.7 Méthode d’analyse des données.....	61
4.8 Limites et considérations éthiques de l’étude	63
CHAPITRE 5 LES RÉSULTATS.....	66
5.1 Contraintes pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	67
5.1.1 Contraintes liées à la clientèle.....	68
5.1.2 Contraintes organisationnelles	70
5.1.3 Les contraintes liées à la collaboration interprofessionnelle.....	86
5.1.4 Contraintes liées au pouvoir et à l’attitude de la personne gestionnaire	88
5.1.5 Contraintes personnelles	93
5.2 Conséquences sur les intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	95
5.3 Les déterminants de la rétention des intervenantes sociales et intervenants sociaux.....	99
5.3.1 Les caractéristiques personnelles des intervenantes sociales et intervenants sociaux	100
5.3.2 Les leviers organisationnels	103
5.4 Les stratégies.....	105
5.4.1 Stratégies pour gérer les contraintes liées à la clientèle	106
5.4.2 Stratégies pour gérer la charge de travail	107
5.4.3 Stratégies pour gérer la nature des tâches	110

5.4.4 Stratégies pour gérer l'organisation du travail	120
5.4.5 Stratégies pour gérer les contraintes liées à la collaboration interprofessionnelle	126
5.4.6 Stratégies élaborées dans la sphère personnelle	127
CHAPITRE 6 DISCUSSION.....	131
6.1 Les facteurs de risques psychosociaux.....	132
6.1.1 Intensité du travail et du temps de travail	134
6.1.2 Conflits de valeurs.....	135
6.1.3 Insécurité du travail.....	137
6.1.4 Exigences émotionnelles	138
6.1.5 Autonomie.....	139
6.1.6 Rapports sociaux	140
6.1.7 Conclusion sur les facteurs de risques psychosociaux	141
6.2 Des personnes qui mobilisent des stratégies	142
6.3 Limites de la recherche et perspectives d'études ultérieures	146
CONCLUSION	150
ANNEXE A	153
ANNEXE B	155
APPENDICE A	159
APPENDICE B	160
BIBLIOGRAPHIE.....	162

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 Modèle de la situation de travail de la personne en activité.....	35
4.1 Schématisation de l'analyse des résultats.....	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	56
4.2 Portrait des participants.....	59
4.3 Arborescence de la codification.....	61
5.1 Principales contraintes de travail émergeant des résultats.....	66
5.2 Typologie émergeant des stratégies retenues.....	107
6.1 Facteurs de risques psychosociaux et sous-facteurs associés.....	137

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
FITS	Fédération internationale des travailleurs sociaux
FIQ	Fédération interprofessionnelles de la santé du Québec
IASSW	Association internationale des écoles de travail social
IFSW	International Federation of Social Workers
IS	Intervenant social
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
RÉCIFS	Regroupement, échanges et concertation des intervenantes et formatrices en social
RPS	Risques psychosociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux

RÉSUMÉ

À l'intérieur de cette recherche qualitative, nous souhaitons repérer les stratégies développées par les personnes œuvrant en intervention sociale au Québec pour gérer les différentes contraintes de leur milieu de travail, et ce, afin de rester en emploi. Cette population réfère aux métiers issus de la relation d'aide, tels les techniciennes et techniciens en travail social, les éducatrices et éducateurs spécialisés, les intervenantes et intervenants en toxicomanie, les travailleuses sociales et travailleurs sociaux, ainsi que les psychoéducatrices et psychoéducateurs. En raison des nombreuses réformes qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux dans les dernières années, ces personnes se retrouvent contraintes dans leur travail. Qu'il s'agisse des injonctions contradictoires auxquelles elles sont confrontées, de la charge excessive de travail engendrée par le manque de ressources ou de leur manque d'autonomie décisionnelle, les écrits scientifiques démontrent que ce groupe professionnel vit depuis plusieurs années une grande souffrance au travail. Or, face à ces contraintes, ces personnes ne restent pas passives et développent des stratégies pour gérer ces difficultés. La méthodologie de recherche privilégiée pour ce projet est la réalisation de onze entretiens semi-dirigés avec des personnes œuvrant en intervention sociale, issues de différentes régions du Québec et de différents secteurs d'intervention.

Dans les entretiens réalisés, plusieurs types de contraintes ont émergé. Principalement, elles concernent la clientèle avec laquelle les personnes œuvrant en intervention sociale pratiquent, les contraintes posées par l'organisation, par la personne supérieure, par le collectif de travail et finalement, par la personne elle-même. De même, plusieurs types de stratégies émergent de nos résultats, permettant d'observer l'activité des participantes et participants dans leur situation de travail. Ces stratégies sont parfois mobilisées de façon individuelle, parfois de façon collective.

Nous constatons d'une part que les contraintes présentes dans le travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux résonnent avec les écrits de Gollac et *al.* (2011) sur les facteurs de risques psychosociaux. Également, nous remarquons que les stratégies les plus significatives concernent le collectif de travail. La majorité des participantes et participants à l'étude nous ont informé de l'apport des collègues de travail et de la ou du supérieur dans leur désir de demeurer en emploi. Or, par l'organisation du travail mise en place actuellement, ce collectif de travail ne peut

survivre et cela empêche donc les intervenants sociaux de gérer adéquatement les contraintes de leur travail.

Mots clés : intervenants sociaux, contraintes, stratégies, collectif de travail, nouvelle gestion publique, services sociaux

INTRODUCTION

Les nombreuses réformes qu'a connu le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières décennies, engendrées par le courant de la Nouvelle gestion publique (NGP) a grandement contribué à la transformation des métiers relationnels, dont celui de l'intervention sociale (Bourque et *al.*, 2014). À cet effet, plusieurs chercheuses et chercheurs se sont intéressés au courant de la NGP dans le secteur de la santé et des services sociaux (Boussard, 2008 ; Jetté et Goyette, 2010 ; Larivière, 2008 ; Parazelli, 2004), mais également aux répercussions qu'elles ont eues sur les personnes professionnelles de la relation d'aide (Grenier et Bourque, 2019 ; Grenier et *al.*, 2018 ; Pauzé, 2016).

Principalement, ces transformations causent une détresse chez les personnes œuvrant en intervention sociale, qui sont surchargées par les demandes incessantes, et qui ne se retrouvent plus comme travailleuses et travailleurs de relation d'aide au sein du réseau (Bourque et *al.*, 2014). Les absences pour congé de maladie professionnelle explosent, laissant celles et ceux qui restent au travail avec une intensification de leur charge de travail et donc, une fatigue constante (Archambault, 2017).

Or, il appert que malgré ce cercle vicieux de contraintes, les personnes intervenantes ne restent pas passives : elles développent certaines stratégies. Entre autres, l'étude d'Auclair-Lemire (2016) sur la dissonance dans le travail des intervenantes sociales et des intervenants sociaux, ainsi que l'étude de Blanc (2016) sur les stratégies mobilisées par les assistantes sociales et les assistants sociaux victimes de mal-être au travail, proposent quelques stratégies possibles utilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux pour diminuer leur souffrance au travail. Mais outre cette brève

littérature, peu de recherches sur le milieu de l'intervention sociale se sont réellement penchées sur la question des stratégies développées pour gérer les contraintes du travail dans un but de rétention, c'est-à-dire pour demeurer en emploi.

La présente étude vise ainsi à repérer les principales stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux dans le cadre de leur travail pour gérer les différentes contraintes vécues quotidiennement. Plus précisément, nous cherchons à comprendre quels sont les déterminants dans l'activité de travail de ces personnes qui agissent comme des contraintes. Puis, nous analysons de quelle façon ces personnes sont actives face à ces contraintes, et donc, quelles stratégies sont mobilisées pour les gérer. Notamment, l'objectif de cette recherche vise à répondre à la question suivante : quelles sont les stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux pour gérer les contraintes de leur travail et ultimement, demeurer en emploi?

Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé un cadre de méthodologie exploratoire de type qualitatif. Nous avons donc tenu des entretiens semi-dirigés avec onze participantes et participants œuvrant en intervention sociale, issus de différentes parties du Québec et pratiquant dans des secteurs diversifiés. Ces entretiens ont par la suite été retranscrits sous la forme de verbatims, pour ensuite être analysés et codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo.

Le présent projet de mémoire est divisé en six principaux chapitres. Le premier chapitre, la problématique, présente l'état de la question sur le travail d'intervention sociale et sur les contraintes présentes dans leur travail. Plusieurs écrits sur la notion des réformes dans le réseau de la santé et des services sociaux et, notamment, sur les contraintes qu'elles engendrent sont présentés. Puis, nous démontrons la pertinence sociale et scientifique de la recherche présentée.

Le chapitre 2 présente la recension des écrits pertinents sur le sujet. Plus précisément, nous faisons état des recherches ayant été effectuées sur notre sujet de recherche, soit

sur le travail d'intervention sociale, sur les contraintes et les défis de cette profession, sur les conséquences engendrées par ces contraintes et finalement, la littérature pertinente sur les stratégies développées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux. Le deuxième chapitre se termine avec la question de recherche et les objectifs de cette dernière.

Le chapitre 3 présente le cadre conceptuel que nous avons utilisé pour analyser nos données. Il s'agit du modèle de la situation de travail de la personne en activité, introduit par St-Vincent et *al.* (2011), qui fait à la fois état de l'activité de travail, mais aussi des déterminants qui influencent cette activité, qui peuvent à la fois agir comme ressources ou comme contraintes. Puis, la notion de stratégies telle que définie par Major et Vézina (2011) sera présentée.

Le chapitre 4 présente quant à lui le cadre méthodologique utilisé pour analyser nos données. Les étapes de la recherche, l'échantillon étudié, la stratégie d'échantillonnage ainsi que le portrait des participantes et participants sont présentés. Puis, la méthode de collecte de données, accompagnée de la méthode d'analyse de données sont abordées. En dernier lieu, nous discutons des principales limites de notre cadre méthodologique et des considérations éthiques de ce cadre.

Le chapitre 5 concerne les résultats tirés de notre étude. Nous présentons les principaux thèmes qui se dégagent de nos entretiens semi-dirigés. En ce sens, nous présentons d'abord les résultats obtenus en ce qui concerne les contraintes dans le travail d'intervention sociale. Puis, nous abordons les conséquences possibles de ces contraintes, relatées par les participantes et participants. Finalement, nous présentons les facteurs qui permettent aux participantes et participants de gérer ces contraintes et de demeurer en emploi. Il s'agit des caractéristiques personnelles, des leviers organisationnels ainsi que des stratégies individuelles et collectives.

Le dernier chapitre présente la discussion des principaux résultats obtenus selon le cadre conceptuel retenu. En ce qui concerne la partie sur les contraintes de travail, nous établissons un lien significatif avec la notion de risques psychosociaux et, plus précisément, avec les six axes présentés par Gollac *et al.* (2011) dans leur rapport sur la mesure des risques psychosociaux au travail. Nous discutons ainsi des types de contraintes présentes dans le travail en les comparant à la catégorisation faite par Gollac *et al.* (2011).

Nous poursuivons avec les principales conséquences des contraintes de travail qui ressortent de notre analyse. Puis, nous nous penchons sur la notion de stratégies. Nous nous questionnons sur la possibilité ou l'impossibilité pour les personnes intervenantes de développer certaines stratégies, notamment celles issues du collectif de travail.

Finalement, nous présentons dans ce chapitre les forces et les limites de notre projet de recherche, ainsi que les retombées possibles de l'étude sur le plan pratique et scientifique.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

1.1 Contexte

Dans un premier temps, nous présentons un survol du contexte de notre problématique, en y dégagant les facettes du secteur de l'intervention sociale au Québec depuis les dernières décennies.

1.1.1 Les transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux

Les nombreuses transformations qu'a connues le monde du travail dans les 40 dernières années semblent de plus en plus être à la source de contraintes dans le travail. On peut entre autres penser à l'augmentation de la charge de travail, ou encore au manque de ressources humaines ou financières pour bien accomplir le travail demandé. Principalement, ces contraintes ont de grandes répercussions sur la santé des travailleuses et travailleurs et c'est ce qui pousse la communauté scientifique à s'y intéresser comme une problématique. Au Québec, dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), ces contraintes semblent particulièrement importantes et exacerbées par la crise sanitaire.

En effet, le réseau d'établissements publics offrant des soins de santé et des services sociaux emploie environ 10% de la main-d'œuvre québécoise, soit près de 200 000

personnes (Larivière, 2014). Or, dans son rapport sur les statistiques liées aux risques psychosociaux au travail vécus par ses membres, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) (2016) affirme que ses membres sont classés parmi les plus à risque de souffrir de détresse au travail en raison des fortes contraintes y étant liées. Selon la moyenne, 76,4% des personnes répondantes ressentent une détresse psychologique (APTS, 2021). Par ailleurs, ces risques engendrent de nombreuses conséquences sur les travailleuses et travailleurs du réseau : troubles musculosquelettiques, absence du travail, etc. (Institut national de santé publique du Québec, 2020) :

Les travailleurs·euses [...] sont touché·e·s [...] par les troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail, l'absence du travail pour ces lésions et la détresse psychologique liées au travail, ainsi que par certaines contraintes professionnelles physiques et psychosociales associées à ces problèmes de santé (INSPQ, 2020).

Actuellement, 4610 professionnelles et professionnels de la santé membres de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) sont absents, soit en raison d'un arrêt de travail, d'une assurance salaire ou du régime de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) (Bédard, 2019). À titre d'exemple, entre 2017 et 2018, les heures en assurance salaire pour l'ensemble des établissements publics étaient de 24,5 millions d'heures, ce qui représente une hausse de 27,7% comparativement à 2014-2015 (gouvernement du Québec, 2019). De plus, le taux de roulement chez les professionnelles et professionnels de la santé se situe entre 10 et 15%, alors qu'il devrait se situer autour de 5% dans le réseau (Archambault, 2019). Cette proportion reste élevée, considérant le lien important que ces personnes ont à développer avec leur clientèle. Une des raisons expliquant cette situation préoccupante est la grande transformation qu'a connue le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières décennies (Gheorghiu et Moatty, 2020 ; Grenier et *al.*, 2014 ; Larivière, 2008).

1.2 La nouvelle gestion publique

Auparavant, le secteur de la santé et des services sociaux québécois fonctionnait de façon intégrée, c'est-à-dire selon une approche fonctionnelle et hiérarchique de ses services (Larivière, 2007). Dans cette optique, chaque unité de service agissait de façon distincte et était encadrée par des gestionnaires qui détenaient la formation adéquate (Larivière, 2007). Or, avec les années, les critiques formulées sur l'État providence¹ (Jetté et Goyette, 2010), ainsi que l'engouement généralisé pour une rentabilisation des services publics, ont donné aux personnes détenant l'autorité la légitimité de transformer ce modèle de gestion initial. La majorité des réformes du réseau ont été inspirées par le courant de la Nouvelle gestion publique (NGP), une philosophie de gestion faisant la promotion de pratiques managériales axées sur des indicateurs de performance, telles que l'efficacité et l'efficience (Merrien, 1999). Cette nouvelle logique s'est progressivement ancrée dans le secteur public en misant sur l'utilisation de systèmes de gestion axés sur l'économie des ressources et sur les besoins des personnes utilisatrices plutôt que ceux des personnes productrices (Jetté et Goyette, 2010). Avec la NGP, on voit apparaître une transformation du travail, à la fois structurelle – fusion d'établissements – et fonctionnelle – redéfinition des rôles, des mandats et des responsabilités (Sarrazin, 2015). Dans cette optique, les logiques « managérialisantes » de court-termisme, d'immatérialité et de maximalisme (Betbèze, 2003, cité dans Saives et *al.*, 2017), issues du secteur marchand, s'introduisent au sein des organisations publiques comme un modèle évident de conduite des affaires (Boussard, 2008). Par court-termisme, nous entendons l'accélération du travail au détriment des rythmes humains et des résultats immédiats. L'immatérialité réfère à

¹ L'encyclopédie canadienne (2015) définit l'État-providence comme : « *la constitution d'un système de programmes gouvernementaux [...] qui a pour objectif de transférer de l'argent aux citoyens et de leur offrir des services leur permettant de faire face à toute une gamme de besoins, notamment ceux liés à la pauvreté, à l'itinérance, au chômage, à l'immigration, au vieillissement, à la maladie, etc.* ».

l'écart entre la ou le donneur d'ordre et la personne qui exécute, en ce sens que les demandes et les décisions ne sont pas toujours réalistes considérant les capacités et les ressources disponibles. Puis, le maximalisme renvoie aux exigences sans limites de la logique « managérialisante » au détriment des capacités humaines (Saives et *al.*, 2017).

Encore aujourd'hui, cette vision du travail vient modifier le fonctionnement du quotidien des professionnelles et professionnels du milieu de la santé et des services sociaux (Sarrazin, 2015). En ce sens, les contraintes d'accélération du rythme de travail et d'augmentation de la charge de travail, le tout avec des effectifs réduits, font naître bien des difficultés chez le personnel qui ne dispose pas de suffisamment de moyens matériels et humains pour accomplir le travail demandé (Gheorghiu et Moatty, 2020). Entre autres, les obligations professionnelles du personnel, en raison de cette augmentation de la charge de travail, sont formalisées par un ajout de normes et de règles (Larivière, 2007).

Ces contraintes dans le secteur médical ont attiré la curiosité des chercheuses et chercheurs, d'une part chez les infirmières (Dionne et Rhéaume, 2008) et d'autre part chez les cadres en santé (Rivière et *al.*, 2013 ; Rivière, 2014). Or, cette situation ne semble pas avoir reçu autant d'attention dans le secteur des services sociaux précisément et ce, bien que les contraintes peuvent s'observer au même titre que dans le secteur de la santé, en raison de la nouvelle forme de managérialisation (Cadoré, 1994) et des réformes qu'elle a engendrées (Larivière, 2008 ; Grenier et *al.*, 2014). Au Québec, la structure du réseau de la santé inclut les services sociaux de prévention, de réadaptation et de protection sociale pour des problématiques telles que la déficience (physique et intellectuelle), les jeunes en difficulté, les dépendances, la santé mentale, etc. (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2022).

1.3 Les contraintes chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux

Généralement, le travail des personnes intervenantes repose sur l'offre de services d'intervention auprès des individus, des groupes, des familles ou des collectivités. Elles peuvent donc procéder à des évaluations psychosociales, à des interventions comportementales, ou encore à de la réadaptation (ACFTS, s.d.).

Que la pratique soit faite en intervention individuelle, auprès des groupes ou des collectivités, les personnes œuvrant en intervention sociale ont une très grande sensibilité à l'environnement dans lequel elles travaillent (Larivière, 2014). La raison d'être de cette profession réside dans la souffrance ou la vulnérabilité des clientèles que les intervenantes et intervenants soutiennent, que ce soit par la défense de leurs droits ou par le support qu'elles leur offrent face aux multiples difficultés auxquelles elles sont confrontées (Lamoureux, 2003 ; Larivière, 2014). Or, les différentes réformes instaurées depuis le début des années 1990 engendrent leur lot de conséquences sur la pratique d'intervention sociale. Les interventions doivent maintenant être réalisées selon des objectifs quantifiables plutôt qu'adaptés aux besoins multiples et complexes de la clientèle (Grenier et al., 2014 ; Lamoureux, 2003). Dans ce contexte de réorganisation, les intervenantes et intervenants sont peu soutenus et peu préparés à assumer leurs fonctions (Grenier et al., 2014).

La réforme que connaît le réseau public québécois en 2004, bien qu'elle engendre des résultats positifs, ne fait qu'aggraver le sentiment d'incapacité des intervenantes sociales et intervenants sociaux et ce, par l'ampleur des difficultés que cette réforme entraîne : « *majorité de travailleurs sociaux réaffectés à de nouvelles tâches, charge de travail accrue, perte d'expertise, manque de soutien et d'encadrement, etc.* » (Larivière, 2014, p.80). Initialement, cette réforme a été instaurée par le ministre de l'époque, Philippe Couillard, sous le gouvernement libéral. Ainsi, cette réforme se voulait un moyen de réduire les listes d'attente trop longues et de désengorger les salles

d'urgence bondées par l'adoption du projet de loi 25, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (C-21)* (Grenier et al., 2014). Cette réforme agit comme un morcellement des services en territoires spécifiques, rejoignant à la fois les services publics, privés et communautaires, de manière à faciliter le parcours de soins des usagères et usagers.

À l'instar des soins de santé, ces restructurations sont passablement difficiles pour l'intervention sociale, dans laquelle il est délicat de chiffrer et de comptabiliser les services offerts à la clientèle, tels que l'insertion ou le nombre de prises en charge de cas (Grenier et al., 2014). Dans le même sens, le travail social se veut un accompagnement, où chaque personne soutenue se développe à travers un cheminement unique, ce qui rend la pratique d'autant plus difficile à quantifier (Lamoureux, 2003). Selon un sondage réalisé par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), 61% des répondantes et répondants affirment que les impacts de cette réforme sont passablement ou énormément importants, alors que 55% ajoutent à cela un effet stressant négatif (Larivière, 2013). Un autre sondage de l'Ordre montre que 72% des intervenantes sociales et intervenants sociaux croient que l'accès aux services s'est détérioré depuis cette réforme (Goudreau, Stake-Doucet, Leblanc, Roy et Soares, 2020).

On constate que les intervenantes et intervenants se retrouvent avec une charge excessive de cas, alors que parallèlement, le nombre des embauches diminue (Grenier et al., 2014). De plus, comme l'affirment Grenier et al. (2014, p.107) : « *la gestion de cas, davantage utilisée du côté du soutien à domicile, et assurée par différents professionnels, conduit à des mandats plus flous entre les professionnels avec une imputabilité accrue* ». Les intervenantes sociales et intervenants sociaux sont ainsi sous tension entre l'ambiguïté de leurs mandats, l'excès de responsabilités (Pauzé, 2016) et le peu de ressources mises à leur disposition (Lecompte, 2019). Entre autres, chez les personnes intervenant à la protection de la jeunesse, 62% considèrent leur charge de

travail trop grande pour leurs capacités (Leduc, 2020). On relève aussi qu'un manque de support, de reconnaissance et d'équité vient aggraver la situation (Bourque et *al.*, 2019 ; Bourque et *al.*, 2014).

Dans un autre ordre d'idées, les conditions de travail actuelles des intervenantes sociales et intervenants sociaux ne leur offrent pas la flexibilité nécessaire pour respecter strictement les règles déontologiques. En effet, selon le sondage réalisé par l'OTSTCFQ, 43% des répondantes et répondants indiquent ne pas être en mesure de respecter les connaissances scientifiques, les normes et les pratiques de la profession (Leduc, 2020). Cela s'explique par les exigences de productivité auxquelles ces personnes sont confrontées : « *qui sont mis en place pour favoriser l'efficacité et les performances, et qui sont aveugles à la nature de l'activité* » (Champy, 2011, p.34). Ces exigences causent des enjeux éthiques dans la pratique d'intervention sociale et ceci se répercute dans la qualité des interventions (Parazelli et Ruelland, 2017). À cet effet, un autre sondage, réalisé par le RÉCIFS², indique que 68,7% des répondantes et répondants ont déjà observé dans leur milieu de travail des pratiques d'intervention jugées inadéquates – donc pouvant compromettre la qualité des interventions effectuées (Bureau, 2018). À cela s'ajoute l'impossibilité pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux de mettre en pratique ce qu'on leur a enseigné dans leur formation, en raison des valeurs organisationnelles qui limitent leur terrain d'intervention et qui leur engendrent un fort sentiment d'impuissance (Grenier et *al.*, 2016).

² Le RÉCIFS (Regroupement, Échanges, Concertation des Intervenantes et des Formatrices en Social, est un regroupement de personnes qui exercent la profession d'intervenantes sociales au Québec.

Puis, l'arrivée des méthodes d'évaluation individualisées et quantitatives, telles que l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI)³, ne fait qu'aggraver cette situation. Cet outil, qui doit initialement guider les professionnelles et professionnels en permettant une réponse individualisée aux besoins de la clientèle et de sa famille (APTS, 2020), préoccupe beaucoup les intervenantes sociales et intervenants sociaux par les difficultés qu'il engendre. L'obligation pour les professionnelles et professionnels de comptabiliser les interventions effectuées sans égard au temps consacré et au degré de difficulté rencontrée engendre un sentiment d'incohérence et une forme de surcharge, générant une perte de motivation (Biron, 2006). Ultimement, ces méthodes ont souvent pour effet de déshumaniser le travail d'intervention et les services rendus aux usagères et aux usagers (Grenier et *al.*, 2014).

1.4 Les transformations du réseau et leur impact sur le collectif de travail

Finalement, la Nouvelle gestion publique et la transformation du travail qu'elle a engendrée isolent les intervenantes sociales et intervenants sociaux au détriment du collectif de travail (Bourque et *al.*, 2014). En favorisant des mesures de performance individuelle entre les personnes intervenantes, où les personnes moins « performantes » sont découragées ou exclues (Giauque, 2010), les intervenantes et intervenants ne peuvent profiter de l'apport de leurs collègues (Giauque, 2010). Pour Sorup et Jacobsen (2013), cet isolement reflète le manque de « capital social » au sein de l'organisation, qu'ils définissent comme l'union du niveau de coopération entre collègues, du sentiment de justice organisationnelle – donc que les ressources à leur disposition sont distribuées équitablement – ainsi que de la présence d'un sentiment de confiance envers les gestionnaires (Lemire-Auclair, 2017). Par conséquent, une

³ Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les OCCI ainsi : « *une démarche pour une réponse individualisée aux besoins de la personne et de sa famille, basée sur les processus cliniques et sur des données probantes. Ce sont des outils suggérant les meilleures pratiques cliniques selon des itinéraires définis dans le temps et l'espace pour un groupe de personnes présentant une même condition, afin de faciliter la coordination et la prestation de soins de qualité* » (MSSS, 2018, p.8).

question fondamentale se pose : serait-il possible que l'absence de collectif empêche les intervenantes et intervenants de réaliser un travail considéré de qualité?

La Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) décrit les valeurs du travail social comme basées sur le respect de l'égalité, de la valeur et de la dignité de tous (FITS, 2014). Ces valeurs, dites classiques, reposent sur la justice sociale, l'autodétermination, ainsi que sur *l'empowerment* individuel et collectif (OTSTCFQ, 2012). Dans le même sens et comme l'affirme Lamoureux (2003, p.45) : « *Le travail social est une profession dont l'objectif premier est d'assurer la qualité de vie des personnes et d'aider celles-ci à satisfaire leurs besoins essentiels* ». La nature même du travail social repose ainsi sur la priorisation du bien-être de la personne vulnérable, et ce, sans égard aux restrictions de temps et de ressources imposées par la NGP. Or, ce travail est dénaturé et s'inscrit maintenant dans un climat de peur, que ce soit dans les rapports sociaux du travail ou dans les tâches elles-mêmes (Parazelli et Ruelland, 2017). Dans cette perspective, plusieurs intervenantes et intervenants ne se sentent pas en moyen de combler les attentes de productivité que l'on a à leur égard et se sentent démunis face à cette situation contradictoire (Grenier et al., 2014). À cet effet, Parazelli et Ruelland (2017, p. 70) précisent :

Les salariés affirment ne pas trouver de soutien à des objectifs contradictoires. La hiérarchie est indisponible ou non compétente et ils doivent trouver eux-mêmes des solutions aux multiples défis qui s'accumulent. Ils se trouvent parfois acculés à faire du mauvais travail. Il en ressort une angoisse permanente, un sentiment d'incompréhension, voire de perte de sens.

1.5 La gestion des contraintes chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux

Ces réformes et la modification de l'organisation du travail qu'elles engendrent sont la source d'un haut taux d'absentéisme chez les personnes œuvrant en intervention sociale. En effet, l'ouverture de dossiers pour congé de maladie connaît une hausse de près de 50% dans certains secteurs du réseau de la santé et des services sociaux (Archambault, 2017). Le sondage réalisé par le RÉCIFS démontre également le désir grandissant de ces professionnelles et professionnels, qui sont à bout de souffle, de quitter le métier (Bureau, 2018). Cet état de la question révèle l'ampleur des impacts des transformations amenées par la NGP sur le travail d'intervention sociale ainsi que certaines conséquences individuelles et organisationnelles. Si l'intention de quitter est présente et que le taux d'absentéisme est élevé, il demeure que des intervenantes sociales et intervenants sociaux font face aux exigences de leurs conditions de travail et d'emploi. Mieux comprendre comment ils et elles s'y prennent pourrait mener à des pistes pour les soutenir.

1.6 Pertinence sociale et scientifique

Il est important de s'intéresser aux stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et les intervenants sociaux et ce, particulièrement dans le contexte actuel d'un réseau de Santé et de Services Sociaux subissant des pressions importantes posées par la pandémie de la COVID-19. En effet, dans le domaine de la santé et de l'assistance sociale, il s'agit d'un défi important, puisque 15 445 postes sont vacants à l'heure actuelle (Information sur le marché du travail, 2019). Cette situation est criante, puisque chez l'ensemble des personnes œuvrant en intervention sociale, on estime à 30% le nombre de personnes songeant à quitter la profession (Leduc, 2020). De plus, certains domaines d'intervention sociale, tels qu'à la protection de la jeunesse, ont une proportion encore plus importante, s'élevant à plus de 60% (Leduc, 2020).

Considérant que ces contraintes font partie du quotidien des intervenantes sociales et intervenants sociaux, il s'avère pertinent de se questionner sur les moyens pouvant être mobilisés de façon individuelle ou collective par ces personnes pour les gérer. Ces stratégies présentent un intérêt marqué, en ce qu'elles peuvent limiter les nombreuses conséquences négatives sur le stress (Rivière et *al.*, 2013), sur la santé générale (Major et Vézina, 2010), sur l'absentéisme (Jackson et Schuler, 1985), voire sur l'intention de quitter (Grima, 2004 ; Royal, 2007). Dans cette perspective, le fait de s'intéresser aux stratégies mobilisées face aux contraintes de travail en intervention sociale contribuerait à l'enrichissement de la compréhension en ce qui concerne la réalité des intervenantes sociales et intervenants sociaux. Cette question est pertinente socialement pour l'avancement de la profession en intervention sociale et, par le fait même, pour les services rendus aux utilisatrices et utilisateurs. Ultimement, l'application des connaissances permettra une meilleure rétention des personnes œuvrant en intervention sociale.

À la lumière de ce chapitre, nous réalisons que le travail d'intervention sociale est costaud, parfois même difficile à surmonter. En effet, les nombreuses réformes qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux n'ont fait qu'alourdir et rendre flou le travail de ces personnes, que ce soit en augmentant et en intensifiant leur charge de travail, voire en limitant les contextes collectifs entre les intervenantes et intervenants. Face à cette problématique, comment se fait-il que ces personnes demeurent au travail malgré toutes les contraintes auxquelles elles sont confrontées?

CHAPITRE 2

LA RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre recense les écrits sur le travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux. D'abord, l'état actuel des connaissances sur le travail d'intervention sociale, ainsi que sa transformation au cours des années, sera rapporté. Ensuite, les difficultés et les enjeux rattachés à la profession, ainsi qu'à la santé de ces personnes, seront abordés. Nous identifierons par la suite la littérature pertinente concernant les contraintes de travail ainsi que la notion de stratégies. Pour terminer, l'objet de la présente étude, ainsi que ses questions et ses objectifs seront précisés.

2.1 La profession du travail social

Nous débutons ce chapitre en recensant la littérature pertinente quant à la profession d'intervention sociale et, plus précisément, quant à la façon dont elle s'est transformée avec les années.

2.1.1 Historique du travail social

Au Québec, la profession du travail social tire ses origines de la religion catholique (Dubois et Garceau, 2000), où les intervenantes sociales – car il s’agit majoritairement de femmes à cette époque – se livrent à diverses occupations dites « sociales », comme le placement d’enfants, l’intégration ou la réadaptation sociale (Bourque et *al.*, 2019). En ce sens, la profession voit le jour au 20^e siècle (Rousseau, 1978), alors qu’aucune formation académique n’est encore donnée à cet effet (Dubois et Garceau, 2000).

En 1970, les sciences sociales prédominent et transforment la pratique d’intervention sociale, cette dernière se détachant lentement de l’intervention clinique initialement privilégiée pour laisser place à l’intervention communautaire et aux problèmes sociaux, tels que le changement social, les races et les ethnies, etc. (Dubois et Garceau, 2000). Ainsi :

Une nouvelle conception professionnelle du travailleur social émerge alors comme celui d’agent de changement social avec de nouvelles pratiques professionnelles multidisciplinaires et des spécialisations, afin de répondre aux problèmes personnels et sociaux engendrés par la société (Bourque et *al.*, 2019, p.22).

Cette vision « sociale » de la profession est aussi influencée par l’État-providence et ses valeurs de justice sociale, d’égalité des chances et d’universalité entraînant une remise en question de la profession dite « traditionnelle » qui laisse place à de nouvelles pratiques, telles que l’intervention communautaire (Favreau, 2000 ; Barbe, 2020) et la décentralisation des soins de santé avec l’arrivée des « Centre local de santé communautaire » (CLSC) (Gaumer et Desrosiers, 2004).

Or, après quelques années, cette vision ne semble plus adaptée aux besoins de la société (Bourque et *al.*, 2019) ; la diminution des revenus de l’État (Barbe, 2020) et la crise de l’État-providence qui s’ensuit entraînent alors plusieurs réformes dans le réseau de la

santé et des services sociaux, transformant à nouveau le travail d'intervention sociale (Grenier et *al.*, 2014).

2.1.2 Le travail d'intervention sociale

Le travail social est une profession dite du *care*, car elle est exercée principalement par des femmes et elle renvoie à certaines activités longtemps considérées comme relevant de la sphère domestique, activités sanitaires et sociales d'accompagnement (Cresson et Gadrey, 2004). Comme l'affirme Lamoureux (2003, p.45) : « *Le travail social est une profession dont l'objectif premier est d'assurer la qualité de vie des personnes et d'aider celles-ci à satisfaire leurs besoins essentiels* ». La nature même du travail social repose sur la priorisation du bien-être de la personne vulnérable. Doucet (2016) parle de l'intervention sociale comme d'un « métier relationnel » :

On peut définir les métiers relationnels comme une catégorie d'activités transdisciplinaires d'aide ou d'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité, que ce soit au travers de transactions visant l'adaptation, l'émancipation des personnes ou encore d'une quête de sens, et que ce soit aussi par l'entremise d'une méthode individuelle, familiale, groupale ou communautaire (Doucet, 2016, paragr. 1).

Le travail social couvre un vaste champ d'intervention (Gusew et Berteau, 2011), ce qui rend difficile une définition spécifique de la profession (Fortin, 2003). Toutefois, certaines définitions ont été formulées par des organismes reconnus. Entre autres, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) définit les travailleuses sociales et travailleurs sociaux – ainsi :

Les travailleurs sociaux aident les personnes et les communautés qui vivent des problèmes, qu'ils soient liés à des situations difficiles, de crise ou de la vie courante. Ils élaborent avec elles des pistes de solution en fonction de leurs forces et celles de leur milieu (pour améliorer leur bien-être). Ils

abordent également la réalité des personnes selon une vision globale qui tient compte de la personne et de son milieu. Leurs interventions sont concrètes, créatives, sans préjugés et fondées sur la justice sociale (OTSTCFQ, 2019).

De même, la définition suivante a été approuvée par l'Assemblée générale de *l'International Federation of Social Workers* (IFSW) et par l'Assemblée générale de l'Association internationale des écoles de travail social (IASSW) en juillet 2014 :

Le travail social est une profession basée sur la pratique et une discipline académique qui favorise le changement et le développement social, la cohésion sociale, ainsi que l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, les droits de l'homme, la responsabilité collective et le respect de la diversité sont au cœur du travail social. Soutenu par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social engage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et à améliorer le bien-être. La définition ci-dessus peut être amplifiée aux niveaux national et/ou régional (IFSW, 2014).

Bien qu'il apparaisse difficile de circonscrire l'intervention sociale (Fortin 2003), il ressort de l'ensemble de ces définitions un consensus en ce qui concerne les valeurs fondamentales de cette profession, soit la justice sociale, l'égalité et les droits de la personne (Oliver, 2013). Toutefois, malgré ce consensus, la pratique demeure emplies de paradoxes (Chénard et Grenier, 2012 ; Gusew et Berteau, 2011). Ceci est percevable entre autres par l'écart entre le contexte socioprofessionnel et organisationnel, à la fois « *organisé, planifié, encadré, hiérarchisé, supervisé et contrôlé* » (Gusew et Berteau, 2011, p.5) et le contexte d'intervention caractérisé par de l'incertitude et des zones grises (Gusew et Berteau, 2011). L'écart entre ce contexte de travail dit « prescrit » et la réalité du travail est d'ailleurs documenté dans le courant de la psychopathologie du travail par Dejours (2016). Afin de maintenir un rapport avec la réalité, la personne n'a d'autres choix que de faire preuve de résistance face au réel du travail (Dejours, 2016).

Pour l'intervention sociale, cette résistance se transpose par la créativité et la grande capacité d'adaptation dont les personnes font preuve dans leur pratique (Auclair-Lemire 2016 ; Bourque et *al.*, 2019).

2.1.3 Transformation du travail et apparition des contraintes de travail

Les recherches en gestion des services sociaux se rejoignent pour dire que les différentes réformes amorcées depuis les années 1980 dans le réseau de la santé et des services sociaux, influencées par la Nouvelle gestion publique (NGP), amènent la profession du travail social à se transformer (Bourque et *al.*, 2019 ; Grenier et *al.*, 2014 ; Jetté et Goyette, 2010 ; Larivière, 2008 ; Sarrazin, 2015).

Entre autres, la question de l'identité professionnelle en intervention sociale est relevée dans plusieurs recherches comme une des transformations issues de cette vision néolibérale (Bourque et *al.*, 2019 ; Dubois et Garceau, 2000 ; Gusew et Berteau, 2011 ; Larivière, 2008). À cet effet, Roland Lecompte, directeur fondateur et professeur à l'École de service social de l'Université d'Ottawa rappelle : « *notre profession a été caractérisée par un tiraillement identitaire et idéologique [...]. L'identité professionnelle est enracinée dans ce contexte de tiraillement dialectique quotidien de nos pratiques sociales* » (Dubois et Garceau, 2000, p. 12-18). Dans le même ordre d'idées, la NGP et les réformes à saveur « néo-managériale » qu'elle a entraînées (Belquasmi, 2014) confrontent les intervenantes sociales et intervenants sociaux à une diminution de leur autonomie décisionnelle et de leur capacité à exercer leur jugement clinique (Bourque et *al.*, 2019 ; Grenier, 2016 ; Richard, 2013).

Gusew et Berteau (2011) font d'ailleurs état de l'organisation du travail autrefois fonctionnelle, qui s'inscrit maintenant dans une logique multidisciplinaire (Gusew et Berteau, 2011). Ainsi, les intervenantes sociales et intervenants sociaux, qui œuvraient auparavant dans une équipe distincte, sont maintenant jumelés à d'autres personnes professionnelles, telles que les médecins, les infirmières et infirmiers, ou les

psychologues, avec qui ils doivent suivre la clientèle (Gusew et Berteau, 2011). Cette propension aux relations interprofessionnelles participe à la redéfinition de l'identité professionnelle en intervention sociale, qui ne se retrouve plus parmi l'ensemble de ces professionnelles et professionnels (Gusew et Berteau, 2011 ; Larivière, 2007). Cette interdisciplinarité positionne les intervenantes et intervenants à l'interface de plusieurs services de santé et services sociaux et ils doivent donc intervenir rapidement auprès des clientèles à risque dans des situations d'urgence (Gusew et Berteau, 2011). Ceci est sans compter la montée de la culture médicale au sein des établissements du réseau au détriment de la relation d'aide et du « social » (Bourque, 2009 ; Gusew et Berteau, 2011 ; Morin *et al.*, 2018), qui alimente : « *une certaine confusion quant à la spécificité professionnelle des travailleuses sociales* » (Morin *et al.*, 2018, p.31).

Une troisième transformation touche l'augmentation de la charge de travail. En effet, selon Larivière (2008), les réformes successives entraînent une rationalisation des services, ce qui augmente la charge de travail en intervention sociale et rend l'accès aux services plus difficile pour la clientèle. D'ailleurs, il s'agit de l'élément qui affecte le plus les intervenantes et intervenants dans leur quotidien (Larivière, 2008). En effet, ces personnes se retrouvent face à une charge excessive de cas, en raison des nombreuses demandes des institutions et de leur désir exigeant de réduction des listes d'attente (Larivière, 2008 ; Pelchat *et al.*, 2004). Les intervenantes et intervenants semblent en tension entre leur désir d'aider et les critères de performance quantitatifs auxquels ils sont confrontés (Larivière, 2008).

Cette vision quantitative du travail dans le secteur de la santé semble intensifier et accélérer la pratique professionnelle en intervention sociale (Gheorghiu et Moatty, 2020 ; Pelchat *et al.*, 2004). Dans leur rapport de recherche sur l'identité et les légitimités professionnelles en transformation, Pelchat *et al.* (2004) ont identifié que l'organisation du travail actuelle dans le réseau contraint les intervenantes sociales et intervenants sociaux et alourdit leur travail. Ces personnes n'ont plus le temps nécessaire pour mettre à jour leurs notes et pour travailler sur certains dossiers ; elles

sont maintenant constamment dans l'urgence d'intervenir (Pelchat et *al.*, 2004). Ce sentiment de surcharge les habite à la fois sur le plan de la quantité des cas et sur la lourdeur de ces derniers (Pelchat et *al.*, 2004). De plus, la complétion des formulaires pour l'obtention de certains services internes et externes demande un temps considérable et, bien que les intervenantes et intervenants se sentent déjà surchargés, tous ont conscience de l'aide que ces formulaires apportent à la clientèle et prennent donc le temps de les remplir (Pelchat et *al.*, 2004). À cet effet, Biron (2006) voit dans les outils d'évaluation individualisés comme *l'Outil de cheminement clinique informatisé* (OCCI), qui demandent une comptabilisation des interventions réalisées sans égard au temps nécessaire pour la compléter, une aggravation de la surcharge de travail que vivent déjà les intervenantes sociales et intervenants sociaux (Biron, 2006).

Une quatrième transformation touche la question des injonctions « contradictoires » amenées par le changement du code des professions (Bourque et Grenier, 2016 ; Bourque et *al.*, 2019 ; Gonin et *al.*, 2012). Les changements apportés au Code des professions viennent influencer la pratique des intervenantes sociales et intervenants sociaux, leurs interventions étant maintenant balisées, que la pratique soit dans le milieu communautaire ou institutionnel (Gonin et *al.*, 2012). On voit donc apparaître l'intervention de court terme centrée sur l'individu, sans égards aux pratiques collectives autrefois en place (Bourque et *al.*, 2019). Cette contradiction serait causée principalement par les pressions organisationnelles de standardisation et d'individualisation des pratiques, empêchant les intervenantes et intervenants de répondre convenablement aux besoins des personnes soutenues (Pauzé, 2016).

La standardisation des problèmes sociaux engendre, par le fait même, un conflit entre « *la loyauté du travailleur social à l'égard de ses principes de défense des droits et d'idéal de solidarité, d'une part, et cette lecture principalement individualiste des problématiques sociales, d'autre part* » (Pauzé, 2016, p.144). Cette contradiction peut aussi prendre la forme d'une dissonance ressentie, naissant de l'écart entre deux

définitions d'une même réalité : « *l'analyse que la travailleuse sociale fait de son travail et la lecture qu'en privilégie son employeur* » (Auclair-Lemire, 2016, p.7).

Puis, dans leur recherche sur la santé psychique des personnes intervenantes au Québec et en Ontario, Richard et Laflamme (2016) supposent que ces personnes sont contraintes à une injonction contradictoire entre le travail demandé et leurs valeurs personnelles et professionnelles. Les attentes à l'égard des intervenantes et intervenants, prescrites par les modes de gestion du réseau public, ne concordent pas avec leurs propres valeurs (Richard et Laflamme, 2016). Ces auteurs relatent ainsi différentes préoccupations au travail, tel que le souci de rendement du RSSS, les différences de définition d'un service efficace entre les personnes intervenantes et leur organisation, ainsi que la déshumanisation des services sociaux causée par la vision de rentabilité du réseau (Richard et Laflamme, 2016). Grenier et *al.* (2016) vont dans le même sens en affirmant que les intervenantes sociales et intervenants sociaux se retrouvent rapidement, en raison des transformations du milieu, en conflit entre leurs valeurs du travail social d'entraide et de solidarité, ainsi que les valeurs de performance et d'efficacité véhiculées dans le RSSS.

Finalement, depuis 2010, on voit apparaître un contrôle des pratiques en ce qui concerne l'intervention sociale. Ceci se perçoit entre autres par l'implantation du *Lean management* et du modèle Toyota⁴, des modes d'organisation du travail auxquels les pratiques d'intervention sociale sont intégrées (Grenier, 2016). Dans cette optique, ce sont dorénavant les notions de performance, de contrôle de qualité et de reddition de comptes qui prennent le dessus (Grenier, 2016).

⁴ Inspiré du Système de production Toyota, le Lean management est une méthode de gestion et d'organisation du travail visant à améliorer les performances d'une entreprise (Ohno, 1988).

Dimension collective du travail d'intervention sociale

Une étude réalisée en Angleterre sur l'identité professionnelle des personnes œuvrant en intervention sociale dans le contexte de multidisciplinarité des équipes de travail offre des éléments sur l'ambiguïté de rôles pouvant être ressentie par ces dernières en raison du collectif de travail (Oliver, 2013). En effet, la perte de l'identité professionnelle, accentuée par l'ambiguïté des équipes multidisciplinaires, peut avoir un impact important sur les personnes intervenantes dans leur pratique (Oliver, 2013). Ces dernières, travaillant avec plusieurs professionnelles et professionnels de la santé, se retrouvent seules pour représenter les besoins sociaux de la clientèle. Il leur est donc parfois difficile de s'adapter à la perspective sociosanitaire qui prévaut dans ce genre d'équipes (Grenier et Bourque, 2014 ; Richard et Laflamme, 2016).

Pour Auclair-Lemire (2017), ce travail d'équipe serait représenté par un « capital social » en milieu de travail. Selon elle, ce capital social n'est pas suffisamment pris en considération par les gestionnaires, ce qui agit inévitablement comme une contrainte sur le travail en intervention sociale. Cette contrainte en ce qui concerne le capital social serait entre autres expliquée par la fusion des équipes de travail, certaines personnes étant contraintes de changer de milieu physique de travail, ou encore d'intégrer de nouvelles équipes en mode virtuel (Auclair-Lemire, 2017). Il y aurait par ailleurs une incohérence au sein de ces nouvelles équipes, les gestionnaires se voyant parfois confier une équipe issue d'une autre profession que la leur. C'est le cas des gestionnaires en soins infirmiers qui devenaient par exemple responsables d'une équipe en travail social (Auclair-Lemire, 2017). Cette situation est contraignante pour les personnes œuvrant en intervention sociale, qui : « *voient le soutien de leur gestionnaire diminuer, doivent s'ajuster à des relations de travail avec de nouveaux collègues et se heurtent parfois à l'incompréhension de leur gestionnaire quant à leurs tâches et à leurs rôles* » (Auclair-Lemire, 2017, p.8).

À la lumière de ces études, le travail d'intervention sociale comporte de nombreuses contraintes, parfois abordées comme des tensions ou des dissonances. Celles-ci ont des impacts pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux. La prochaine section présente comment les études mettent en jeu ces impacts et le contexte du travail d'intervention sociale.

2.2 Enjeux sur la santé des intervenantes sociales et intervenants sociaux

Plusieurs recherches ont été réalisées sur les principaux effets des transformations de la profession sur la santé des intervenantes sociales et intervenants sociaux (Auclair-Lemire, 2016, 2017 ; Blanc, 2016 ; Bourque et al., 2018 ; Gusew et Berteau, 2011 ; Larivière, 2014 ; Lavoie, 2018 ; Pauzé, 2016 ; Richard et Gervais, 2018). L'étude de Bourque et al. (2018), réalisée auprès de 84 travailleuses sociales, offre des résultats en ce sens. En effet, selon ces chercheuses, c'est le contexte d'exercice des travailleuses sociales qui expliquerait leur détresse psychologique (Bourque et al., 2018). Plus précisément, la détresse des travailleuses sociales est : « *le reflet de changements politiques et économiques entraînant la désertion des valeurs sociales et professionnelles pour qui ces actrices se sont engagées : la cause humaine* » (Bourque et al., 2018, paragr. 9). D'autres valeurs propres à l'intervention sociale, telles que le travail d'équipe et le soutien par les pairs, sont aussi peu privilégiées par l'organisation du travail aujourd'hui en place dans le secteur public, ce qui cause également une souffrance chez les personnes intervenantes (Pelchat et al., 2004). En effet, cette étude démontre que bien que les intervenantes et intervenants valorisent fortement le travail d'équipe, mais le mode de gestion en place, ainsi que la propension du travail social à l'individualisme, empêchent l'émergence d'une telle organisation du travail (Pelchat et al., 2004).

D'autres écrits, comme ceux d'Auclair-Lemire (2016) et de Blanc (2016), font état de la détresse des personnes œuvrant en intervention sociale comme une conséquence de la modification de leur rapport au travail et à l'organisation qui les emploie. Pour sa part, la recherche de Blanc (2016) montre que ce serait l'isolement des personnes intervenantes, ainsi que l'insécurité des situations de travail qui génèrent un mal-être chez ces dernières (Blanc, 2016).

Enfin, selon Parazelli et Ruelland (2017) et dans une perspective sociopsychanalytique, le bien-être des intervenantes et intervenants dépend de leur capacité d'agir dans une situation donnée. Dans cette optique, le mal-être de ces personnes découle de contextes de travail portant atteinte à leur capacité d'agir⁵ (Parazelli et Ruelland, 2017). Grenier et *al.* (2018), ainsi que Richard (2014) vont dans le même sens en parlant d'un écart entre l'idéal souhaité et celui professé comme la cause d'une détresse chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux.

Maintenant que nous avons identifié les principales contraintes et leurs enjeux, nous présenterons comment la littérature aborde les stratégies déployées par les personnes œuvrant en intervention sociale dans leur pratique.

2.3 Les stratégies de réponse aux tensions

Parmi les recherches abordant la thématique de stratégies chez cette profession spécifiquement, notons d'abord l'étude d'Auclair-Lemire (2016), qui aborde les moyens utilisés pour faire face à la dissonance – soit la perte de sens au travail ressentie en raison des réformes et des autres transformations du travail (Auclair-Lemire, 2016). Cette dissonance mène, ultimement, à une souffrance psychique chez les personnes qui la ressentent. Selon elle, quatre principaux moyens sont employés par les intervenantes

⁵ « Cette notion correspond à la notion *d'activité empêchée* en ergonomie ou de l'activité avec Dominique Lhuillier et Yves Clot » (Parazelli et Ruelland, 2017, p.107)

et intervenants pour contrôler cette dissonance, soit l'ajustement, la négociation, la recherche de reconnaissance ainsi que la résistance (Auclair-Lemire, 2016). Ces moyens, bien que permettant de réduire la dissonance, sont de manière générale tous insuffisants (Auclair-Lemire, 2016).

La recherche de Parazelli et Ruelland (2017) souligne l'importance de la communication collective comme une stratégie de gestion du mal-être au travail. S'appuyant sur la sociopsychanalyse pour étudier ce phénomène, l'individu, pour faire face au mal-être au travail, utilise un levier communicationnel pour modifier les conditions de travail qui génèrent ce mal-être (Parazelli et Ruelland, 2017). Ce même constat est fait par Larivière (2008), qui affirme que les échanges entre collègues sont bénéfiques et permettent de contrer l'impuissance à laquelle les personnes œuvrant en intervention sociale font face (Larivière, 2008) :

Qu'il s'agisse de discussions cliniques entre professionnels expérimentés (partage d'outils, discussion sur l'accueil des demandes, solutions possibles pour des cas complexes, etc.), de partage de leur expérience avec les plus jeunes praticiens et les stagiaires en formation, de participation aux comités de pairs du conseil multidisciplinaire, de réunions hebdomadaires de l'équipe de travail ou de comités cliniques, de groupes de co-développement, les formules abondent (Larivière, 2008, p.36).

De plus, la recherche de Blanc (2016) sur 26 personnes œuvrant en assistance sociale à *La Poste*, montre que les technologies numériques (courriels et visioconférence) aident à faire face au mal-être causé par un manque de sens au travail et ainsi, à renouer avec l'aspect collectif. Par cette démarche, les assistantes sociales et assistants sociaux retrouvent un plaisir à travailler. Au même titre que Parazelli et Ruelland (2017), cette recherche montre que l'aspect communicationnel, lorsque permis et favorisé par l'organisation, est une stratégie devant être mise de l'avant pour combler le manque de

temps et de ressources de ces personnes. En ce sens, les technologies apparaissent comme un moyen de réappropriation de leurs pratiques communicationnelles.

Larivière (2014) reconnaît que certaines pratiques d'accompagnement, initiées par l'organisation, peuvent agir à titre de leviers dans la gestion des contraintes en intervention sociale. Entre autres : « [le] *programme d'accueil des nouveaux employés*, [la] *supervision des jeunes diplômés*, [le] *pairage de ceux-ci avec des collègues expérimentés*, [la] *consultation face aux problématiques complexes et groupes de pairs* » (Larivière, 2014, p.82) sont autant de moyens pouvant être mis en place dans une perspective macro qui inclut l'organisation.

Dans leur étude sur la santé psychique des travailleuses sociales du Québec et de l'Ontario, Richard et Laflamme (2016) émettent l'hypothèse que la souffrance au travail serait inhérente aux conditions de travail difficiles des travailleuses sociales, ce qui les mène à adopter des stratégies de défense et de dégageant individuelles ou collectives (Richard et Laflamme, 2016). Grenier et *al.* (2016), dans leur étude sur la gestion comme source de la souffrance au travail, en viennent globalement à la même conclusion. Elles abordent la notion de stratégies d'adaptations utilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux pour composer avec les transformations de leur milieu. Les stratégies de « rigidité » et d'« isolement » ressortent donc de leur étude comme des stratégies de contrôle de leurs activités et de leur autonomie professionnelle (Grenier et *al.*, 2016). En ce sens, certaines personnes contournent les contraintes afin de mieux servir la clientèle (rigidité), alors que d'autres, pour qui ces transformations sont vécues plus difficilement, vont s'isoler de leurs collègues (Grenier et *al.*, 2016).

Dans le même sens, l'étude de Larivière (2008) sur l'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle démontre la capacité des intervenantes sociales et intervenants sociaux de modifier leur attitude face aux situations de tensions

(Larivière, 2008). Entre autres, les stratégies personnelles suivantes ressortent de l'étude :

- « Contribuer (à leur façon, c'est-à-dire pas nécessairement dans le sens souhaité par les orientations du ministère et de la direction de leur organisation, mais davantage en fonction de leur rôle professionnel et de leurs valeurs) à l'organisation et aux services à la clientèle ;
- Gérer sa tâche et son temps de travail pour être efficace, mais aussi mettre ses limites;
- Retrait : ne croient plus à la réforme ou au mode de gestion du réseau, préfèrent se protéger;
- Recherche de détente et de bonnes habitudes de vie;
- Choisisent d'investir dans le développement comme professionnelles, professionnels ou avec les collègues;
- Affirmer ses valeurs personnelles;
- Développer des activités sociales avec des collègues;
- Se donner de la reconnaissance;
- Demander de l'aide » (Larivière, 2008, p.33).

Pelchat *et al.* (2004) reconnaissent aussi la propension du personnel en intervention sociale à utiliser des stratégies individuelles de protection plutôt que des stratégies collectives. Ceci serait dû, selon cette étude, à l'absence d'équipes de travail structurées au sein du réseau public, ce qui réduirait par le fait même les avantages liés au travail d'équipe (Pelchat *et al.*, 2004). En ce sens, les intervenantes et intervenants emploieraient les stratégies de protection suivantes :

[...] fixer ses propres limites, être vigilants vis-à-vis des situations de surcharge de travail, s'investir lorsque possible dans la réalisation de projets qu'ils ont eux-mêmes définis, *ventiler* avec des collègues, développer des mécanismes pour que certaines tâches considérées comme accessoires (ex. : relevés statistiques) ne viennent affecter démesurément leur bien-être au travail (Pelchat *et al.*, 2004, p.58).

Ces stratégies, considérées comme centrées sur les individus et sur les moyens personnels dont ils disposent pour améliorer leur bien-être au travail (Larivière, 2008 ; Pelchat et *al.*, 2004), démontrent une certaine reconnaissance des intervenantes sociales et intervenants sociaux de leur pouvoir d’agir. Bien que ces études datent du début des années 2000, les stratégies individuelles relatées ont été démontrées comme fortement employées en intervention sociale dans des études plus récentes, telles que celle de Gusew et Berteau (2011), celle de Grenier et *al.* (2016) ainsi que celle de Richard et Laflamme (2016). Par exemple, les stratégies de retrait, telles que de s’absenter régulièrement du travail, de diminuer ses disponibilités, ou encore de prématurer son départ à la retraite (Archambault, 2017 ; Larivière, 2008), seraient des moyens de faire face aux transformations organisationnelles (Grenier et *al.*, 2016 ; Larivière, 2008). Puis, les stratégies axées sur le développement professionnel sont aussi propices à contourner le mal-être ressenti par les intervenantes sociales et les intervenants sociaux (Gusew et Berteau, 2011 ; Larivière, 2008).

Finalement, certaines personnes tentent de pallier les difficultés rencontrées en adoptant des pratiques dites « silencieuses », comme l’utilisation du temps d’une rencontre annulée pour rattraper les retards dans certains dossiers ou encore pour discuter de certaines situations avec des collègues (Grenier et *al.*, 2016). Avec son sondage sur les conditions de pratique en intervention sociale réalisé auprès de 725 intervenantes sociales québécoises, Bureau (2018) constate que : « *plusieurs stratégies sont déployées en secret par les intervenantes afin de pallier certaines lacunes des milieux de pratiques, comme le manque de temps ou la rigidité des critères d’admissibilité aux services (p.43)* ». Ces pratiques silencieuses, telles que la négligence de certaines tâches administratives considérées comme moins urgentes, ou encore l’amplification d’une problématique auprès d’une usagère ou d’un usager pour lui offrir un meilleur service, sont même encouragées par la direction. Le temps supplémentaire non déclaré et le contournement de règles cliniques sont d’ailleurs des

stratégies utilisées par les intervenantes rencontrées pour sauver du temps, ou pour répondre aux besoins d'une personne en détresse.

À la lumière de cette recension, les études traitant des stratégies individuelles, parfois collectives, déployées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux, ciblent surtout la protection de la santé individuelle (Auclair-Lemire, 2016 ; Barbe, 2020 ; Grenier *et al.*, 2016 ; Richard et Laflamme, 2016 pour ne citer qu'elles et eux), mais peu abordent les moyens pris pour se maintenir au travail. Par contre, considérant le contexte décrit précédemment, incluant les intentions de quitter en hausse et le contexte de pénurie de main-d'œuvre, il serait essentiel de mieux comprendre comment retenir les intervenantes sociales et les intervenants sociaux en créant des conditions favorisant leurs stratégies pour se maintenir en emploi.

2.4 Questions et objectif de recherche

Cette recherche qualitative a pour objectif général de repérer les stratégies développées par les intervenantes sociales et les intervenants sociaux pour se maintenir en emploi. Nous explorerons les diverses stratégies émergentes des intervenantes sociales et intervenants sociaux, implicites comme explicites, en lien avec les différentes contraintes de leur travail.

Plus précisément, le projet de recherche cherche à répondre à la question suivante : quelles sont les stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux pour gérer les contraintes de leur travail et, ultimement, se maintenir au travail? D'une part, nous souhaitons comprendre comment les contraintes du travail affectent l'intention de quitter et d'autre part, nous souhaitons repérer les stratégies mobilisées pour gérer ces contraintes.

CHAPITRE 3

LE CADRE CONCEPTUEL

Après avoir présenté la problématique de notre recherche, ainsi que la recension des écrits pertinente pour comprendre les enjeux sous-jacents, nous présentons dans ce troisième chapitre le cadre conceptuel, qui servira à analyser les résultats de recherche obtenus. Le cadre présenté fait état de différents concepts propres à l'activité de travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux.

Le cadre conceptuel de cette recherche s'appuie sur un modèle en ergonomie, soit le modèle de la situation de travail de la personne en activité (St-Vincent et *al.*, 2011) – et deux concepts y étant rattachés, soit le concept de « déterminants », ainsi que le concept de « stratégie » (Major et Vézina, 2010). Ce modèle en ergonomie nous apparaît tout à fait adapté pour réfléchir l'organisation du travail des intervenants.es puisqu'un de ses fondements vise à comprendre l'écart entre le travail prescrit et le travail réel afin de cibler des pistes d'intervention durable.

3.1 La situation de travail de la personne en activité

Avant de définir les concepts-clés rattachés aux modèles retenus, il apparaît pertinent de présenter dans un premier temps en quoi consiste le concept de « travail ».

3.1.1 Le travail

Le travail fait partie des fondements de notre société libérale. Il a été initié par les grands noms de l'économie tels qu'Adam Smith, reconnu comme le père de l'économie moderne après la parution de son œuvre publiée en 1776, *La richesse des nations* (2009). Pour les auteurs et auteurs en sciences de la gestion, la notion de « travail » réfère directement aux tâches qui sont attendues de la personne au travail. En phase avec l'Organisation scientifique du travail, le travail apparait comme la réalisation d'une ou de plusieurs tâches par la personne, dont la planification relève des gestionnaires, soit les ingénieures et ingénieurs et les gestionnaires (Chadoin, 2019).

Autrement, en ergonomie, on délaisse le concept de travail pour le concept de « tâches définies », qui réfère plutôt aux objectifs et aux exigences visés par ces dernières. Dans cette perspective, les tâches correspondent à ce qui est demandé à la personne, à ce qu'elle a à faire (Falzon, 2004). Ce sont aussi les règles et les procédures sur lesquelles doivent se baser les tâches. Ces tâches et ces exigences ne sont pas toujours claires : elles peuvent être plus ou moins explicites, floues ou formelles (Chadoin, 2019), ce que Dejours et Molinier (1994) appellent le « travail prescrit ».

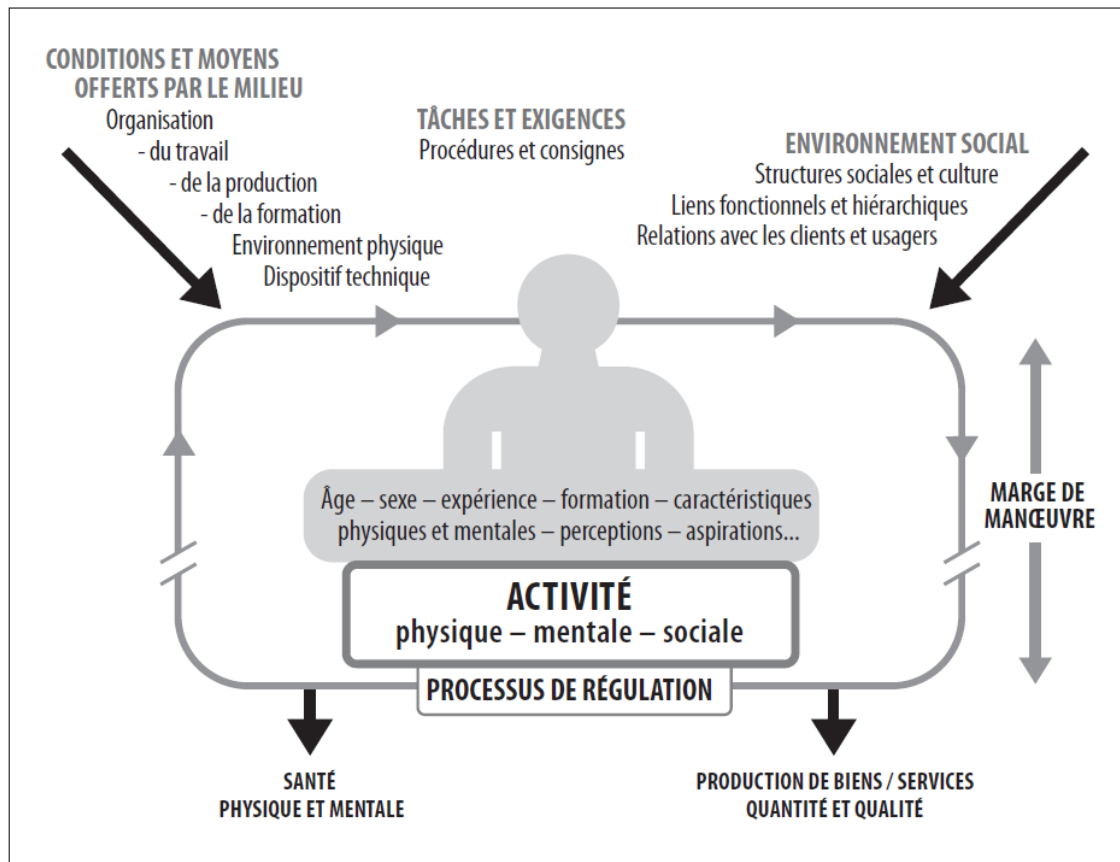
Bien que cette prescription du travail se veuille complète, la situation de travail ne peut être planifiée et pensée. En effet, au quotidien, il existe une grande variabilité de la situation de travail ; des éléments sont manquants, imprécis, ou des aléas surviennent ponctuellement. On peut alors penser aux conditions de l'équipement et des outils pour réaliser la tâche, l'absence de certaines personnes, etc. Ces imprévus empêchent l'intégration complète des prescriptions faites à la personne (Leplat, 2006) et cette dernière n'a d'autres choix que de réinterpréter la tâche prescrite selon sa propre vision du travail à réaliser, mais également selon ses propres buts et les contraintes qu'elle se donne, ce que Leplat (1997 ; 2004) appelle « la tâche effective ». Or, dans cette perspective, la subjectivité de la personne au travail vient adapter ce travail prescrit à

la réalité de la situation de travail, ce qui lui permet de procéder à des ajustements pour atteindre l'objectif du travail, tout en prenant en compte sa santé, mais aussi ses propres buts et mobiles (Leplat, 2004). C'est à l'intérieur de cette situation de travail, toujours en évolution et pleine d'imprévus, que se déroule ce qui est appelé par les ergonomes « l'activité de travail » (Falzon, 2004 ; Guérin et *al.*, 2006 ; St-Vincent et *al.*, 2011).

3.1.2 L'activité de travail

Dans cette recherche, le concept « d'activité de travail » est repris du modèle de la situation de travail centré sur la personne en activité de St-Vincent et *al.* (2011). L'activité est considérée comme « *l'élément central organisateur et structurant les composantes de la situation de travail* (Guérin et *al.*, 2006, p.51) ». L'avantage de ce modèle pour répondre à notre question de recherche est qu'il permet d'aborder le travail d'intervention sociale de manière systémique.

Figure 3.1 - Modèle de la situation de travail centré sur la personne en activité⁶



La situation de travail

Dans ce modèle, la personne et son activité sont placées au cœur de la situation de travail. En effet, comme le propose ce texte, « l'activité est toujours celle d'une personne qui interprétera à sa façon la tâche qui lui est prescrite, en termes d'opérations à réaliser, de consignes et de procédures à suivre, de quantité et de qualité de travail à respecter » (St-Vincent et al., 2011, p.38). L'activité découle de déterminants, qui sont distingués en trois catégories : les tâches et les exigences, les conditions et les moyens offerts par le milieu, ainsi que l'environnement social. Ces

⁶ Modèle repris de St-Vincent et al. (2011, p.39)

déterminants, comme nous le verrons, peuvent agir comme risques ou comme ressources dans le travail. De plus, dans ce modèle, la personne est considérée active dans la situation de travail ; elle ne subit donc pas les prescriptions qui lui sont données. Considérant l'état des connaissances établi au début de ce mémoire, cette conceptualisation de la situation de travail permettra de mieux capter le travail dans un contexte d'intervention sociale. C'est dans cette vision que St-Vincent et *al.* (2011) proposent que :

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, p.39).

Les caractéristiques individuelles

Au-delà des exigences de l'organisation, la personne aura elle-même ses propres exigences quant au travail qu'elle réalise. C'est d'ailleurs dans cette perspective que l'on considère les caractéristiques propres à la personne comme un élément fondamental dans la situation de travail, puisqu'elles influencent la façon de travailler de la personne. Ces caractéristiques sont l'âge, le sexe, l'expérience, la formation, les aspirations, voire les caractéristiques physiques et mentales (Vézina, 2001). On peut penser que les caractéristiques propres à la personne influencent grandement sa façon de travailler. Par exemple, une personne avec une grande force éprouvera plus de facilité à soulever des charges dans son travail qu'une personne moins forte, au même titre qu'une personne nouvellement à l'emploi n'aura pas la même rapidité d'exécution qu'une personne qui effectue le même travail depuis vingt ans.

Ces caractéristiques, ajoutées à l'évolution de la personne dans le temps et à la variabilité des situations de travail, constituent l'activité de travail (St-Vincent et *al.*,

2011). Il importe de reconnaître ces variabilités afin de comprendre à quel point chaque personne a besoin de développer sa propre façon de faire en fonction de ce qu'elle est.

L'activité

Or, considérant que la personne, lorsqu'elle travaille, mobilise plusieurs dimensions de son être, il importe de considérer l'activité selon des composantes physiques, sociales et cognitives (St-Vincent et *al.*, 2011). La personne en activité de travail mobilise ces trois composantes à différents niveaux, que ce soit parce qu'elle se positionne physiquement dans la situation de travail, parce qu'elle réfléchit ou parce qu'elle interagit avec d'autres personnes, qu'il s'agisse de collègues, de la clientèle, des gestionnaires, etc. (St-Vincent et *al.*, 2011). Puisque la personne analyse sa situation de travail et qu'elle s'y adapte selon les composantes en cause, on peut penser que l'activité n'est jamais fixe ; elle évolue dans la situation de travail. En ce sens, l'activité de travail se construit en permanence, et ce, dans un cadre d'objectifs et de contraintes, en mobilisant des ressources (Coutarel et *al.*, 2015).

3.1.3 Les déterminants de l'activité

Les déterminants de la situation de travail sont à l'origine de la manière dont la personne réalisera son activité. Qu'il s'agisse de déterminants positifs ou négatifs, ces derniers déterminent l'espace que la personne possède pour développer son activité de travail. D'une part, ils peuvent influencer l'activité par l'absence ou la présence de choix que la personne aura (St-Vincent et *al.*, 2011). D'autre part, les déterminants peuvent agir sur l'activité en affectant l'état de la personne ; c'est le cas entre autres des conditions physiques du travail, comme l'exposition à la chaleur, au bruit ou à la lumière (St-Vincent et *al.*, 2011). Ces déterminants ont donc un impact direct sur l'activité, en ce sens qu'ils sont d'abord « *perçus, reçus, interprétés, subis et utilisés*

par la personne » (St-Vincent et *al.*, 2011, p.44). Conséquemment, cet impact peut être positif ou négatif. S'il est positif, on peut penser que le déterminant agit comme ressource dans l'activité de la personne. À l'inverse, s'il est négatif, le déterminant agit davantage comme une contrainte, et nuit par le fait même au travail de la personne. C'est d'ailleurs à ce type de déterminant spécifique que nous nous intéressons pour la présente recherche.

Ces déterminants sont divisés en trois grandes catégories. Il s'agit des tâches et des exigences, des conditions et des moyens offerts par le milieu, ainsi que l'environnement social. La prochaine section traite de ces déterminants et principalement de la façon dont ils peuvent agir négativement sur le travail.

a) Les tâches et les exigences

En ce qui concerne spécifiquement la tâche, elle est l'élément central de l'activité, puisqu'elle est à l'origine de cette dernière (St-Vincent et *al.*, 2011). La tâche est normalement prescrite par l'organisation : « nettoyer le plancher », « prodiguer un soin X », « remplir un formulaire ». Elle est alors considérée en ergonomie comme l'objectif, comme ce qui devra être accompli par la personne (Chadoin, 2019). Or, chaque tâche est prescrite selon des exigences précises (St-Vincent et *al.*, 2011), qu'il s'agisse de procédures, de mécanismes ou de règles à suivre. Mais ces tâches et ces exigences peuvent parfois s'avérer floues, imprécises. Comme nous l'avons vu plus haut, elles représentent ce que l'on appelle le « travail prescrit » (Falzon, 2004).

L'activité résulte quant à elle de la compréhension qu'a la personne au travail de la tâche qui lui est demandée d'accomplir. Puisque les exigences, les consignes et les attentes ne sont pas toujours bien interprétées par la personne, et ce, sans compter ses caractéristiques personnelles, l'activité demeure évolutive et changeante. Par exemple,

on peut s'imaginer qu'une personne à qui l'on demande de « remplir un formulaire » est amenée simultanément à réaliser d'autres tâches, dans l'optique où elle interagit avec des collègues qui lui demandent de les soutenir dans d'autres tâches (St-Vincent et *al.*, 2011).

b) Les conditions et les moyens offerts par le milieu

Outre les tâches et les exigences, l'organisation offre d'autres types de prescriptions à la personne salariée afin qu'elle puisse réaliser son travail : ce sont les conditions et les moyens qu'elle offre. Ces conditions, puisqu'elles sont nombreuses, se classent en cinq catégories : l'organisation du travail, l'organisation de la production, l'organisation de la formation, l'environnement physique et le dispositif technique (St-Vincent et *al.*, 2011).

- L'organisation du travail réfère à la répartition des tâches entre les postes de travail, à la composition des équipes, à la rotation des postes, aux horaires, aux modes de rémunération, etc. Ces déterminants sont majeurs dans l'activité de travail puisqu'ils peuvent favoriser ou non le travail collectif, qu'il s'agisse de la coopération, de l'entraide ou de la coordination (St-Vincent et *al.*, 2011).
- L'organisation de la production touche l'ensemble du système. Il peut s'agir de la production de biens ou de services, influencée par la philosophie de production choisie (la production allégée, le Juste-à-temps, la qualité totale, etc.), par les caractéristiques de l'établissement (sa taille, sa mission, l'historique, etc.), par le type de processus, ou encore par la circulation de l'information (St-Vincent et *al.*, 2011).
- L'organisation de la formation réfère au service de soutien à la production de biens ou de services. La formation et les conditions d'apprentissage sont essentielles puisqu'insuffisantes, elles peuvent être à l'origine d'un travail

incompatible avec la santé et la sécurité de la personne salariée (St-Vincent et *al.*, 2011). Le type de formation offert, l'intégration des nouvelles personnes salariées, le choix des personnes formatrices sont tous des déterminants qui ont un impact sur l'activité.

- L'environnement physique de travail réfère quant à lui aux espaces, à l'ambiance physique (ambiances sonore, visuelle et thermique), à l'implantation des zones de stockage et de circulation, etc. (St-Vincent et *al.*, 2011).
- Le dispositif technique couvre finalement plusieurs conditions et moyens, qu'il s'agisse de l'aménagement du poste, des machines, des caractéristiques des outils, des moyens de protection individuelle, etc. (St-Vincent et *al.*, 2011).

c) L'environnement social

Finalement, l'environnement social se divise en deux aspects, soit les structures sociales et la culture, ainsi que les différentes personnes avec lesquelles la personne en activité de travail est amenée à interagir.

Les structures sociales et la culture sont liées au processus de consultation et de décision dans l'établissement. Elles sont également au cœur même de la culture de cette dernière, que ce soit par le style de gestion ou de supervision favorisé, par les modes de communication, ou encore les relations avec la représentation des personnes salariées, soit les syndicats (St-Vincent et *al.*, 2011, p.51).

Les liens fonctionnels et hiérarchiques avec les collègues et les autres personnes du milieu de travail, de même que les relations avec la clientèle sont à considérer sous différents angles. En effet, l'activité de travail possède une composante sociale que l'on peut observer par les modes de communication entre les personnes salariées, qu'il s'agisse de se parler verbalement, de se faire des signes, etc. (St-Vincent et *al.*, 2011,

p.51). Ces modes de communication servent à accomplir les tâches adéquatement, que ce soit en donnant des consignes, des renseignements, ou encore en recevant des plaintes de la part de la clientèle. Puisque dans le modèle retenu, la personne est perçue au cœur de son travail, les liens qui nous intéressent sont ceux issus des attentes, des besoins, des apports et des caractéristiques des différents interlocuteurs et interlocutrices qui interagissent avec la personne en activité (St-Vincent et *al.*, 2011). Ces personnes ont toutes un rôle important à jouer dans l'activité accomplie par la personne, puisqu'elles l'influenceront de plusieurs façons, que ce soit en donnant des consignes supplémentaires au travail à réaliser (ce qui l'alourdit), ou encore en proposant de réduire la cadence de travail pour soutenir la santé de la personne salariée (ce qui améliore l'activité) (St-Vincent et *al.*, 2011).

Les tâches et les exigences, les conditions et les moyens offerts par l'organisation, ainsi que l'environnement social, sont tous des déterminants qui influencent l'activité de travail. Ces derniers en constituent ainsi le cadre (St-Vincent et *al.*, 2011). Ces déterminants, comme nous l'avons vu, peuvent être directement liés à l'état de la personne salariée, ou encore à la façon qu'elle réalise son activité. C'est dans cette optique que St-Vincent et *al.* (2011) parlent de « rôle actif » de la personne sur sa situation de travail et que l'introduction des concepts de « régulation » et de « marge de manœuvre » est faite.

La régulation

Le concept de régulation réfère généralement à l'idée de transformation d'un système et de la nécessité de l'ensemble des éléments de ce système de s'ajuster à cette transformation. En ce qui a trait au travail, la régulation est « *un processus d'adaptation constant de la personne face à la variabilité des exigences et des conditions du travail et face à sa propre variabilité (changement de son état interne)* » (St-Vincent et *al.*, 2011, p.55).

En d'autres mots, la régulation par la personne réfère aux ajustements qu'elle fait de son activité de travail. Il s'agit donc de stratégies déployées par la personne, soit des moyens utilisés consciemment ou non pour « gérer » son activité. La personne cherche, de manière consciente ou non, à maintenir un équilibre entre le maintien de sa santé et l'atteinte des objectifs propres aux tâches (St-Vincent et *al.*, 2011).

D'une part, les stratégies développées peuvent être collectives, c'est-à-dire mobilisées par un groupe de travailleuses et de travailleurs. Par exemple, lorsqu'une personne œuvrant en intervention sociale fait face à une crise et qu'elle a mobilisé toutes les techniques qu'elle connaissait, sa ou son collègue propose de prendre le relais et de tenter d'autres techniques. À l'inverse, ces stratégies peuvent parfois être utilisées de manière individuelle. C'est le cas d'une intervenante ou un intervenant qui décide de faire du temps supplémentaire à la maison pour combler sa grande charge de travail. D'une manière ou d'une autre, ces stratégies sont utilisées consciemment par la personne.

D'autre part, certaines stratégies sont inconscientes. C'est le cas entre autres d'une personne salariée qui change de posture devant l'ordinateur lorsqu'elle ressent des tensions dans son dos. Elle cherche ainsi à réduire la fatigue dans son corps (St-Vincent et *al.*, 2011).

Lorsque ces stratégies ne sont pas suffisantes pour maintenir un équilibre, le processus de régulation atteint sa limite et un compromis prend place. Selon St-Vincent et *al.* (2011, p.56), un compromis signifie « *une concession faite à l'équilibre entre le maintien de la santé de la personne salariée et l'atteinte des objectifs du travail* ». En reprenant l'exemple plus haut, la personne qui ressent des tensions dans son dos pourrait, comme compromis, demander une chaise plus adéquate à son gestionnaire. Il peut arriver que le compromis soit constant dans le processus de régulation, ce qui nous amène à traiter du concept de marge de manœuvre.

La marge de manœuvre

Afin d'assurer le processus de régulation, la personne en activité a besoin d'un espace de régulation ; c'est ce que St-Vincent et *al.* (2011) appellent la marge de manœuvre. Cette dernière, qui varie selon les déterminants de la situation de travail et selon ses caractéristiques personnelles, assure l'équilibre entre la santé et les objectifs correspondant aux tâches à réaliser (St-Vincent et *al.*, 2011). À cela, Petit et Coutarel (2013) précisent la notion de « marge de manœuvre situationnelle », qui réfère à la possibilité pour la personne, dans une situation donnée, d'élaborer un mode opératoire efficient, c'est-à-dire « *efficace pour la performance et compatible avec la préservation de soi, voire le développement de soi par le travail* » (Petit et Coutarel, 2013). Si la marge de manœuvre situationnelle est élevée, la personne peut mettre en place plusieurs modes opératoires et donc, ne pas mobiliser constamment les mêmes fonctions (physiologiques, cognitives, etc.), en plus d'ajuster son activité selon les spécificités de la situation de travail (Coutarel et *al.*, 2015). À l'inverse, si la marge de manœuvre situationnelle est faible, les modes opératoires seront insuffisants et donc, mèneront à ce que Clot (1999) appelle l'activité empêchée : il y aura une hypersollicitation des fonctions. Comme nous l'avons vu, le bien-être des intervenantes et intervenants dépend de cette capacité d'agir dans une situation et c'est donc cette activité empêchée qui mènent ces professionnels à ressentir un mal-être (Parazelli et Ruelland, 2017).

Cette marge de manœuvre situationnelle s'intègre, selon Coutarel et *al.* (2015) dans : « *le rapport actif au milieu, sur le long terme, construit dans et par les processus de configuration des situations de travail* » (Coutarel et *al.*, 2015, p.18), qui est appelé le « pouvoir d'agir ». La marge de manœuvre situationnelle est alors favorisée par le développement du pouvoir d'agir de la personne, puisque ce dernier permet, d'une certaine façon, la création de nouvelles marges de manœuvre situationnelles (Coutarel et *al.*, 2015).

Or, la marge de manœuvre situationnelle varie selon deux principaux paramètres. D'abord, comme nous l'avons vu, les déterminants de la situation de travail : les tâches et les exigences, les moyens et les conditions offerts par l'organisation, ainsi que l'environnement de social (St-Vincent et *al.*, 2011). Ensuite, cette marge de manœuvre situationnelle est influencée par les caractéristiques de la personne. Puis, en ce qui concerne la personne elle-même, nous pouvons penser que le niveau d'expérience ou de connaissance de son poste, ainsi que son âge ou son sexe, puissent être des conditions l'amenant à varier son activité de travail. En ce sens, une intervenante sociale ou un intervenant social qui débute sa carrière et qui n'a pas acquis énormément d'expérience sur l'approche à privilégier avec une clientèle quelconque pourra se tourner vers ses collègues, ou encore, utiliser les outils qui sont mis à sa disposition. De plus, si la ou le gestionnaire lui offre une formation supplémentaire sur les approches à privilégier, sa marge de manœuvre augmentera encore plus.

3.2 La notion de stratégie

Dans le modèle de St-Vincent et *al.* (2011), la marge de manœuvre est perçue comme l'espace disponible par la personne en activité pour ajuster son travail de façon à maintenir l'équilibre entre sa santé et l'accomplissement des objectifs de son travail. Ce concept de marge de manœuvre fait échos aux travaux de Major et Vézina (2011) sur la notion de stratégie. Pour les fins de ce projet de recherche, nous avons choisi de nous orienter vers le cadre de ces dernières pour bien expliciter la façon dont la personne en activité est amenée à mobiliser des stratégies pour gérer les contraintes qu'elle peut vivre.

3.2.1 La notion de stratégie dans le champ de l'ergonomie

En ergonomie, le concept de stratégie élargit pour faire place aux réactions et aux comportements dans une situation donnée. Ainsi, les recherches en ergonomie vont s'éloigner des stratégies mobilisées en fonction des perceptions individuelles des attentes comme prescrit dans les recherches de Lazarus et Folkman (1984), pour généraliser vers des stratégies impliquant le recours à d'autres personnes, des stratégies personnelles et des stratégies médicales (Major, 2011). Les stratégies telles que perçues en ergonomie peuvent donc être mises en œuvre en vue d'atteindre un but précis (Major et Vézina, 2011). À titre d'exemple, l'étude de Toupin (2005) sur les « stratégies de travail » mobilisées par les infirmières de nuit pour faire face aux enjeux associés à l'horaire de travail atypique, démontre très bien la volonté d'atteinte d'un but précis derrière les stratégies mises en œuvre. Un des objectifs des infirmières de nuit est de préserver le sommeil des patientes et patients, puisqu'il leur est difficile de dormir pendant la journée en raison de la fréquence des soins prodigués (Toupin, 2005). Ainsi, les infirmières élaborent des stratégies telles que ne pas réveiller systématiquement les patientes et patients endormis lors de l'administration d'un soin, faire seulement les soins de base, laisser la lumière éteinte pendant les soins, etc. (Toupin, 2005). Un autre objectif des infirmières de nuit est de prendre en charge les angoisses nocturnes des patientes et patients, telles que la douleur qui prend de l'ampleur, le fait qu'il n'y a pas de médecins sur place, ou encore que les patientes et patients s'ennuient de leur famille (Toupin, 2005). Pour répondre à ces objectifs, les infirmières d'après-midi transmettent l'information concernant les angoisses des patientes et patients aux infirmières de nuit lors du changement de quart de travail (Toupin, 2005). Elles peuvent aussi rassurer les patientes et patients sur leur prise en charge en allant se présenter à chaque début de quart de travail, ou bien en laissant leur porte de chambre entrouverte pendant la nuit (Toupin, 2005). Ces exemples de situations démontrent les buts derrière les stratégies et ce, qu'ils soient explicites ou non (Major et Vézina, 2011).

Plus spécifiquement, dans le cadre de référence qu'elles ont développé, Major et Vézina (2011) proposent que les stratégies soient élaborées par l'individu dans l'optique de « *répondre aux exigences de production, de réduire les risques d'incidents, d'erreurs ou de débordements, mais également de protéger la santé et de réduire les risques d'accidents* » (Major et Vézina, 2011, p.3). Dans cette optique, la responsabilité des stratégies déployées relève d'une dualité entre l'individu et l'organisation, cette dernière offrant des conditions et des moyens à l'individu pour développer ses stratégies (Major et Vézina, 2011). L'objectif n'est donc pas seulement de diminuer les risques vécus comme le proposent d'autres chercheurs (Lazarus et Folkman, 1984 ; Grima, 2004 ; Royal, 2007), mais plutôt de rechercher un équilibre entre ce que l'individu est – sa santé – et les attentes de l'organisation (Major et Vézina, 2011).

En ce qui concerne les problématiques de perte de sens et de dissonance dans la pratique d'intervention sociale, Auclair (2016) propose différentes stratégies, qu'elle nomme « postures » : ajustement, négociation, recherche de reconnaissance et résistance. Elle définit ainsi l'ajustement comme le fait de synchroniser la perception de soi aux attentes de l'organisation (Auclair, 2016). Ces stratégies renvoient indirectement à la notion d'équilibre tel qu'utilisé par Major et Vézina (2011) pour faire face aux risques psychosociaux et aux attentes organisationnelles.

3.2.2 La définition du concept de « stratégie » retenue

Par conséquent, considérant que l'objectif de cette recherche est de repérer les stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et les intervenants sociaux pour gérer les contraintes en vue de se maintenir au travail, la définition du concept de « stratégie » que nous retenons est celle de Major et Vézina (2011, p.50) : « *Les stratégies ou*

modalités de régulation sont des comportements, des savoir-faire, des attitudes que la personne élabore pour parvenir à maintenir l'équilibre entre ce qu'elle est et son environnement ».

3.2.3 Le développement des stratégies

En fonction de la population qui nous intéresse – les intervenantes sociales et intervenants sociaux – la personne développe des stratégies ou des façons de faire qui lui permettront de tenir compte de sa propre variabilité, mais aussi de la variabilité des conditions offertes par l'organisation dans le contexte du travail en relation d'aide et ce, dans le but de maintenir un équilibre entre sa santé et son travail. Dans cette optique, c'est lorsque le processus de régulation n'est pas adéquat – c'est-à-dire le développement des stratégies pour maintenir l'équilibre – que le développement des contraintes survient. Par exemple, une personne intervenante qui, en raison de sa grande charge de travail et de celle de ses collègues, prend sur elle la décision de faire du temps supplémentaire à tous les jours pour éviter d'épuiser ses collègues, risque de se fatiguer et de développer un épuisement professionnel.

Or, comme le précise St-Vincent et *al.* (2011), à travers cette dynamique, la personne joue un rôle actif. Notamment, celle-ci mobilise des stratégies qui lui permettent, si les marges de manœuvre le permettent, d'atteindre les objectifs de la tâche à réaliser, tout en s'assurant de préserver sa santé (Major et Vézina, 2011). De plus, comme le soutiennent ces auteures, les stratégies qui sont déployées par la personne pour réaliser sa tâche (travail prescrit) traduisent précisément de quelle façon cette personne, avec des caractéristiques personnelles particulières, s'y prend (travail réel) pour atteindre les objectifs qu'elle se fixe selon la tâche demandée (Major et Vézina, 2011).

À cela, Guérin et *al.* (2006) soutiennent que la tâche ne tient pas toujours compte des particularités de la personne salariée. De même, la tâche est externe à cette personne :

elle s'impose (Major et Vézina, 2011). Or, lorsqu'on analyse les situations de travail, dans la majorité d'entre elles, les contraintes de travail sont gérées activement par la personne salariée. Ainsi, le résultat de l'activité relève toujours de la personne et de ce qu'elle est (personnalité, habiletés, expérience, etc.) (Major et Vézina, 2011).

3.2.4 Conséquences des stratégies

Cette analyse de l'activité au sein de la situation de travail nous permet de mieux comprendre les conséquences engendrées par l'activité. D'une part, elles peuvent survenir sur la santé de la personne en activité, mais également sur la qualité de son travail (Major et Vézina, 2011). Ainsi, comme le précisent Major et Vézina :

« l'interprétation des liens entre travail et santé doit être abordée non pas seulement en termes de « facteurs de risque », mais en observant le rôle actif de l'opérateur dans la construction de modes opératoires et de stratégies les moins défavorables possible à sa santé et les cas où cette tentative est tenue en échec » (Major et Vézina, 2011, p.57).

En d'autres mots, si la marge de manœuvre de la personne en activité est suffisante, il est possible pour cette personne de maintenir un équilibre entre sa santé et sa production. Ultiment, cet équilibre favoriserait la capacité de la personne à se maintenir en emploi.

3.3 Le collectif de travail

Nous venons d'aborder la notion d'activité dans une perspective individuelle, dans laquelle la personne est maître du travail qu'elle réalise. Or, bien que la personne puisse elle-même assurer la gestion des contraintes qu'elle vit dans son travail en mobilisant différentes stratégies, il appert que le contexte environnant dans lequel elle réalise son activité impacte énormément sa capacité à maintenir l'équilibre entre sa santé et sa

production. Plus précisément, dans la situation de travail réelle, la personne est en constante interaction avec de nombreuses actrices et acteurs, qu'il s'agisse de la clientèle, des collègues, des gestionnaires, etc. (Chadoin, 2019).

En ce sens, le travail se construit d'une part entre la personne et la production qu'elle réalise, mais aussi dans une relation avec autrui, qu'on associe au concept de collectif de travail, c'est-à-dire un groupe de travailleuses et travailleurs qui partagent une vision commune de ce que constitue un travail de qualité, mais aussi de règles à respecter en ce sens (Caroly et Barcellini, 2013). Ces règles de métier sont considérées, pour Clot (2003), comme un genre professionnel, un « *système ouvert composé de règles transpersonnelles non écrites qui définissent, dans un milieu donné, l'usage des objets et l'échange entre les personnes* ».

Le collectif de travail – ou professionnel – est considéré comme une ressource pour la personne qui travaille, puisqu'il offre des possibilités d'engagement personnel dans l'activité de travail (Caroly et Clot, 2004). Il offre donc une plus grande marge de manœuvre aux travailleuses et travailleurs, ce qui permet l'atteinte de l'équilibre souhaité. Cependant, il est à noter que le collectif de travail n'est pas inné : il se construit dans l'action, dans « l'expérience pratique du travail » (Durrafourg et Hubault, 1993, cités par Caroly, 2010, p.100). C'est donc en travaillant de façon collective et en échangeant qu'il est possible de construire ce collectif de travail, et ce, seulement si la situation de travail offre les marges de manœuvre nécessaires (Chadoin, 2019). Dans cette perspective, si le collectif de travail n'est considéré que comme « *une collection d'individus exposés isolément* » (Caroly et Clot, 2004, p.43), la santé des personnes salariées est à risque, et c'est ainsi que des contraintes peuvent survenir dans le travail.

3.4 Les conséquences de l'activité de travail

En se référant au modèle de la situation de travail de la personne en activité (St-Vincent et *al.*, 2011), il est possible de distinguer deux principales conséquences de l'activité : l'état de la personne (sa santé) et la production ou les services (quantité et qualité). En ce qui concerne les conséquences sur l'état de la personne, plusieurs éléments peuvent être considérés, que ce soit le bien-être physique (troubles musculosquelettiques) ou le bien-être mental (détresse psychologique) de la personne (St-Vincent et *al.*, 2011). Puis, pour les conséquences sur la production ou les services, on peut considérer la possibilité que les objectifs de travail rendus par la personne salariée soient atteints ou non (St-Vincent et *al.*, 2011).

Or, pour déterminer si l'activité de travail engendre des conséquences positives ou négatives sur la personne, il convient de se rattacher à la marge de manœuvre que possède la personne pour bien réaliser son activité (St-Vincent et *al.*, 2011). En ce sens, si la personne possède une grande marge de manœuvre – dû aux déterminants positifs de l'activité – elle peut maintenir un équilibre et préserver sa santé et la qualité de son travail (St-Vincent et *al.*, 2011). À l'inverse, si la personne ne possède pas la marge de manœuvre suffisante pour accomplir son activité, il lui sera plus difficile de maintenir un équilibre.

Autrement, le modèle présenté par St-Vincent et *al.* (2011) n'est pas suffisant pour bien comprendre les conséquences possibles de l'activité. En effet, si les déterminants agissent comme des contraintes dans le travail, que ce soit sur la tâche directement, sur les moyens offerts par l'organisation ou encore sur l'environnement de travail, on peut considérer que les conséquences agiront à différents niveaux. D'abord sur la personne elle-même, puisque le maintien de sa santé passe son état physique et mental et que le fait de satisfaire les objectifs de son gestionnaire peut lui apporter une motivation supplémentaire (St-Vincent et *al.*, 2011). Puis, sur le milieu de travail, cet équilibre

entre la santé des personnes salariées et leur capacité à rendre un service ou une production de qualité, a un impact sur l'établissement : « *absentéisme, gestion du personnel, heures supplémentaires, etc.* » (St-Vincent et *al.*, 2011, p.58-59).

En ce sens, le modèle de la situation de travail de la personne en activité (St-Vincent et *al.*, 2011) sera le cadre mobilisé pour analyser nos résultats en ce qui a trait au travail des participants.es que nous rencontrerons, mais aussi des déterminants qui agissent comme contraintes dans leur travail. Puis, le cadre de Major et Vézina (2011) sera mobilisé pour repérer les stratégies développées par ces personnes pour gérer ces contraintes et se maintenir en emploi.

Ce troisième chapitre nous a permis de préciser les concepts principaux de notre projet de recherche. Ce projet se situe dans une démarche exploratoire visant à comprendre les contraintes vécues dans le travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux, et des stratégies mobilisées pour gérer ces contraintes et ultimement, se maintenir au travail. Nous avons clarifié les concepts dont il est nécessaire d'examiner la concrétisation dans la poursuite de nos travaux pour atteindre notre objectif de recherche, notamment : l'activité de travail, les stratégies, le collectif de travail, ainsi que les déterminants de l'activité qui agissent comme contraintes. Nous présentons dans notre quatrième chapitre, le cadre méthodologique ayant guidé notre collecte de données.

CHAPITRE 4

LA MÉTHODOLOGIE

Ce quatrième chapitre présentera le cadre méthodologique utilisé dans ce travail de recherche de manière à assurer une justesse dans le processus scientifique choisi. Concrètement, nous décrirons les étapes de notre recherche, nous expliquerons la façon dont notre échantillon a été constitué et nous présenterons nos méthodes de collecte et d'analyse de données. Dans un deuxième temps, nous aborderons les enjeux éthiques de notre recherche et nous définirons les limites de notre cadre méthodologique.

4.1 Recherche qualitative

Le devis de cette étude s'inscrit dans une démarche exploratoire inductive. Selon Demony (2016), la méthodologie de recherche qualitative assure l'obtention d'une vision détaillée des personnes concernées par la recherche (les participantes et participants) et permet, par le fait même, de documenter les actions posées, mais aussi les interactions survenues entre les personnes en place, ainsi que le processus dans son ensemble.

En ce sens, la nature même de la recherche qualitative est de mettre l'accent sur la compréhension d'un phénomène avec ouverture (Demony, 2016), tout en reposant sur l'interprétation des actions des participantes et participants (Fortin et Gagnon, 2016).

En ce qui concerne spécifiquement la recherche qualitative en travail social, l'interprétation des actions des participantes et participants permet de prendre en compte la façon dont les personnes gèrent leur quotidien et les aléas possibles, ce qui contribuerait par le fait même à penser à des façons d'intervenir qui soient adaptées aux spécificités des personnes en cause, mais aussi aux contextes dans lesquels elles interagissent et évoluent (Fontaine, 2012). Cette auteure précise que :

la recherche qualitative en travail social non seulement documente les savoirs sur divers problèmes sociaux et modes d'intervention, mais aussi contribue à éclairer comment se produit et s'entretient le lien qui attache les individus les uns aux autres et en société ainsi que la manière dont l'intervention participe à la (dé)structuration de ce lien social (Fontaine, 2012, p.84)

Il importe, pour les fins de notre travail, de mobiliser un type de recherche qualitative, dans l'optique où nous souhaitons comprendre un phénomène complexe qui met de l'avant la subjectivité de nos participantes et participants ainsi que la nôtre. Notre orientation vers le qualitatif pour démystifier les stratégies mobilisées par les intervenantes sociales et intervenants sociaux est encore plus justifiée par le fait que les données que nous recueillons témoignent d'une réalité, voire de plusieurs réalités, qui sont vécues et subjectives aux personnes participantes.

En ce qui concerne plus précisément le type de recherche qualitative retenue, nous nous situons dans une perspective exploratoire, de type inductif. Puisque ce sont les personnes participantes et leur interaction qui guident la formulation de nos résultats (Fortin et Gagnon, 2016), notre raisonnement est de type inductif. En ce qui a trait à la démarche exploratoire, elle consiste spécifiquement à étudier un phénomène particulier en profondeur en cernant ses contours et ses spécificités (Boughzala et al., 2019). En effet, cette méthode sert : « à la compréhension et la théorisation de processus où, le « comment » et le « pourquoi » sont constamment posés » (Yin, 1984, p. 13).

4.2 Étapes de la recherche

Nous présentons maintenant les principales étapes qui ont guidé notre recherche en ce qui a trait à la collecte et à l'analyse de nos données.

D'abord, nous avons défini le type d'échantillonnage que nous souhaitions étudier et la méthode d'échantillonnage que nous souhaitions utiliser pour recueillir nos données. Par le fait même, nous avons convenu d'une méthode de collecte de données, soit l'entrevue semi-dirigée. À la base, nous souhaitions également intégrer l'observation directe à notre méthodologie, mais en raison de l'arrivée de la pandémie en mars 2020, nous avons dû respecter les recommandations de la santé publique et nous avons donc laissé de côté cette méthode initialement retenue. La décision concernant l'entrevue semi-dirigée est justifiée puisqu'elle semblait la plus appropriée, considérant le temps dont nous disposions pour réaliser notre recherche et cela, sans compter l'interprétation du phénomène que nous souhaitions recueillir chez nos participantes et participants. Ces entretiens se sont déroulés en visio-conférence, considérant les mesures en vigueur face à la crise de la COVID-19. Cette méthode nous a permis de comprendre d'une part la pratique professionnelle des intervenantes sociales et intervenants sociaux, mais aussi les contraintes présentes dans leur travail. Nous avons pu resituer leur discours en contexte, prendre en notes le non verbal, ainsi qu'analyser les détails de ce non verbal.

Les entrevues semi-dirigées se sont déroulées suite à la signature d'un formulaire de consentement des personnes participantes, leur expliquant bien les enjeux de cette méthode. Ces étapes ont été répétées plusieurs fois, pour l'ensemble des personnes rencontrées. Parallèlement, nous comparions les résultats obtenus par les entretiens à la recension de la littérature pertinente, mais aussi avec notre terrain de recherche. Cette

recension de la littérature nous a entre autres été utile pour démystifier certains concepts et certaines théories permettant de mieux orienter notre grille d'entretien. De manière générale, la collecte de données s'est bien déroulée, et ce, malgré le fait qu'elle ait dû être réalisée en ligne plutôt qu'en présentiel, comme prévu initialement.

Puis, suite aux entretiens, nous avons introduit l'étape d'interprétation des données recueillies. Les méthodes priorisées pour cette interprétation seront présentées plus loin dans ce chapitre.

La dernière étape de notre recherche sera la diffusion du projet et des résultats obtenus par la collecte de données, qui prendra la forme d'un mémoire de maîtrise.

4.3 Échantillon

Pour les fins de cette recherche, l'échantillon retenu est l'échantillon par homogénéisation. En effet, la population ciblée par notre recherche est l'ensemble des intervenantes sociales et intervenants sociaux œuvrant dans la province du Québec, à titre de techniciennes et techniciens en travail social, de travailleuses sociales et travailleurs sociaux, d'intervenantes et intervenants en délinquance ou d'éducatrices et éducateurs spécialisés. Le choix de cet échantillon est dû au fait que notre recherche se déroule dans une perspective qualitative. Le point commun des personnes participantes à l'étude est le titre d'emploi ainsi que le secteur d'études, sans considération pour le milieu de pratique ou la clientèle avec laquelle elles travaillent.

En ce sens, la sélection de notre échantillon repose sur différents critères, dont le diplôme obtenu – il doit s'agir d'un diplôme collégial ou universitaire dans une spécialité associée, tels la technique de travail social, la technique d'éducation spécialisée, la technique en intervention en délinquance, le baccalauréat en travail

social, en psychologie ou en psychoéducation. De même, les personnes participantes doivent travailler depuis au moins six mois, de manière à posséder une expérience significative en intervention sociale. Cet aspect nous semble essentiel afin d'avoir une bonne connaissance du terrain, ainsi qu'un regard avisé relativement à notre sujet de recherche. Plus généralement, nous visons un échantillon avec une diversité des sexes, ainsi qu'un échantillon avec des âges différents, de manière à bien percevoir les différences de perspectives des personnes participantes selon ces critères. Voilà pourquoi l'échantillon par homogénéisation nous apparaît comme pertinent. Ainsi, nous assurons que notre étude représente bien la réalité des personnes étudiées, car, comme le souligne Pires (1997), la personne qui effectue une recherche souhaite dans cette perspective étudier un groupe homogène, donc possédant les mêmes rapports socioculturels (Bertaux, 1980, p.205). Dans notre cas, cet aspect d'homogénéité est représenté par la profession à la base de cette recherche, soit l'intervention sociale.

En ce qui concerne les critères d'exclusion des personnes participantes, les seuls critères ayant été retenus sont le fait d'être âgées ou âgés de moins de 18 ans – afin de garantir leur aptitude à donner un consentement libre, éclairé et continu – ainsi que de travailler en intervention sociale depuis moins de six mois, pour les raisons évoquées plus haut.

Tableau 4.1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Âgé(e) d'au moins 18 ans	Âgé(e) de moins de 18 ans
Diplômé(e) dans une spécialisation connexe : travail social, éducation spécialisée, délinquance, psychoéducation ou psychologie	Personne œuvrant en intervention sociale qui ne possède pas de diplôme dans les spécialisations connexes
En poste depuis au moins six mois	Personne en poste depuis moins de six mois

4.4 Stratégie de recrutement

La stratégie d'échantillonnage privilégiée pour ce projet de recherche est la technique « boule-de-neige » (Royer et Zarlowski, 2014). Ainsi, une première prise de contact par courriel a été faite avec une personne à l'intérieur du réseau de l'organisme RÉCIFS (un regroupement de personnes qui exercent la profession d'intervenantes sociales au Québec).

La personne participante potentielle a pu manifester son accord à participer à la recherche en répondant positivement au premier courriel de sollicitation. Lorsque la personne participante a été sélectionnée, nous lui avons expliqué par courriel l'objet de la recherche et de sa participation et lui avons fait parvenir un exemplaire du formulaire de consentement afin qu'il en prenne connaissance, puis la planification de l'entretien (le moment) a été faite. C'est à la fin de ce premier entretien que la méthode « boule-de-neige » a pris place. Par cette technique, cette première personne a identifié à son tour une connaissance présentant le profil recherché. Nous avons donc appliqué cette méthode avec chaque participante et participant. À terme, nous avons réalisé onze entretiens semi-dirigés plutôt que quinze, comme planifiés, puisque nous avons appliqué la saturation empirique de nos résultats (Royer et Zarlowski, 2014).

Par cette technique d'échantillonnage, la sélection ne s'est pas faite de façon aléatoire. En effet, nous avons privilégié le réseau de l'organisme RÉCIFS pour débiter notre échantillonnage, pour ensuite rejoindre directement par courriel les personnes participantes potentielles référées par la personne participante antérieure. De même, aucune compensation financière n'a été offerte aux participantes et participants. Leur participation était donc sur une base volontaire.

4.5 Portrait des participantes et participants

Les participantes et participants à l'étude sont tous issus de milieux différents et, par le fait même, œuvrent avec des clientèles différentes. Au total, 11 personnes ont été rencontrées lors d'entrevues semi-dirigées. On retrouve un total de huit participantes de sexe féminin, ainsi que trois participants de sexe masculin. Ces personnes résident respectivement en Montérégie (7), en Outaouais (2), en Mauricie (1), ainsi qu'au Saguenay Lac-Saint-Jean (1). Elles sont âgées entre 25 à 30 ans (8), 31 à 35 ans (1), 36 à 40 ans (1) et 40 ans et plus (1).

En ce qui concerne spécifiquement leur domaine d'études et leur secteur d'intervention, la distribution va comme suit : six personnes ont un diplôme collégial de technique de travail social (TTS) et trois personnes en technique d'éducation spécialisée. Puis, deux personnes ont complété leur baccalauréat en travail social. Les principaux secteurs d'intervention sont la jeunesse (4), la déficience intellectuelle, physique ou le trouble du spectre autistique (3), les personnes âgées (1) ou en perte d'autonomie (1), ainsi que de l'intervention sociale générale (2). Le tableau suivant présente cette répartition associée aux personnes participantes en question.

Tableau 4.2 Portrait des participants

Participant(e)s	Sexe	Âge	Expérience professionnelle	Secteur d'intervention	Titre
P01	F	25-30	6-10	DI/TSA	TS
P02	F	25-30	3-5	Général	TTS
P03	F	25-30	6-10	Jeunesse	TES
P04	F	25-30	3-5	DI/TSA	TTS
P05	F	25-30	3-5	Jeunesse	TES
P06	M	25-30	6-10	Jeunesse	TTS
P07	F	36-40	6-10	Jeunesse	TTS
P08	M	25-30	0-2	Personnes âgées	TTS
P09	M	+40	15+	Général	TS
P10	F	31-36	3-5	Personnes en perte d'autonomie	TTS

P11	F	25-30	6-10	DI/TSA	TES
------------	---	-------	------	--------	-----

4.6 Méthode de collecte de données

La principale méthode de collecte de données utilisée dans cette étude est l'entretien semi-dirigé. Cette dernière a été retenue afin de permettre aux personnes participantes de fournir librement l'information qu'elles souhaitaient partager. L'objectif était donc de comprendre l'expérience de chaque participante et participant pour saisir le caractère singulier de chaque situation. Comme le précise Savoie-Zajc (2009, p.342), l'objectif de l'entretien semi-dirigé est de « *rendre explicite l'univers de l'autre* ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons opté pour cette méthode de collecte de données, de manière à pouvoir entrer en contact direct et personnel avec les personnes participantes. D'autant plus que le sujet de la recherche pouvait parfois paraître sensible pour certaines personnes, il était primordial de créer cet espace sécuritaire afin de connecter avec chaque personne. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique une fois leur approbation obtenue. Ces entretiens nous ont permis d'explorer le travail d'intervention sociale, des difficultés possibles et de la façon d'y faire face.

Au préalable, nous avons préparé une grille d'entretien, basée sur les différentes notions de l'activité de travail, incluant des concepts de contraintes, de stratégies, ainsi que de collectif de travail (voir Annexe A). Les cadres d'entretiens sont flexibles et laissent place à la discussion. Au final, quatre principales questions ont été posées aux participantes et participants, avec plusieurs idées de relance en soutien. Ces quatre questions concernaient leur travail, les contraintes de ce dernier, les stratégies mobilisées, ainsi que le collectif de travail.

4.7 Méthode d'analyse des données

La première étape du processus d'analyse de données a été l'organisation de ces dernières. En effet, suite à l'enregistrement de ces entretiens, nous les avons transférés dans un format crypté, sur un ordinateur. Nous les avons donc retranscrits de façon intégrale sous la forme de verbatims, permettant ainsi de revoir les données et, par le fait même, une première immersion dans celles-ci (Fortin et Gagnon, 2016).

La deuxième étape a été le codage des données recueillies, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo. Selon Fortin et Gagnon (2016), il s'agit d'une étape cruciale dans l'analyse des données, puisque l'on doit déceler les thèmes et les concepts récurrents et significatifs. Nous avons donc lu plusieurs fois les verbatims afin de nous les approprier et ainsi, faire ressortir les principaux concepts émergents.

Dans cette optique, le premier processus de codage s'est fait de façon large, en repérant de façon exploratoire et non formalisée les principaux fragments qui survenaient dans les verbatims. Une fois cette première immersion terminée, nous avons appliqué une deuxième étape de codage plus spécifique, en découpant bien les thèmes principaux et significatifs qui ressortaient de nos entretiens.

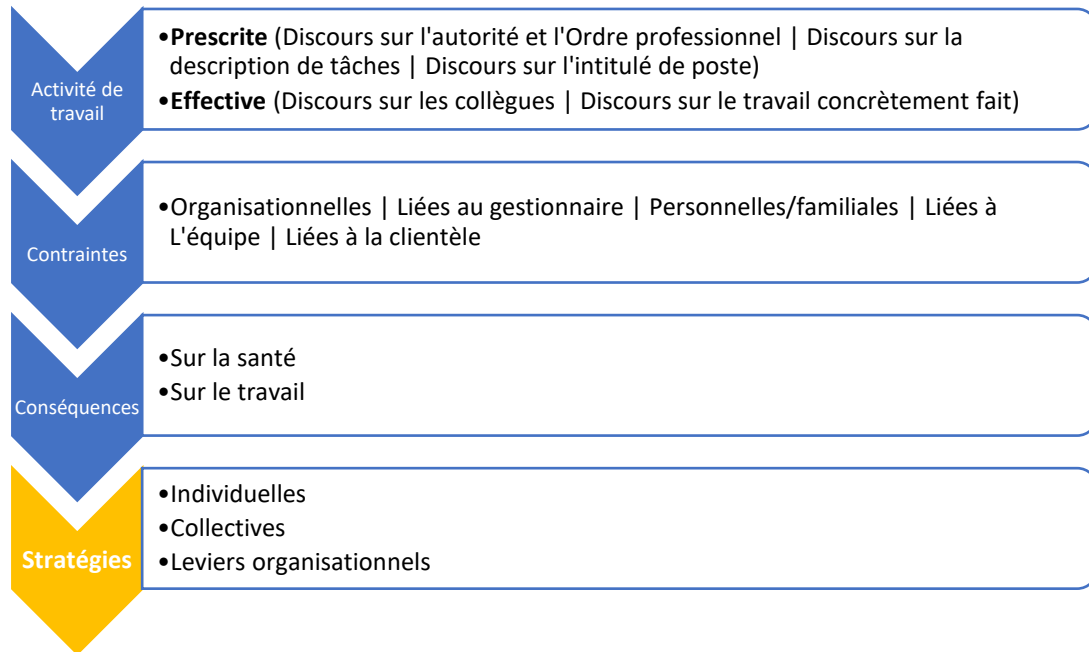
En ce qui concerne la codification des données, elle est présentée sous la forme d'un arbre de codification des principaux concepts mobilisés. Ainsi, le concept de « stratégie » représente le thème central, auquel se rattachent les concepts d' « activité de travail », de « contraintes », de « conséquences » et quelques thèmes émergents qui seront présentés ultérieurement. L'arborescence de notre codage est présentée au tableau suivant.

Tableau 4.3 : Arborescence de la codification

Activité de travail
Effectif - Perçu
<i>Discours axé sur ce qu'ils font concrètement</i>
<i>Discours axé sur les collègues (collectif)</i>
Prescrit
<i>Discours axé sur l'autorité-Ordre professionnel</i>
<i>Discours axé sur la description de tâches</i>
<i>Discours axé sur l'intitulé de poste</i>
Conséquences
<i>Sur la santé</i>
<i>Sur le travail</i>
Contraintes
<i>Contraintes liées à la clientèle</i>
<i>Contraintes liées à l'équipe</i>
<i>Contraintes liées au supérieur</i>
<i>Contraintes organisationnelles</i>
<i>Contraintes personnelles, familiales</i>
Stratégies
<i>Collectives</i>
<i>Individuelles</i>
Thèmes émergents
<i>COVID</i>
<i>Émotions</i>
<i>Histoire</i>
<i>OCCI</i>
<i>Ressources</i>
<i>Travail bien fait</i>

Finalement, l'analyse de nos résultats a pris la forme d'une analyse de contenu thématique selon l'arborescence présentée plus haut. Cette analyse tient compte à la fois des concepts initiaux de notre cadre conceptuel, ainsi que des thèmes qui ont émergé de notre collecte de données, afin de préserver une souplesse propre à la démarche qualitative (Landry, 1993).

Figure 4.1 : Schématisation de l'analyse des résultats



4.8 Limites et considérations éthiques de l'étude

Bien que l'entretien semi-dirigé comporte de nombreux avantages tels que décrits précédemment, cette méthode comporte certaines limites. D'abord, comme le précise Blanchet (2000, dans Savoie-Zajc, 2009), l'entretien prend place dans un espace-temps spécifique, ce qui fait que la personne responsable de la recherche et la personne participante sont dans le « ici et maintenant », ce qui pousse la personne responsable de la recherche à considérer les propos de la personne participante comme une manifestation unique (Savoie-Zajc, 2009). Il faut donc conserver une certaine distance avec les résultats que l'on a obtenus, et ce, sans compter l'attitude et les sentiments qui étaient mis de l'avant par la dyade pendant cet entretien.

Dans le même sens, la recherche qualitative pousse la chercheuse ou le chercheur à devenir son propre outil d'analyse et d'interprétation. Il faut donc s'assurer de

considérer les valeurs, les intérêts, les idées préconçues (etc.) en amont du processus d'entretiens semi-dirigés (Vasilachis de Gialdino, 2012).

Finalement, en ce qui concerne les limites de la démarche exploratoire, il y aurait d'abord la généralisation des résultats considérée comme difficile. En effet, en favorisant une étude qualitative reposant sur un échantillon d'une quinzaine de personnes répondantes, les résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble de la population étudiée. Dans le même sens, le fait d'opter pour une étude avec un horizon temporel transversal entraîne des biais sur le long terme. Ainsi, il n'est pas possible de faire de rétrospection dans l'analyse des résultats, puisque les données ne sont collectées qu'une seule fois. Or, bien que la validité externe soit plus difficile à assurer considérant la taille de l'échantillon, il faut préciser que le but de cette étude n'était pas de généraliser les résultats. La richesse et la profondeur des résultats obtenus pourra créer des pistes pour d'autres recherches qui pourront vérifier les liens entre les variables auprès d'échantillons plus représentatifs.

Puis, les enjeux éthiques ont été considérés tout au long du processus. Ainsi, l'implication de sujets humains, incontournable dans notre méthode de collecte de données, nous amène à devoir observer et identifier les enjeux possibles liés à notre recherche. À titre d'exemple, il aurait pu arriver que certaines questions puissent raviver des émotions désagréables liées à une expérience de travail mal-vécue. De même, les participantes et participants auraient pu être réticents à l'idée de dévoiler certaines informations négatives en ce qui concerne la relation de travail avec leur gestionnaire, par crainte de représailles ou de répercussions malencontreuses.

Ainsi, pour assurer que ces situations soient bien gérées, nous avons assuré les participantes et participants dans un premier temps de leur liberté de ne pas répondre à certaines questions jugées embarrassantes, et ce, sans avoir à se justifier. Également, une liste de ressources d'aide appropriées leur a été proposée dans l'éventualité où ils

et elles souhaitent en bénéficier. Finalement, l'étudiante-chercheuse avait la responsabilité de suspendre ou de mettre fin à l'entretien à tout moment si elle estimait que le bien-être de la personne participante était menacé.

En ce qui concerne les craintes de représailles, des dispositions ont été prises afin que les réponses collectées demeurent anonymes. À cet effet, une entente de confidentialité a été signée par les membres de l'équipe de recherche. Par le fait même, cette entente de confidentialité a aussi été signée par la personne référent, ainsi que la personne référée, l'échantillonnage suivant la technique « boule-de-neige ». Les données ont de plus été anonymisées. De cette manière, le respect de la confidentialité des propos et de la vie privée des personnes est assuré lors de la diffusion des résultats.

Un dernier élément qu'on ne peut passer sous silence est la contrainte « pratique » imposée par la pandémie. En effet, cette étude prend bien une posture du domaine de l'ergonomie, mais l'absence d'observation directe affaiblit quelque peu cette posture. De même, le fait de devoir réaliser les entretiens par Zoom diminue les contacts en présents et rend donc la proximité avec la personne interviewée plus ardue.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous rendons compte des principaux résultats recueillis dans le cadre des entretiens semi-dirigés que nous avons réalisés auprès des 11 personnes participantes. Nous présentons la perception de ces personnes sur trois principaux thèmes se rattachant à notre cadre conceptuel. Nous débutons avec la présentation des résultats qui se rattachent à la dimension des contraintes vécues en intervention sociale. Nous poursuivrons avec les conséquences engendrées par ces contraintes. Finalement, nous ferons un survol des principales stratégies qui se dégagent des entretiens pour gérer ces contraintes.

Ces contraintes, rappelons-le, sont le résultat des déterminants de l'activité de travail. Il peut s'agir de déterminants issus des tâches et des exigences, des conditions et des moyens offerts par l'organisation, ou encore de l'environnement social (St-Vincent et *al.*, 2011). Comme nous l'avons vu, ces déterminants peuvent agir à titre de ressources dans l'activité de travail, mais également à titre de contraintes, lorsqu'ils ne sont pas suffisants. Nous définissons ces contraintes comme des difficultés qui empêchent le bon déroulement du travail des personnes œuvrant en intervention sociale. C'est d'ailleurs sur ce dernier élément que nous concentrons la première partie de nos résultats.

5.1 Contraintes pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux

Différentes contraintes émergent dans le discours des participantes et participants en ce qui a trait à leur perception du travail. Nous les avons regroupées en cinq grandes catégories qui nous semblent plus fréquemment abordées : les contraintes liées à la clientèle, les contraintes organisationnelles, les contraintes collectives de travail, les contraintes liées à la personne gestionnaire, ainsi que les contraintes d'ordre personnel. De surcroît, nous présentons cette catégorisation de contraintes ayant émergée de nos résultats dans le tableau 5.1, en l'associant aux trois types de déterminants selon St-Vincent et *al.* (2011). Il faut préciser que certaines de ces catégories chevauchent parfois plus d'un type de déterminant, ce qui explique pourquoi elles sont disposées distinctement.

Tableau 5.1 – Principales contraintes de travail émergeant des résultats

Déterminants	Catégories de contraintes	Contraintes reliées
Les tâches et les exigences Environnement social	Liées à la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> › Variabilité des cas › Situations de crise › Agressions
Les tâches et les exigences Conditions et moyens offerts par l'organisation	Contexte organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> › Charge de travail › Nature des tâches › Organisation du travail › Mesures supplémentaires en raison de la COVID
Environnement social	Contraintes collectives	<ul style="list-style-type: none"> › Manque de reconnaissance des rôles › Frontières entre les rôles

Conditions et moyens offerts par l'organisation Environnement social	Pouvoir et attitude du ou de la gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> › Abus de pouvoir › Attitude négative › Manque de soutien › Manque de leadership › Roulement des gestionnaires
Environnement social	Contraintes personnelles	<ul style="list-style-type: none"> › Manque d'intérêt pour la clientèle › Incapacité des proches à soutenir

5.1.1 Contraintes liées à la clientèle

Un premier type de contraintes que nous avons repéré dans les entretiens réfère à certains aspects de la clientèle avec laquelle les participantes et participants pratiquent. En effet, par ses caractéristiques spécifiques, la clientèle peut faire varier l'environnement dans le travail d'intervention sociale. Dans le discours des personnes participantes, nous remarquons que la variabilité des cas est un élément de contrainte. En effet, certaines personnes dénotent la grande imprévisibilité des interventions qu'elles doivent pratiquer en fonction des besoins distincts de chaque usagère et usager :

Avec la job, ce sont des choses intenses qui se passent chaque jour... Un parent qui veut une évaluation en orthophonie pour son enfant, un parent qui n'est plus capable de gérer son enfant, une fille qui appelle parce qu'elle craint son père violent, mais qui est âgée de 17 ans donc c'est délicat, ou encore une personne qui appelle avec la corde au cou (P02-F).

Parfois, ces besoins sont relatifs, facilement atteignables, alors qu'à d'autres moments, ce sont des besoins urgents, des crises qui doivent être gérées dans l'immédiat. Plusieurs personnes s'expriment sur cette imprévisibilité et ce sentiment d'urgence :

Il arrive toujours des imprévus qu'on ne peut pas prévoir, comme des crises. (P03-F)

Il y en a qui ont des troubles de comportements, quand ils sont en crise, bien on doit réagir là, là. (P04-F)

Avec la pandémie, les pratiques de relation d'aide se sont transformées, obligeant parfois les interventions téléphoniques pour des situations qui nécessiteraient une rencontre en présentiel. À cela, le participant 09 raconte qu'il lui est arrivé, depuis la pandémie, de devoir intervenir par téléphone avec une personne présentant des idées suicidaires. Il devient difficile, pour certaines personnes, de jongler avec ce type d'urgence à distance : « *Je ne suis ni psychiatre ni psychologue, je suis travailleur social. C'est le genre de clientèle que je trouve difficile à gérer par téléphone* ». (P09-H)

Parfois, ces situations d'urgence avec la clientèle prennent un autre tournant lorsque le risque d'agression est en jeu. On remarque que la clientèle peut s'avérer compromettante pour la sécurité des intervenantes et intervenants. À cela, la participante 02 raconte que la clientèle en crise peut parfois mordre, uriner sur les personnes pendant une intervention. Cette situation d'insécurité engendre un climat de peur chez les intervenantes et intervenants : « *C'est fou comme les gens ont peur, ce n'est pas normal* » (P02-F). De manière inconsciente, certaines personnes vont même fuir les situations de crise, craignant d'être attaquées : « *quand l'agression allait se passer, on pouvait le sentir, et l'intervenant qui était avec moi s'est juste caché dans la cuisine* » (P02-F). Cette histoire démontre le sentiment d'insécurité qui règne dans les équipes de travail en temps de crise.

En résumé, la clientèle, par ses besoins et ses caractéristiques diversifiées, agit parfois à titre de contrainte pour les équipes de travail en intervention sociale, puisqu'elle peut amener une surcharge émotionnelle. On constate qu'un climat d'insécurité, voire de peur, peut s'installer au sein de l'équipe de travail. Dans certains cas, ces contraintes proviennent de l'organisation elle-même. La prochaine section traite de cette réalité, en présentant les éléments propres à l'organisation qui agissent à titre de contraintes dans le travail.

5.1.2 Contraintes organisationnelles

Plusieurs personnes illustrent, dans leur propos, certains paradoxes dans leur travail, propres à l'idéologie de la Nouvelle gestion publique (NGP) alors qu'elles rapportent des éléments de tension entre le fait de travailler en relation avec des êtres humains et les exigences organisationnelles de performance : « *La plupart du temps tu te sens impuissant parce que dans le fond, que tu sois travailleur social ou technicien, tu travailles pour le réseau et non pour l'utilisateur* » (P08-H). Ce type de contraintes est de loin le plus observé : il est relevé dans l'ensemble des entretiens. En ce sens, quatre principales catégories seront abordées en lien avec les contraintes organisationnelles. Il s'agit de la charge de travail, de la nature des tâches, de l'organisation du travail, ainsi que du manque de reconnaissance face au travail effectué. Nous terminons cette section avec une catégorie supplémentaire, soit les mesures supplémentaires en raison de la COVID, qui a aussi engendré son lot de contraintes dans le travail des intervenantes et intervenants.

La charge de travail

Les changements engendrés par les réformes des dernières années au sein des établissements accentuent le travail en intervention sociale : « *Depuis la fusion avec*

les hôpitaux, la demande de tâches est beaucoup plus difficile, les intervenants sont à bout de souffle, on nous demande trop de choses » (P07-F). Cette réalité est d'abord décrite par le manque de personnel au sein de l'organisation, qui dure depuis longtemps : « On a un trou de TAS (technicienne en assistance sociale) dans l'équipe, et ça fait 6 mois qu'il n'y a personne pour le remplir, parce qu'il n'y a aucune technicienne sur la liste de rappel » (P07-F). Dû à ce manque de ressources, la charge de travail en intervention sociale s'en voit augmentée. Et c'est sans compter les prescriptions organisationnelles, qui ajoutent un poids supplémentaire à cette tension entre la charge de travail imposée et le manque de ressources pour la réaliser :

L'organisation nous demande de mettre des choses uniformes, de mettre en place de beaux programmes, sauf qu'on n'est pas capable de les appliquer par manque de personnel en RAC (Résidence en assistance continue).
(P11-F)

Ce paradoxe entre les prescriptions qui sont faites et la marge de manœuvre pour les accomplir revient chez plusieurs participantes et participants. Entre autres, la participante 02 fait état dans son discours de cette tension entre ce qui est attendu d'elle et ce qu'elle peut réellement accomplir. Comme intervenante, elle travaille avec des clientèles qui sont parfois dangereuses, ce qui oblige l'organisation à fournir plus de ressources afin d'assurer sa sécurité et celle des clientèles elles-mêmes. Or, il arrive régulièrement que la quantité de main-d'œuvre présente soit insuffisante, ce qui oblige la présence de personnes intervenantes occasionnelles, qui ne connaissent pas la clientèle et ses problématiques. Ainsi, dans des situations de crise, les personnes qui interviennent se retrouvent seules comme intervenantes régulières et doivent gérer les situations de crise par elles-mêmes :

J'étais la seule régulière sur le plancher et il y avait trois autres intervenantes, puisque l'usagère était vraiment intense. Mais les trois intervenantes étaient tellement nouvelles qu'elles ne savaient quoi faire.
(P02-F)

Même s'ils nous donnent des employés, bien ces employés-là ne peuvent pas faire 4 usagers sur 9, donc tu as toujours les mêmes chaque jour, tu fais du temps supplémentaire tous les jours. C'est là que ça vient épuiser le personnel. (P11-F)

Ces discours sur le manque de personnel révèlent une réalité courante qui amène de l'instabilité dans les équipes. En ce sens, les participants 08 et 11 racontent de quelle façon cette instabilité se vit constamment comme une urgence :

Depuis que je suis dans l'équipe, je n'ai pas une équipe stable. S'il manque des joueurs dans ton équipe, bien il faut que tu coures. (P08-H)

C'est sûr qu'en ce qui concerne l'équilibre et la stabilité du plancher ça vient jouer un rôle. Des fois tu rentres et tu as trois listes de rappel sur cinq, ça donne un deux minutes au début. (P11-F)

Ultimement, le fait de ne pas bénéficier de ressources suffisantes au travail agit directement sur la charge de travail demandée aux intervenantes et intervenants, les obligeant à redoubler d'ardeur pour compenser les urgences non répondues. De plus, on remarque que ce manque de personnel, ajouté aux ressources humaines occasionnelles fournies à l'équipe, engendre une grande instabilité à la fois dans l'équipe de travail, mais aussi avec la clientèle. Mais outre cette instabilité, on voit que le manque de temps a lui aussi un impact négatif sur les relations des intervenantes sociales et intervenants sociaux avec leurs collègues :

C'est difficile et ça prend du temps à développer des liens d'amitié dans notre travail parce qu'on n'a pas le temps. Tu sais, on se voit sur nos quarts de travail, mais on n'a pas vraiment le temps de parler de nos vies ou de nos choses. (P05-F)

Finalement, on sent dans le discours de certaines personnes à quel point cette grande charge de travail les atteint, et ce, même dans les moments « hors travail » prévus, tels que les vacances annuelles :

Quand je vais revenir je vais en avoir pour 24, 48 heures encore à retourner mes appels, rentrer mes notes, lire mes courriels, ça c'est quand même 120 courriels environ. (P07-F)

L'anticipation du travail joue aussi un rôle dans la charge de travail. L'idée de prendre ses vacances n'est jamais appréciée complètement en raison de l'anticipation que les personnes ont de leur retour au travail. La grande charge de travail qui pèse les intervenantes et intervenants chaque jour est principalement causée par trois facteurs : le manque de personnel, le manque de temps et l'anticipation de cette surcharge. Or, mis à part ces éléments, d'autres facteurs affectent le travail d'intervention sociale, tels que la nature des tâches en elles-mêmes. C'est ce que nous abordons dans la prochaine section.

La nature des tâches

Un deuxième élément de contraintes qui a été observé dans les entretiens est la nature des tâches réalisées par les intervenantes et intervenants. En tant que spécialistes de la relation d'aide, ces personnes ont comme mandat premier d'aider les personnes confrontées à des difficultés en intervenant auprès d'elles. Or, cette nature relationnelle n'est pas toujours possible. Les intervenantes et intervenants se retrouvent avec plusieurs tâches administratives qui ne relèvent pas de ce cadre relationnel, et qui, ultimement, engendrent des contraintes dans leur travail.

D'abord, les prescriptions organisationnelles sont bien présentes dans le travail des intervenantes, intervenants. Ces personnes doivent jongler avec de nombreuses tâches

administratives en plus d'accomplir leur travail d'intervention. Ce travail administratif, qui prend la forme de tenue de dossiers, de notes évolutives, de suivi de plan d'intervention, etc., semble peser énormément sur leur travail. Il s'agit d'ailleurs de la contrainte la plus rapportée en ce qui concerne les contraintes organisationnelles :

Beaucoup, beaucoup, beaucoup d'administratifs. Peu d'interventions. Pis ça c'est quelque chose que tout le monde déplore dans le CISSS pis ça revient tout le temps parce qu'on voudrait tellement offrir plus, mais on n'a pas le temps. Les suivis d'activités, les tableaux, les ci, les ça, les plans d'intervention, les grilles de si, pis de ça, ça finit pu là... (P07-F)

Les intervenantes et les intervenants se sentent impuissants face à cette réalité. On souhaite offrir un service de qualité à la clientèle, mais on ne peut y arriver comme souhaité. Un temps important est perdu à la fois pour la rédaction des nombreux suivis, mais aussi pour s'assurer de rester à jour dans la multitude de notes à inscrire dans le dossier de la clientèle :

Et ce que je remarque c'est que j'ai beaucoup de misère à me mettre à jour dans mes évaluations... je réussis à être à jour dans mes interventions, par exemple les notes, mes appels et mes stats ça va. Mais en plus de faire les évaluations, là c'est là que ça ne marche pas. » (P01-F)

Le plus difficile c'est vraiment le côté administratif. De devoir tout écrire. Si j'avais juste les entrevues téléphoniques cliniques d'écrites, bien tabarnouche, ça me sauverait beaucoup, beaucoup de temps! C'est fou là les notes comment ça nous fait perdre du temps ! Puis le temps que ahhhh « là il faut que vos notes soient à jour »! Oui mais en même temps il faut que je fasse mon retour d'appel! (P07-F)

On dénote dans ces extraits une tension entre la tenue de dossiers et les autres tâches à remplir quotidiennement, que ce soit les retours d'appels, les évaluations ou les statistiques à remplir.

En plus de ce grand travail administratif auquel le personnel est confronté, on lui demande également de travailler avec plusieurs arrimages institutionnels. Cette multiplicité d'arrimages engendre son lot de difficultés pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux, qui d'une part doivent intervenir en solitude, et d'autre part, jongler avec les normes, les cultures et les exigences de plusieurs institutions :

Il y avait tellement de gens qui partaient, on avait un gros roulement de personnel. Personne ne voulait venir dans notre programme parce qu'il paraît que c'est un des plus difficiles. On travaille avec plein d'établissements différents. (P01-F)

Ce passage démontre également que les arrimages contribuent, depuis plusieurs années, au taux de roulement à la hausse. Dans un autre ordre d'idées, le fait de gérer plusieurs priorités simultanément est aussi un facteur que les participantes et participants décrivent comme stressant. À titre d'exemple, le fait de jumeler les urgences quotidiennes aux nombreux appels de la clientèle, qui ne comprend pas la réalité des personnes œuvrant en intervention sociale, est contraignant :

C'est difficile à gérer quand tu veux retourner tous tes appels... « *bien là tu n'as pas retourné mes appels* »! C'était quoi l'urgence? « *Ah mais là je voulais savoir pour en fin de semaine...* » On est lundi. [Les clients] ne sont pas dans la même réalité que moi. (P07-F)

Cette charge excessive, jumelée à la multitude de tâches différentes imposées, est difficile à concilier. En plus de cette difficile conciliation, plusieurs des participantes et participants rencontrés doivent, dans le cadre de leur travail, travailler avec l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI). Cet outil, créé pour aider les personnes œuvrant en intervention sociale et celles œuvrant dans d'autres champs professionnels de la santé à prendre des décisions conformes aux normes publiques pour les clientèles,

semble peser beaucoup aux intervenantes et intervenants. Certaines personnes ont même évoqué comment l'outil nuit à leur travail :

Ce n'est pas une « perte de temps », mais quand tu fais l'OCCI c'est vraiment long. Il faut connaître les besoins et tout donc c'est vraiment plus ministériel, l'outil nous donne une cote. Les OCCI sont calculés et c'est en fonction de ça qu'un programme a un montant. Donc c'est vraiment bureaucratique selon moi. (P01-F)

L'aspect bureaucratique engendré par cet outil vient aussi, comme le précise la participante 01, briser le lien de confiance et l'aspect naturel de la rencontre avec l'usagère ou l'usager :

Quand tu fais ta rencontre d'évaluation pour l'OCCI, tu es là, avec ton ordinateur, c'est une question à la fois donc il n'y a rien de fluide. Tu as moins de contacts visuels avec la personne. Des fois ce sont des choix déjà donnés. Donc tout au niveau de notre jugement clinique, de notre analyse, on a moins la chance, je pense, de pouvoir s'exprimer et que ça parte de nous, parce que ce sont tous des choix informatisés. (P01-F)

Dans le même sens, puisque l'outil dicte l'ordonnancement des questions à poser, les intervenantes et intervenants ne sont pas en mesure d'orienter leur intervention sur des aspects qui leur semblent plus pertinents. Ainsi, leur jugement clinique semble remis en question : « *Pendant la rencontre, des fois la personne nous parle de quelque chose et elle ouvre une porte, donc on se dit wow! On veut rentrer là-dedans, mais avec l'OCCI c'est « ah non, il faut passer à la question suivante ».* (P01-F)

Puis, la méconnaissance des personnes intervenantes en ce qui a trait à certaines clientèles, ou encore l'inadaptation de certains modèles et outils de travail, sont contraignants. L'OCCI, initialement créé pour les clientèles âgées ou en perte d'autonomie, doit maintenant être utilisé de la même façon avec d'autres clientèles :

La clientèle c'était pour les personnes âgées au départ. Mais là ils ont ajouté les personnes TSA, DI ou DP, ce qui fait que les choix de réponses sont vraiment plus en lien avec les personnes âgées et ne sont pas adaptés avec notre clientèle. Donc là, tu cotes par exemple -1. Mais là tu dois tout aller expliquer, justifier dans les commentaires parce que le -1 ne concorde vraiment pas avec le profil de ton usager, mais tu n'avais pas le choix de répondre ça. C'est de la paperasse, c'est long à remplir. (P01-F)

Finalement, l'OCCI est un outil avec lequel on demande aux intervenantes et intervenants de ruser : les gestionnaires demandent de déjouer certaines réponses afin d'orienter les décisions dans une direction ou une autre, selon les besoins de l'établissement plutôt que les besoins de la clientèle :

Parfois, on nous demande de « favoriser » certaines cotes pour que la personne finisse en CHSLD, pour vider des lits à l'hôpital. Ils utilisent le contexte, mais même avant c'était comme ça, la gestion de lit prédomine sur la personne. (P08-H)

Souvent, ce qui est plate à dire c'est que les mécanismes d'accès à l'hébergement vont venir et te dire « *il faut que tel usager cote CHSLD*. (P08-H)

Cet outil, créé à la base pour faciliter le travail d'intervention sociale, semble finalement fonctionner en conformité avec les normes publiques. Ce sont les cotes obtenues par l'outil qui dictent les décisions à prendre, et ce, au détriment des personnes : « *C'est désolant je trouve parce qu'une cote, ça veut tout dire* » (P01-F). Ainsi, l'outil bénéficie davantage le réseau de la santé et des services sociaux que les travailleuses et les travailleurs eux-mêmes. Leur jugement clinique, qui est au cœur de leur pratique professionnelle, est alors subordonné à l'outil :

L'outil de classification ce n'est vraiment pas humain. On chiffre une personne selon ses compétences physiques et cognitives. C'est supposé être un outil qui nous aide à prendre des décisions, mais finalement le jugement

est vraiment basé sur le chiffre. Donc je ne trouve ça ni professionnel, ni éthique. Parce qu'au final c'est toi qui mets ton nom là-dessus, c'est toi qui le remplis. (P08-H).

L'organisation du travail en place semble ainsi de plus en plus centrée sur une logique bureaucratique qu'humaine : « *Il y a un problème systémique avec le réseau de la santé... Plus on met la machine grosse, moins on voit de monde.* » (P09-H)

On remarque que cette organisation du travail est souvent incohérente avec la réalité professionnelle en intervention sociale. Cet accent mis sur les attentes de résultats quantitatifs qu'on a de l'intervention sociale est très présent dans le réseau de la santé et des services sociaux :

En ce moment la *game* du réseau c'est ça : les hôpitaux, ça marche en fonction des chambres. On vide les chambres, c'est l'objectif principal des hôpitaux, puis de s'arranger pour que personne ne reste. (P08-H)

C'est beaucoup de « garrochage de personnes », c'est fâchant souvent. Tu te dis « ayoye! Le réseau est mal fait pour ça. (P08-H)

Comme nous pouvons le voir dans ces extraits, ces attentes quantitatives nuisent au travail des intervenantes et intervenants, mais aussi à la clientèle, pour qui le service est rendu :

Les statistiques qu'on remplit servent juste à recevoir de l'argent, pour prouver qu'on en a besoin... Mais encore là, ça fait qu'on se concentre moins sur l'usager : « *fais des stats, fais des stats, fais ci, fais ça* » (P01-F)

Le danger du chiffre guette tous les usagers du réseau de la santé et crée des situations absurdes qui ne font pas passer l'humain avant tout. (P08-H)

Par ces attentes quantitatives, on remarque l'aspect déshumanisant qui est induit par la nécessité de régler le plus de « dossiers » au détriment des besoins de la clientèle :

C'est sûr qu'il faut faire des interventions, des appels, des stats. C'est comme dénaturer notre travail. (P01-F)

Donc dans des situations comme celles-là, tu te sens impuissant, et c'est fâchant parce que toi l'évaluation tu la connais et tu l'as faite, tu l'as dit à tout le monde, mais personne ne te croit ou personne ne veut t'entendre parce que ce n'est pas ça l'objectif du réseau. L'objectif du réseau c'est de réduire le nombre de personnes à l'hôpital, ou d'éviter les relocalisations. (P08-H)

Le travail social, fondé entre autres sur les valeurs de justice sociale, de dignité humaine et de respect, se voit dénaturé au fil des transformations du réseau de la santé et des services sociaux. De plus en plus, on demande au personnel des services sociaux de miser sur des objectifs quantitatifs et de performance, plutôt que de se centrer sur la clientèle, pourtant située au cœur du travail social. Cette transformation des pratiques est donc engendrée, d'une certaine façon, par l'organisation du travail en place.

L'organisation du travail

En ce qui concerne l'organisation du travail en place, nous avons dénoté une contrainte, soit le manque de planification du travail. Par son rôle élémentaire, la planification du travail sont des éléments qui, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte, déséquilibrent les autres aspects du travail. À titre d'exemple, une participante dénote, lorsqu'elle a été délestée de son poste pour prêter main forte en CHSLD, à quel point le manque de préparation et de communication de l'établissement était grand, que ce soit en ce qui concerne le lieu où elle devait travailler, son accueil comme nouvelle employée, ou les tâches qu'elle devait effectuer :

Donc la veille j'ai été changée de place. Je suis arrivée là-bas la première journée, personne ne savait que j'arrivais. Ils ne savaient pas trop où me mettre. Ça a été un peu n'importe quoi les premières journées. (P01-F)

Une autre participante témoigne à son tour du manque, voire de l'absence de préparation en ce qui concerne l'accompagnement du nouveau personnel :

Quand je vois de nouvelles éducatrices qui reçoivent une charge de dossier, c'est là que je vois que c'est mal organisé, parce que c'est plus difficile. Ces personnes-là ne savent pas quoi faire, personne ne leur explique quoi faire, aucune tâche n'est expliquée. Ils se font dire simplement : « *tiens! Toi ton dossier c'est un tel* » (P11-F)

On constate que cette étape fondamentale dans le processus de dotation semble bâclée, prise pour acquise par les gestionnaires, qui n'accompagnent pas les jeunes intervenantes et intervenants dans le suivi de leurs dossiers. Du même coup, on constate que l'information importante n'est pas partagée au sein de l'équipe telle qu'elle devrait l'être. Ce manque de communication se propage aussi entre les membres de l'équipe en ce qui concerne les interventions qui sont faites avec la clientèle :

Il y a un grand manque d'organisation, ce qui fait en sorte qu'on a de la difficulté à avoir des résultats avec les usagers... Tu fais quelque chose et après, l'autre intervenante réessaie la même intervention que tu avais essayée avant et qui n'avait pas fonctionné. (P11-F)

Ce manque de préparation se répercute aussi dans la capacité de prévoir le futur. En effet, les intervenantes et intervenants doivent souvent jongler avec l'imprévisibilité et la gestion de crise, ce qui n'est pas toujours facile :

Je suis éducatrice spécialisée, donc souvent tu gères les émotions des autres, tu gères les crises, les imprévus. Des fois on est appelés les pompiers (P03-F)

Je me sentais fébrile, stressé, ce n'est pas évident, c'était ma première situation dans le réseau. Là je me disais qu'est-ce qui va arriver dans le futur si une autre situation comme celle-là se passe? Qu'est-ce que je vais faire? C'est là que j'ai réalisé que les ressources intermédiaires c'était tough, parce que comme je le disais tantôt ce sont des combats.

Les rôles et les responsabilités de chaque personne du milieu semblent aussi imprécis. Les passages suivants démontrent à quel point les rôles ne sont pas clairs en ce qui concerne à la fois les gestionnaires, mais aussi le personnel en intervention sociale. On lui met des dossiers entre les mains de façon informelle, sans explication. On tient pour acquis qu'il est du ressort des intervenantes et intervenants d'offrir les formations adéquates aux nouvelles personnes, mais les ressources pour y parvenir, elles, ne sont pas fournies :

Ils ne se sont jamais attardés à structurer au niveau clinique. Pour vrai, c'est comme si c'était nous qui devons faire ce travail-là : de créer un document qui explique les tâches d'un éducateur spécialisé [...] C'est comme si c'est une tâche qui nous revenait et qui clairement ne nous revient pas. [...] Cette tâche-là nous était *pitchée* dans notre cour sans nous le dire... (P11-F)

Le fait de coacher, ça nous revient quand même parce que c'est nous qui effectuons le travail chaque jour. Mais si au moins on avait des lignes directrices et que ce soit uniforme partout, ce serait plus facilitant. (P11-F)

Ultimement, à force de se faire envoyer des tâches dans leur « cour », les intervenantes et intervenants prennent d'emblée la charge d'accompagnement des nouveaux employés, dans l'optique de mieux structurer leur travail.

Or, l'imprécision des rôles et des responsabilités de toutes et de tous se répercute aussi en ce qui a trait aux prescriptions provenant du code de déontologie, souvent

contradictoires aux prescriptions organisationnelles. En fait, on remarque dans le discours des participantes et participants que les demandes administratives des gestionnaires les confrontent souvent à des tensions entre les attentes organisationnelles et leurs obligations professionnelles en tant que personnel de l'intervention sociale. L'organisation du travail en place ne permet pas l'arrimage de ces deux donneurs d'ordre et c'est la clientèle qui en est pénalisée. Comme en témoigne le participant 08, les obligations de son ordre professionnel auxquelles il doit se soumettre sont parfois impossibles à remplir en raison du manque de ressources offertes : « *On a cette responsabilité de gérer les dommages, mais légalement on a les mains liées pour certaines choses et ce sont des démarches qui demandent du temps et beaucoup d'organisation, ce qu'on n'a pas toujours* ».

Les obligations professionnelles semblent parfois prenantes en temps et en énergie, et ce sont donc ces dernières qui sont bafouées plutôt que les prescriptions organisationnelles, puisque les impacts à court terme sont moins importants :

Il y en a qui font une évaluation de 2 ou 3 pages parce qu'ils manquent de temps. Mais encore là, ça répond à l'Ordre? Non parce que ce n'est pas assez complet. (P01-F)

Un des résultats que nous avons obtenu en ce qui a trait au non-respect des prescriptions de l'Ordre concerne les délais imposés, qui agissent comme agents stressseurs pour le personnel : « *Tu ne peux pas te permettre que ton évaluation soit en retard, sinon tu es en bris d'ordonnance, donc illégal dans la vie de cette personne-là...* » (P07-F). Dans son discours, la participante 07 parle aussi des délais de réponse à la clientèle imposés au personnel de la relation d'aide, qui sont de 24 à 48 heures après la réception d'un appel ou d'un courriel. Ces délais, en plus d'être courts, renforcent le sentiment d'imputabilité des intervenantes et intervenants, devant toujours tenter de se protéger : « *Si on ne respecte pas le délai, le client pourrait porter plainte au Commissaire aux*

plaintes en prétendant qu'on ne retourne pas ses appels. Donc il faut vraiment que tu « gage » ça » (P07-F).

D'une part, les obligations de l'Ordre sont centrées sur le service rendu à la clientèle, alors que d'autre part, l'organisation valorise la productivité et les résultats quantitatifs. Ainsi, l'arrimage entre ces deux entités est difficile, voire impossible, et c'est ce qui pousse les intervenantes et intervenants à faire des choix dans leur pratique : « *Je pense que ce sont vraiment les délais imposés par l'Ordre qui ne sont pas respectés* » (P01-F).

L'organisation du travail, lorsqu'elle n'est pas réfléchie selon les besoins des personnes qui y gravitent, engendre plusieurs contraintes dans leur travail. Entre autres, le manque de planification et d'organisation pousse les intervenantes et intervenants à jouer des rôles qui ne leur appartiennent normalement pas. Ne sachant plus sur quel pied danser, cela se répercute notamment sur les résultats obtenus avec la clientèle, qui ne sont jamais concluants. Finalement, les obligations de l'Ordre professionnel rentrent aussi en contradiction avec l'organisation du travail en place, principalement en ce qui concerne les délais imposés et l'imputabilité des intervenantes et intervenants face au devoir de disponibilité avec la clientèle. Dans la foulée de ces constats, un autre type de contrainte organisationnelle qui est ressortie de nos entretiens est le manque de reconnaissance du personnel en intervention sociale de la part des donneuses et des donneurs d'ordres.

Le manque de reconnaissance

Bien que la reconnaissance apparaisse comme un besoin fondamental dans le cadre professionnel, plusieurs personnes ne semblent pas ressentir cette dernière de la part de leur organisation :

Il y a tellement d'arrêts de travail que la responsable des ressources humaines t'appelle chaque fois quand tu es en arrêt pour te dire « *comment ça va? Dors-tu mieux?* ». Elle va te piéger un peu : « *Ah! Tu dors mieux? Ok, puis as-tu pris tes médicaments? Donc tu serais prête à revenir?* ». (P02-F)

Par le chantage et la pression qui sont mis sur leurs épaules dans de telles situations, les intervenantes et intervenants se sentent coupables et non-reconnus.

Dans un autre ordre d'idées, l'accent mis sur les résultats quantitatifs est perçu comme un manque de reconnaissance. C'est d'ailleurs le cas du participant 06, qui illustre à quel point cette incohérence constitue à ses yeux un manque de reconnaissance de l'organisation :

Il y a énormément de tâches connexes qui sortent de ta spécialité. Les tâches connexes peuvent aller jusqu'à pelleter l'hiver. Tu peux avoir à laver des trucs. Donc moi ce que je trouvais difficile c'est la reconnaissance de notre travail. (P06-H)

Ce même participant, qui travaille dans le milieu scolaire, raconte aussi de quelle façon on leur impose « *tout ce qui n'est pas défini* », comme la gestion des uniformes des élèves, d'un pantalon troué, voire du nettoyage des casiers. Les intervenantes et intervenants ne sentent pas de reconnaissance dans leur travail. Ces personnes, qui devraient normalement apporter du changement dans la vie de la clientèle, se retrouvent à accomplir différentes tâches qui ne relèvent pas de leur expertise. Le manque de reconnaissance reçue par les intervenantes et intervenants semble lourd à porter en ce qui a trait à la nature même de leur travail.

Mesures supplémentaires en raison de la COVID-19

Le dernier type de contrainte organisationnelle relaté dans le discours des personnes participantes est lié à la pandémie et aux conséquences qu'elle a engendrées sur le travail en intervention sociale. En effet, comme dans tous les métiers, la COVID-19 a frappé de manière si brusque que l'adaptation des professionnelles et professionnels est encore à ce jour fragile. Les nombreuses consignes sanitaires en sont d'ailleurs un exemple pour la participante 03 : « *Porte le couvre-visage, lave tes mains en entrant, suit un sens pour te rendre à ta classe...* ». De plus, le port des équipements de sécurité, tels que le masque et les lunettes de protection, brisent le lien de proximité avec la clientèle : « *On dirait qu'on a perdu un peu le côté humain, la proximité du travail qu'on avait avant, ça enlève la magie* ». (P03-F)

Outre les équipements de protection, le type de mesure privilégié pour assurer la sécurité rend le travail difficile. En effet, puisque la plupart des interventions doivent maintenant se dérouler par téléphone, les compétences propres à la relation d'aide, telles que l'analyse du non verbal, ne peuvent être mobilisées. C'est d'ailleurs ce qu'exprime le participant 09, qui déplore le fait de devoir pratiquer la thérapie de couple par téléphone, ce qui lui retire tout moyen d'analyser les comportements et le langage non verbal des personnes soutenues.

On remarque que ce manque de contact direct est aussi contraignant en ce qui a trait à l'équipe de travail. En effet, le fait d'être en télétravail empêche les intervenantes et intervenants à se concerter naturellement comme cela serait fait normalement. À cela, la participante 10 donne l'exemple du signal des portes ouvertes ou fermées, utilisé par son équipe antérieurement pour signaler aux collègues les moments plus difficiles ou occupés. Elle précise qu'aujourd'hui, avec le télétravail, c'est une difficulté dans son travail puisqu'elle n'arrive pas à savoir si ses collègues sont disponibles ou s'ils sont occupés.

Outre ce mode de communication en présentiel, le soutien émotionnel est lui aussi attaqué par les mesures de la COVID-19. Comme le raconte la participante 10, l'ajout de consignes supplémentaires, comme l'interdiction de manger entre collègues, est difficile pour le personnel. Elle précise que ses collègues et elle ont besoin de ces moments informels pour ventiler et se changer les idées. Ce besoin de soutien émotionnel est aussi déploré par la participante 07, qui détaille bien comment la COVID-19 atteint directement ses relations avec ses collègues :

On a tellement besoin de ventiler entre nous, puis en ce moment avec la COVID c'est ce qui est le pire. Plus de 5 à 7, plus de rencontre... Il faut se parler avec des masques sur le coin de notre bureau puis on est toutes débordées avec ce qu'ils nous demandent de plus avec la COVID donc on a l'impression d'être tout le temps toutes seules parce qu'on ne se voit plus.
(P07-F)

Il a été démontré dans plusieurs extraits que le rapport à l'autre est une condition première dans le travail, qu'il s'agisse du rapport à la clientèle ou du rapport aux collègues de travail. Les participantes et participants ont en ce sens déploré comment la pandémie est venue brimer ces contacts, que ce soit dans la pratique – interventions téléphoniques plutôt qu'en présentiel – ou dans le soutien émotionnel – obligation de télétravail et annulation des rencontres informelles entre collègues. La pandémie a ainsi engendré de nombreuses conséquences sur le collectif de travail, les intervenantes et intervenants faisant maintenant face à une solitude et une absence de soutien. Dans la prochaine section, nous développons sur les contraintes associées à ce collectif de travail.

5.1.3 Les contraintes liées à la collaboration interprofessionnelle

Les contraintes collectives de travail réfèrent aux difficultés pouvant être engendrées entre le personnel en intervention sociale et leurs collègues sur la réalisation adéquate

du travail. Ainsi, il semble que la collaboration interprofessionnelle ne soit pas toujours un aspect du travail qui se vit facilement. Un de ces facteurs explicatifs est la compréhension commune des rôles de tout le monde dans les situations données. C'est d'ailleurs ce que la participante 03 explique lorsqu'elle doit travailler avec des enseignantes et enseignants sur les interventions à privilégier pour des élèves en particulier :

La façon de faire de l'enseignante c'est « *tu me déranges, sors de ma classe puis tu rentreras quand je voudrai* »... Veut, veut pas c'est sûr qu'enseignante et éducatrice on ne pense pas de la même façon... (P03-F)

Cette même participante raconte aussi qu'avant de travailler dans le secteur scolaire, elle travaillait en intervention avec les personnes âgées, et ce problème de reconnaissance était aussi flagrant. En effet, elle raconte une situation dans laquelle elle jouait aux cartes avec des personnes résidentes dans l'optique de les divertir, et qu'elle se sentait mal vue par les préposées aux bénéficiaires avec lesquelles elle travaillait, puisque ces dernières étaient surchargées par leur travail.

Dans le même sens, les frontières entre les rôles d'une personne et ceux d'une autre peuvent parfois fragiliser certaines relations interprofessionnelles. Autrement dit, par la forte personnalité de certaines personnes, il peut arriver que d'autres professionnelles ou professionnels aient peur d'être effacés ou de perdre leurs rôles : « *Il y a des intervenantes qui prennent beaucoup de place, puis des fois les enseignantes ont peur que les intervenantes prennent leur place* ». (P03-F) À l'inverse, certaines personnes abusent de cette définition de tâches très large des intervenantes sociales et intervenants sociaux, comme en fait état le participant 06 concernant les personnes enseignantes avec lesquelles il travaille :

« *Ah je n'ai pas eu le temps de faire ça, j'étais en classe, peux-tu aller me faire mes photocopies?* » Et ça s'est produit à répétition... Ça devient une

tâche plutôt qu'un service. Ce ne sont pas des services, c'est comme si tu étais au service du prof. » (P06-H)

Une certaine hiérarchie des rôles semble même s'installer à certains moments. Ainsi, on remarque dans le discours de ce participant que l'importance des professionnelles et professionnels est calculée selon leur niveau d'études. Et puisqu'un DEC est suffisant pour exercer dans le système scolaire, les intervenantes et intervenants se sentent parfois au bas de l'échelle :

Tu n'es pas un « professionnel »... je pense qu'il y a un genre de hiérarchie. Quand tu participes aux plans d'intervention comme TS, les gens autour de toi ont tous leur doctorat ou leur maîtrise, donc inconsciemment ça a un impact. Des fois les profs te traitent réellement comme si tu étais inférieur à eux. (P06-H)

En somme, la collaboration interprofessionnelle n'est pas toujours évidente pour le personnel en intervention sociale. Celui-ci se sent parfois jugé, incompris ou inférieur aux professionnelles et professionnels avec lesquels il travaille. Cette situation a été démontrée dans plusieurs entretiens, ce qui laisse percevoir qu'il s'agit d'une contrainte importante dans leur quotidien. Plusieurs en traitent comme si ces contraintes étaient le résultat d'une hiérarchie entre les professionnelles et professionnels. Or, qu'en est-il de cette contrainte en ce qui concerne le gestionnaire? C'est ce que nous allons voir dans la section suivante.

5.1.4 Contraintes liées au pouvoir et à l'attitude de la personne gestionnaire

Il appert que le ou la gestionnaire, dont le mandat général est de soutenir son équipe de travail et de veiller à ce que cette dernière soit fonctionnelle, agit parfois à titre de contrainte dans le travail. Des répondants.es ont souligné comment certains.es

gestionnaires vont, en ce sens, utiliser leur pouvoir de façon inadéquate sur leur équipe, l'obligeant parfois à faire des tâches qui ne relèvent pas de ses rôles :

Des fois les directions tiennent pour acquis qu'on va dire oui à tout. Donc dans les fins d'année, c'est nous qui ramassons tous les cadenas des casiers. Ça, c'est rendu que ça fait partie de nos tâches à l'école. (P06-H)

De plus, il peut arriver que le travail soit compromis en raison de l'abus de pouvoir de la personne gestionnaire : *Il fallait que des gens dans l'équipe se portent volontaires, sinon la boss aurait forcé des gens.* (P01-F) À cela, la participante 02 témoigne du peu de pouvoir décisionnel qui lui était accordé par ses gestionnaires, et ce, même si sa sécurité était compromise. Elle raconte qu'après avoir été agressée par une usagère, ses gestionnaires l'ont forcée à amener cette usagère en sortie avec elle, et ce, même si elle refusait et qu'elle témoignait du non-sens de cette décision.

Outre ce pouvoir qui semble régulièrement à sens unique, l'attitude de la personne gestionnaire est un élément qui semble jouer pour beaucoup dans le mieux-être des participantes et participants. Entre autres, un ou une gestionnaire qui ne fournit pas le leadership et la bienveillance nécessaire envers son équipe sont des éléments suffisants pour rendre le travail non attrayant. La participante 01 raconte que bien qu'elle ait aimé porter mains fortes pendant la pandémie, la seule raison la poussant à refuser d'offrir à nouveau son soutien au CHSLD où elle avait été délestée est l'attitude désagréable de sa cheffe, qui manquait de tact quand elle s'adressait à son équipe.

Le manque de transparence des gestionnaires est aussi un élément de contrainte qui est ressorti dans certains entretiens. Entre autres, dans son témoignage, la participante 02 raconte comment les gestionnaires cachent certaines informations en ce qui a trait aux conditions de pratique dans les résidences d'assistance continue (RAC) :

Quand tu entres en RAC, les gestionnaires cachent un peu l'ampleur du comportement. Ils te disent « *on a tellement de ressources pour vous protéger que ça va bien aller* ». Mais tu sais, il n'y a personne qui comprend réellement l'ampleur de ça avant que ça arrive. (P02-F)

Ces comportements sont compromettants pour la santé des personnes salariées et ces dernières en prennent conscience : « *s'il arrive quoi que ce soit avec les usagers, ma boss ne sera pas là pour me backer* » (P06-H). Ce besoin d'être soutenues par leur gestionnaire est nommé par plusieurs personnes, que ce soit en ce qui concerne les dangers du travail, ou même les décisions qui doivent être prises. Le fait de ne pas respecter cette attente est perçu comme une contrainte aux yeux du participant 08 :

Tu sais, normalement ta gestionnaire elle est là et elle va te *backer* dans des décisions avec la famille. Mais la gestionnaire actuelle, c'est rare que je la voie. Il y a ma coordo, mais oui et non parce qu'elle est du genre à dire : « *ah je vais te référer à tel ou tel collègue* ». Elle est là, mais elle ne joue pas vraiment son rôle, c'est toujours de la référence. Donc je ne me sens pas super écouté, je me sens dans une cellule de référencement. (P08-H)

Le manque de leadership⁷ de la personne gestionnaire est un autre élément de contrainte qui a été relaté par la participante 11, qui précise à quel point cet aspect du rôle d'un ou d'une gestionnaire nuit au travail d'intervention lorsqu'il n'est pas rempli. Entre autres, elle raconte qu'il est essentiel en résidence d'assistance continue de bénéficier d'une personne gestionnaire qui offre un cadre et des directives claires, sans quoi l'équipe fait à sa tête. En ne prenant pas sa place comme gestionnaire, cette personne n'est pas capable de faire appliquer les demandes de son équipe et ultimement, c'est la clientèle qui en paie le prix.

⁷ Selon Yukl (2006), le leadership se définit comme un « *processus par lequel une personne exerce une influence sur d'autres personnes, afin qu'elles comprennent et partagent sa vision de ce qui doit être fait et de la manière de le faire* ».

Par ailleurs, ce qui est parfois tout aussi difficile pour les intervenantes et intervenants n'est pas le manque de soutien ou de leadership de la personne gestionnaire, mais plutôt le fait d'en perdre une qui possède ces qualités. En effet, la participante 02 raconte comment, quand une gestionnaire quitte son emploi parce qu'épuisée par l'intensité du travail, elle vit un deuil. En effet, le rôle des gestionnaires est important, puisque ces personnes gagnent la confiance de leur équipe avec le temps :

C'est décevant parce que ce sont des personnes à qui tu fais confiance, à qui tu racontes ton vécu et des choses personnelles dans leur bureau en pleurant et en disant « *je suis tannée* » et elles partent. Donc finalement il faut que tu recommences de zéro. (P02-F)

Nous constatons que les gestionnaires ne respectent pas les demandes de l'ordre professionnel, ce qui coince plusieurs personnes répondantes. C'est entre autres le cas de la participante 01, qui raconte que lorsqu'elle était délestée en CHSLD, elle se sentait mal à l'aise vis-à-vis du suivi qu'on lui demandait de faire avec sa clientèle. En effet, on lui demandait de prendre des notes à la main, alors que l'Ordre professionnel prescrit plutôt de prendre les notes de suivi dans le dossier électronique de la clientèle.

Dans le même sens, la participante 02 raconte qu'elle se sent coincée dans son travail, puisque selon son code de déontologie, elle n'est pas autorisée à intervenir dans un contexte suicidaire ou homicidaire, puisqu'elle n'a pas reçu la formation nécessaire. Or, ses gestionnaires l'obligent tout de même à être disponible pour desservir ce type de clientèle. Cette tension entre les demandes des gestionnaires et les prescriptions de l'Ordre professionnel a automatiquement un impact sur le travail. La participante 02 parle même d'un double discours chez les gestionnaires, qui rend son travail encore plus ambigu :

Et il y a un double discours chez les gestionnaires : « *On ne va pas mettre l'accent sur toi présentement, parce qu'on ne sait pas si tu vas revenir. Mais en même temps on veut que tu sois proactive et on veut que si des menaces suicidaires ou homicidaires arrivent, tu sois capable de réagir* ». (P02-F)

Dans son expérience, cette participante raconte à quel point elle se sent prise entre deux chaises du fait qu'elle souhaite accomplir son travail, mais qu'elle n'est pas formée adéquatement pour le faire. Lorsque les gestionnaires sont avertis de son inconfort et que rien n'est fait pour la supporter, il ne lui reste que l'angoisse :

Mais c'est anxiogène parce qu'on ne sait pas légalement ce qui peut nous arriver, nous ne sommes pas avocats. C'est tellement particulier [...] moi j'aurais pu être poursuivie parce que j'ai brisé la confidentialité, mais en même temps s'il était arrivé quelque chose à la personne, j'aurais pu être poursuivie parce que je n'avais rien fait... (P02-F)

La même participante raconte finalement comment un changement de gestionnaire peut affecter sa pratique. En effet, il peut arriver que des gestionnaires renversent des décisions, ce qui oblige les intervenantes et intervenants à revenir auprès de leur clientèle, ce qui brise leur crédibilité :

On avait une nouvelle gestionnaire qui prenait les vieilles demandes de tout le monde et elle disait « *moi je ne les aurais pas référés à l'interne. Donc j'aimerais que tu les rappelles et que tu les réfères à l'externe* ». Donc moi la personne ça faisait trois mois qu'elle attendait d'avoir un service de psychologue, et finalement « *Écoutez monsieur, finalement j'ai révisé votre dossier et on va vous référer à l'externe* ». (P02-F)

Cette tension entre les abus de pouvoir du ou de la gestionnaire, le manque de pouvoir décisionnel des personnes intervenantes, ainsi que les exigences de l'Ordre

professionnel amène ces personnes à se questionner sur leurs rôles et sur le sens de leur travail :

J'avais beau le dire à ma boss, mais elle me disait « *non! C'est ça la game, tu relocalises la personne âgée* ». Là je m'étais senti désemparé, là je m'étais dit « *ayoye! Je ne peux pas faire ça?* ». Là tu te questionnes pour vrai sur ce que tu fais puis sur ton rôle d'intervenant : tu es là pour la famille? Tu es là pour la personne? Tu es là pour le réseau? Tu es là pour qui finalement? (P08-H)

À la lumière de ces extraits, la relation avec la personne gestionnaire semble créer d'importantes tensions, en raison des obligations décrétées par l'Ordre professionnel pour assurer la sécurité de la clientèle, mais aussi du contrôle que la personne gestionnaire doit jouer pour assurer la pratique du travail social. Au final, comme l'explique le participant 08, cette tension joue sur l'équipe elle-même, qui remet en question l'intention de son travail :

Une vraie intervention, c'est d'intervenir auprès de l'utilisateur directement, le voir régulièrement, lui demander comment ça va, faire de l'humain je dirais. La moins vraie intervention, ce sont nos démarches pour l'utilisateur : les notes, les suivis, etc. Malheureusement, notre travail nous amène plus vers ce type d'intervention. (P08-H)

5.1.5 Contraintes personnelles

Conformément à la littérature portant sur le modèle de l'activité de travail, les éléments de l'environnement externe à la personne ne sont pas les seules contraintes auxquelles elle peut être confrontée. Peu importe le contexte ou le lieu de pratique, la personnalité, le vécu et les relations personnelles et familiales peuvent aussi agir à titre de contraintes dans la réalisation du travail.

D'abord, on remarque que certaines personnes parlent de leur manque d'intérêt ou de la difficulté qu'elles ont avec certaines clientèles, ce qui vient contraindre leur travail. C'est d'ailleurs ce que raconte la participante 02 lorsqu'elle nous parle de son expérience avec la clientèle en perte d'autonomie au soutien à domicile. C'est suite à cette expérience de travail, dans laquelle elle devait effectuer des suivis à long terme avec la clientèle, qu'elle a réalisé qu'elle manquait de motivation.

D'une autre façon, les proches des personnes intervenantes peuvent parfois, de façon involontaire, contraindre leur travail. Bien qu'il ne soit pas recommandé de ruminer sur le travail quand on n'y est plus, plusieurs intervenantes et intervenants soulignent le besoin de pouvoir ventiler auprès de leur conjoint ou conjointe sur certains événements survenus pendant la journée : « *Mon conjoint travaille en centre jeunesse donc on se comprend. Ça aide de pouvoir ventiler avec quelqu'un qui comprend sa réalité* » (P11-F). En revanche, lorsque ces personnes confidentes ne peuvent être réceptives face au vécu des intervenantes et intervenants, un sentiment de solitude s'installe : « *Mon conjoint veut m'aider, mais c'est pire parce que je ne trouve pas de compréhension en lui, donc ça renforce mon sentiment de solitude* » (P05-F). Cette situation peut survenir lorsque l'intervenant.e ne veut pas inquiéter ses proches :

Mon conjoint c'est quelqu'un qui fait beaucoup d'anxiété et qui est très sensible donc non, je ne vais pas nécessairement aller lui raconter ce que je vis parce que j'exerce quand même un travail où y'a un aspect dangereux. Donc je n'ai pas envie qu'il ait ça en tête tout le temps. (P05-F)

Nous avons vu que les intervenantes sociales et les intervenants sociaux, par la nature de leur travail, vivent différentes contraintes dans leur travail, qu'elles soient organisationnelles, liées à la collaboration interprofessionnelle, etc.

Dans la prochaine section, nous verrons comment l'ensemble de ces contraintes affectent les intervenantes sociales et intervenants sociaux. Concrètement, nous

répondrons à la question suivante : quelles sont les conséquences de ces contraintes sur la santé et le travail des intervenantes et intervenants?

5.2 Conséquences sur les intervenantes sociales et intervenants sociaux

Les principales conséquences qui peuvent survenir face aux contraintes liées préalablement sont sur la santé des personnes salariées. Que ce soit sur la santé physique ou mentale, les atteintes sont considérables. Entre autres, le volet administratif du travail d'intervention sociale, ainsi que les nombreuses demandes du gestionnaire, sont parfois des raisons suffisantes pour engendrer des sentiments négatifs face au travail à accomplir. Plus précisément, l'influence qu'a la personne gestionnaire sur le travail en intervention sociale engendre automatiquement des conséquences sur la santé de ces personnes salariées. Cette pression de satisfaire les attentes des gestionnaires semble grande chez les personnes rencontrées. Pour la participante 01, cette pression se matérialise par les statistiques que sa gestionnaire lui demande de rendre quotidiennement. Pour la participante 02, il s'agit plutôt des demandes incessantes de performance de ses gestionnaires qui l'affectent, cette dernière souffrant déjà d'une grande anxiété de performance.

Dans un autre ordre d'idées, on remarque l'importante exposition au danger que peuvent entraîner certains types de postes en intervention sociale. En effet, des participantes et participants ont fait état des douleurs et des blessures survenues au cours de leur travail, principalement par la clientèle. Les deux passages suivants en font état :

Mais il s'est passé plein d'incidents, en fait deux gros incidents. Je me suis fait agresser physiquement et l'année d'après, une grosse affaire, menace au couteau et tout ça. (P02-F)

Bien moi je me suis déjà fait casser le bras. J'ai eu une fracture du coude, des entorses au poignet. (P05-F)

De plus, la violence psychologique, traduite par de l'intimidation et des menaces principalement, est aussi une réalité avec laquelle certaines personnes doivent composer. À cela, la participante 05 raconte qu'elle vit beaucoup d'intimidation et de violence verbale dans son travail. Selon elle, ces actes pèsent plus sur sa santé mentale (anxiété et troubles du sommeil) que le fait de se faire casser un bras.

Parfois, le fait d'être constamment en situation de crise au travail engendre un certain climat de tension, voire des conséquences plus importantes chez les personnes intervenantes, comme l'anxiété ou l'épuisement. C'est d'ailleurs le cas de la participante 02 qui, à force d'être confrontée à des situations d'agression et d'imprévisibilité, en est devenue malade. Elle raconte comment, après s'être faite agresser à deux reprises par la même usagère sans que ses gestionnaires ne lui viennent en aide, elle devenait elle-même dangereuse pour ses collègues, puisqu'elle n'était plus encline à leur porter mains fortes. Ce sont d'ailleurs ses collègues qui, un jour, lui ont dit d'aller chercher l'aide psychologique.

Un autre résultat que nous avons obtenu est l'état de stress des intervenantes et intervenants, en réaction à l'intensité de leur travail. Cette intensité, comme nous l'avons vu, se traduit principalement par la charge de travail accrue et les demandes incessantes qui leur sont faites. Quelques participantes et participants parlent du stress relatif à leur travail qui se ressent pendant, mais aussi après le travail :

Mais je pensais juste toujours à mes dossiers... même je me faisais des listes, j'avais l'impression que j'avais tellement de choses à penser que je n'arrêtais pas de penser à ça. Je me faisais des scénarios et ça n'arrêtait pas [...] C'était intense ce que j'ai vécu, j'étais loin de mes émotions, même si c'était intense en émotions, ce qu'on a vécu là-bas. [...] je me disais ouf, ce n'était pas évident là. (P01-F)

Pour d'autres participantes, ce stress est plus intense en raison de leur personnalité. À cet effet, la participante 02 témoigne de son trouble d'anxiété qui la suit dans son travail et même la nuit. Elle raconte que parfois, les demandes qui lui sont formulées la stressent à un tel point qu'elle en rêve la nuit. Mais outre ces situations, le sentiment de culpabilité est un élément qui est ressorti dans plusieurs entretiens :

Autant que quand ça m'arrive à moi ça m'affecte, autant que quand ça arrive à tes collègues, quand tu étais présente dans le quart de travail, bien tu vis une énorme culpabilité par rapport à ça. Pis oui, ça arrive je te dirais pas tous les jours, mais oui, la violence psychologique et verbale c'est notre lot quotidien. (P05-F)

Les personnes se sentent coupables face à leur travail, que ce soit en raison des objectifs qu'elles ne sont pas capables d'atteindre, ou encore face à leurs collègues. En effet, certains participantes et participants abordent ce sentiment de culpabilité en fonction du jugement des autres qu'ils et elles anticipent :

Le plus gros travail a été de me déculpabiliser d'être en arrêt de travail. Il a fallu que je rationalise tout, parce que je voulais tellement pas que ma job et mes proches pensent que je me mettais en position de victime. (P02-F)

Je ne peux pas demander de l'aide à quelqu'un parce qu'ils vont penser que je ne suis pas bon, que je suis incompetent. (P09-H)

On sent dans ces discours la détresse que ce sentiment de culpabilité fait vivre à ces personnes. Le jugement des autres, la peur de ne pas faire le bon choix, la pression constante sur leurs épaules en raison de leur imputabilité sont tous des enjeux négatifs sur leur santé qui proviennent du contexte toxique de leur pratique. Parfois, les contraintes sont si fortes que les personnes intervenantes en viennent à éprouver des problèmes de sommeil. Cette conséquence s'est matérialisée davantage chez les deux premières participantes, pour qui le travail devenait trop prenant mentalement :

À mon commencement en poste, au CLSC, pendant un mois je faisais de l'insomnie... Penser à des interventions que je pourrais faire et tout, donc le premier mois, mon sommeil a été un peu plus perturbé. (P01-F)

On avait une charge de cas intense, je faisais juste penser à ça le soir... C'était toujours trop. J'étais tellement à *boute* du travail social parce que moi dans ma tête c'était ça, parce que c'était la seule chose que j'aie connue. (P02-F)

En dernier lieu, nous avons découvert que plusieurs personnes, en raison des difficultés de leur travail, se sentent épuisées : « *Ça prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, chose qu'on n'a pas nécessairement trop* » (P03-F). Parfois, cette fatigue intense les pousse vers l'épuisement professionnel. La participante 02 raconte à cet effet que les agressions qu'elle a vécues dans son travail l'ont amenée en congé de maladie pendant plusieurs mois, puisqu'elle avait souffert d'un choc post-traumatique. La participante 05, quant à elle, a souffert de dépression en raison de sa séparation, ce qui a impacté son travail et ce qui l'a forcée à quitter le travail pendant six mois. Ces participantes racontent de quelle façon l'épuisement s'est fait ressentir chez elles :

Et le mal s'est fait après... j'ai arrêté deux semaines et après et je ne dormais plus, je vomissais constamment, je faisais des cauchemars, avant d'aller à la job je pleurais, je pleurais... (P02-F)

Bien sur le coup quand j'arrivais chez moi le soir j'étais complètement brûlée. (P07-F)

Puis, la participante 07 va plus loin dans sa discussion en abordant le sentiment d'épuisement ressenti par ses collègues :

Depuis un an, deux intervenantes sont en burn-out. Deux qui ont décidé de sacrer leur camp totalement d'ici puis une autre qui est partie ailleurs. Imagine, elle est partie d'une tâche X pour aller dans une tâche Y, donc un salaire moindre pour avoir le moins de responsabilités, parce qu'elle n'en pouvait plus. (P07-F)

Pour elle, le fait d'avoir souffert une fois d'épuisement professionnel pousse les intervenantes sociales et intervenants sociaux à mettre leurs limites par la suite : « *Écoute, celles qui reviennent d'un burn-out ont compris* » (P07-F). Certaines personnes parlent de l'épuisement comme d'une conséquence systémique, causée par le roulement de personnel en intervention sociale :

Puisqu'il manque d'intervenantes, celles qui restent sont brûlées parce qu'elles doivent compenser pour celles qui manquent et elles doivent faire du temps supplémentaire, donc elles partent. (P02-F)

Il y a un cercle des facteurs de burn-out chez les intervenantes. Ça fait en sorte qu'il n'y a ni cohésion ni cohérence dans l'équipe, dans notre fonctionnement. (P02-F)

Les gens restent combien de temps dans le réseau? Et ils partent pour épuisement? Ils sont épuisés pourquoi? Bien parce que leur gestionnaire n'apporte pas le support dont ils auraient besoin. (P09-H)

En plus d'être nombreuses, les conséquences engendrées par les contraintes de travail sont lourdes à porter. Qu'il s'agisse d'agression physique, d'intimidation ou de violence verbale, les intervenantes et intervenants sont confrontés à des réalités difficiles à gérer. Certaines personnes en viennent même à souffrir d'épuisement professionnel ou de dépression. Comment se fait-il que malgré toutes ces contraintes, toutes ces conséquences, les intervenantes et intervenants restent au travail? C'est la question à laquelle la prochaine section nous aidera à répondre.

5.3 Les déterminants de la rétention des intervenantes sociales et intervenants sociaux

Malgré l'ampleur des contraintes et des conséquences vécues par les personnes œuvrant en intervention sociale, nous avons remarqué trois principaux déterminants

qui les aident à tenir et à continuer leur travail. Le premier facteur réfère aux caractéristiques personnelles de ces personnes, ce qui répond à la question « qui elles sont ». Le deuxième facteur, plus subtil, est celui des leviers offerts par l'organisation pour permettre le bien-être des intervenantes et intervenants. Finalement, le dernier facteur est les stratégies qu'elles mobilisent, individuellement ou collectivement, pour gérer les contraintes décrites dans la première section de ce chapitre.

5.3.1 Les caractéristiques personnelles des intervenantes sociales et intervenants sociaux

Dans les entretiens réalisés, nous remarquons à quelques reprises des caractéristiques propres aux personnes participantes qui semblaient avoir un effet de protection face aux contraintes du travail et contribuer à leur bien-être.

Le premier élément, qui revient dans presque l'ensemble des entretiens, est l'amour pour leur travail et pour tout ce que celui-ci englobe : « *J'aime mon travail, j'aime ça être avec les enfants et j'aime mes collègues. Donc à la base, d'aimer ce que tu fais ça a un bon impact* » (P03-F). Cet impact positif dont parle la participante 03 revient aussi dans le discours de la participante 02, qui affirme que pour elle, l'impact positif se ressent lorsqu'elle fait une petite différence dans un dossier. Dans sa situation, cette participante nous raconte qu'il lui a fallu plusieurs années avant de trouver sa branche d'intervention, celle qui lui permet aujourd'hui de s'épanouir comme intervenante :

J'aime tellement l'intervention, j'aime vraiment l'accueil psychosocial. Je pense qu'il faut que tu trouves ta branche en travail social. J'ai réalisé que c'est ça que j'aime. Donc c'est important de faire ce qu'on veut dans l'intervention et c'est pour ça que je continue de faire ça. (P02-F)

Cet amour du travail, mais aussi du type d'intervention lié à ce travail, permet aux intervenantes et intervenants de garder le cap, et ce, malgré les nombreuses difficultés vécues, jour après jour :

En 5 ans et demi, je ne me suis jamais sentie au bout du rouleau. Je pense que je suis à ma place dans les RAC. J'aime mon travail donc ça m'aide à surpasser les difficultés. Quand je rentre, je suis contente d'y être malgré que j'ai eu une grosse journée la veille. (P11-F)

J'aime tellement ce que je fais que ça ne m'apparaît pas comme un fardeau. Je sens vraiment que je suis à ma place, je sens qu'on est utile, qu'on fait la différence. C'est sûr qu'on fait toujours de bonnes journées, mais je n'ai pas encore touché le bout où je me dis « *là, je ne suis plus capable* ». (P03-F)

Dans son discours, la participante 03 met l'emphasis sur son sentiment d'accomplissement lorsqu'elle dit faire une différence dans la vie des enfants. À ses yeux, pour travailler dans le domaine de l'éducation, il importe d'aimer les enfants, sans quoi on ne pourrait survivre. À cet effet, la participante 01 explique que le travail social peut être lourd à porter, mais cette valorisation qu'elle ressent est parfois suffisante pour décider de rester :

Être intervenant social c'est difficile émotionnellement, mentalement, mais je trouve tellement que c'est un beau métier que ça dépasse quand même tout ce que tu peux vivre. De travailler avec les humains, c'est valorisant, c'est très enrichissant aussi. Surtout au CLSC, on voit beaucoup de changements, de reconnaissance des familles. (P01-F)

L'amour pour le métier d'intervention revient dans plusieurs discours chez les personnes rencontrées. Ce facteur agit comme une protection vis-à-vis des contraintes rencontrées. Mais au-delà de cette protection, l'amour du travail est une raison parfois assez grande pour donner envie aux personnes de rester au travail. Un des éléments qui influence cet amour est, comme en témoigne la participante 01 dans le passage ci-

dessus, la reconnaissance de la clientèle et des familles avec lesquelles elle travaille. Cette reconnaissance de la clientèle apparaît aussi dans le discours de la participante 02 et du participant 08 :

Il y a beaucoup de clients que j'ai aidés et qui ont été super reconnaissants, surtout au soutien à domicile. Ils me disaient : « *sache que les services que tu as mis en place, le soutien que tu nous as donné, ça vaut de l'or* ». (P02-F)

J'évalue les résultats de mon travail de plusieurs façons : par les remerciements des clients, quand je réussis à faire transférer une dame en maison de soin de confort, quand un trouble de comportement n'est plus apparent ou encore, quand je reçois une carte RAMQ dont j'ai fait les démarches pour l'utilisateur. (P08-H)

Cette reconnaissance de la clientèle et de sa famille semble un élément très important dans la valorisation que les intervenantes sociales et intervenants sociaux accordent à leur travail. Au-delà de cette reconnaissance, il existe aussi plusieurs capacités propres personnes œuvrant en intervention sociale qui permettent la gestion des contraintes. C'est entre autres le cas de la capacité d'adaptation, qui grandit avec l'expérience. Avec le temps, les intervenantes et intervenants apprennent à s'adapter à l'environnement toujours changeant du travail social. Entre autres, la participante 01 parle de l'adaptation dont elle a fait preuve au fil du temps et, par le fait même, de la confiance en elle que cette adaptation lui a permise. La participante 03 va dans le même sens en expliquant son évolution comme intervenante au sein de l'équipe professionnelle avec laquelle elle travaille :

Quand j'ai commencé, je n'étais pas super à l'aise d'apporter mon point de vue. Mais plus ça va et plus j'ose. Je ne suis pas une experte non plus de l'éducation, mais je suis capable d'apporter de bonnes idées. (P03-F)

Cette capacité d'adaptation que semblent mobiliser les intervenantes sociales et intervenants sociaux se développe avec l'expérience acquise. Or, parmi les caractéristiques personnelles, les études antérieures des personnes, qu'elles soient spécifiques au travail social, à la psychologie ou au coaching personnel, semblent aussi une façon pour elles de tenir le coup. À titre d'exemple, la participante 05, grâce à ses cinq années d'études en psychologie et en coaching personnel, se dit être en mesure de se gérer elle-même, mais surtout de faire preuve de lâcher-prise lorsqu'elle vit des difficultés au travail. Elle parle aussi des outils et des techniques qu'elle a apprises et qui lui servent encore aujourd'hui :

J'ai quand même appris certaines techniques et je maîtrise certains outils qui m'aident, que ce soit dans ma vie personnelle ou professionnelle, à vivre mieux certaines situations. (P05-F)

Comme nous l'avons vu, les intervenantes et intervenants travaillent dans un contexte rempli de contraintes, qu'elles soient liées à l'organisation, à la clientèle, voire à eux-mêmes. Or, il appert que par leurs caractéristiques personnelles, les intervenantes et intervenants réussissent parfois à gérer ces difficultés. Leur amour pour le travail social et pour la clientèle en est un exemple. Puis, les expériences passées en intervention sociale, les études réalisées, sont aussi des éléments qui cadrent leur façon de gérer les difficultés du travail. Or, au-delà de ces traits individuels, on remarque dans le discours de quelques personnes, des facteurs organisationnels qui agissent comme leviers pour gérer, diminuer les contraintes du travail.

5.3.2 Les leviers organisationnels

L'organisation, dans certains cas, permet certains leviers qui créent des conditions soutenant aux intervenantes sociale et intervenants sociaux. C'est entre autres le cas de la présence d'une personne-ressource au sein de l'organisation dont le rôle est de

supporter ses homologues dans le développement des compétences et des apprentissages. Bien que peu de personnes aient précisé bénéficier de l'aide d'une ressource au travail, les participantes 01 et 02 sont quant à elles allées en ce sens :

Une de mes collègues, elle aussi elle est TS mais elle prend les nouveaux en charge pour savoir comment ils vont, ce qu'ils font... Elle a un beau document plein d'outils d'intervention qu'elles donnent à tous les nouveaux. (P01-F)

À la DPJ à Montréal, tu as des coachs qu'ils appellent... Ils te montrent vraiment tout, comment ça fonctionne et tout. Et ils t'accompagnent dans tes premières interventions puis ils te guident sur la façon d'avoir un bon jugement par rapport à certaines choses et tout ça. (P02-F)

Nous notons ici la discordance en ce qui concerne la nature de la personne-ressource dans ces deux témoignages. En effet, pour la participante 01, cette personne-ressource s'est donné elle-même le rôle d'accompagnatrice pour les nouvelles intervenantes, alors que pour la participante 02, le rôle de la personne-ressource est formalisé par l'organisation.

Parmi les autres ressources offertes par l'organisation, notons les programmes d'aide aux personnes salariées : « *L'organisation a ouvert un programme d'aide aux employés sur base volontaire. Si le besoin est, on nous réfère aux ressources externes* » (P08-H). Ces programmes sont parfois utiles aux personnes intervenantes, qui ne savent pas avec qui elles peuvent discuter des problématiques au travail. Dans son expérience, le participant 08 parle aussi des conférences offertes par l'organisation sur l'heure du lunch concernant la gestion du stress, qu'il décrit comme : « *un rappel de choses que l'on connaît déjà* ». Pour la participante 11, ces programmes ne sont pas utiles, puisque les intervenantes et intervenants banalisent beaucoup ce qu'ils et elles peuvent vivre :

L'organisation essaie de nous offrir des services, mais on ne les utilise pas. Pour ma part, je n'ai jamais appelé IPEC, le programme d'aide aux employés, pourtant j'ai déjà vécu des situations intenses. On banalise beaucoup ce qu'on peut vivre.

De manière générale, ces ressources organisationnelles sont bénéfiques lorsqu'offertes aux personnes salariées. Cependant, pour certaines personnes intervenantes, ces éléments ne sont pas suffisants et elles ne les utilisent pas. C'est dans cette optique qu'elles vont plutôt développer des stratégies expressément pour gérer les contraintes. Parfois, elles sont bénéfiques, d'autres fois non. Ces stratégies sont mobilisées normalement de façon spontanée et sont parfois partagées collectivement avec les collègues de travail. C'est ce que la section suivante présente.

5.4 Les stratégies

Maintenant que nous avons vu comment les caractéristiques personnelles et les leviers offerts par l'organisation peuvent influencer le désir des intervenantes et intervenants de demeurer en emploi, nous nous concentrons ici sur les résultats d'entretiens qui démontrent que les intervenantes sociales et intervenants sociaux ne restent pas en mode passif face aux contraintes vécues quotidiennement. De ce fait, malgré toutes les contraintes et leurs conséquences présentées dans la section précédente, ces personnes développent des stratégies, parfois individuelles, parfois collectives, qui leur permettent de gérer ces contraintes. Cette section présente les résultats obtenus en ce qui concerne les stratégies mobilisées afin de gérer les contraintes préalablement présentées. Ces stratégies seront présentées selon le type de contrainte décrit dans la section précédente. Le tableau 5.2 présente la typologie ayant émergé de nos résultats.

Tableau 5.2 - Typologie émergeant des stratégies retenues

--	--

Catégories de stratégies	Stratégies reliées
Stratégies pour gérer les contraintes de la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> › Se détacher émotionnellement › S'autoprotéger
Stratégies pour gérer la charge de travail	<ul style="list-style-type: none"> › Prioriser › Planifier
Stratégies pour gérer la nature des tâches	<ul style="list-style-type: none"> › Tricher avec les outils › Se contrôler et contrôler ses émotions › Se soutenir entre collègues
Stratégies pour gérer l'OT	<ul style="list-style-type: none"> › Réorganiser de l'horaire de travail › Réorganiser collectivement le travail par les collègues › Réorganiser collectivement le travail par le ou la gestionnaire
Stratégies pour gérer les contraintes collectives de travail	<ul style="list-style-type: none"> › Communiquer › Proposer des solutions en équipe › S'autoprotéger
Stratégies élaborées dans la sphère personnelle	<ul style="list-style-type: none"> › Consommer › Consulter un thérapeute › Pratiquer de l'activité physique › Prendre soin de soi

5.4.1 Stratégies pour gérer les contraintes liées à la clientèle

En ce qui concerne directement la clientèle, certaines personnes participantes parlent du détachement émotionnel qu'elles développent avec le temps face à l'intensité de leur travail. Ce détachement semble nécessaire en raison de la lourdeur des cas rencontrés quotidiennement : « *C'était intense ce que j'ai vécu en CHSLD, j'étais loin de mes émotions même si c'était intense en émotions* » (P01-F). De même, la

participante 07 raconte comment les décisions qui sont prises au tribunal ne concordent que très rarement avec les recommandations qu'elle émet comme intervenante. En faisant preuve de détachement, elle arrive à gérer le fait qu'elle n'a pas de pouvoir sur les décisions finales qui sont prises : « *Ça aussi ça fait partie de nos limites et il faut se détacher de ça en se disant bien j'ai fait du mieux que je pouvais... c'est la game de théâtre du tribunal. Y'a rien à faire* » (P07-F).

Face à certaines situations qui apparaissent comme des conflits éthiques en ce qui concerne la clientèle, les intervenantes et intervenants tentent de se protéger comme il se peut. C'est d'ailleurs ce qu'énonce le participant 08 lorsqu'il raconte avoir été pris entre sa gestionnaire qui l'obligeait à relocaliser une personne en fin de vie, qui n'en avait que pour quelques jours avant de décéder, et ses valeurs personnelles, qui le poussaient à laisser la personne dans son milieu de vie avec ses proches. Face à une telle situation, la stratégie priorisée est de se protéger en impliquant ses collègues dans les notes rédigées sur la situation et sur les raisons l'ayant poussé à ne pas suivre les recommandations de sa supérieure.

D'une part, les intervenantes et intervenants développent certaines stratégies pour gérer les contraintes propres à la clientèle, que ce soit en se détachant émotionnellement de certaines situations, ou à l'inverse en affrontant les situations tout en assurant une protection dans les gestes posés. D'autre part, ces personnes développent d'autres types de stratégies en ce qui concerne les contraintes organisationnelles. C'est ce que la prochaine section présente.

5.4.2 Stratégies pour gérer la charge de travail

Priorisation et planification des tâches

Normalement, dans une situation de travail, les intervenantes sociales et intervenants sociaux se font prescrire un ensemble de tâches à effectuer. Or, comme nous l'avons vu précédemment, les demandes sont parfois tellement grandes que ces personnes n'ont d'autres choix que d'organiser elles-mêmes leur travail afin de garder un certain contrôle sur ce dernier : « *Je priorise. Je ne peux pas faire grand-chose de plus. Je priorise ce que j'ai à faire là, ici et maintenant* » (P07-F). La priorisation des tâches est donc un moyen qui peut être utilisé dans des situations dans lesquelles les tâches demandées sont trop nombreuses. C'est d'ailleurs ce que la participante 07 raconte avec son code d'étoiles qu'elle inscrit à côté des tâches primordiales dans sa liste de tâches à réaliser : « *je me fais une étoile à côté de ceux qui sont primordiaux. J'y vais toujours par priorité, c'est ça ma façon de faire* » (P07-F).

Cette priorisation découle de plusieurs logiques. Pour certaines personnes, ce sont les urgences qui priment sur le reste des tâches : « *faire une chose à la fois, prioriser les urgences, aujourd'hui je peux prioriser les urgences.* » (P08-H). À l'inverse, d'autres personnes ont tendance à se référer à leur Ordre professionnel pour prioriser ce qu'elles doivent faire plutôt qu'en se référant au niveau prescrit d'urgence :

C'est sûr que tu vas prioriser une révision parce qu'une fin d'ordonnance, tu ne peux te permettre qu'elle soit en retard, sinon tu es en bris d'ordonnance, ce qui fait que tu es illégale dans la vie de cette personne-là.
(P07-F)

Pour d'autres, la priorisation découle de ce qui apparaît comme nécessaire à leurs yeux. C'est le cas de la participante 01, pour qui il importe d'être à jour dans ses tâches quotidiennes, même si cela la retarde sur ses évaluations. Elle considère cette situation acceptable puisque ses collègues font la même chose. Finalement, pour d'autres personnes intervenantes, la priorisation est faite selon les besoins de la clientèle :

Si je suis vraiment débordée des retours d'appels, j'ai tendance à ne pas rappeler mes collègues qu'un client. Parce que le client, c'est la raison pour laquelle on est là, donc je me dis peut-être que je n'ai pas beaucoup de temps à lui accorder, mais au moins je vais retourner son appel. (P07-F)

Peu importe la façon de prioriser ses tâches, on remarque que les personnes développent leur propre façon de faire, sans se référer à ce qui est prescrit par l'organisation. Dans la même optique, pour plusieurs personnes, la planification des tâches est un élément tout aussi important, sinon plus, que la priorisation : « *le meilleur truc c'est d'avoir un agenda et d'être organisée...* » (P07-F).

L'utilisation d'un agenda semble utile afin de bien planifier les journées de travail. C'est le cas de la participante 07, qui n'arrive à gérer ses priorités que par son agenda : « *Dans mon agenda, je me mets des notes une semaine ou deux d'avance : « ok, tel rapport à faire, tel plan d'intervention échu... »* » (P07-F). Outre l'agenda, pour certains intervenants, c'est la création d'une liste de tâches à réaliser qui leur permet de garder un certain contrôle sur leur travail : « *Je me fais des petites listes pour ne rien oublier...* » (P01-F).

Ainsi, la tenue d'un agenda, comme le fait de se créer une liste de tâches à réaliser, est une stratégie qui permet de tenir face à la charge de travail parfois trop prenante. Pour certaines personnes, la tenue de l'agenda sert aussi à se protéger dans des moments occupés, tels qu'au retour des vacances : « *C'est sûr que dans mon agenda, à mon retour de vacances, je bloque mes trois premières journées pour me remettre à jour dans mes dossiers* » (P07-F).

Malgré cette possibilité, la charge de travail, ajoutée aux urgences quotidiennes, amène certaines personnes à réorganiser leur horaire de travail, que ce soit en sautant des pauses, en accomplissant des heures supplémentaires, ou même en modulant l'horaire selon leur productivité, et ce, afin de surmonter cette grande charge de travail.

Dans un autre ordre d'idées, on remarque qu'au-delà de la surcharge, la nature des tâches qui sont demandées est elle aussi perçue négativement. Les participantes et participants rencontrés racontent avoir développé différentes stratégies avec le temps pour gérer cette nature parfois difficile. C'est ce que la prochaine section présente.

5.4.3 Stratégies pour gérer la nature des tâches

Différentes stratégies sont nommées par les personnes rencontrées concernant la nature des tâches à effectuer. Une première stratégie répertoriée chez la majorité des personnes œuvrant avec des outils d'aide à la décision est le fait de tricher avec ces outils, de façon à donner plus de sens au travail accompli selon les valeurs propres au travail social.

Tricher avec les outils

Dans leur travail, les personnes œuvrant en intervention sociale ont à travailler avec différents outils, que ce soient les plans d'intervention, les dossiers de la clientèle, les suivis d'intervention, etc. Pour réussir à effectuer leur travail de relation d'aide, certaines personnes contournent, détournent ces outils. C'est d'ailleurs ce qui est remarqué chez les personnes travaillant avec des personnes âgées ou en perte d'autonomie, qui se retrouvent entre deux chaises : maintenir à domicile ou envoyer en CHSLD. Cette décision finale, qui devrait normalement revenir au personnel en intervention sociale, est dictée par l'outil d'aide à la décision selon les réponses fournies aux questions posées par l'outil. Dans ce genre de situation, les intervenantes et intervenants, qui connaissent bien leur clientèle, craignent que la décision finale ne soit pas cohérente avec la situation réelle des usagères et usagers. En trichant sur les indicateurs dans l'outil, cela permet aux personnes intervenantes d'offrir le service qui leur apparaît le plus adapté aux besoins de la clientèle :

Présentement, en remplissant l'OCCI, la cote ne répondrait pas aux besoins de l'utilisateur parce qu'il est suffisamment autonome. Donc ce qu'on fait, c'est qu'on remplit l'OCCI, mais on attend de voir si la perte d'autonomie va s'accroître ou va rester stable avant de l'envoyer. (P10-F)

Un autre exemple de cette tricherie des indicateurs est relaté par la participante 07, qui travaille avec un outil semblable à l'OCCI. Elle raconte que l'outil en question est rempli de façon bâclée et qu'il s'agit d'une pratique commune en intervention sociale :

Il existe une aide à la prise de décision que tous les intervenants remplissent de même « tadadada », sans trop regarder. Mais théoriquement, ce n'est pas comme ça qu'ils devraient prendre la décision. (P07-F)

Cette tricherie d'indicateurs se répète aussi chez les personnes à qui l'on impose un nombre de statistiques quotidiennes. Ces statistiques correspondent au nombre d'interventions réalisées avec la clientèle ou les personnes qui gravitent autour de cette dernière. Ainsi, pour un même usager ou usagère, la prise de contact avec son ou sa médecin, son infirmier ou infirmière, sa famille (etc.) sont toutes considérées comme des statistiques distinctes et on demande aux intervenantes et intervenants d'en faire un certain nombre quotidiennement : « *On est supposé faire trois stats par jour, deux en présentiel et une téléphonique* » (P01-F).

La difficulté des intervenantes et intervenants avec cette obligation s'avère être la règle du nombre de démarches par personne usagère. En effet, pour une même personne usagère, l'ensemble des actions réalisées au cours de la même journée ne comptent que pour une démarche, ce qui diminue le nombre de statistiques de chaque intervenante et intervenant et, par le fait même, leur performance. En raison des contraintes ministérielles, on remarque qu'il devient « normal » pour certaines personnes de trafiquer les démarches réalisées pour obtenir un plus grand nombre de statistiques. Ainsi, elles ont tendance, pour une même personne usagère, à étaler des démarches qui

pourraient être réalisées conjointement sur plusieurs jours, afin d'obtenir de meilleures statistiques. Voici un extrait de cette stratégie :

J'ai fait une démarche aujourd'hui, donc l'autre je vais la faire demain. J'ai d'autres collègues qui vont aussi changer la date de leur démarche pour qu'elle apparaisse le lendemain. (P01-F)

Ainsi, les personnes œuvrant en intervention sociale ne restent pas passives face à ces contraintes. Elles utilisent les outils qu'on leur impose, mais trichent dans les résultats qu'elles obtiennent de façon à aider la clientèle. Cet exemple des collègues qui modifient la date d'une démarche en est un exemple puisque cela permet, ultimement, d'offrir le service plus rapidement à la personne utilisatrice (faire l'ensemble des démarches dans la même journée) tout en respectant ce qui leur est prescrit (un nombre minimal de statistiques quotidiennes).

Dans le même ordre d'idées, on remarque que certaines personnes, plutôt que modifier les indicateurs, vont tricher en bricolant d'autres outils leur permettant de simuler les indicateurs avant de les entrer dans le vrai système et ce, afin d'offrir un service de qualité. Ces outils, qui peuvent prendre la forme d'un fichier Excel, permettent aux personnes intervenantes qui l'utilisent de valider les données inscrites, mais aussi de contrôler ces dernières afin d'orienter la clientèle selon ses recommandations. C'est d'ailleurs ce que le participant 08 explique :

On a un tableau Excel, avec l'algorithme comme je te parle. Et on peut inscrire les chiffres. Donc on peut voir, ok si je mets 2 là, je peux voir le résultat final. Donc tu vas l'utiliser quand tu as un doute, tu regardes : « *Cr*** elle cote 10 mais je la verrais en RI!* ». Dans ces situations-là, tu sors ton tableau Excel et tu compares pour modifier tes données...

Ce type d'outil supplémentaire, qui permet de tricher les résultats dans l'optique d'offrir un service de qualité à la clientèle, ne semble pas être une stratégie qui soit dévoilée à tout le monde. Comme l'explique le participant 08, c'est un outil qui se promène seulement entre les personnes intervenantes de son secteur : « *Mais tu sais, ce n'est pas un tableau que tu donnes à tout le monde [*Rire*]* ».

Il apparaît que cette tricherie dans l'utilisation des outils est un moyen efficace pour les personnes intervenantes d'offrir des services qui font sens pour elles. En agissant ainsi, elles tentent de remettre la clientèle au centre des préoccupations plutôt que les besoins organisationnels, comme cela devrait être le cas normalement.

Contrôle de soi et de ses émotions

Un autre type de stratégie en ce qui concerne la nature des tâches est le contrôle de soi, qui réfère aux actions individuelles mobilisées pour gérer ou détourner les difficultés vécues dans le cadre du travail. Cette stratégie se découpe de plusieurs façons. D'abord, la notion de limites constitue une compétence individuelle fondamentale à développer en intervention sociale pour se préserver dans son travail : « *Mettre ses limites c'est super important.* » (P08-H).

Ce contrôle de soi se matérialise aussi par le lâcher-prise. La participante 01, qui normalise la quantité de travail qu'elle arrive à faire dans une journée, pratique ce lâcher-prise : « *J'ai été capable de faire la coupure. Écoute, je n'ai pas été capable de tout faire aujourd'hui... je travaille juste 7 heures donc c'est normal là* » (P01-F). Ce lâcher-prise équivaut parfois au fait de se concentrer sur les éléments positifs d'une journée de travail : « *Ce que je vais surtout raconter c'est ce dont je suis fière* » (P02-F).

Le lâcher-prise dont parlent les participantes 01 et 02 se vit différemment chez d'autres

personnes rencontrées. En effet, il semblerait que l'existence de sphères « hors travail » semble aussi un moyen efficace pour préserver la santé au travail : « *Je suis capable de garder la tête hors de l'eau, je sors du bureau et c'est fini. Je fais partie des intervenantes qui ne regardent pas ses courriels passé 16h30. Mon cellulaire est fermé...* » (P07-F)

La coupure peut finalement prendre l'apparence de rituel qui marque le début et la fin de la journée de travail. Cette pratique est un moyen efficace pour laisser le travail au travail et la vie personnelle, à la maison. L'extrait suivant, tiré de l'entretien avec la participante 02, témoigne d'un rituel qu'elle pratique afin de faire la coupure entre son temps de travail et sa vie personnelle :

Y'a un truc qui m'a été donné [...] C'est de prendre un objet qui représente ma job que je laisse dans mon auto quand je pars de ma job [...] bien quand j'arrive chez moi ça me fait un genre de rite de passage ou rituel qui me fait dire « *ok je ne suis plus à ma job* ». (P02-F)

Une autre façon d'établir un contrôle de soi passe par l'évacuation du trop-plein, que ce soit en pleurant, en criant, en écrivant, etc. Ce moyen est un contrôle personnel que les intervenantes et intervenants bénéficient pour se calmer : « *Bien je vais un peu sortir mes émotions, je vais pleurer, je vais ventiler, je vais dire des choses, et petit à petit je me calme...* » (P05-F)

Les personnes rencontrées font preuve d'une grande créativité en ce qui concerne les stratégies de contrôle de soi face à la nature des tâches. Ce « lâcher-prise » permet de retrouver un équilibre au travail, puisque les personnes distinguent ce qui leur appartient de ce qui relève de leur travail.

Le soutien entre collègues

Dans un autre ordre d'idées, il est ressorti des entretiens une panoplie de stratégies portant sur le soutien entre collègues. De manière générale, ces stratégies servent à surmonter la nature parfois difficile des tâches à accomplir, mais aussi – et surtout – à s'épauler entre collègues sensibles aux réalités vécues. Nous remarquons aussi que ces stratégies de soutien sont mobilisées entre les intervenantes et intervenants pour gérer à la fois l'aspect émotionnel associé à leur travail, mais aussi l'aspect instrumental de ce dernier.

Le soutien émotionnel entre collègues

En ce qui concerne l'aspect émotionnel, on remarque que les intervenantes et intervenants valorisent énormément l'entraide entre les collègues lors des situations plus difficiles, ce qui permet de souder l'équipe : « *Être capable de s'entraider, parce que les équipes où il n'y a pas d'entraide, il y a un roulement tout le temps* » (P07-F). Le fait de s'entraider entre collègues, de réfléchir ensemble sur certaines situations permet aux intervenantes et intervenants d'améliorer leur niveau de confiance envers les décisions prises, considérant la nature imprévisible de leurs interventions :

L'accueil psychosocial c'est vraiment axé sur l'entraide et vu que nous après on met en place des ressources particulières pour chaque problématique, c'est beaucoup de réflexion commune avec les collègues. (P02-F)

Cela permet aussi, comme en témoigne la participante 07, d'assurer la collaboration au sein de l'équipe, plutôt que l'individualisation de la pratique : « *Donc oui, on s'entraide beaucoup malgré tout... En tout cas dans notre équipe, les filles ne sont pas individualistes, on s'aide* » (P07-F).

En ce qui concerne spécifiquement les contraintes propres à la clientèle, le soutien émotionnel est mobilisé vis-à-vis des situations de crise et des urgences. Dans ce genre

de situation, les intervenantes et intervenants trouvent du réconfort auprès de leurs collègues : « *Tout de suite quand on vit quelque chose d'intense on a une collègue à côté et on va lui parler de ce qu'on vient de vivre* » (P02-F). Or, puisqu'elles sont souvent débordées, certaines personnes intervenantes favorisent les petites attentions entre collègues. Ainsi, comme le raconte la participante 05, le fait de partager un repas, d'offrir un petit mot de réconfort, sont des actions qui sont privilégiées et appréciées, ces personnes n'ayant pas toujours le temps de discuter lors des journées plus éprouvantes.

Ce soutien social au sein des équipes de travail semble essentiel. Le fait de se côtoyer régulièrement et de développer ces mécanismes de soutien forge l'esprit de l'équipe : « *On a une belle équipe qui est quand même assez soudée. On se voit régulièrement donc ça aide* » (P11-F). Ultimement, ce soutien est perçu par certaines personnes comme une condition de leur rétention au travail : « *C'est vraiment ça qui va faire que quelqu'un reste dans une équipe ou pas. Le soutien* » (P11-F). Ce soutien émotionnel est assez fort pour d'une part, gérer les contraintes, mais il agit aussi comme mécanisme pour donner envie aux personnes salariées de demeurer en emploi.

Le soutien émotionnel entre les intervenantes et intervenants peut prendre plusieurs formes. Comme nous l'avons vu précédemment, le fait de libérer son trop-plein, que ce soit par les pleurs ou par le fait de ventiler, permet pour plusieurs personnes de se libérer des émotions négatives qu'elles peuvent ressentir face aux situations problématiques. Or, pour plusieurs participantes et participants, le fait de ventiler est plus efficace entre collègues qu'avec les proches. Il s'agit même d'un besoin essentiel : « *On a tellement besoin de ventiler entre nous!* » (P07-F). Ce besoin s'explique par le fait que les intervenantes sociales et intervenants sociaux soient sensibles et empathiques face à la réalité de la pratique du social. Ensemble, ces personnes se comprennent :

J'aime mieux évacuer avec quelqu'un qui me comprend ce que je vis. (P03-F)

Ça aide à ventiler d'avoir quelqu'un qui comprend sa réalité. (P11-F)

On se parle entre nous beaucoup parce qu'on se comprend en fait. Je pense qu'on est les seuls à pouvoir réellement se comprendre, comprendre ce qu'on vit. (P05-F)

Une autre forme que peut prendre le soutien émotionnel, qui ressort dans la majorité des entretiens, est les activités informelles entre collègues de travail. Qu'elles prennent la forme de 5 à 7, de soupers ou de sorties, ou encore qu'elles soient organisées par l'organisation ou par les personnes salariées elles-mêmes, ces activités permettent aux intervenantes et intervenants de se détendre et de partager avec des personnes de confiance, qui comprennent leur réalité : « *Bien après les réunions d'équipe on allait toujours dîner, une fois aux trois semaines on se faisait un 5 à 7 juste pour ventiler, dégriser, pis tsé. Juste être entre nous* » (P07-F). Pour la plupart, ce sont des activités ponctuelles, organisées par les intervenantes et intervenants entre eux : « *Cet été on s'est fait des barbecues, on s'est fait des petites activités entre nous, des restos, des choses comme ça* » (P05-F).

Pour d'autres, ce sont aussi des activités organisées pour souligner des événements précis, tels que les anniversaires, les départs pour la retraite, ou les activités de *Team building* : « *On faisait des soupers dans des restaurants pour les fêtes, les départs* » (P08-H). Ces célébrations ont aussi lieu afin de souligner les fêtes comme l'Halloween ou Noël afin de, comme le précise la participante 10, « *mettre un peu d'ambiance et de fun dans l'équipe* ». Finalement, cette même participante raconte aussi bénéficier d'activités de *Team building* chaque année : « *On a des activités chaque année, une journée de ressourcement en équipe et tout ça. Donc ça ramène les liens* » (P10-F).

Puis, le soutien émotionnel entre les intervenantes sociales et intervenants sociaux se matérialise à travers différents médias. Pour certaines personnes, il s'agit d'évacuer en présentiel, à la fin de la journée. Ces moments pour évacuer sont souvent imagés par « la porte de bureau fermée » :

Souvent, on ferme la porte de la classe et on se dit « *ouf! Là faut que je sorte mon trop-plein là* ». (P03-F)

Je te mentirais si je te disais que ça n'arrive pas qu'un moment donné il y en a une qui, avec son personnel, plus la charge de travail, on se met à pleurer et on ferme la porte. (P07-F)

Finalement, pour plusieurs intervenantes et intervenants, ce soutien prend aussi la forme d'un groupe Messenger : « *sur le groupe Messenger de la résidence où je travaillais... Je parlais beaucoup à mes collègues des choses de la job* » (P02-F). La possibilité de partager entre collègues sur cette plateforme est bénéfique, puisque ces personnes ont l'opportunité que d'autres puissent répondre à leurs questions : « *Ça, ça aide beaucoup, on a un groupe Messenger et chaque fois que quelqu'un a une question on la pose là, on se fait répondre* » (P01-F).

Or, il semble que certaines règles soient établies entre les personnes œuvrant en relation d'aide en ce qui a trait aux moments où l'accès à ce soutien est permis : « *La fin de semaine c'est assez tranquille sur le groupe Messenger, parce qu'on veut essayer de ne plus penser à ça* » (P01-F). La participante 02 raconte à cet effet que dans son équipe, la mentalité collective qui règne est « *quand je ne suis pas à la job, je ne travaille pas* », de façon à permettre une distance entre le travail et le temps personnel.

Le soutien instrumental entre collègues

L'autre type de soutien que l'on retrouve dans les entretiens concerne l'aspect technique du travail en intervention sociale. On remarque ainsi que pour bien effectuer

leur travail, les intervenantes et intervenants ont tendance à se partager des outils, des techniques et à se prodiguer des conseils. Ainsi, certaines personnes ont tendance à s'échanger des conseils entre elles selon les situations : « *Quand je ne sais pas comment m'enligner face à un dossier, j'appelle ma SAC, elle me donne des idées et on en parle* » (P01-F). Ce besoin d'aller chercher de l'information semble davantage valorisé entre collègues qu'auprès des gestionnaires : « *Si j'ai des questions sur une situation, je vais me tourner vers mes collègues pour avoir une réponse avant de me garrocher sur la directrice* » (P03-F). Donc, le fait de privilégier les conseils des collègues plutôt que des gestionnaires est une forme d'interaction privilégiée pour se rassurer, normaliser certaines situations.

De plus, le partage d'outils entre intervenantes et intervenants est une façon de contribuer à son propre travail, mais aussi, et surtout, au travail des autres. C'est une pratique collective que de se partager certains outils de travail pour faciliter les tâches et l'intégration des nouvelles personnes salariées : « *J'ai donné des trucs à ma formation, mes collègues en ont découvert d'autres et ils me les partagent. On est toujours dans le support* » (P08-H). Ce soutien instrumental est donc possible grâce au partage d'expertise d'une personne à l'autre, qui parfois est même conservé pour les prochaines personnes qui se joindront à l'équipe : « *En social, on a une boîte à outils dans laquelle on met tous nos formulaires, on les partage à nos collègues et on garde notre information pour les prochains intervenants* » (P10-F). Le partage d'expertise permet de partager certains trucs et astuces à ses collègues et, ultimement, chaque personne amène aux autres une aide différente :

Moi j'ai travaillé beaucoup sur les agressions sexuelles sur les enfants. Quand il y a une situation comme ça qui arrive, ils vont un peu plus venir me voir. On a tous des expertises différentes et on peut tous s'amener quelque chose de différent. (P05-F)

On peut s'appeler, se texter, on s'écrit des courriels. On a tous nos champs d'expertise en travail social donc il y en a un plus expérimenté avec les

impôts, l'autre avec le transport adapté, ce qui fait que je sais vers qui m'enligner pour un problème. (P08-H)

Une autre façon d'aller chercher l'expertise de ses collègues est de se tourner vers ceux avec plus d'expérience. Comme le mentionne la participante 02, les collègues plus anciens sont de bonnes références lors de situations inhabituelles, les ressources étant parfois limitées dans les établissements : « *Quand je vivais des situations plus « crunchs » j'allais voir mes collègues plus vieux, qui ont plus d'expérience et de confiance envers leur décision* » (P02-F).

En résumé, que ce soit par le soutien émotionnel ou instrumental, les intervenantes et intervenants sont conscientisés à la réalité collective dans laquelle ils et elles sont et désirent s'entraider afin de faciliter leur travail, voire à influencer leur désir de rester au travail.

5.4.4 Stratégies pour gérer l'organisation du travail

Nous associons ce dernier groupe de stratégies aux contraintes organisationnelles. Ainsi, nous remarquons que les intervenantes et intervenants développent certaines stratégies, de façon individuelle et parfois collective, pour gérer cette organisation du travail difficile : ils et elles font preuve de réorganisation.

La réorganisation de l'horaire de travail

Les intervenantes sociales et intervenants sociaux, en souhaitant offrir le meilleur à la clientèle, vont parfois décider de faire des heures supplémentaires pour répondre à la grande charge qui leur est imposée. Ces personnes posent donc des actions sur les dimensions temporelles de leur travail, telles qu'arriver plus tôt ou finir plus tard :

« *Théoriquement, l'horaire c'est de 8h30 à 16h30, mais des fois je vais rentrer à 7h30-7h45 puis je vais arriver chez nous à 19h30* » (P07-F). Ce temps supplémentaire n'est pas apprécié des gestionnaires, ces derniers ne voulant pas payer les heures de plus. Ils demandent ainsi aux intervenants.es de reprendre le temps en congé, mais vu la charge de travail, il devient impossible de réduire le temps supplémentaire. Ceci déséquilibre les personnes intervenantes, qui souhaitent faire un bon travail auprès de la clientèle, mais n'ayant pas le temps de faire tout ce qu'elles devraient :

Le plus possible on essaie de ne pas faire de temps supplémentaire, ça m'arrive encore si j'ai une urgence au téléphone, mais je vais essayer de reprendre mon temps. (P08-H)

Or, en raison des nombreuses demandes qui leur sont formulées, le temps supplémentaire semble être une condition de leur travail quotidien : « *Tu fais de l'over, du temps supplémentaire tous les jours* » (P11-F). Il devient donc difficile pour ces personnes de reprendre ce temps, comme leur gestionnaire le demande :

Je fais toujours plus d'heures. Comme là je suis encore à 2h30 de trop. Ça me fait de grosses journées, donc ce temps-là je dois le reprendre, mais on n'a jamais le temps de le reprendre. (P01-F)

Dans le même sens, on remarque que pour certaines personnes, le fait de ne pas prendre de pause est une stratégie leur permettant d'avancer leurs dossiers plus rapidement. Qu'elles soient au bureau ou en télétravail – dû à la pandémie – certaines personnes réduisent ou évitent leurs moments de pause : « *Des fois je ne vais pas diner. Ça va m'arriver souvent de ne pas diner, parce que je suis débordé* » (P08-H). Il semble même que cette omission d'aller manger soit commune en intervention sociale : « *C'est plate, mais il y a moi et d'autres collègues qui font ça. Des fois on le réalise qu'on n'a pas mangé et on se dit : « Merde, il faut qu'on mange »* » (P08-H).

Outre ces stratégies, il arrive aussi que les intervenantes et intervenants modifient ou gèrent leur horaire de travail, de façon à travailler dans les moments où ils sont le plus productifs. Cette réorganisation est encore plus vraie avec le télétravail, qui empêche parfois les personnes de travailler aussi efficacement à la maison qu'au bureau. La participante 07, pour qui le télétravail est difficile, raconte comment elle modifie son horaire de façon à tirer le maximum de sa productivité :

Je vais faire de la rédaction le matin, puis arrêter le midi, faire autre chose en après-midi, faire mon 5 à 7 avec les enfants puis me réinstaller dans mon lit à 20h, 21h jusqu'à minuit. (P07-F)

Lorsque possible, cette autonomie dont disposent les personnes œuvrant en intervention sociale en ce qui concerne leur horaire leur permet de garder un certain contrôle sur ce qu'elles sont en mesure de réaliser. Or, il arrive que pour certaines personnes, l'organisation du travail est tellement contraignante qu'elles quittent leur emploi. Volontairement, les intervenantes et intervenants vont se relocaliser au sein de l'organisation ou dans une nouvelle organisation en raison de ces contraintes. D'ailleurs, la participante 02 nous explique que le changement de branche de travail social qu'elle a fait a été la meilleure stratégie qu'elle ait mobilisée dans sa carrière. En effet, elle avait essayé plusieurs fois de changer de domaine professionnel, en croyant qu'elle n'était pas faite pour la relation d'aide, alors qu'elle ne travaillait simplement pas avec la clientèle qui lui plaisait. Pour d'autres personnes en intervention, le fait de quitter leur emploi est une stratégie mobilisée davantage pour les conditions d'emploi que pour la charge associée à la clientèle. D'ailleurs, on remarque cette situation chez les personnes qui débutent leur carrière dans les organismes communautaires : « *Les intervenants, ce sont tous des jeunes qui sortent de la technique, mais au bout du compte en raison des conditions de travail, ils partent pour l'institutionnel* » (P06-H). Lorsqu'il raconte cette histoire, le participant 06 fait un parallèle avec sa propre histoire, ayant quitté l'organisme pour lequel il travaillait en raison du peu de reconnaissance et de soutien de sa gestionnaire.

Au-delà de ces stratégies individuelles, nous constatons une réorganisation collective du travail chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux.

Réorganisation collective du travail par les collègues

Le fait de réorganiser le travail avec les collègues est une stratégie qui a été verbalisée par plusieurs répondantes et répondants. Ainsi, en modifiant certains éléments propres à l'organisation du travail, cela permet aux gens de maintenir un climat de travail adéquat. Pour certaines personnes, comme la participante 02, cette modification a lieu spécifiquement pour lui permettre de ne pas pratiquer des interventions qu'elle n'est pas autorisée à faire, mais que ses gestionnaires lui demandent de faire.

Le fait de gérer différentes crises au cours d'une journée est aussi une situation dans laquelle la réorganisation des tâches entre collègues est priorisée pour optimiser le travail. Pour la participante 04, qui doit régulièrement faire face à ces situations de crise, une entente informelle est prise avec sa collègue qui est moins à l'aise vis-à-vis de ces situations. C'est donc la participante qui gère les crises, bien qu'elles doivent normalement être gérées ponctuellement selon les besoins et la disponibilité des personnes présentes. Il s'agit d'une méthode gagnante pour elle et sa collègue : « *Ça se passe bien comme ça, on a toujours fonctionné comme ça et ça a toujours bien fonctionné* ».

Finalement, pour d'autres, la modification de l'organisation du travail en place prend la forme d'un partage collectif des tâches selon les capacités ponctuelles des personnes, ou encore selon les intérêts de ces dernières:

Souvent on se le dit quand on n'est plus capable et notre collègue prend notre place. On y va sur le moment, selon comment on se sent. On se partage bien la tâche quand même. (P03-F)

Lors de la répartition quotidienne des usagers, on se demande toujours avec qui on a envie d'intervenir et on s'arrange de même. Donc si une journée je vais moins bien je peux être jumelée à un usager que je considère plus « facile ». (P11-F)

Plusieurs stratégies collectives entre les collègues sont mobilisées dans le cadre du travail en intervention sociale. Or, nous remarquons qu'en plus de ces stratégies propres aux collègues, les personnes gestionnaires apparaissent également dans le collectif de travail, lorsqu'elles agissent comme facilitatrices.

Réorganisation collective du travail par la personne gestionnaire

Dans les entretiens, nous avons remarqué que la présence et la reconnaissance de la personne gestionnaire concordaient souvent avec les besoins des personnes salariées. Aux yeux des personnes qui ont participé à l'étude, la personne gestionnaire est parfois plus qu'une donneuse d'ordre ; c'est une personne humaine, disponible et à l'écoute des intervenantes et intervenants : « *Une bonne cheffe c'est une personne disponible, en mesure d'appliquer un cadre, qui est à l'écoute, présente pour son équipe* » (P11-F). C'est donc dans cette perspective que la personne gestionnaire est incluse dans le collectif de travail des intervenantes et intervenants.

Dans certains cas, la personne gestionnaire s'adapte aux intervenantes et intervenants et à leur réalité, et ce, dès le début de leur entrée en poste : « *Je n'ai rien à dire sur ma cheffe. J'ai commencé avec 3 ou 4 dossiers et elle me disait vient me revoir quand tu en veux plus. Elle m'a vraiment laissé le temps de m'adapter* » (P01-F). Le fait de s'adapter aux personnes salariées et à leurs intérêts dans la pratique est très bien reçu :

C'est ma cheffe qui me donne mes dossiers, elle y va selon mes intérêts donc c'est vraiment bien. Elle sait que j'aime mieux les adultes, que j'aime la DI légère, donc ces dossiers-là elle me les garde. (P01-F)

Ma cheffe c'était une personne humaine, avec qui je pouvais avoir des échanges... Puis c'était quelqu'un qui me laissait faire. (P09-H)

La présence de la personne gestionnaire dans toutes les parcelles du travail permet aussi aux intervenantes et intervenants de mieux effectuer leur travail. Pour la participante 10, cette grande disponibilité est un facteur facilitant du travail. Pour son équipe, la disponibilité et l'écoute de leur cheffe de programme sont les éléments sur lesquels ses collègues et elle s'accrochent pour décrire cette dernière comme une cheffe « en or ».

Ainsi, la présence constante des gestionnaires semble un élément essentiel pour le bon fonctionnement de l'équipe de travail. La participante 10 ajoute à cela que sa cheffe de programme et sa spécialiste en activité clinique (SAC) sont toujours derrière l'équipe : « *On le sent qu'ils veulent travailler en notre sens* ». Finalement, la participante 01 va dans le même sens en expliquant comment l'encouragement constant de sa supérieure et son positivisme lui permet de bien effectuer son travail.

Or, ce qu'on remarque est que dans ces extraits, la personne gestionnaire est perçue comme une ressource bénéfique puisqu'elle en fait toujours plus que ce qui lui est demandé. Puisqu'elle connaît bien ses employés, elle a tendance à mieux répartir les tâches. C'est d'ailleurs ce dont la participante 07 fait état lorsqu'elle parle de la répartition des dossiers : « *Comme je suis plus vieille, que ça ne me stress pas, puis que ça fait longtemps que je fais ça, bien ma boss me laisse des dossiers un peu plus crunch* » (P07-F). Dans le même sens, on remarque que pour certaines personnes intervenantes, c'est parce que leur gestionnaire est disponible en tout temps, même en dehors des heures de travail, qu'il ou elle permet aux intervenantes et intervenants de bien réaliser leur travail :

On pouvait texter notre gestionnaire « S.O.S. » et elle nous répondait. Il se pouvait qu'elle n'ait pas son cellulaire, puisqu'elle le faisait pour nous aider, mais qu'elle n'était pas tenue de le faire. (P02-F)

Par exemple, si elle prenait deux semaines de vacances, elle allait travailler une semaine sur le téléphone quand même. Tsé elle était « *workaholic* ». On avait le pouls avec elle, ça allait bien. (P08-H)

On constate dans le dernier extrait que cette culture « *workaholic* » que les gestionnaires s'imposent est appréciée des intervenantes et intervenants. Parfois, il s'agit même d'une attente qu'ils et elles ont envers leur gestionnaire : « *Ma boss était toujours débordée, mais même si elle était débordée elle prenait le temps de se faire appeler ou texter, elle nous rencontrait. C'était ça le plus important* » (P08-H).

En résumé, la personne gestionnaire qui en fait plus que ce qui attendu permet aux intervenantes et intervenants de tenir au travail. Il s'agit d'une ressource importante dans leur travail, puisque la personne gestionnaire est disponible en tout temps, qu'elle est à l'écoute de leurs besoins et qu'elle les connaît suffisamment pour bien répartir les tâches convenablement.

Dans la prochaine section, nous sortons du cadre organisationnel pour nous intéresser aux stratégies mobilisées face aux contraintes collectives de travail.

5.4.5 Stratégies pour gérer les contraintes liées à la collaboration interprofessionnelle

Comme nous l'avons vu, le fait de travailler avec différentes instances rend parfois le travail d'intervention difficile. À cet effet, certaines personnes nous ont fait part de stratégies développées avec le temps pour recadrer certaines relations avec les autres personnes du milieu. Ainsi, le fait de discuter de certaines situations problématiques avec les personnes concernées est une stratégie mobilisée par quelques participantes et participants.

De même, en partageant son opinion ou en faisant des demandes de modifications, cela permet aux intervenantes et intervenants de partager leurs émotions ou leur façon de

voir la situation et donc, de la gérer adéquatement. C'est le cas de la participante 03, qui raconte avoir été confrontée à une collègue qui privilégiait une approche très autoritaire avec les enfants qu'elles suivaient en dyade. La participante a donc tenté de discuter de son malaise face au type d'intervention choisi, en proposant de nouvelles façons de faire plus adaptées à la clientèle jeunesse. « *J'en ai parlé avec elle. Je sentais qu'il n'y avait pas une grosse ouverture, mais qu'elle n'était pas complètement fermée non plus à ce qu'on essaie des affaires...* » (P03-F). L'ouverture de sa collègue montre que cette stratégie est une façon de gérer les tensions qui apparaissent.

Dans un autre ordre d'idées, il peut s'avérer que les stratégies de communication employées avec les différentes personnes ne sont pas concluantes. C'est entre autres le cas du participant 08, lorsqu'il raconte que l'objectif du réseau de la santé est de réduire la patientèle à l'hôpital ou d'éviter les relocalisations. Face à cette situation dans laquelle la personne usagère n'est pas priorisée, le seul pouvoir que le participant 08 possède comme intervenant social est de demander le soutien de collègues plus expérimentés : « *Tu es toujours pris à répéter, puis à répéter, puis à répéter, puis finalement tu vas chercher les personnes les plus vieilles dans ton équipe pour te backer* ». Au-delà de la répétition des demandes, il arrive souvent que les intervenantes et intervenants n'arrivent à rien de concluant.

5.4.6 Stratégies élaborées dans la sphère personnelle

Une dernière catégorie de stratégies, mobilisées de façon individuelle dans un contexte « hors travail », ressort dans le discours de certaines personnes. Ces stratégies, contrairement à celles présentées antérieurement, leur permettent d'agir face aux différentes contraintes générales, par le biais de moyens individuels. Ces stratégies, contrairement à celles présentées antérieurement, peuvent être mobilisées pour gérer simultanément les contraintes organisationnelles, les contraintes liées à la clientèle, mais aussi les contraintes personnelles.

D'abord, plusieurs moyens permettent aux personnes intervenantes de se calmer vis-à-vis des journées chargées, tant sur le plan du travail que des émotions. À cet effet, la consommation modérée d'alcool semble bénéfique : « *Pour vrai, quand as une grosse journée, le meilleur truc c'est de prendre un bon verre de vin quand tu arrives chez toi* » (P11-F). Cette stratégie semble utilisée seulement à court terme par les participantes et participants, qui se disent dépassés par les événements de la journée et qui ne souhaitent que se relaxer en arrivant à la maison : « *J'arrive chez moi et je m'ouvre une bouteille de vin* » (P07-F) ; « *Je pouvais prendre un verre par soir, ça m'aidait, ça me calmait...* » (P08-H).

Contrairement à l'alcool, la consommation de marijuana apparaît comme un moyen à long terme pour calmer l'angoisse de certaines personnes face aux difficultés du travail. À titre d'exemple, la participante 05 utilise cette méthode, qu'elle considère plus adaptée que la médication chimique, pour gérer son anxiété :

Je fume du cannabis depuis que j'ai 17 ans... j'ai toujours cadré ma consommation à 3 ou 4 puff le soir avant de dormir. Et jusqu'à maintenant ça m'a toujours aidé, ça m'a toujours fait énormément de bien, ça baisse vraiment mon anxiété. (P05-F)

Dans le même sens, on remarque que la médication est une stratégie à long terme, principalement utilisée chez les personnes qui ont vécu de gros traumatismes pendant leur travail. La participante 02 raconte avoir pris longtemps de la mélatonine pour s'endormir, ainsi que des médicaments qui la mettaient « K.O. » lorsqu'elle a souffert d'un choc post-traumatique suite à l'agression qu'elle a subie.

Mais lorsque ces stratégies sont insuffisantes, la consultation auprès d'une ou d'un professionnel semble une stratégie appréciée pour gérer ces situations de travail intenses : « *Je voyais une psy vraiment intensément. Je faisais le MDR... une technique d'hypnose par le son pour les chocs post-traumatiques.* » (P02-F). Certaines personnes

choisissent aussi d'utiliser les services de consultation offerts par l'organisation. Cette stratégie semble avoir été efficace, particulièrement pendant la pandémie :

Durant le premier confinement, ils ont fait une clinique d'aide pour les intervenants sociaux. J'avais appelé et ça m'a fait vraiment du bien parce que dans le fond le contexte était plus dur, c'était stressant, inconnu. (P08-H)

Toujours dans l'optique de se calmer, l'adoption d'un animal auprès duquel on peut se coller est une stratégie dont fait état la participante 05. Elle raconte que depuis qu'elle a adopté son chat, elle remarque une différence notable sur son bien-être, ainsi que sur sa capacité à se calmer : *« je vais me mettre à pleurer, mais lui il va toujours venir sur moi, je vais le serrer, je vais le coller et ça va aller »* (P05-F).

On remarque aussi que pour plusieurs personnes, l'activité physique est un bon moyen d'évacuer : *« Je fais beaucoup de sport, je bouge beaucoup, je vais au gym 5 fois par semaine. Donc mon énergie, j'évacue beaucoup par ce biais »* (P05-F). Dans certains cas, on remarque que ces pratiques sont plus courantes en raison de la pandémie qui forçait les gens à sortir davantage pour aller marcher ou faire du vélo : *« Pendant la COVID, je prenais beaucoup de marches dans le quartier. Après je revenais, ça faisait du bien. L'été est arrivé, je faisais un peu plus de vélo »* (P08-H). Le fait de pratiquer une activité avec son conjoint semble aussi une pratique gagnante chez la participante 02 : *« J'allais beaucoup prendre des marches avec mon chum, aller m'asseoir dehors »*. (P02-F)

Outre l'activité physique, certaines personnes mentionnent essayer de prendre soin d'elles. Que ce soit en regardant la télévision, en prenant un bain ou en s'alimentant sainement, ces moyens semblent porter fruit auprès des participantes et participants en

ce qui concerne les difficultés vécues dans le cadre de leur travail : « *Personnellement, j'essaie de me changer les idées en faisant des choses que j'aime, comme d'aller au restaurant, au cinéma, voir mes amis, ou aller au gym* » (P08-H).

En conclusion, les résultats obtenus lors de l'analyse de nos données nous permettent de constater que le discours de plusieurs personnes fait échos aux données présentées dans la littérature sur le travail en intervention sociale. Qu'il s'agisse du manque de ressources au sein de l'organisation, qui pousse les personnes intervenantes à travailler plus fort et plus intensément ou du manque de soutien et de collectif, ces contraintes concordent avec les écrits scientifiques que nous avons présentés dans le chapitre sur la recension des écrits. Nous présenterons, au chapitre suivant, une discussion de ces principaux résultats.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Au chapitre précédent, nous avons présenté les résultats émanant de l'analyse des entretiens réalisés avec des intervenantes sociales et intervenants sociaux. Ce dernier chapitre présentera quant à lui la discussion de ces résultats de recherche.

Tout au long de ce chapitre, nous discuterons des résultats obtenus en lien avec les notions de contraintes de travail et de leurs conséquences, mais aussi de stratégies mobilisées par les personnes intervenantes pour se maintenir en emploi malgré ces contraintes, et en quoi elles résonnent ou non avec l'état des connaissances sur le sujet. Du récit des personnes répondantes a émergé la charge émotionnelle et cognitive de leur travail mis à l'épreuve quotidiennement, ainsi que les stratégies qu'elles développent avec le temps pour gérer cette réalité. Ces stratégies se manifestent parfois de façon individuelle, parfois de façon collective, mais elles se manifestent toujours en réponse aux déterminants du travail. Peu importe le milieu de pratique, les contraintes de travail s'entrecroisent et se rejoignent sur divers plans. De plus, les répondantes et répondants possèdent des capacités pour gérer ces contraintes et réussissent, parfois, à travailler autrement et de façon innovante.

6.1 Les facteurs de risques psychosociaux

Les résultats obtenus dans notre recherche nous permettent d'affirmer que dans leur travail, les intervenantes sociales et intervenants sociaux sont confrontés à de nombreuses contraintes, qu'elles soient directement liées au travail à réaliser ou à l'environnement dans lequel on leur demande de travailler. Cela fait sens avec le modèle de la situation de travail de la personne en activité de St-Vincent et *al.* (2011), dans lequel les déterminants de l'activité de travail ont pour rôle d'influencer cette activité. Rappelons-le, ces déterminants se divisent en trois catégories, soit les tâches et les exigences, les conditions et les moyens offerts par l'organisation, ainsi que l'environnement social (St-Vincent et *al.*, 2011). D'ailleurs, l'analyse plus fine des types de déterminants repérés grâce au modèle de la situation de travail de St-Vincent et *al.* (2011) fait ressortir la place importante des facteurs de risques psychosociaux dans les contraintes liées au travail d'intervention.

Afin de bien discerner les possibles déterminants des risques psychosociaux au travail, dans leur rapport, Gollac et *al.* (2011) identifient six catégories de facteurs :

- L'intensité au travail et le temps de travail (axe 1)
- Les exigences émotionnelles (axe 2)
- L'autonomie insuffisante (axe 3)
- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail (axe 4)
- Les conflits de valeurs (axe 5)
- L'insécurité de la situation de travail (axe 6)

Cette catégorisation en six axes, accompagnée des sous-facteurs associés, est présentée dans le tableau 3.1 ci-bas (Gollac et *al.*, 2011).

Tableau 3.1- Facteurs de risques psychosociaux et sous-facteurs associés Gollac et al. (2011)

Intensité du travail et temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Pression temporelle (rythme, durée et interruptions) (Suarez-Thomas, 2015) - Objectifs irréalistes ou flous - Polyvalence - Responsabilités - Instructions contradictoires et interruptions d'activité - Sous-qualification - Nouvelles technologies - Facteurs d'ambiance matérielle
Exigences émotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Relation au public - Contact avec la souffrance - Devoir cacher ses émotions - Peur
Autonomie insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie dans la tâche - Prévisibilité du travail, possibilité d'anticiper - Développement culturel, utilisation et accroissement des compétences - Monotonie et ennui - Aspects néfastes éventuels de l'autonomie dans la tâche
Mauvaise qualité des rapports sociaux au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Les représentations des rapports sociaux au travail - Relations avec les collègues - Relations avec la hiérarchie - Autres formes de la relation à l'entreprise - Relations avec l'extérieur de l'entreprise - Violence interne
Conflits de valeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Conflits éthiques - Qualité empêchée - Travail inutile
Insécurité de la situation de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière - Soutenabilité du travail - Changements

Nous présentons dans les prochains paragraphes les résultats les plus significatifs concernant les contraintes vécues par les participantes et participants rencontrés.

6.1.1 Intensité du travail et du temps de travail

Un premier élément qui est ressorti dans la majorité des entretiens est la grande charge de travail imposée aux intervenantes sociales et intervenants sociaux. Cette charge, qui se déploie principalement par une augmentation des dossiers à traiter, serait le fruit de la promesse d'autonomie et de flexibilité faite par la NGP (Merrien, 1990 ; Bourque et *al.*, 2014). Les personnes répondantes nous ont toutes confirmé la présence d'une charge de travail trop grande, de demandes excessives provenant de différentes personnes et d'un manque de ressources pour accomplir ces demandes.

Il semble que la pénurie de personnel en relation d'aide soit à la base de cette trop grande charge de travail, les personnes qui restent en emploi se retrouvant seules à accomplir les tâches, en plus de se faire ajouter celles de leurs collègues qui quittent. Cela est sans compter les travailleuses et travailleurs dits temporaires, qui ne font que couvrir les manques ponctuels en termes de ressources humaines et qui doivent donc être soutenus par les personnes régulières. Cette situation pèse énormément sur les personnes rencontrées. L'instabilité des équipes de travail est criante, mais on nous précise qu'il n'y a aucune solution et que les personnes intervenantes doivent donc subir cette réalité. Ceci fait échos à l'axe « intensité du travail » de Gollac et *al.* (2011), selon laquelle les responsabilités trop importantes, ajoutées aux objectifs irréalistes, agissent comme facteurs de risques psychosociaux chez les personnes salariées.

De même, la lourdeur du travail administratif (la tenue de dossier, les retours d'appel, la mise à jour des plans d'intervention, etc.) encombre le travail initial des personnes répondantes, soit l'intervention psychosociale (Bourque et *al.*, 2014). Avec le temps, on voit apparaître un travail monotone, répétitif et loin de la relation d'aide. Certaines personnes désignent ce travail administratif comme étant de la « fausse intervention », considérant que de la vraie intervention représente le fait d'être avec la clientèle et d'agir pour elle. Cela résonne avec les recherches entreprises par Merrien (1999) ainsi

que Bourque et *al.* (2014), qui montrent que la promesse de réduction de la bureaucratie faite par la NGP a finalement pour effet de déléguer les tâches administratives au personnel professionnel, comme les intervenantes sociales et intervenants sociaux.

6.1.2 Conflits de valeurs

Comme certaines personnes en témoignent, l'intensité du travail est parfois si importante qu'elles n'arrivent pas à remplir les obligations de leur ordre professionnel. Pour d'autres, ce manque aux obligations déontologiques agit comme un conflit de valeurs, entre ce que l'organisation leur impose de faire et le travail qu'elles souhaitent accomplir en vertu de leur code de déontologie. Cela fait sens avec l'étude de Bourque et *al.* (2014) sur la NGP, dans laquelle les personnes rencontrées affirment se sentir « impuissantes », « frustrées » et qu'elles remettent en question le sens de leur travail d'intervention face au fait de ne pouvoir respecter leur Ordre professionnel.

Cette situation agit elle aussi comme un facteur de risque psychosocial, puisque les contradictions entre les exigences organisationnelles et déontologiques nuisent à la qualité du service rendu à la clientèle (Gollac et *al.*, 2011). Ainsi, entre les demandes formulées par l'organisation et celles prescrites par leur Code de déontologie, les intervenantes et intervenants ne s'y retrouvent plus. À cet effet, Chénard et Grenier (2012) insistent sur l'idée que la responsabilité qui incombe aux travailleuses sociales et travailleurs sociaux en ce qui concerne leur ordre professionnel va au-delà du simple respect de la règle : ces personnes naviguent entre contradictions et paradoxes (Chénard et Grenier, 2012).

Cette recherche vient ainsi confirmer plusieurs constats rapportés dans d'autres écrits en gestion sur l'aspect déshumanisant du travail (Dujarier, 2015 ; Saives et *al.*, 2017 ; Soares, 2003). En ce qui concerne spécifiquement le réseau de la santé et des services sociaux, nos résultats illustrent que les nombreuses réformes qui l'ont restructuré en

viennent à déshumaniser la profession d'intervention sociale. À titre d'exemple, nous constatons que l'outil d'aide à la décision OCCI, qui doit normalement soutenir les professionnelles et professionnels dans leur prise de décision, vient transformer leur travail. Plus précisément, en leur dictant les décisions à prendre, cet outil transforme littéralement le travail d'intervention sociale comme un travail « d'entrée de données ».

Un autre exemple concerne le déplacement continu des usagers de l'hôpital à une résidence, puis à une autre, puis à un autre milieu, tel que témoigné par certaines personnes. Ces déplacements multiples ne semblent jamais concerner l'utilisateur et ses besoins : ils sont le fruit de la gestion des chiffres qui guette chaque milieu. Le nombre de lits dans les hôpitaux est compté, de même que le nombre de chambres occupées dans les résidences. C'est ce qui amène les gestionnaires dans ce « va-et-vient » de consignes données aux intervenantes et aux intervenants. Comme le précise Dujarier, les gestionnaires « *sont chargés de regarder le travail d'abord dans sa dimension abstraite : du point de vue de ce qu'il coûte et de ce qu'il permet de produire comme revenu* » (Dujarier, 2015, p.172).

Cette déshumanisation résonne avec la littérature des dernières années qui démontre une certaine forme de dénaturation du métier. Amadio (2009) soutient que la logique managériale entraînée par les réformes est en contradiction avec la perception qu'ont les personnes intervenantes de leur travail et du sens qu'elles accordent à leur pratique, supposée sociale. Les répondantes et répondants ont d'ailleurs, à plusieurs reprises, fait état du manque d'intervention psychosociale de leur pratique courante, en raison de la vision standardisée de cette pratique et du manque de temps dont ils et elles étaient la cible, comme l'avaient relaté Bourque (2009), ainsi que Parazelli et Dessureault (2010). De même, l'étude réalisée par Bourque et *al.* (2014) sur les effets de la managérialisation sur la pratique sociale, précise qu'en privilégiant les valeurs d'efficacité et de productivité, on ne se préoccupe plus de la qualité des services rendus.

Par l'organisation du travail qui est aujourd'hui valorisée, les intervenantes et intervenants n'arrivent plus à fournir un travail de qualité. Nos résultats font ainsi écho aux travaux d'Yves Clot (2010) sur les situations de travail dans lesquelles les travailleuses et travailleurs n'arrivent pas à offrir des services de qualité, en raison du manque de ressources fournies par l'organisation. Le travail en intervention sociale est donc brimé puisqu'on ne parvient pas à offrir ce que l'on considère comme un travail de qualité, et cela engendre inévitablement de la souffrance chez les personnes intervenantes. De plus, cela fait sens avec les écrits de Gonin et *al.* (2013) sur le sujet, pour qui la managérialisation des services de santé et des services sociaux engendre une souffrance psychique et morale au travail. Dans toutes ces situations, on voit que c'est la clientèle qui s'en voit pénalisée. Ces résultats nous permettent de nous questionner sur la finalité du travail social, à savoir pour qui, finalement, les personnes intervenantes travaillent-elles : la clientèle, ou bien l'organisation?

6.1.3 Insécurité du travail

Les répondantes et répondants rappellent également le peu de pouvoir d'agir face à l'organisation de leur travail. Dans l'ensemble, le manque d'information et le manque de marge de manœuvre sur le travail sont les facteurs qui pèsent le plus. Ceci fait écho avec les travaux de Petit et Coutarel (2013) sur la marge de manœuvre situationnelle, qu'on ne semble pas retrouver dans le travail des personnes interviewées et donc, qui les empêche d'ajuster leur activité selon les spécificités de leur travail.

Certaines personnes témoignent de l'important roulement de personnel et, plus spécifiquement, des gestionnaires qui doivent les encadrer. Cette situation s'est d'ailleurs empirée avec le contexte pandémique, où les personnes apprenaient au même titre que la population les nouvelles conditions de leur travail, jour après jour. Cette instabilité est pesante pour les personnes intervenantes et leur engendre un sentiment d'insécurité intense face à leur travail. Ceci avait d'ailleurs été soulevé dans le sondage

réalisé par l'OPTSQ (2010) portant sur la grande restructuration que le réseau avait subi à partir de 2004.

Ces résultats font aussi sens avec l'étude de Merrien (1999) et celle de Bourque et *al.* (2014), qui démontrent que les restructurations du réseau en viennent finalement à intensifier le travail d'intervention sociale, sans toutefois accorder un plus grand pouvoir d'influence. Comme le propose le cadre de Gollac et *al.* (2011), tous ces changements, qu'ils s'agissent des restructurations, du roulement des gestionnaires ou des collègues de travail, agissent comme des facteurs de risques psychosociaux chez les personnes œuvrant en intervention sociale.

6.1.4 Exigences émotionnelles

L'intensité du travail en intervention sociale se fait également sentir sur le plan émotionnel. En effet, on constate dans les résultats une grande charge émotionnelle, engendrée par les caractéristiques de la clientèle qui rend le travail plus intense. Face aux situations de crise régulières et aux urgences engendrées par la clientèle, les intervenantes et intervenants doivent apprendre à maîtriser leurs émotions. Ceci se rattache à la notion de « travail émotionnel » de Hochschild (2003), qu'elle définit comme « *l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment* » (Hochschild, 2003, p.32). Dans plusieurs discours, les personnes parlent explicitement des émotions qu'elles ressentent et qui, par le fait même, font partie du travail demandé. On peut entre autres penser au climat de peur ou d'insécurité qui s'installe lors des situations de crise, ou encore au chagrin des personnes dans des interventions difficiles comme l'accompagnement en fin de vie ou la violence faite aux enfants. Cette peur de la clientèle qu'ont les personnes intervenantes, en plus d'être quotidiennement confrontées à leur souffrance, fait sens avec les facteurs de risque psychosociaux présentés par Gollac et *al.* (2011) en ce qui a trait aux exigences émotionnelles. Face à cette grande charge émotionnelle qui s'imisce naturellement

dans leur travail, les intervenantes et intervenants tentent de maintenir un contrôle en se détachant émotionnellement. Cette notion de travail émotionnel est très présente dans le travail d'intervention et il importe donc de s'y attarder davantage. Nous croyons qu'il est essentiel, pour l'avenir, d'intégrer cette notion dans les réponses aux contraintes des intervenantes sociales et intervenants sociaux dans leur travail.

6.1.5 Autonomie

Puis, on remarque le manque de formation et de préparation des personnes intervenantes en ce qui a trait aux diverses fonctions à assumer. Ces fonctions ne sont pas toujours liées au métier d'intervention sociale, comme la formation des nouvelles personnes salariées, la gestion de la prise de médicaments, ou encore la gestion financière et administrative de la clientèle. Il semble que ces nouvelles fonctions, pour lesquelles on ne prépare pas convenablement les intervenantes et intervenants, soient encore à ce jour causées par les réorganisations du réseau (Larivière, 2013).

De même, les outils d'aide à la décision fournis aux intervenantes et intervenants les rendent mal à l'aise en ce qui concerne leur travail. Dans certains entretiens, les personnes témoignent de l'utilisation qu'elles font de l'OCCI, en précisant la lourdeur de ce dernier. En plus de laisser une trop grande place à la subjectivité des intervenantes et intervenants qui le remplissent, ces personnes se sentent responsables des résultats qui en découlent et craignent donc de l'utiliser. Les questions qui sont dictées par l'outil sont parfois hors contexte et certaines personnes nous ont d'ailleurs affirmé ne pas répondre à ces questions ou ressentir un grand malaise lorsqu'elles doivent les poser. Cela fait d'ailleurs écho au sondage réalisé par l'Alliance du personnel professionnel et technique (APTS), dans lequel la majorité des personnes répondantes affirment ne pas être d'accord avec les résultats produits par l'outil, et ce, sans compter les erreurs qui sont produites par ce dernier (Grenier et *al.*, 2019).

En outre, les indicateurs proposés aux intervenantes sociales et intervenants sociaux mesurent davantage la productivité que la qualité de l'intervention, qu'on fasse référence au nombre de rencontres visées avec la clientèle, aux délais à respecter en ce qui concerne les interventions, voire au nombre d'interventions prescrit aux intervenantes et intervenants. Cette façon de considérer l'organisation du travail a souvent pour effet de déshumaniser les services rendus, mais tout autant les personnes qui rendent ces services à la clientèle (Bourque et *al.*, 2014). Tous ces éléments expriment à quel point ces outils d'aide à la décision nuisent à l'autonomie des intervenantes sociales et intervenants sociaux. Selon Gollac et *al.* (2011), ils empêcheraient d'une certaine façon le développement et l'utilisation des compétences acquises par les personnes intervenantes, ces dernières devenant des robots commandés par les outils. Cette situation nous amène à nous questionner sur la valeur qui est portée à l'intervention sociale, ce qui laisse croire que la profession est sous-estimée.

6.1.6 Rapports sociaux

En ce sens, un autre résultat qui ressort de nos entretiens est le manque de reconnaissance en ce qui a trait à la profession de l'intervention sociale, engendrée en partie par la vision managériale de la NGP (Richard, 2014). Les personnes répondantes ne se sentent pas appuyées par l'organisation, et ce, sans compter le fait qu'elles se sentent dévalorisées face aux autres corps de métier. Ce manque de reconnaissance résonne quant à lui avec l'axe « rapports sociaux » présenté par Gollac et *al.* (2011), selon lequel la dévalorisation de la profession d'intervention sociale affecte directement les personnes dans leur bien-être au travail.

Ce manque de reconnaissance semble être, dans la majorité des cas, un problème lié à la personne gestionnaire. En effet, nous remarquons que la relation entre les intervenantes et intervenants et leur gestionnaire est un aspect intégrant dans leur travail. Or, il semble que cette relation soit rarement comblée, en ce sens que le style

de gestion de la personne gestionnaire ne concorde pas avec les attentes qu'ont les intervenantes sociales et intervenants sociaux d'une bonne personne gestionnaire. Cette situation semble d'ailleurs plus présente chez les personnes qui ont à interagir régulièrement dans des situations de crise, où la clientèle peut parfois se montrer dangereuse. Ces résultats concordent avec l'étude de Larivière (2013), qui démontre que le style de gestion qui ne répond pas aux attentes des intervenantes et intervenants et l'absence d'encadrement qui leur est offert les affectent beaucoup et tend à faire diminuer leur sentiment d'appartenance.

6.1.7 Conclusion sur les facteurs de risques psychosociaux

Ultimement, notre recherche permet aussi d'affirmer que par l'organisation du travail en place – le manque de personnel, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance et de contrôle des personnes intervenantes – le collectif de travail est menacé : il manque constamment de personnel, les gens ne désirent plus rester parce que le travail est trop difficile. Selon Dejours (rapporté par Aizicovici, 2009), cette situation serait perçue comme une déstructuration des solidarités entre les personnes salariées. Puisque l'organisation du travail ne permet pas au collectif de prendre place, elle affecte automatiquement les relations sociales. Plusieurs personnes ont d'ailleurs témoigné de l'instabilité de leur équipe de travail, sans compter de leur incapacité à échanger et à renforcer les relations, par manque de temps.

S'ajoute à cela le contexte pandémique, qui a affecté les solidarités nécessaires à la viabilité du collectif de travail. Maintenant, les personnes intervenantes ne se voient plus, elles se sentent seules et n'ont plus les points de repère qu'elles avaient auparavant pour effectuer un travail de qualité. Comme le proposent Caroly et Barcellini (2013, p.36) :

le collectif de travail offre un ensemble de gestes de métier possibles, une gamme de manières de faire un travail de qualité qui peuvent aider l'opérateur à trouver dans son activité des moyens et des façons de faire adaptés à la situation dans un but de préservation de sa santé et de construction du sens du travail (Caroly et Barcellini, 2013, p.36).

Le collectif de travail est donc à la base un bon moyen de se structurer ensemble et d'établir des règles de conduite pour assurer ce travail collectif. Or, encore aujourd'hui, lorsque les personnes réussissent à se côtoyer, c'est avec des équipements de protection et des mesures sanitaires exorbitantes qui les empêchent de fournir ce travail de qualité. Cette situation propose la déconstruction du collectif de travail, en ce sens que la situation de travail actuelle ne permet plus les marges de manœuvre nécessaires (Chadoin, 2019).

Notons également que l'instabilité des équipes de travail, nommée précédemment, ne fait que diminuer les possibilités d'entretenir ce collectif de travail. Les personnes en poste se retrouvent soit seules de leur équipe, ou accompagnées de collègues différents chaque jour, provenant de la liste de rappel, puisque les ressources en place ne permettent pas de recruter et de maintenir suffisamment de personnel pour stabiliser l'équipe de travail.

6.2 Des personnes qui mobilisent des stratégies

Cet ensemble de facteurs de risques psychosociaux nous permet de constater que l'organisation du travail en place est compliquée. Or, comme les résultats nous le démontrent, les personnes ne restent pas passives face à ces contraintes : elles agissent et mettent en œuvre des stratégies. Pour certaines personnes, les facteurs de risques psychosociaux sont tels qu'elles décident de quitter. Ces dernières n'arrivent donc pas à maintenir l'équilibre entre leur santé et leur travail (St-Vincent et *al.*, 2011).

Pour d'autres personnes, ce sont des stratégies individuelles qui sont mises de l'avant : elles priorisent les urgences, elles travaillent des heures supplémentaires et s'empêchent parfois de manger, elles consomment de l'alcool, des drogues et des médicaments, etc. Dans le même sens, les caractéristiques personnelles de certaines personnes, comme leur capacité d'adaptation, leurs compétences spécifiques au travail et leur expérience antérieure agissent comme barrière de protection vis-à-vis des contraintes du travail. Nous avons de même constaté un fort enthousiasme pour le travail social chez les personnes répondantes. Elles ont d'ailleurs été plusieurs à témoigner de l'impact positif que cet intérêt avait, encore aujourd'hui, sur leur engagement au travail.

Ultimement, ces stratégies ne semblent pas suffisantes pour maintenir ces personnes au travail. En effet, à force de gérer les urgences et de crouler sous les heures supplémentaires, les intervenantes et intervenants se donnent trop émotionnellement et s'épuisent. Or, puisque ces stratégies sont insuffisantes lorsqu'elles sont déployées individuellement, il est possible de s'intéresser au collectif de travail comme un facteur de protection, ce dernier permettant peut-être de déployer des stratégies plus fortes.

En ce sens, de notre recherche ont émergé des stratégies collectives, axées principalement sur la relation informelle entre les intervenantes sociales et intervenants sociaux qui, comme proposée dans la littérature, est essentielle pour créer et maintenir les liens entre les collègues (Chouinard et Couturier, 2006 ; Larivière, 2014). Cette informalité peut prendre plusieurs formes, telles que les activités entre collègues, les espaces de discussion physiques et virtuels, mais aussi l'établissement de règles collectives informelles (Caroly et Clot, 2004) . Nous avons ainsi remarqué dans nos entretiens que les activités d'équipe, telles que les repas au restaurant pour les anniversaires, les activités de « *team-building* », voire les activités de 5 à 7 en dehors des heures de travail, permettent aux intervenantes et intervenants de resserrer les liens et, par le fait même, de passer par-dessus les contraintes du travail. Pour certaines

personnes, le fait de célébrer les anniversaires de tous et chacun en allant au restaurant est une façon informelle de reconnaître les personnes salariées et le travail qu'elles accomplissent. Pour d'autres, les activités en dehors des heures de travail, telles qu'un barbecue entre collègues le week-end, est une façon judicieuse d'apprendre à mieux connaître ses collègues, mais aussi à développer un lien de confiance avec ces personnes, ayant rarement le temps de le faire pendant les heures de travail. Ainsi, ces activités agissent-elles non pas seulement comme des manières de décrocher des difficultés de leur travail, elles agissent aussi comme compensation pour le manque de ressources et de reconnaissance reçues quotidiennement dans leur travail. Comme le spécifie Caroly (2010) : « *la santé apparaît [...] comme un résultat des possibilités d'agir des sujets sur leur milieu de travail* » (Caroly, 2010, p.3). Ainsi, le collectif de travail, lorsqu'il peut se développer et exister, est un moyen de maintenir la santé des travailleuses et travailleurs qui en font partie.

Nos résultats ont fait ressortir des écarts d'expérience entre les intervenants.es qui rapportaient des manifestations de collectif fort par rapport à celles et ceux dont le collectif semblait effrité. Les stratégies rapportées par ces personnes s'inscrivaient davantage dans un mode proactif, c'est-à-dire que face à l'absence de ressources, elles devaient mettre en place les espaces nécessaires pour construire ce collectif.

Finalement, plusieurs personnes, lorsqu'elles réfèrent à leur travail, vont s'autoproclamer « les sociaux ». Cette tendance à l'utilisation du terme « social » est d'ailleurs rapportée dans la littérature en ce que le « social » – particulièrement dans le réseau de la santé – se distingue de la santé au sens large (Larivière, 2012). Ainsi, il est reconnu que les intervenantes sociales et intervenants sociaux se différencient de leurs collègues en ce que leur vision des situations dans lesquelles ils et elles doivent intervenir se distingue des autres personnes professionnelles du réseau (Pauzé, 2016). En comparant leur travail avec les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers ou les préposées et préposés aux bénéficiaires, les personnes répondantes ont démontré cette

distinction. Or, dans leur étude, Morin et *al.* (2018) précisent que le « social » est relégué au second plan dans les milieux hospitaliers, ce qui explique pourquoi les intervenantes sociales et intervenants sociaux ont tendance à se distinguer de leurs collègues. Cette utilisation commune d'un vocabulaire prouve le sentiment d'appartenance des intervenantes sociales et intervenants sociaux à leur identité professionnelle. Le collectif de travail apparaît comme important aux yeux des personnes répondantes, à un point tel qu'elles se mobilisent ensemble en ce qui a trait à leur métier.

Ceci fait échos aux écrits de Barnard (1966), qui soutient que le collectif est toujours plus performant que l'individu qui travaille seul. À cela, Bourque et *al.* (2014) précisent :

Cela démontre toute l'importance de la coopération au sein des organisations, mais également la croyance à la mission de l'organisation. Si cette foi disparaît, la volonté de coopérer diminue et le collectif inévitablement ébranlé. Une situation qui peut s'apparenter au réseau actuel. (Bourque et *al.*, 2014, p.106).

En somme, il semble que la construction du collectif de travail soit la stratégie la plus précieuse pour les intervenantes sociales et intervenants sociaux. Cependant, il est à risque d'effritement, puisque l'organisation lui met constamment des bâtons dans les roues. Que ce soit par les prescriptions contradictoires (Blanc, 2016), par le courant de la NGP et de sa volonté de managérialiser le travail de relation d'aide (Dejours, 2016), ou encore en limitant les équipes de travail en priorisant des personnes salariées temporaires, les contraintes organisationnelles viennent qu'à détruire le collectif de travail et les personnes salariées n'ont finalement d'autres choix que de quitter l'organisation. Dans cette optique, il importe que les organisations considèrent le collectif de travail comme une stratégie à part entière pour favoriser le bien-être au travail et ainsi, que le personnel en intervention sociale reste en emploi. Mais il ne suffit

non pas, selon nous, de renforcer ce collectif ; il faut également repérer les facteurs organisationnels qui amènent la destruction de ce collectif.

6.3 Limites de la recherche et perspectives d'études ultérieures

La réalisation de notre recherche a connu quelques obstacles tout au long du processus et nous tenons à les présenter ici.

D'abord, la difficulté d'accès aux personnes répondantes potentielles, par l'entremise de notre organisme collaborateur, en faisait partie. En effet, comme prévu dans notre dispositif éthique, nous avons tenté de prendre contact avec les personnes membres du regroupement le Récifs, en partageant une invitation sur sa page Facebook. Or, suite à cette publication, nous n'avons obtenu aucune réponse de leur part. Nous avons donc dû recourir à l'échantillonnage de type « boule-de-neige ». Pour ce faire, nous avons, à un moment donné, pris la décision d'établir un premier rapprochement avec des personnes intervenantes et de nous présenter brièvement, avant de leur envoyer le courriel susmentionné. C'est seulement à partir de ce moment-là que nous avons commencé à avoir des réponses. Parmi celles-ci, nous n'avons reçu qu'un seul refus. Il faut toutefois préciser qu'il a fallu relancer plusieurs fois certaines personnes qui avaient témoigné de leur intérêt, en raison de leur horaire chargé.

Puis, notre recherche s'est déroulée pendant le contexte pandémique, ce qui a retardé et modifié la tenue de nos entretiens. En effet, nous comptions réaliser ces entretiens en présentiel, dans le lieu de pratique des personnes répondantes, de manière à pouvoir observer du même coup leur activité de travail. Or, avec les consignes sanitaires en vigueur, nous avons dû tenir ces entretiens par Zoom plutôt qu'en présentiel, ce qui nous a obligés à retirer la partie « observation » de notre méthodologie. La richesse des résultats obtenus par les entretiens nous permet toutefois d'affirmer que notre étude n'a pas été trop affectée par ce contexte.

Par le fait même, ce contexte pandémique a causé des difficultés en ce qui concerne la représentativité de notre population à l'étude. En effet, par la méthode d'échantillonnage retenue, il s'est avéré que la population issue du milieu communautaire n'était pas suffisante. Une seule personne s'est avérée travailler en intervention communautaire, les autres pratiquant dans le secteur public ou privé.

En dépit de ces limites, nous croyons que la richesse des conclusions tirées de cette étude exploratoire aideront la communauté scientifique à mieux comprendre les contraintes dans le travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux et des stratégies possibles pour gérer ces contraintes. De façon plus générale, grâce au savoir théorique produit, la communauté de recherche en gestion, les gestionnaires et les personnes œuvrant en intervention sociale, mais aussi toutes les personnes intéressées, pourront bénéficier d'une vision plus objective de contextes possédant des caractéristiques similaires à celui que nous avons étudié.

À ce niveau, nous recommandons que d'autres études puissent exclusivement traiter de l'activité de travail des personnes intervenantes dans le secteur de la santé et des services sociaux œuvrant au sein d'organisations différentes de celles observées dans notre étude, pour voir à titre de comparaison, si la perception des contraintes et les stratégies mobilisées sont les mêmes d'un milieu à l'autre. De plus, il serait intéressant d'observer la perception qu'auraient ces personnes du collectif de travail et de sa place comme facteur de rétention dans l'organisation. Notre recherche nous a permis de confirmer que le collectif de travail est un facteur important de la rétention du personnel en intervention sociale et c'est pourquoi nous croyons qu'il faut s'y intéresser davantage.

D'autres recherches portant sur l'activité de travail en intervention sociale pourraient également être effectuées, en ayant entre autres comme méthodologie l'observation directe dans l'organisation. Cela permettrait d'avoir une vision plus complète des

contraintes possibles et des stratégies à la fois individuelles et collectives déployées par les personnes.

Nous avons en outre identifié l'importance de la personne gestionnaire comme facteur de rétention chez le personnel étudié. Or, dans nos résultats, ces gestionnaires semblent, au même titre que les intervenantes et intervenants, en faire plus que ce qui leur est demandé pour assurer un équilibre au travail. Notre travail n'ayant pas pu aborder en détail la vision des gestionnaires des contraintes de travail et de comment elles impactent le lien qu'ils et elles possèdent avec leur personnel, nous recommandons que cet aspect soit étudié par d'autres personnes qui analyseraient notamment la notion de disponibilité chez les gestionnaires. De plus, une analyse des contraintes vécues comme gestionnaires, en comparaison à celles vécues comme personnel en intervention sociale, serait une piste intéressante pour comparer leur réalité, les deux se côtoyant tous les jours.

Finalement, il serait intéressant que sur le plan méthodologique, des recherches complémentaires soient réalisées pour valider les résultats de la présente, dans une logique d'approfondissement de la co-construction avec les intervenantes sociales et intervenants sociaux entre eux. À cet effet, la tenue de focus group rejoignant 5 ou 6 personnes provenant de milieux distincts serait une façon intéressante de confirmer ou d'infirmer certains de nos résultats en ce qui concerne les contraintes dans le travail. Cela permettrait également, sur le plan social, d'agir comme espace de discussion entre ces personnes. En effet, nous avons réalisé à quel point les personnes intervenantes se comprenaient « entre elles » plutôt qu'avec les autres corps de métier, en raison de la nature sociale de leur travail. Les résultats obtenus par l'entremise d'un focus group pourraient donc être bénéfiques d'une part pour la communauté scientifique, mais d'autre part pour les personnes elles-mêmes, qui pourraient échanger et se partager des stratégies de gestion des contraintes dans le travail.

Dans ce dernier chapitre, nous avons tenté de discuter des données issues de nos recherches. En ce sens, dans la première partie du chapitre, nous avons démontré que les principales contraintes de travail résonnent avec le modèle des risques psychosociaux de Gollac et *al.* (2011).

Dans la deuxième section, nous avons établi que face à ces contraintes, les personnes intervenantes agissent en mobilisant différentes stratégies. Pour certaines personnes, la seule stratégie possible est de quitter l'organisation, alors que pour d'autres, il s'agit de mobiliser des stratégies individuellement, comme la priorisation de certaines tâches, alors que pour d'autres, ce sont les stratégies mobilisées collectivement, comme les espaces de discussion et les activités informelles qui sont les plus profitables.

Dans tous les cas, la construction du collectif de travail apparaît comme la meilleure solution pour mobiliser les intervenantes sociales et intervenants sociaux et les aider à demeurer au travail. Or, en raison des nombreuses contraintes organisationnelles, ce collectif de travail est détruit.

Enfin, dans la dernière partie, nous avons présenté les limites rencontrées lors de nos démarches et nous avons, par le fait même, proposé des pistes qu'il serait intéressant de suivre pour des recherches futures.

CONCLUSION

Cette recherche qualitative s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise ès en sciences de la gestion. Des entretiens semi-dirigés auprès de onze participants.es volontaires nous ont permis de recueillir de l'information sur le travail en intervention sociale, mais également sur les contraintes de ce travail et sur les stratégies mobilisées pour gérer ces contraintes.

D'une part, le but de cette étude était de repérer les principales contraintes issues du travail des personnes œuvrant au Québec. D'autre part, nous cherchions à identifier les stratégies mobilisées par ces dernières pour gérer les contraintes de travail et ainsi, pouvoir rester au travail. De manière générale, les résultats de notre recherche nous poussent à croire que les contraintes vécues par les intervenantes sociales et intervenants sociaux se rapportent à la notion de risques psychosociaux selon Gollac et *al.* (2011) et qu'elles sont généralisables à l'ensemble des personnes rencontrées.

Or, en ce qui concerne les stratégies mobilisées par les personnes rencontrées, elles varient. Pour plusieurs, ce sont des stratégies mobilisées pour préserver sa santé, alors que pour d'autres, elles sont davantage utiles pour gérer la charge de leur travail. Chose certaine, un élément ressort de l'ensemble des entretiens : l'importance du collectif de travail pour se préserver comme intervenantes sociales et intervenants sociaux.

Le fait de réaliser des activités informelles entre collègues, ou encore de bénéficier d'espaces et de moments pour ventiler, discuter et partager sur son travail sont des

stratégies qui portent fruit. Cependant, nous remarquons que l'organisation du travail actuelle, par sa volonté constante de rendement et d'efficacité, nuit à la formation du collectif de travail et empêche les personnes salariées de développer cette stratégie.

Face à ce constat, il serait pertinent pour des recherches futures de s'intéresser à la façon d'offrir une organisation du travail permettant l'existence et le maintien d'un collectif de travail. Ceci pourrait permettre de gérer certaines contraintes, comme la charge excessive de travail et le manque de soutien émotionnel. En mobilisant le collectif, le partage des tâches, des dossiers et de la clientèle plus difficile, serait facilité. De même, les personnes participantes nous ont répété à plusieurs reprises à quel point leurs collègues demeuraient les seules personnes à qui se confier dans leur vie, par leur compréhension commune de la réalité dans laquelle ces personnes pratiquent l'intervention sociale. Il reste donc primordial de permettre des espaces dans lesquels les intervenantes et intervenants peuvent ventiler entre eux, et même s'échanger des outils et des façons de faire. Finalement, en permettant le développement d'un collectif de travail, l'efficacité, de même que l'efficience du travail, serait augmentée. En effet, comme le proposent Caroly et Clot (2004) :

Nous faisons l'hypothèse que le travail collectif, couplé au collectif de travail, est plus efficace, pour faire face aux perturbations de l'activité, qu'un travail collectif sans collectif de travail. L'efficacité désigne ici autant l'atteinte des buts (production) que les ressources mobilisées, c'est-à-dire l'efficience pour y parvenir (santé au sens large) (Caroly et Clot, 2004, p.47).

Ainsi, en mobilisant le collectif de travail, l'équilibre entre la préservation de la santé et la production demandée (Gollac et *al.*, 2011) serait possible. Ultiment, cette solution permettrait peut-être de diminuer la problématique de manque de ressources humaines que connaissent différents milieux d'intervention actuellement.

Notre recherche comporte certaines limites. D'abord, en raison du contexte pandémique, nous n'avons pu nous rendre sur les lieux du travail afin d'observer l'activité de travail des intervenantes sociales et intervenants sociaux comme nous le souhaitons initialement.

De surcroît, le contexte pandémique a limité la représentativité de notre échantillon. Or, en dépit de la généralité de notre recherche exploratoire, la représentativité de notre échantillon nous permet de conclure que les résultats que nous avons obtenus aideront la communauté scientifique à mieux déceler les stratégies qui sont mobilisées par les personnes œuvrant en intervention sociale pour gérer les contraintes de leur travail.

À la lumière de ces limites, nous recommandons que de futures recherches soient dirigées sur l'activité de travail de l'intervention sociale dans d'autres secteurs d'activités que ceux étudiés dans la présente recherche, afin de comparer si les contraintes de travail, ainsi que les stratégies mobilisées, sont les mêmes. Dans la même optique, nous croyons qu'il serait judicieux, pour une recherche future, d'observer la perception qu'ont les personnes intervenantes du collectif de travail et de l'influence qu'il a sur la rétention de ces personnes.

Les projets de recherches futurs proposés pourront peut-être, à la lumière de recommandations que nous faisons, permettre à la communauté scientifique de s'intéresser à la notion de stratégies de gestion des contraintes de travail chez les intervenantes sociales et intervenants sociaux et, plus précisément, au collectif de travail comme facteur de rétention de cette profession.

ANNEXE A

GRILLE D'ENTRETIEN

Thèmes**1. Introduction**

1.1 Pouvez-vous me dire votre nom, votre âge, ainsi que les études que vous avez réalisées?

2. Faire connaissance autour du travail

2.1 Parlez-moi de votre parcours d'emploi comme intervenant(e) social(e).

- Quel poste occupez-vous présentement?
- Vous a-t-on offert une description de tâches claire à votre arrivée au travail?
- Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre domaine?

2.2 Concrètement, à quoi ressemble une journée type pour un(e) intervenant(e) social(e)?

3. Contraintes au travail

3.1 Qu'y a-t-il de difficile dans votre travail? Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile?

- Où se trouvent les nœuds, les contraintes?
- Sentez-vous que vous avez des comptes à rendre? Lesquels? (diminuer les listes d'attente, les statistiques, etc.)
- Sont-ils réalistes?

3.2 Vous est-il déjà arrivé qu'un ou une gestionnaire vous demande d'agir à l'encontre de votre code de déontologie?

- Comment vous êtes-vous senti?

3.3 Avez-vous consciemment agi à l'encontre de votre code de déontologie?

Pour quelle raison?

- Comment vous êtes-vous senti?

4. Stratégies

4.1 Comment faites-vous pour tenir ces difficultés?

4.2 De quelle façon réagissez-vous lorsque vous faites face à ce genre de difficulté?

- Vers qui vous tournez-vous?
- À quel moment utilisez-vous ces stratégies? (pendant les heures de travail, à des moments critiques, etc.)
- Quels moyens utilisez-vous pour gérer ces situations?
- Qu'est-ce qui, à votre connaissance, fonctionne le mieux pour gérer ces difficultés?

5. Collectif de travail

5.1 À votre connaissance, s'agit-il de situations qui sont vécues par vos collègues aussi?

5.2 Prenez-vous du temps ensemble pour discuter de ces événements difficiles?

5.3 Comment se passait votre relation avec vos collègues avant la COVID?

- Avez-vous l'impression que votre relation avec vos collègues est plus difficile depuis?

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étudiante-chercheure

Roxanne Poulin, Maîtrise ès sciences de la gestion, Spécialisation ressources humaines, 514-606-9888, poulin.roxanne.3@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Annie Camus, Département Organisation et Ressources humaines, (514) 987-3000 p. 5056, camus.annie@uqam.ca

Martin Chadoin, Département Organisation et Ressources humaines, (514) 987-3000 p. 6857, chadoin.martin@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique un entretien individuel d'une durée de 60 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Description du projet et de ses objectifs

Vous êtes invitée, invité à prendre part à un projet de recherche qui a comme objectif de comprendre les contraintes en intervention sociale pouvant être vécues dans le cadre de votre travail, en plus de repérer les stratégies déployées pour gérer ces contraintes. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre du mémoire de maîtrise de Mme Roxanne Poulin, sous la direction de Mme Annie Camus et de la codirection de M. Martin Chadoin, professeurs au département d'Organisation et Ressources humaines de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM.

Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à donner votre consentement à un entretien individuel au cours duquel il vous sera demandé de décrire, entre autres choses, votre pratique professionnelle en tant qu'intervenant(e). Vous serez invité(e) à partager sur votre travail. L'entretien, avec votre permission, sera enregistré numériquement et sera d'une durée d'environ 60 minutes. L'entretien s'effectuera à distance dans l'optique de respecter les recommandations de la santé publique à l'égard de la COVID-19, ainsi qu'à l'heure qui vous conviendra. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Avantages et risques liés à la participation

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des contraintes de travail en intervention sociale, ainsi que des stratégies possibles pour gérer ces contraintes. En principe, aucun risque d'inconfort important n'est lié à votre participation à cette recherche. Cependant, vous devez prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience de travail que vous avez peut-être mal vécue. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous jugez embarrassante sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si elle estime que votre bien-être est menacé.

Confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entretien sont confidentiels et que les seules personnes ayant accès à l'enregistrement de l'entretien et au contenu de sa transcription sont la responsable du projet et sa direction de mémoire. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls les chercheurs auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcriptions codées) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément, sous clé, par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Dans l'éventualité où vous souhaiteriez avoir accès à la transcription de votre entretien, protégé par un mot de passe, nous pourrions vous l'envoyer par courriel en vous divulguant le mot de passe par téléphone ou dans un courriel distinct. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche. Les résultats de cette recherche seront publiés dans un mémoire de maîtrise. Si vous le souhaitez, ces résultats pourront vous être communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Participation volontaire et retrait

Votre participation à ce projet est entièrement libre et volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche sans devoir justifier votre décision. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Mme Roxanne Poulin verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue dans le cadre de ce projet de recherche. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis sur demande au terme du projet.

Utilisation secondaire des données

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant 5 ans au terme du projet. Éventuellement, nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. En aucun cas, il ne sera possible de vous identifier. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

- J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche
 Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Des questions sur le projet ?

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour toutes questions additionnelles sur le projet : Roxanne Poulin (514-606-9888, roxanne.poulin@hotmail.ca). Vous pouvez également discuter avec les codirecteurs de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche : Annie Camus (514-987-3000 p.5056, camus.annie@uqam.ca) et Martin Chadoin, (514-987-3000 p.5867, chadoin.martin@uqam.ca).

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : [cerpepluri@uqam.ca ; 514-987-3000, poste 6188]

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ; (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

APPENDICE A

COURRIEL ENVOYÉ AU REGROUPEMENT LE RÉCIFS AFIN QU'IL SOIT
PARTAGÉ SUR SA PAGE FACEBOOK

Bonjour, dans le cadre de mes travaux de recherche en vue de la rédaction de mon mémoire de maîtrise à l'UQAM, j'aimerais solliciter votre participation à une étude portant sur les stratégies de gestion des contraintes de travail mobilisées par les intervenants sociaux.

En fait, votre participation consiste à donner votre consentement pour un entretien individuel d'une durée approximative de 45 minutes, au cours duquel nous échangerons simplement sur votre travail. Cet entretien contribuera à mieux saisir les contraintes de travail dans le secteur de l'intervention sociale et les façons de répondre à ces contraintes. En outre, votre participation contribuera à documenter les stratégies qui permettent gérer positivement les contraintes liées à votre travail d'intervenants. À la fin des travaux, vous recevrez une copie des résultats de l'étude, dès que celle-ci sera acceptée par l'UQAM. Le seul risque que pourrait présenter cette recherche serait éventuellement votre réticence à dévoiler certaines informations à connotation négative sur vous-mêmes ou sur vos collègues, par crainte de représailles ou autres répercussions non souhaitables. Cependant, je vous garantis que les réponses collectées resteront anonymes, une entente de confidentialité ayant été signée à cet effet par les membres de mon équipe de recherche.

Si ce projet de recherche vous intéresse, je vous invite à manifester votre intérêt en me contactant par courriel à l'adresse suivante : poulin.roxanne.3@courrier.uqam.ca

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce projet,

Roxanne Poulin

Étudiante à la maîtrise en ressources humaines
ESG-UQAM

APPENDICE B

COURRIEL ENVOYÉ À MARJOLAINE GOUDREAU, DIRECTRICE DU RÉCIFS,
POUR SA COLLABORATION AU PROJET DE RECHERCHE

Madame,

Dans le cadre de ma maîtrise en sciences de la gestion – concentration ressources humaines – à l'Université du Québec à Montréal effectuée sous la direction de Mme Annie Camus et la codirection de M Martin Chadoin, j'effectue un projet de recherche portant sur les stratégies mobilisées pour gérer les contraintes de travail des intervenants sociaux. Ayant travaillé moi-même à titre d'intervenante sociale avec une clientèle en difficultés et en m'étant impliquée dans différents projets de recherche dans le cadre de mes études portant entre autres sur la façon dont le travail est organisé et coordonné, j'ai développé un intérêt pour la relation entre l'organisation du travail et le bien-être des employés. Je constate aussi que la situation de travail actuelle des intervenants sociaux semble parfois difficile, de par les évolutions récentes du secteur et la pénurie d'intervenants compétents devenant plus importante.

La présente a ainsi pour but de vous solliciter à collaborer à cette étude. Votre collaboration consisterait à agir comme intermédiaire en nous mettant en contact avec une quinzaine d'intervenants sociaux membres de votre regroupement (RÉCIFS), afin de mener des entretiens d'une durée approximative d'une heure. Votre participation à ce projet de recherche nous permettrait d'amener un éclairage complémentaire quant aux stratégies mises en place pour gérer les contraintes de travail et, par le fait même, pour demeurer au travail. Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche serviront principalement à la rédaction d'un mémoire qui est une des exigences pour l'obtention de la maîtrise en Sciences de la gestion. Par la suite, elles pourront être utilisées pour la préparation d'articles ou de présentations. Le seul risque que pourrait présenter cette recherche serait éventuellement la réticence des participants à dévoiler certaines informations à connotation négative sur eux-mêmes ou sur leurs collègues, par crainte de représailles ou autres répercussions non souhaitables.

Tenant compte des informations qui précèdent, votre tâche consisterait à solliciter la participation d'une quinzaine d'intervenants sociaux à ma recherche. L'anonymat et la

confidentialité dans le traitement des données sont assurés tel que nous le stipulons dans la lettre qui leur est adressée. Une entente de confidentialité entre les membres de l'équipe de recherche a d'ailleurs été signée à cet effet.

Bien entendu, les résultats ainsi que les recommandations qui découleront de cette recherche ne vous engagent aucunement. Si vous acceptez de collaborer, il vous suffit de me confirmer votre participation en me retournant cette lettre signée. Je demeure disponible par téléphone pour discuter davantage du projet et pour toutes questions le concernant. En espérant votre précieuse collaboration pour m'aider à réaliser cette recherche.

Recevez, Madame Goudreau, mes meilleures salutations.

Roxanne Poulin


Étudiante-chercheuse à la Maîtrise ès en sciences de la gestion
Dépt. d'organisation et ressources humaines, UQAM
roxanne.poulin@hotmail.ca
(514) 606-9888

Autorisation

Je, soussigné(e), appuie la démarche de **Roxanne Poulin** en acceptant de collaborer au présent projet de recherche.

MARJOLAINE GOUDREAU

Prénom Nom



Signature

Présidente du CA du RÉCIFS

Titre

BIBLIOGRAPHIE

- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (2021). *Mémoire PL 59 sur la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail (2021)*. Récupéré de : <https://drive.google.com/file/d/1QXQE6nT11sK4vVagdZb1XNk8RmjKIOV5/view>
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (2011). Qu'est-ce que l'OCCI? Récupéré de : <https://membres.apsq.com/fr/occi.aspx>
- Amadio, N. (2009). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales*. Récupéré de : http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf.
- Archambault, H. (2017). *Le nombre de congés de maladie pour santé mentale a explosé*. Le Journal de Montréal. <https://www.journaldemontreal.com/2017/07/11/le-nombre-de-conges-de-maladie-pour-sante-mentale-a-explose>
- Archambault, H. (s. d.). *Épuisement, retraite hâtive, changement de carrière: trop de départs dans les hôpitaux*. <https://www.journaldemontreal.com/2019/07/10/trop-de-departs-dans-les-hopitaux>
- Askenazy, P., Baudelot, C., Brochard, P., Brun, J.-P., Davezies, P., Falissard, B., Gallie, D. et Gollac, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, 223.
- Auclair-Lemire, É. (2016). *Réduire la dissonance : le défi des travailleuses sociales en milieu institutionnel*, 4.
- Auclair-Lemire, É. (2017). *La détresse psychologique chez les travailleurs sociaux du réseau de la santé et des services sociaux : Rapport sur la situation actuelle des travailleurs sociaux du réseau*.
- Autès, M. (2013). *Les paradoxes du travail social*. Dunod.
- Baillergeau, É. (2007a). Organisation communautaire et pratique professionnelle au Québec. *Informations sociales*, n° 143(7), 98-107.
- Barbe, M. (2020). *La mobilisation collective des travailleuses sociales pour contrer la souffrance au travail*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Gatineau].

- Barbe, M. et Bourque, M. (2019). Les travailleuses sociales et les obstacles à la contestation de la norme managériale. *Sciences & Actions Sociales*, 11, 29-41. <https://doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/sas.011.0029>
- Bédard, N. (2019). Reconstruire un rapport de force. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (21), 55-57.
- Béland-Ouellette, V. (2013). *Le conflit de rôle chez les préposé(e)s en centres d'appels : concilier rendement et qualité du service à la clientèle* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal].
- Belhadj-ziane, K., Baldelli, B., Bourque, M. et Chamberland, M. (2019). La norme dans tous ses états : enjeux et défis pour le travail social. *Sciences et action sociale*, (11), 8. <https://doi.org/10.3917/mav.032.0091>
- Belquasmi, M. (2014). « Introduction » : 143-145, dans M. Boucher (sous la dir.), *L'État social dans tous ses États. Rationalisations, épreuves et réactions de l'intervention sociale*, Paris : L'Harmattan.
- Bernier, D. et Larivière, C. (2002). Études sur le soutien aux intervenants du réseau public: Implications pour la formation. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 19(2), 273-289.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux De Sociologie*, 69, 197-225.
- Blanc, É. (2016). Des stratégies d'usage des technologies numériques au secours d'assistants sociaux victimes de mal-être au travail. *Revue Intervention*, (144), 12.
- Bourdages, J. (2020, 26 mars). *DPJ : l'arbre qui cache la forêt*. (2020, 26 mars). La Presse. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-03-26/dpj-l-arbre-qui-cache-la-foret>
- Bourque, M., Grenier J. et St-Amour, N. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*, 148.
- Bourque, M., Grenier, J. et Rullac, S. (2019). Travail social : des pratiques en tension?: Présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 19. <https://doi.org/10.7202/1066098ar>
- Bourque, M., Grenier, J. et St-Amour, N. (2018). Les travailleuses sociales aussi sont à bout de souffle. *Le Devoir*. *Le Devoir* (Montréal : Québec). <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/522689/les-travailleuses-sociales-aussi-sont-a-bout-de-souffle>
- Boussard, V. (2008). *Sociologie de la gestion : les faiseurs de performance*. Paris : Belin.

- Brun, J. P., Biron, C. et Ivers, H. (2004). Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 65(2-3), 131-132. [https://doi.org/10.1016/S1775-8785\(04\)93127-X](https://doi.org/10.1016/S1775-8785(04)93127-X)
- Brun, J.-P. (2008). *Les 7 pièces manquantes du management*. Montréal : Éditions Transcontinental.
- Brun, J.-P., Biron, C., St-Hilaire, F., Université Laval et Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-618.pdf>
- Bureau, G. (2018). *Rapport de sondage portant sur les conditions de pratique en intervention/travail social(e) québécois(e)*, 79.
- Cadoré, B. et contemporaine, U. catholique de L. C. d'éthique. (1994). *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Les Éditions Fides.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail* [Thèse, Université Victor Segalen - Bordeaux II]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464801>
- Caroly, S. (2016). *Régulations individuelles et collectives de situations critiques dans un secteur de service: le guichet de La Poste*, [Thèse, École Pratique des Hautes Études], 375.
- Caroly, S. et Barcellini, F. (2013). *Le développement de l'activité collective*. Pierre Falzon. Ergonomie Constructive, Presses Universitaires de France, pp.33-46,
- Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi*, 88(1), 43-55. <https://doi.org/10.3406/forem.2004.1737>
- Centeno, J. 1978- et Bégin, L. 1959-. (2015). *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques*. Nota bene.
- Chadoin, M. (2019). *Permettre la régulation conjointe des différents niveaux organisationnels : l'apport d'un dispositif de gestion au travail des gestionnaires* [Thèse de Doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris : PUF.

- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigences de solidarité. *Revue Intervention*, (136), 18-29.
- Chouinard, I. et Couturier, Y. (2006). Identité professionnelle et souci de soi en travail social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 176-182. <https://doi.org/10.7202/014793ar>
- Chouinard, T. (2020, 2 juin). *Des patrons traitent les dénonciations*. (2020, 2 juin). La Presse+. http://plus.lapresse.ca/screens/e63d9537-a44a-4620-baa6-2a8d1ae34fb5_7C_0.html
- Clot, Y. (2004). 19. *Travail et sens du travail*. *Ergonomie* (p. 317-331). Presses Universitaires de France. <http://www.cairn.info/ergonomie--9782130514046-page-317.htm>
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur*. La Découverte. <http://www.cairn.info/le-travail-a-coeur--9782707185310.htm>
- CNESST, Centre de la statistique et de l'information de gestion Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information. (2016). *Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail 2011-2014*. Québec.
- Congrès de la SELF (24e : 1988 : Paris, France), Société d'ergonomie de langue française, & Société d'ergonomie de langue française. (1988). *Modèles et pratiques de l'analyse du travail : résumé des communications*. Éditeur non identifié.
- Côté, G., Rheault, S., Lanctôt, C., Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux et Direction de l'évaluation. (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Santé et services sociaux. <https://www.deslibris.ca/ID/225978>
- Côté, L. (2000). *La gouvernance: frontières, dispositifs et agents : Articles choisis de la revue Télescope*. Les Presses de l'Université du Québec. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=3277413>
- Côté, N., Pelchat, Y., Malenfant, R. et Bradette, J. (2005). Les intervenants sociaux en CLSC. Regards sur leurs stratégies identitaires. *Intervention*, (122).
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N. et Daniellou, F. (2015). Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, 78(1), 9-29.

- Coutarel, F. et Petit, J. (2013). Prévention des TMS et développement du pouvoir d'agir. Dans : Pierre Falzon éd., *Ergonomie constructive* (pp. 175-190). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/puf.falzo.2013.01.0175>"
- Cresson, G. et Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 23(3), 26-41.
- 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*, n° 61(2), 11-18.
- Dejours, C. (2016). Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail **[1]**. *Travailler*, 35, 17-30. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/trav.035.0017>
- Dejours, C. et Molinier, P. (1994). Le travail comme énigme. *Sociologie du travail*, Hs(94), 35-44.
- Dionne, S. et Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 199-223. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/039847ar>
- Doucet, M.-C. (2016). Entrevue avec Marie-Chantal Doucet, Ph.D. Sociologie, Professeure, École de travail social, Université du Québec à Montréal. *Revue Intervention*, (144). <http://revueintervention.org/numeros-en-ligne//144/entrevue-avec-marie-chantal-doucet-ph-d-sociologie-professeure-ecole-de-travail-social-universite-du-quebec-a-montreal/>
- Dubois, M. et Garceau, M.-L. (2000). L'évolution du travail social : une histoire à suivre — Entrevue avec Roland Lecomte. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), 18. <https://doi.org/10.7202/026293ar>
- Ducas, I. (2019, 3 mai). *Les travailleurs sociaux soumis à une pression «insupportable»*. La Presse § Santé. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201905/03/01-5224606-les-travailleurs-sociaux-soumis-a-une-pression-insupportable.php>
- Dujarier, M.-A. (2015). *Ne travailler que pour les chiffres ? Le sens du travail à l'épreuve du management contemporain*. La Découverte. <http://www.cairn.info/les-risques-du-travail--9782707178404-page-171.htm>
- Dupuis, A. et Farinas, L. (2010). Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 51-65. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/044219ar>

- Durat, L. (2010). L'activité des dirigeants de la fonction publique territoriale, une recherche en analyse de l'activité. *Savoirs*, n° 22(1), 89-107.
- Falzon, P. (dir.). (2004). *Ergonomie*. Presses universitaires de France.
- Favreau, L. (2000). Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 27-47. <https://doi-org.proxy.bibliothèques.uqam.ca/10.7202/000004ar>
- Fédération internationale des travailleurs sociaux. (2014). *Définition globale du travail social - Fédération internationale des travailleurs sociaux*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Fontaine, A. (2012). La recherche ethnographique en travail social : l'exemple d'une étude de cas sur le travail de rue. *Pensée Plurielle*, 30-31(2), 83-83. <https://doi.org/10.3917/pp.030.0083>
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 35-50. <https://doi-org.proxy.bibliothèques.uqam.ca/10.7202/044218ar>
- Fortin, P. (2003). « L'identité professionnelle des travailleurs sociaux », dans G. A. Legault (sous la dir.) *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 85-104.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal. Chenelière Éducation, 518 pages.
- Gagnon, D. (2015). *Le rapport des travailleurs sociaux à la standardisation en contexte de réseau de services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle*. <http://hdl.handle.net/11143/8884>
- Gaillardetz, E. (2019, 3 août). «OCCI», ce sigle toxique qui met en péril les soins à domicile. La Presse § Opinions. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2019-08-03/occi-ce-sigle-toxique-qui-met-en-peril-les-soins-a-domicile>
- Gaumer, B., et Desrosiers, G. (2004). L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau*.
- Gheorghiu, M. D. et Moatty, F. (2020) Les équipes de travail à l'hôpital fragilisées par les réformes. Dans Rey, F. et Vivès, C., *Le monde des collectifs : enquêtes sur les recompositions du travail*. Teseo Press.

- Giauque, D. (2010). Nouvelle gestion publique : abattre la bureaucratie pour mieux la renouveler. *Les Politiques Sociales*, 1-2, 57-68. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/>
- Gonin, A., Farmer, Y. et Jochems, S. (2016). Transformations dans le champ du social et de la santé à l'aube du XXI^e siècle : une reconfiguration des questions éthiques ? *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 27-37. <https://doi.org/10.7202/1041177ar>
- Gonin, A., Grenier, J. et Lapierre, J.-A. (2013). La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 85-110. <https://doi.org/10.7202/1021181ar>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle. *Forum*, N° 147(1), 8-17.
- Grenier, J., Bourque, M. et Boucher, Y. (2018). Défis pour les travailleuses sociales : participer au renouvellement des pratiques sociales dans un contexte de performance au travail. *Intervention*, 3.
- Grenier, J., Bourque, M. et Bourque, D. (2019). La déprofessionnalisation du travail social : enjeux et défis. *Les Politiques Sociales*, n° 1-2(1), 83-93.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion ? *Revue Intervention*, (144), 9-20.
- Grima, F. (2004). « Faire face au conflit de rôle : analyse des stratégies d'ajustement des responsables de formation professionnelle continue (RFPC) », *Revue de Gestion*, vol. 52, p. 47-62.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. et Kerguelen, A. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*. Lyon : ANACT.
- Gusew, A. et Berteau, G. (2011, mai). *Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à des services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise* [Rapport de recherche]. <https://archipel.uqam.ca/4386/>
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, n° 9(1), 19-49.
- Information sur le marché du travail. (2019). Bulletin des postes vacants au Québec. Direction de l'analyse et de l'information sur le marché du travail.

- Jackson, S. E. et Schuler, R. S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36(1), 16-78. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(85\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0749-5978(85)90020-2)
- Jeantet, A. (2003). L'émotion prescrite au travail. *Travailler*, n° 9(1), 99-112.
- Jetté, C. et Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales : des convergences possibles? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 25-34. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/044217ar>
- Karsz, S. (2011). *Pourquoi le travail social?* Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kars.2011.01>
- Lacoursière, A. (2020, 16 mars). *Des travailleurs lésés, tranche un arbitre*. (2016, 16 mars). La Presse+. http://plus.lapresse.ca/screens/ee9fe6f7-2948-49bc-80dc-2478ac788a74_7C_0.html
- Lamoureux, H. (2003). *Éthique, Travail Social et Action Communautaire*. Québec : PUQ.
- Larivière, C. (2007). Besoins exprimés et réponse institutionnelle (cité dans Sarrazin). *Les politiques sociales*, 67(1-2), 7.
- Larivière, C. (2008). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, 49.
- Larivière, C. (2014). Le mieux-être des travailleurs sociaux au travail. *Reflets*, 19(2), 72-84. <https://doi.org/10.7202/1021180ar>
- Lavoie, A. (2018, 25 mars). *Être travailleuse sociale, et prendre soin de soi*. La Presse+. http://plus.lapresse.ca/screens/22f67f7c-7d84-46d5-96f4-a617e4861e96_7C_0.html
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lecompte, A-M. (2020, 26 mai). « *La pandémie nous parle* », dit l'Ordre des travailleurs sociaux. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706361/direction-protection-jeunesse-travailleur-social-commission-laurent-ouimette>
- Ledoux, E. et Denis, D. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (13-2). <https://doi.org/10.4000/pistes.1831>

- Leduc, L. (2020, 2 février). *Les travailleurs sociaux surchargés incapables de répondre aux besoins*. La Presse § Santé. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-02-02/les-travailleurs-sociaux-surcharges-incapables-de-repondre-aux-besoins>
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Le Travail humain*, 8(1), 11-50. Récupéré de <http://journals.openedition.org/pistes/3101>
- Lhuillier, D. (2010). L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sciences sociales et sante, Vol. 28(2)*, 31-63.
- Major, M.-È. (2011). *Étude ergonomique du travail saisonnier et de ses impacts sur les stratégies et les troubles musculo-squelettiques de travailleuses d'usines de transformation du crabe* [Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/4379/>
- Major, M.-È. et Vézina, N. (2011). Élaboration d'un cadre de référence pour l'étude des stratégies : analyse de l'activité et étude de cas multiples dans deux usines de crabe. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (13-2). <https://doi.org/10.4000/pistes.1843>
- Mercier, C. et Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. OTSTCFQ.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103. <https://doi.org/10.7202/005189ar>
- Morin, M.-H., Bernard, A., Darveau, A.-C., Gaudreault, K., Fillion, I., Leclerc, A., Turcotte, K. et Veilleux-Dubois, N. (2018). Le point de vue des intervenantes de première ligne sur la pratique surspécialisée en santé mentale : une contribution à la définition de l'identité professionnelle des travailleuses sociales. *Revue Intervention*, (147), 17.
- Moscovitch, A. (2015). État providence. *L'Encyclopédie canadienne*. Récupéré de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/etat-providence>
- Oliver, C. (2013). Social Workers as Boundary Spanners: Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice. *Social Work Education*, 32(6), 773-784. <https://doi.org/10.1080/02615479.2013.765401>
- Ohno, T. (1988). "Toyota Production System : Beyond Large Scale Production", Productivity Press, 152 p.

- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétence des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Récupéré de : https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compences_des_travailleurs_sociaux.pdf
- Parazelli, M. (2004). Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(1), 9-32. <https://doi.org/10.7202/010570ar>
- Parazelli, M. et Dessureault, S. (2010). Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité. *Les politiques sociales*, 1(2), 13-26.
- Parazelli, M. et Ruelland, I. (2017). PISTE DE LECTURE | Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et acte de pouvoir. *Revue Intervention*, (147), 160.
- Pauzé, M. (2016). Regard sur le social et la souffrance psychique : réflexion sur les enjeux actuels auxquels font face les travailleurs sociaux œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. *Revue Intervention*, (144), 7.
- Pelchat, M. (2008). *Histoire du système de santé québécois*. ccpsc.qc.ca. <https://ccpsc.qc.ca/fr/node/1814>
- Pelchat, Y., CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et Équipe de recherche R.I.P.O.S.T. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC: identités et légitimités professionnelles en transformation : rapport de recherche*. CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières.
- Périlleux, T. (2016). Le cœur battant du travail relationnel. Métiers mis en danger, répliques cliniques. Dans M.-C. Doucet et S. Viviers, *Métier de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. PUL.
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26(3), 513–563.
- Québec (Province), Comité provincial d'assurance salaire, Québec (Province) et Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). *Rapport du Comité provincial d'assurance salaire*. Santé et services sociaux.
- Québec (Province) et Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Santé, sécurité et mieux-être: au travail avec vous et pour vous! : plan d'action national visant la*

- prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3995776>
- Québec (Province) et Ministère des affaires municipales et de l'habitation. (2019). *Rapport de la mise en oeuvre de la Loi sur l'éthique et la déontologie en matière municipale*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3985027>
- Rey, F. et Vivès, C. (2020). *Le monde des collectifs : enquêtes sur les recompositions du travail*. Teseo Press. <https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02626466>
- 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. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/1021182ar>
- Richard, S. et Gervais, R. (2018). *Le travail social et l'art de se maintenir dans tous ses états*, 14.
- Richard, S. et Gervais, R. (2021). L'admiration pour celles qui en font toujours plus que ce que leur devoir commande : quel impact pour les travailleuses sociales de l'Ontario et du Québec? *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 16(2), 169-198. <https://doi.org/10.7202/1077097ar>
- Richard, S et Laflamme, S. (2016). La santé psychique des travailleuses sociales du Québec et de l'Ontario. *Revue Intervention*, (144). 55-70.
- Richer, J. (2019, 1^{er} octobre). *Les intervenants de la DPJ crient au secours*. La Presse § Actualités. <https://www.lapresse.ca/actualites/201910/01/01-5243603-les-intervenants-de-la-dpj-crient-au-secours.php>
- Rioux, R. (2019). *Devenir médecin de famille : une résidence, des rôles et des relations* [Thèse ou essai doctoral accepté, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/13463/>
- Rivière, A. (2014). *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de sante : une étude empirique à l'hôpital public* [Thèse de Doctorat, Université de Montpellier 2].
- Rivière, A., Commeiras, N. et Loubès, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31(2), 142-162.
- Royal, L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec* [Thèse de doctorat, Université de Montréal].

- Royal, L. et Brassard, A. (2010). Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés. *Gestion*, 35(3), 27-33. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0027>
- Royer, I. et Zarlowski, P. (2014). Chapitre 6. Le design de la recherche. Dans : Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management* (pp. 168-196). Paris: Dunod. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0168>
- Saives, A.-L., Ebrahimi, M., Holford, W. D. et Bédard, M. G. (2017). *Le management réhumanisé : le travail de manager à l'épreuve du réel*. (Chenelière).
- Sarrazin, S. et Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. (2015). *L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale: le cas du CSSS Gatineau*. <http://www.deslibris.ca/ID/246777>
- Savard, S., de Moissac, D., Benoît, J., Ba, H., Zellama, F., Giasson, F., Drolet, M. et van Kemenade, S. (2017). Le recrutement et la rétention d'intervenants en santé et services sociaux bilingues en situation francophone minoritaire à Winnipeg et à Ottawa . JSTOR. Dans M. Drolet, P. Bouchard et J. Savard (dir.), *Accessibilité et offre active* (p. 229-254). University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdcp0.15>
- Savoie, A. (1983). *Le stress au travail mesures et prévention*. Agence d'Arc Montréal.
- Savoie-Zjac, L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelles et assistée par le logiciel NUD=IST. *Recherches qualitatives*, 21, 99-123.
- Soares, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, n° 9(1), 9-18.
- Sorup, M. et Jacobsen, P. (2013). Healthcare performance turned into decision support., *Journal of Health Organization and Management*, 27(1),64-84.
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D. Ledoux, É. et Imbeau, D. (2011). *L'Intervention en Ergonomie*. Éditions MultiMondes et IRSST Éditions.
- <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=3374909>. Sultan-Taïeb, H. et Niedhammer, I. (2012). Le poids imputable à l'exposition au stress au travail en termes économiques et de santé publique : enjeux et écueils méthodologiques. *Travail et emploi*, n° 129(1), 35-49.
- Tennci, L. (2018). Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner. *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, (80-81), 135-138.

- Toupin, C. (2005). L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (7-1). <https://doi.org/10.4000/pistes.3253>
- Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Sante Publique, Vol. 19*(hs), 15-20.
- Touzain C., Gagnon, K., Duchaine, G, Lacoursière, A. et Tremblay, M. (2020, 29 mai). *Au front les jambes coupées*. La Presse+. http://plus.lapresse.ca/screens/104281bb-c9af-45fe-8453-9fe274328581_7C_0.html
- Vasilachis de Gialdino, I. (2012). L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences. *Recherches qualitatives*, 31(3), 155-187.
- Vézina, M. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois [ressource électronique] : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1563346>
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité. *Actes du 36^e Congrès de la SELF-ACE. Montréal-Canada*, pp. 44-60.
- Villatte, R., Teiger, C. et Caroly, S. (2004). 35. *Le travail de médiation et d'intervention sociale. Ergonomie* (p. 583-601). Presses Universitaires de France. <http://www.cairn.info/ergonomie--9782130514046-page-583.htm>
- Yin, R. K., & Campbell, D. T. (1984). *Case study research : design and methods* (Ser. Applied social research methods series, v. 5). Sage.
- Yukl, G. A. (2006). *Leadership in organizations* (6th ed.). Pearson/Prentice Hall.